

Burghof-Klinik

Fachkrankenhaus für Psychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik

Qualitätsbericht 2004

gemäß § 137 SGB V



Burghof-Klinik GmbH & Co. KG

Leitende Ärzte:

Dr. med. A. Weibezahl

Frau Dr. med. D. Rudolph-Weibezahl

Ritterstraße 19

31737 Rinteln

Telefon: 05751/940-0

Telefax: 05751/41568

WWW: <http://www.burghof-klinik.de>

E-Mail: information@burghof-klinik.de



Einleitung

Die Burghof-Klinik in Rinteln ist ein psychiatrisch-psychotherapeutisch-psychosomatisches Fachkrankenhaus in privater Trägerschaft und blickt auf eine über 40-jährige Tradition zurück. Zunächst hatte das therapeutische Konzept seinen Schwerpunkt im Bereich der ärztlichen Hypnose, der Entspannungsverfahren sowie im kreativen und musiktherapeutischen Bereich. Besonders in den letzten 14 Jahren erfolgte eine grundlegende Umstrukturierung, indem unter anderem die psychiatrische Kompetenz der Klinik weiter ausgebaut und mit einem vielfältigen psychotherapeutischen Konzept vernetzt wurde. Grundlagen sind dabei tiefenpsychologische und verhaltenstherapeutische Modelle.

Die Klinik ist in den Krankenhausplan des Landes Niedersachsen mit 110 Planbetten aufgenommen. Sie steht damit als Plankrankenhaus gemäß § 108 Nr.2 SGB V zur Behandlung von Versicherten aller gesetzlichen Krankenkassen und öffentlichen Versorgungswerke für ausschließlich medizinisch notwendige stationäre Krankenbehandlungen zur Verfügung.

Die Burghof-Klinik bietet jährlich über 900 Patienten Therapiemöglichkeiten für Störungen aus dem gesamten Spektrum der Psychiatrie/Psychotherapie und der Psychosomatik. Die Behandlung in der Burghof-Klinik erfolgt als psychiatrisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung unter ständiger ärztlicher Leitung, Mitwirkung und Präsenz. Das stationäre Setting ist geprägt durch ein integratives Therapieprogramm. Dies ist störungsspezifisch und psychodynamisch orientiert. Es setzt sich aus tiefenpsychologisch fundierten, verhaltenstherapeutischen, medikamentösen, körper- und erlebnisorientierten Elementen sowie Entspannungselementen zusammen. Kern jeder Behandlung ist ein geplanter und reflektierter Mehrpersonen-Interaktionsprozess.

**Basisteil**

A. Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses.....	7
A-1.1. Allgemeine Merkmale des Krankenhauses.....	7
A-1.2. Institutionskennzeichen des Krankenhauses	7
A-1.3. Name des Krankenhausträgers.....	7
A-1.4. Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?.....	7
A-1.5. Anzahl der Betten im Krankenhaus nach § 108/109 SGB V	7
A-1.6. Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:.....	7
A-1.7A. Fachabteilungen	7
A-1.7 B. Mindestens Top 30 DRG	8
A-1.8. Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote	8
A-1.9. Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	8
A-2.0. Abteilungen mit Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft?	8
A-2.1. Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten	8
A-2.1.1 Apparative Ausstattung.....	8
A-2.1.2. Therapeutische Möglichkeiten	9
B-1. Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	10
B-1.1. Name der Fachabteilung.....	10
B-1.2. Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung.....	10
B-1.3. Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung	10
B-1.4. Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung	10
B-1.5. Mindestens die Top-10 DRG	10
B-1.6. Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr	11
B-1.7. Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe	11
der Fachabteilung im Berichtsjahr	11
B-2. Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses.....	12
B-2.1. Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V.....	12
B-2.2. Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen.....	12
B-2.3. Sonstige ambulante Leistungen	12
B-2.4. Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst	12
B-2.5. Personalqualifikation im Pflegedienst.....	12
C. Qualitätssicherung.....	13
C-1. Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V.....	13
C-2. Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V	13
C-3. Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)	13
C-4. Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP).....	13
C-5.1. Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V..	13
C-5.2. Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	13

**Systemteil**

D. Qualitätspolitik	15
D-1. Qualitätsleitlinien der Burghof-Klinik Rinteln.....	15
D-2. Qualitätsziele im Kontext zum Management	17
D-3. Qualitätsorientierung	18
D-4. Kommunikation der Qualitätspolitik	19
E. Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	20
E-1. Aufbauorganisation des klinikinternen Qualitätsmanagements.....	20
E-2. Qualitätsbewertung.....	22
E-3. Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V	24
F. Qualitätsmanagementprojekte.....	25
F-1. Projektgruppe „Bereichsübergreifende interne Fortbildungsveranstaltungen“	25
F-2. Projektgruppe „Mitarbeiterbefragung“	26
F-3. Projekt „Entwicklung eines Gruppenkonzeptes zur Förderung der Therapiemotivation“	27
G. Weitergehende Informationen	28

Anhang

Anlage 1: Leitbild.....	30
Anlage 2: Pflegeleitbild	32
Anlage 3: Projektorganisation.....	33
Anlage 4: Leitfaden zur Projektarbeit	34
Anlage 5: Qualitätsziele 2004.....	35



Basisteil

**■ A. Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses****A-1.1. Allgemeine Merkmale des Krankenhauses**

Straße: Ritterstraße 19
PLZ und Ort: 31737 Rinteln
Postfach: 1160

Postfach-PLZ und Ort: 31721 Rinteln

WWW: <http://www.burghof-klinik.de>
E-Mail: information@burghof-klinik.de

A-1.2. Institutionskennzeichen des Krankenhauses

Institutionskennzeichen: 260320757

A-1.3. Name des Krankenhausträgers

Krankenhausträger: Burghof-Klinik GmbH & Co. KG

A-1.4. Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?

Nein

A-1.5. Anzahl der Betten im Krankenhaus nach § 108/109 SGB V

(Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)
Anzahl Betten: 110

A-1.6. Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten: 934
Ambulante Patienten: 298

A-1.7A. Fachabteilungen

FA-Kode §301 SGB V	Fachabteilung	Zahl der Betten	Zahl der stationären Fälle	HA (Hauptabteilung) oder BA (Belegabteilung)	Poliklinik/ Ambulanz ja/nein
2900	Allgemeine Psychiatrie	110	934	HA	ja



A-1.7 B. Mindestens Top 30 DRG

DRG's sind in der Psychiatrie nicht eingeführt.

A-1.8. Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote

- Psychiatrie
- Psychotherapie
- Psychosomatik

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:
Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung? Nein

A-1.9. Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

- Ermächtigungsambulanz für zwei Ärzte durch die KV Niedersachsen
- Privatambulanz

A-2.0. Abteilungen mit Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft?

Keine

Das Durchgangs-Arztverfahren ist in der Psychiatrie nicht relevant.

A-2.1. Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A-2.1.1 Apparative Ausstattung

Leistungsbereich	Vorhanden		Verfügbarkeit 24 Stunden sichergestellt	
	JA	NEIN	JA	NEIN
Basisausstattung (EKG, Labor)	✓		✓	
Sonographie	✓		✓	
Elektroenzephalogramm	✓		✓	
Interferenzstromtherapie	✓			✓



A-2.1.2. Therapeutische Möglichkeiten

Leistungsbereich	Vorhanden	
	JA	NEIN
Psychiatrische Therapie einschl.:	✓	
Pharmakotherapie	✓	
Soziotherapie	✓	
Psychodynamische Einzelpsychotherapie	✓	
Kognitive-verhaltenstherapeutische Einzelpsychotherapie	✓	
Psychodynamische Gruppenpsychotherapie	✓	
Psychodramatherapie	✓	
Krankheits- u. störungsspezifische Gruppenpsychotherapie:	✓	
Depressionsgruppe	✓	
Expositionsgruppe	✓	
Borderlinestörungsgruppe	✓	
Essstörungsgruppe	✓	
Problemlösungsgruppe	✓	
Motivationsgruppe	✓	
Gruppe zum Training sozialer Kompetenzen	✓	
Körperbezogene Therapieverfahren:	✓	
Tanztherapie	✓	
Atemtherapie	✓	
Feldenkrais-Therapie	✓	
Kreativtherapien:	✓	
Kunsttherapie	✓	
Gestaltungstherapie	✓	
Musiktherapien	✓	
Imaginative Verfahren	✓	
Entspannungsverfahren:	✓	
autogenes Training	✓	
progressive Muskelentspannung	✓	
Hypnosetherapie	✓	
Kognitives Training	✓	
Unterstützende und aktivierende physiotherapeutische Verfahren	✓	



■ B-1. Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1. Name der Fachabteilung

Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

B-1.2. Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

- Psychiatrische Therapie
- Psychotherapie
- Psychosomatik
- Soziotherapie

B-1.3. Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Krankheits- u. störungsspezifische Behandlungszüge für :

- depressive Störungen
- Angst- u. Zwangsstörungen
- Borderline-Störungen
- posttraumatische Belastungsstörungen
- Essstörungen
- somatoforme Störungen

B-1.4. Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

- Kombinierte Behandlung aus störungs- und symptombezogener Psychotherapie, störungsspezifischer Psychopharmakotherapie, konflikt- und strukturbezogener Psychotherapie und ressourcenorientierten Therapieanteilen
- Psychologische Leistungs- und Persönlichkeitsdiagnostik
- Diagnostische Einschätzung nach der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik

B-1.5. Mindestens die Top-10 DRG

DRG's sind in der Psychiatrie nicht eingeführt.



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

	ICD-10	Hauptdiagnosen	Fallzahl
1	F33	Rezidivierende depressive Störungen	237
2	F32	Depressive Episoden	179
3	F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	150
4	F45	Somatoforme Störungen	69
5	F41	Angststörungen	61
6	F50	Essstörungen	35
7	F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	35
8	F31	Bipolare affektive Störungen	34
9	F40	Phobische Störungen	34
10	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen	27
11	F20	Schizophrenie	10

Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

B-1.7. Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

Operationen und Eingriffe werden in der Psychiatrie nicht durchgeführt.



■ B-2. Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-2.1. Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V

Gesamtzahl im Berichtsjahr: 0
Werden in der Psychiatrie nicht durchgeführt.

B-2.2. Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen

Siehe B-2.1

B-2.3. Sonstige ambulante Leistungen

(Fallzahl für das Berichtsjahr)
Hochschulambulanz (§ 117 SGB V) 0 (Fälle)
Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V) 0 (Fälle) 2005 eröffnet
Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V) 0 (Fälle)

B-2.4. Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst

(Stichtag 31.12. des Berichtsjahrs)

FA-Kode §301 SGB V	Fachabteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl der Ärzte in Weiterbildung	Anzahl der Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
2900	Allgemeine Psychiatrie	9	3	6

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus): 1

Die Qualifikation ist sehr breit angelegt. Die 6 Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung verfügen über 3 Facharztanerkennungen für Nervenheilkunde (= Psychiatrie und Neurologie), 1 für Psychiatrie und Psychotherapie, 4 für Psychotherapeutische Medizin und 2 für Allgemeinmedizin. Von den zusätzlichen 9 Diplom-Psychologen verfügen 7 über die Approbation als Psychologische Psychotherapeuten.

B-2.5. Personalqualifikation im Pflegedienst

(Stichtag 31.12. des Berichtsjahrs)

FA-Kode § 301 SGB V	Fachabteilung	Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte insgesamt	Krankenschwestern-/pfleger		Krankenpflegehelfer/-in (1 Jahr)
			examiniert (3 Jahre)	mit entspr. Fachweiterbildung (3 Jahre plus Fachweiterbildung)	
2900	Allgemeine	22	64%	14%	22%
	Gesamt	22	64%	14%	22%



■ C. Qualitätssicherung

C-1. Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Zugelassene Krankenhäuser sind gesetzlich zur Teilnahme an der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V verpflichtet.

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

Für die Psychiatrie bestehen keine externen Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 137 SGB V.

C-2. Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V

Im Fachgebiet werden keine Operationen durchgeführt.

C-3. Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)

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

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil: **entfällt**

C-4. Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP - Qualitätssicherungsmaßnahmen teil:

Für das Fachgebiet existieren keine Disease-Management-Programme(DMP)

C-5.1. Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

Mindestmengenvereinbarungen bestehen nicht.

C-5.2. Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

Entfallen, weil für die Psychiatrie keine Qualitätssicherungsmaßnahmen und Mindestmengenvereinbarungen nach § 137 SGB V getroffen sind.



Systemteil

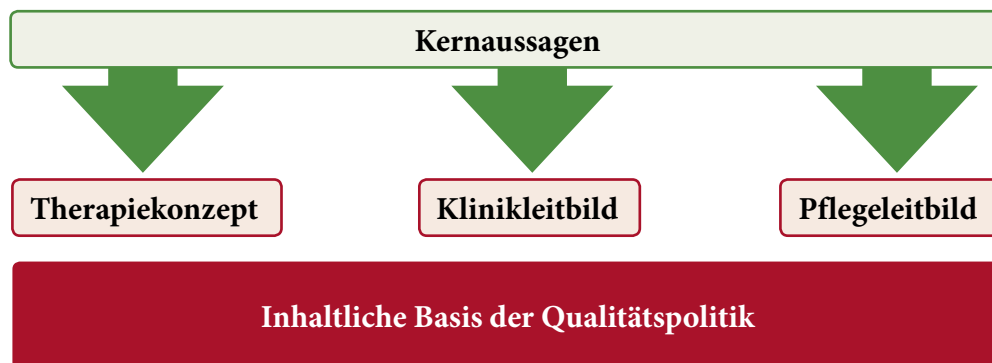


■ D. Qualitätspolitik

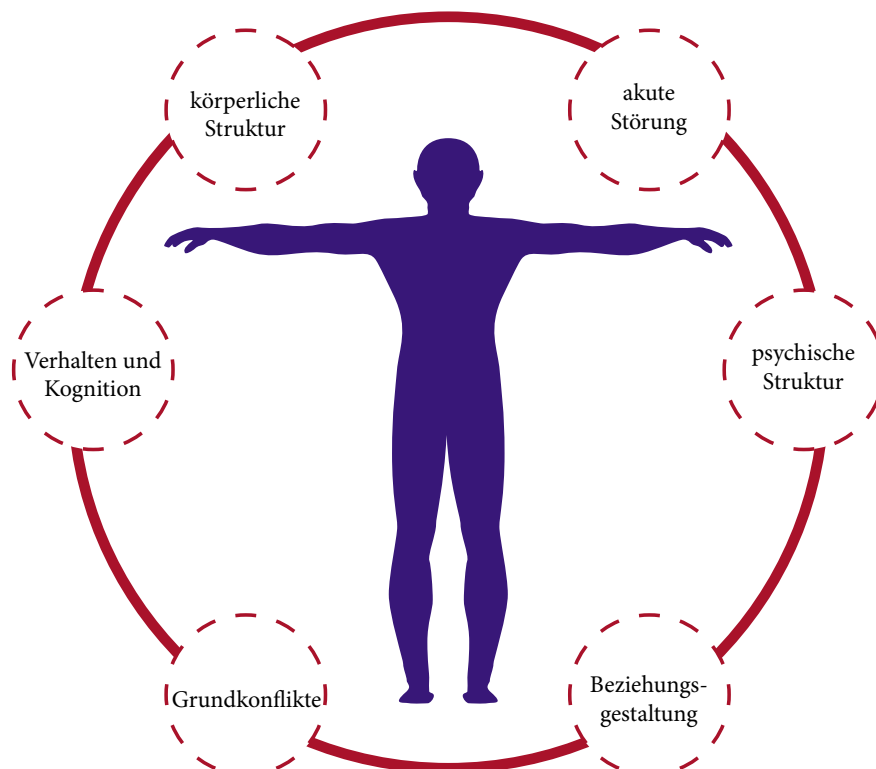
Die Burghof-Klinik sieht ihre Qualitätspolitik als die Gesamtheit der Maßnahmen, die von Klinikleitung und Mitarbeitern ergriffen werden, um Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in Bezug auf Kundenorientierung, Wirtschaftlichkeit und gesellschaftliches Ansehen der Klinik zu fördern.

D-1. Qualitätsleitlinien der Burghof-Klinik Rinteln

Die inhaltlichen Grundlagen



- Die Mitarbeiter der Burghof-Klinik stellen sich in den Dienst psychisch kranker Menschen und beteiligen sich aktiv an der Entwicklung von Qualität
- Das Wissen aus Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik wird schulenübergreifend gebündelt
- Dieses Wissen schafft effektive Behandlungsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen
- Das psychische Erleben eines Menschen wird auf dem Hintergrund verschiedener Systemebenen erfasst:

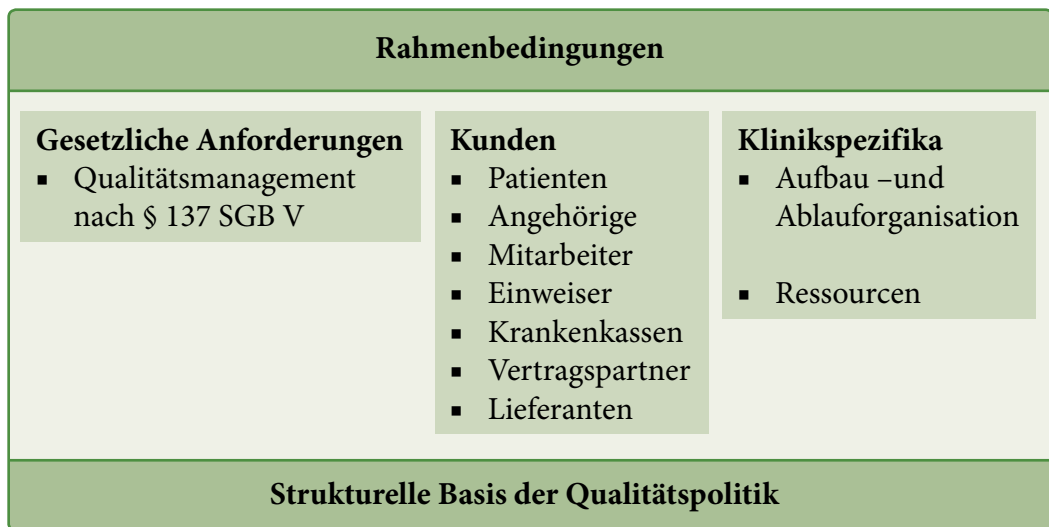




- Krankheit wird als Störung auf mindestens einer dieser Ebenen gesehen und hat Auswirkungen auf die anderen Ebenen des Erlebens
- Ziel der Therapie ist diese Störungen innerhalb des komplexen Gefüges zu erkennen, mit dem Patienten gemeinsam zu benennen und korrigierend einzugreifen

Die strukturellen Grundlagen

Neben den inhaltlichen Grundlagen müssen die Rahmenbedingungen berücksichtigt werden, um Strukturen zu entwickeln, in denen höchstmögliche Qualität definiert, systematisch erbracht, gemessen und gesichert werden kann.



Anhand der inhaltlichen und strukturellen Grundlagen werden in der Burghof-Klinik die Definition von Qualität und die daraus resultierenden Qualitätsziele wie folgt festgelegt:

Qualität ist die Beschaffenheit unserer Dienstleistungen, im Hinblick auf den Grad der Übereinstimmung zwischen den Zielen und den tatsächlichen Leistungen.

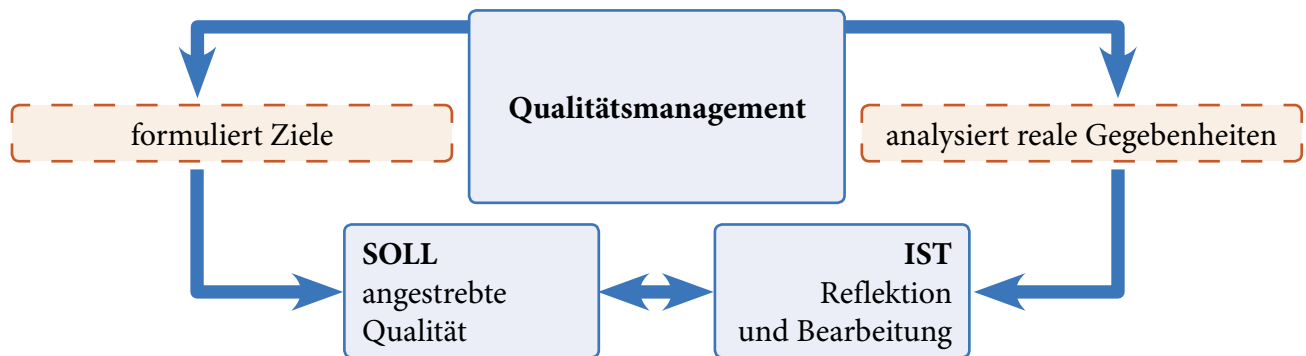
Qualitätsziele

- ▶ Die Kundenorientierung steht im Mittelpunkt der Qualitätspolitik
- ▶ Die Klinikleitung verpflichtet sich zur Qualität
- ▶ Managementaufgaben und Verantwortlichkeiten sind festgelegt
- ▶ Prozesse und ihre Schnittstellen werden analysiert
- ▶ Der optimale Einsatz von Personal und Arbeitsmethoden ist gewährleistet
- ▶ Die klinikspezifischen Gegebenheiten sind berücksichtigt
- ▶ Die vorhandenen Ressourcen werden genutzt



D-2. Qualitätsziele im Kontext zum Management

Zum Erreichen der Qualitätsziele dient das Management zunächst als Methode, den Soll-Zustand zu formulieren und den Ist-Zustand zu erfassen, um dann ein komplexes Arbeitssystem aufzubauen, in dem alle Mitarbeiter ihren Anteil zur Qualitätsarbeit leisten:



Daraus folgt:

Qualitätsmanagement

- wird als gemeinsames Ziel von Klinikleitung, Qualitätsbeauftragten und jedem einzelnen Mitarbeiter entwickelt und gefördert
- integriert gesetzliche Anforderungen, die Klinikphilosophie und die klinikspezifischen Gegebenheiten
- steuert Prozesse so, dass Fehler erst gar nicht entstehen; wenn trotz größter Sorgfalt Fehler auftreten, werden erprobte Verfahren angewandt, um Fehler rechtzeitig zu entdecken und zu beseitigen
- ist zielorientiert und flexibel; es richtet die Aufmerksamkeit gleichzeitig auf Problemidentifikation und -lösung, auf die Einhaltung von Standards, auf Datengewinnung und -auswertung
- steht in enger Verbindung zu definierten Versorgungs- und Verhaltensstandards; es wird eine Soll-Vorstellung festgelegt, um die Leistungen der Klinik zu steuern und zu evaluieren
- ist innovativ und deshalb als kontinuierlicher und integrativer Prozess zu begreifen

Nach unserem Verständnis ist Qualitätsmanagement demnach mehr als eine Methode; es ist eine umfassende langfristige Unternehmensphilosophie zum Durchsetzen des Qualitätsgedankens auf allen Ebenen!



D-3. Qualitätsorientierung

Die Qualitätspolitik der Burghof-Klinik hat eine klare Orientierung, die alle Arbeitsebenen durchzieht:

Patienten und Angehörige

Der Umgang mit Patienten und Angehörigen ist durch Achtung und Respekt vor der Würde des Anderen geprägt. Die Bedürfnisse und Erwartungen der Patienten werden erfasst und in die Ziele der Qualitätspolitik integriert. Die Zufriedenheit der Patienten wird systematisch erfragt, die Ergebnisse adäquat in den Bearbeitungsprozess aufgenommen.

Das Schaffen einer gleichzeitig anregenden und sicheren Atmosphäre, in der jeder Einzelne sich entfalten kann, gehört ebenso zur Konzeption der Klinik wie die Förderung von Aktivitäten des täglichen Lebens und Selbstverantwortung.

Mitarbeiter

Die Mitarbeiter mit ihrer fachlichen und persönlichen Kompetenz werden als Träger der Qualität der Klinik gesehen. Es ist transparent, welche Rollen sie in der Qualitätsentwicklung und -sicherung einnehmen, wo ihre Verantwortlichkeiten und Pflichten liegen und in welcher Form ihre Beiträge in den Prozess aufgenommen werden.

Die fachlich kompetente, auf gegenseitiger Wertschätzung beruhende Zusammenarbeit ist die Grundlage des Erfolges der Klinik. Fortbildungen werden von der Klinikleitung gefördert, liegen aber ebenso in der Eigenverantwortung des Mitarbeiters. Die Mitarbeiterbefragung ist fester Bestandteil der Qualitätspolitik.

Kundenbeziehungen

Zur weiteren Kundenorientierung werden die einweisenden Ärzte und Therapeuten, die Krankenkassen, Vertragspartner sowie die Lieferanten in den Qualitätsprozess mit einbezogen. Es werden Bedingungen geschaffen, die für diese Beziehungen vorteilhaft sind. Dazu gehören offene Kommunikationswege und klare Zuständigkeiten. Zur Messung der Zufriedenheit dieser Beziehungen werden Instrumente installiert.

Führungsgrundsätze

Klinikleitung und Führungskräfte haben eine gemeinsame und klare Vision für die Zukunft entwickelt. Dabei wird die Führungskompetenz vor allem mit der Vorbildfunktion verbunden. Die Führungskräfte motivieren, fördern und fordern die Mitarbeiter. Sie legen Rahmenbedingungen fest, in denen Gesundheitsschutz und Arbeitssicherheit gewährleistet sind. Erfolge werden gesehen und rückgemeldet, Probleme in der Sache offen angegangen.

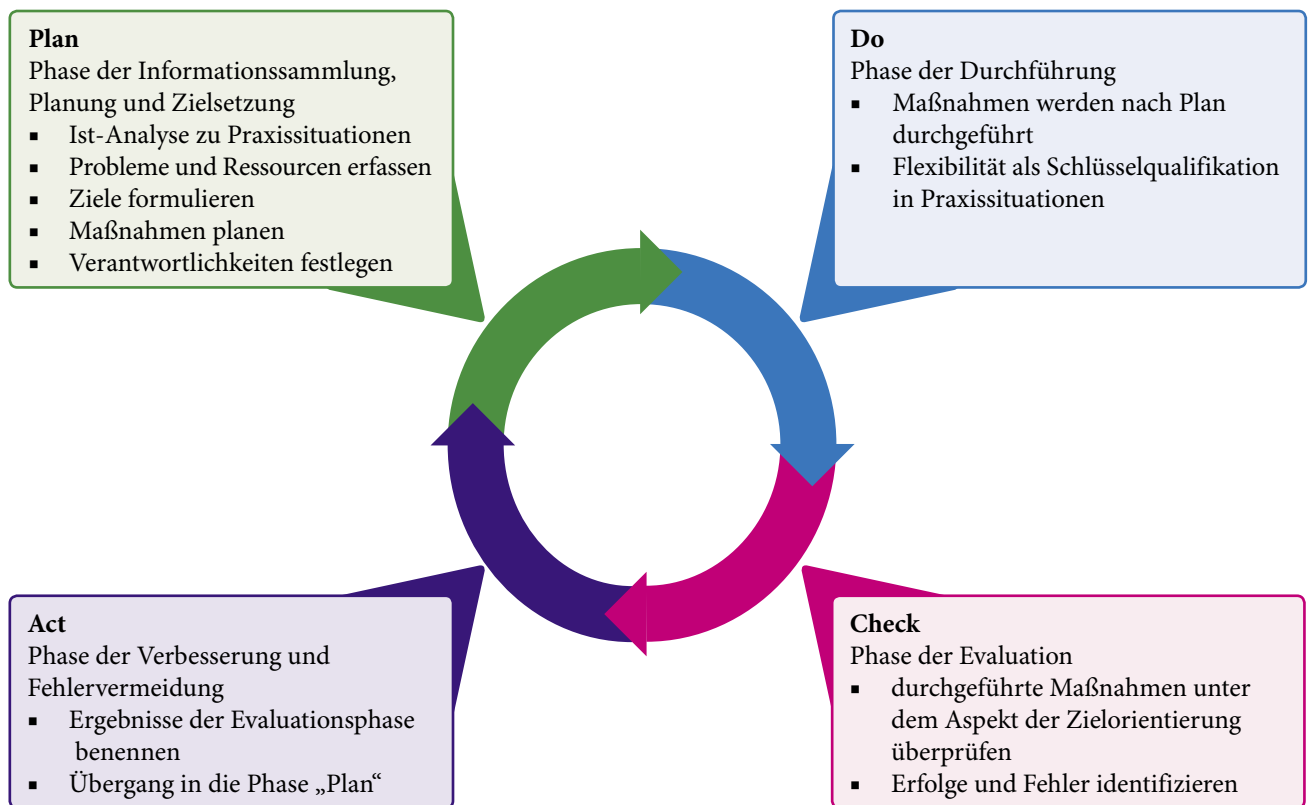
Wirtschaftlichkeit

Im Rahmen des Gesundheitssystems sieht sich die Klinik zu wirtschaftlichem Handeln verpflichtet. Es ist ein Ziel, ein ausgewogenes Verhältnis aller Interessengruppen zu erreichen und dabei den Behandlungsprozess in der Klinik zu gewährleisten. Arbeitsabläufe und Organisationsstrukturen werden regelmäßig auf ihre Wirtschaftlichkeit hin geprüft, ein gewissenhafter Umgang mit Ressourcen wird gewährleistet. Als mittelständiges Unternehmen sieht die Klinik ihre soziale Ver-

antwortung, wenn es um die Sicherung von Arbeitsplätzen geht.

Prozessoptimierung

Die prozesshafte Orientierung wird als dynamisches Denkmodell und systematische Problemlösungstechnik verstanden. Nur so ist die kontinuierliche Arbeit an der Verbesserung von Qualität möglich. Der PDCA - Cycle (Deming, 1986) stellt die Arbeitsweise in diesem Prozess dar und wird, wie in dem folgenden Modell dargestellt, in der Klinik angewendet:



D-4. Kommunikation der Qualitätspolitik

Die Qualitätspolitik wird systematisch und kontinuierlich in den einzelnen Bereichen der Klinik transparent gemacht. Dafür sorgen Kommunikationsstrukturen, bei denen alle Mitarbeiter ihre festen Ansprechpartner in den Bereichsleitungen haben. Zeit und Raum für die unterschiedlichen Besprechungen und Arbeitsgruppen sind in die täglichen Klinikplanungen integriert. Aktuelle Informationen, Anfragen und Bekanntgabe von Ergebnissen sind sowohl in schriftlicher Form als auch über die klinikinterne PC-Vernetzung für alle Mitarbeiter zugänglich.

Richtlinien und Standards in Bezug auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene sind vorhanden, werden bei Bedarf aktualisiert oder neu entwickelt.

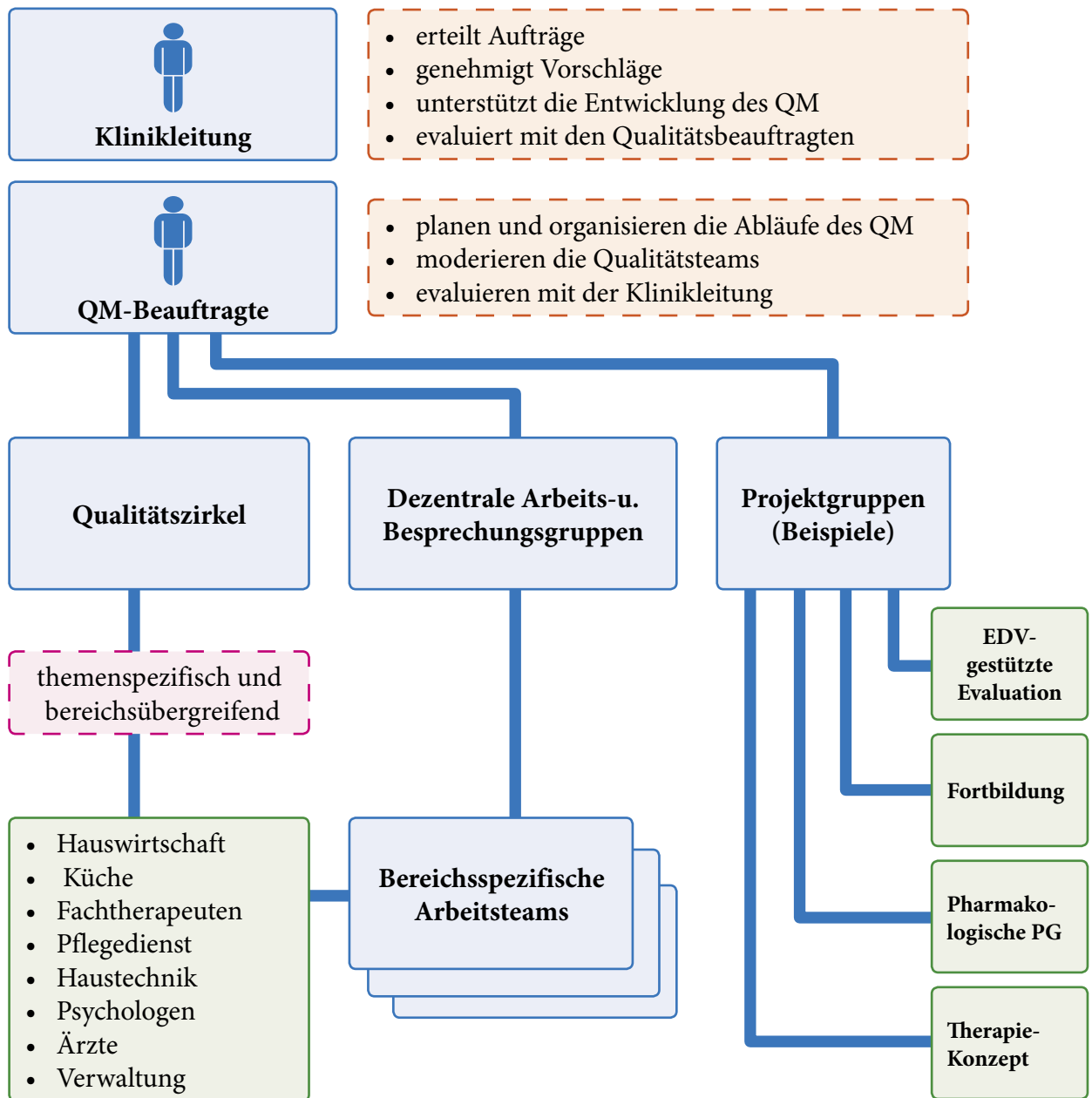
Die externe Kommunikation findet ebenfalls auf mehreren Ebenen statt. Ein besonderer Schwerpunkt ist der telefonische Kontakt zwischen einweisenden Ärzten und der Klinikleitung. In den täglichen Telefonsprechzeiten können individuelle Patientensituationen besprochen, offene Fragen im direkten Gespräch geklärt werden. Die Ergebnisse der Befragung von einweisenden Ärzten zeigen, dass diese Form der Kommunikation als sehr zufriedenstellend empfunden wird.



■ E. Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

E-1. Aufbauorganisation des klinikinternen Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement der Burghof-Klinik ist fester Bestandteil der Qualitätspolitik und arbeitet kontinuierlich an seiner Weiterentwicklung. Die Klinikleitung sorgt für die Bereitstellung der zeitlichen Ressourcen und ist im stetigen Informationsaustausch mit den Qualitätsmanagementbeauftragten. Durch die bereichsübergreifende Kommunikationsstruktur, die sich aus den unterschiedlichen Qualitätszirkeln, Arbeits- und Projektgruppen ergibt, sind alle Berufsgruppen über Hierarchiegrenzen hinweg in das Qualitätsmanagement integriert:





Qualitätszirkel

Das übergeordnete Ziel der Qualitätszirkel ist, jeweils themengebunden Qualitätsstandards zu definieren und daraus Strategien zur Qualitätssicherung abzuleiten. Die Zirkel setzen sich bereichsübergreifend zusammen, um bei analysierten Schwachstellen Lösungen zu finden, die Arbeitsabläufe strukturierter und qualitätsverbessernd gestalten sollen. Alle Ergebnisse werden in den zuständigen dezentralen Arbeits- und Besprechungsgruppen bekannt gegeben und zusätzlich über das klinikinterne PC-gesteuerte Kommunikationssystem für alle Mitarbeiter zugänglich gemacht. Die erstellten Standards und Richtlinien sind schriftlich fixiert und ebenfalls für die Mitarbeiter einzusehen.

Dezentrale Arbeits- und Besprechungsgruppen

In den täglichen Besprechungsgruppen des ärztl./therap./pfleg. Teams stehen die Krankheits- und Gesundheitsverläufe der Patienten im Mittelpunkt. Ziel ist, aus den Sichtweisen der unterschiedlichen Berufsgruppen, die im direkten Kontakt zu den Patienten stehen, ein ganzheitliches Bild zu entwickeln, das für den Therapieprozess genutzt wird.

Das Team der Bereichsleitungen trifft sich einmal im Monat, um aktuelle Kliniksituationen, Entwicklungen betreffs qualitätssichernder Maßnahmen und bereichsübergreifende Informationen als Tagesordnungspunkte zu bearbeiten. Darüber hinaus haben alle Bereichsleitungen regelmäßige Besprechungen mit ihren Mitarbeitern, in denen vorrangig aktuelle Organisationsabläufe thematisiert werden. Zu spezifischen Fragen werden die Besprechungen auch als dezentrale Arbeitsgruppen genutzt, um eine zeitnahe Bearbeitung von Problemen zu gewährleisten. Hinsichtlich der Mitarbeiterorientierung bieten alle Besprechungsgruppen ein Podium für Rückmeldungen aus den einzelnen Berufsgruppen und bilden so die Basis für ein multidisziplinäres Team.

Projektorganisation

Die Inhalte der Projektgruppen werden in Abstimmung mit der Klinikleitung und den QM-Beauftragten erörtert und in Form eines Projektauftrags festgelegt. Aufgaben und Ziele eines Projektes werden im nächsten Schritt formuliert und bereichsspezifisch in die Gruppen gegeben. Anregungen zu Projekten können von allen Mitarbeitern eingebracht werden.

Als Projektgruppe gelten Arbeitskreise mit drei und mehr Mitarbeitern; der zeitliche Rahmen eines Projektes wird in der Planungsphase festgelegt. Die Klinikleitung hat zwei Gesamtprojektleiter benannt, welche die Aufgabe haben, die Projekte zu begleiten, zu kontrollieren und zu dokumentieren. Es wird besonders darauf geachtet, dass Ziel- und Zeitvorgaben eingehalten werden. Jede Projektgruppe hat einen geeigneten Projektleiter, der durch fachspezifische Kenntnisse das jeweilige Projekt moderieren, entwickeln und überprüfen kann. Die Ergebnisse werden an den zuständigen Gesamtprojektleiter gegeben (s. auch Anlage 3)

Qualitätsplanung und Überprüfung

Im Rahmen der beschriebenen Organisationsstruktur erstellen die jeweiligen Abteilungen der Klinik eine Qualitätsplanung mit spezifischen Zielen. Eine Auswahl der angestrebten Qualitätsziele für 2004 ist der Anlage 5 zu entnehmen. Die Überprüfung findet am Ende des Jahres statt und es wird festgehalten, welches Ziel oder Teilziel erreicht oder in weiterer Bearbeitung ist.



E 2. Qualitätsbewertung

Die Burghof-Klinik legt 2004 den Schwerpunkt hinsichtlich Qualitätsbewertung auf das Entwickeln und Einsetzen von EDV-gestützten Evaluationsinstrumenten. Dies wird als eine Form von Selbstbewertung eingestuft. In Projektgruppen werden Fragebögen für Patienten, Mitarbeiter und einweisende Ärzte erstellt und in die EDV-Systeme installiert. Im Folgenden zeigen die Beschreibungen einiger Bewertungsverfahren die Messkriterien, die Datenbearbeitung und die Ergebnissicherung:

Patientenbefragungen

Bei den sogenannten Prä-Post-Testen handelt es sich um Symptomfragebogen zur subjektiven Einschätzung durch die Patienten bei Aufnahme und vor Entlassung. Bereits im Aufnahmegespräch füllt jeder Patient einen Fragebogen aus, dessen Daten zeitnah eingegeben, ausgewertet und grafisch dargestellt werden. Am Ende der Behandlung bewertet jeder Patient erneut seine Beschwerden, so dass dem Therapeuten zum Abschlussgespräch die grafischen Darstellungen der Prä- und Post-Werte vorliegen. Der Prä-Test ermöglicht dem Therapeuten eine gezielte Exploration nicht spontan genannter Symptome. Der Vergleich der beiden Testwerte am Anfang und Ende der Behandlung ermöglicht eine Evaluation der Gesamtbehandlung. Insgesamt zeigen sich dabei deutliche symptomatische Veränderungen bezüglich aller Faktoren. Eine Verweigerung des Testes durch die Patienten wird bislang nicht beobachtet.

Ein weiterer Fragebogen wird zum Erfassen der Zufriedenheit des Patienten während des stationären Aufenthaltes eingesetzt. Vor der Entlassung bearbeitet jeder Patient den Fragebogen unter folgenden Kriterien:

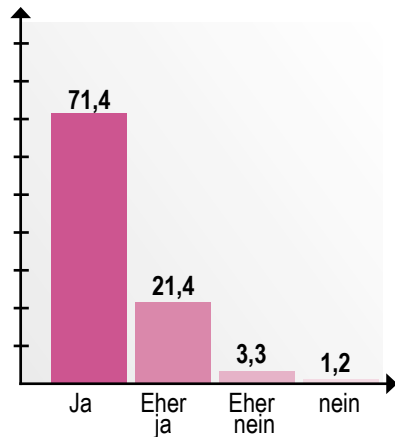
- Gesamtbehandlung
- Dienstleistungen der einzelnen Bereiche
- Vorinformationen zur Klinik
- Räumlichkeiten
- Hausordnung/Absprachen
- therapeutisches Milieu

Weiter werden die subjektiven Veränderungen in den Bereichen

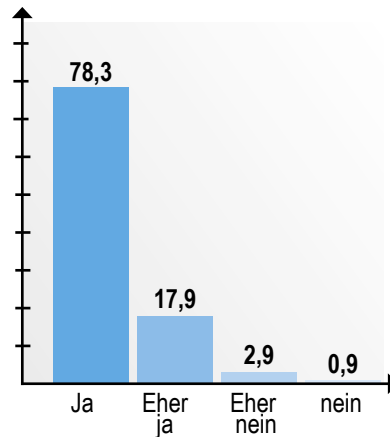
- Selbstwertgefühl
- Offenheit gegenüber anderen Menschen
- Akzeptanz eigener Gefühle
- Konfliktfähigkeit im Beruf und in der Partnerschaft
- Kontinuum von körperlicher Aktivität und Ruhe/Gelassenheit erfragt.

Außerdem wird überprüft, inwieweit der Patient die Vorbereitung auf die Entlassung bezüglich verschiedener Lebensbereiche als ausreichend empfindet. Abschließend bewertet der Patient seine Zufriedenheit mit den Therapien, an denen er teilgenommen hat. Durch diese ausführliche Befragung können etwaige Unzufriedenheiten, Schwachstellen und Versorgungslücken zeitnah erfasst und ggf. behoben werden. Die Akzeptanz und der Rücklauf des Fragebogens ist bei regulärer Beendigung des stationären Aufenthalts praktisch vollständig. Insgesamt zeigt sich eine sehr hohe Zufriedenheit mit der Behandlung:

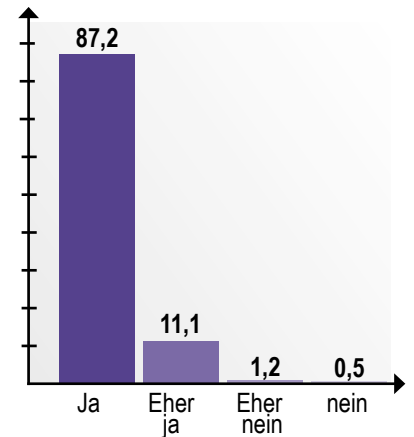
Empfanden Sie die
Behandlung als hilfreich?



Haben Sie sich in
unserer Klinik wohlgeföhlt?



Würden Sie unsere
Klinik weiterempfehlen?



Die Integration der Daten aus der Nachbefragung, der Prä-Post-Testung, den Zufriedenheitseinschätzungen, sowie der Diagnosen, verschiedener soziografischer Daten und der Dokumentation der Gruppentherapien mit verschiedenen indikationsrelevanten Skalen erfolgt durch ein speziell hierfür geschriebenes Computerprogramm

KliniQS

Datenintegration und Qualitätssicherung

The screenshot displays the KliniQS software interface, which includes several key components:

- Navigation Menu:** Includes buttons for 'Beratung', 'Gruppen', 'Patienten', 'Tools', and 'Einstellungen'.
- Survey Overview Table:** A table listing patients and their completion status for various exercises.

Pnr.	Name	1	2	3	4	5	6
99330	Imahäufig, Michaela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99253	Opamantaru, Christa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99288	Ellenema, Karin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99345	Imahäufig, Michaela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99320	Imahäufig, Michaela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99254	Imahäufig, Michaela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99421	Wohlwendler, Ingeborg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99328	Wohlwendler, Ingeborg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Line Graph:** A line graph showing data trends over time, with a y-axis ranging from 0 to 1000 and an x-axis with dates from 20. FEB to 04. APR.
- Survey Results Summary:** A table summarizing survey results for various questions.

Frage	1	2	3	4	Sum
1. Finden Sie die Behandlung hilfreich?	1226	340	57	21	1644
2. Haben Sie sich in der Klinik wohlgeföhlt?	75	21	3	1	100
3. Würden Sie unsere Klinik anderen empfehlen?	1425	192	20	10	1647
4. Können Sie Ihr Anliegen gut in die Therapie einbringen?	1003	472	119	48	1642
5. Würden Sie zu einer erneuten Behandlung wieder in unsere Klinik kommen?	1342	219	54	26	1641
- Summary Table:** A table providing statistical data for the survey.

Frage	1	2	3	4	Sum
1. Finden Sie die Behandlung hilfreich?	1226	340	57	21	1644
2. Haben Sie sich in der Klinik wohlgeföhlt?	75	21	3	1	100
3. Würden Sie unsere Klinik anderen empfehlen?	1425	192	20	10	1647
4. Können Sie Ihr Anliegen gut in die Therapie einbringen?	1003	472	119	48	1642
5. Würden Sie zu einer erneuten Behandlung wieder in unsere Klinik kommen?	1342	219	54	26	1641

Dieses Programm ermöglicht die Berechnung statischer Zusammenhänge und Unterschiede und so eine differenziertere Qualitätskontrolle und -bewertung.



Einweiserbefragungen

Im Jahr 2004 werden an insgesamt 240 Einweisern aus festgelegten Zeiträumen Fragebögen versendet, in denen die Klinikleistungen anhand verschiedener Skalen bewertet und direkt mit anderen Kliniken verglichen werden. Zudem gibt es Raum für persönliche Äußerungen, Anregungen, Kritiken und Kommentare. Anhand einer 6-stufigen Skala werden folgende Bereiche erfasst:

- Zufriedenheit mit den Einweisungsmodalitäten
- Absprachen zwischen Einweiser und Behandlern
- Therapieergebnissen
- Vorbereitung des Patienten auf die Entlassung
- abschließende Information der Einweiser per Telefon
- Abschlussbericht
- Strukturiertheit, Flexibilität und Vielseitigkeit des Angebotes im Vergleich zu anderen Kliniken.

Der Rücklauf der ersten Befragung beträgt 42%. Diese Fragebögen werden qualitativ und quantitativ ausgewertet. Dabei äußern sich die Einweiser insgesamt durchaus zufriedenstellend:



Im direkten Vergleich wird die Arbeit der Burghof-Klinik von den Einweisern als strukturiert, flexibel und vielseitig eingeschätzt. Schwachstellen werden insbesondere in der späten Zusendung des Abschlussberichtes gesehen; 43% der Einweiser wünschen sich eine zeitnähere Versendung. Dieses Ergebnis wird bearbeitet, indem geprüft wird, an welchem Punkt der Arbeitsablauforganisation die Verzögerungen zustande kommen. Es werden Maßnahmen zur Beschleunigung des Berichtswesens eingeführt, die besonders in den ersten Monaten kontinuierlich geprüft werden.

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

Eine für diesen Punkt des Qualitätsberichtes gewünschte Darstellung ist nicht möglich, da in den Ende 2004 vorliegenden Ausführungsbestimmungen zu Maßnahmen der externen Qualitätssicherung keine für die Burghof-Klinik relevanten Leistungsbereiche erfasst sind.



■ F. Qualitätsmanagementprojekte

Die Richtlinien für die Projektplanung und – durchführung sind den Anlagen 3 und 4 zu entnehmen. Für den Berichtszeitraum 2004 werden folgende ausgewählte Projekte der Burghof-Klinik vorgestellt:

F-1. Projektgruppe „Bereichsübergreifende interne Fortbildungsveranstaltungen“

Ziel:

Implementierung einer kontinuierlichen Planung und Durchführung der internen Fortbildungen, die orientiert sind an:

- dem Bedarf der jeweiligen Teilnehmergruppen
- dem aktuellen Entwicklungsstand der Klinik
- der Vernetzung der berufsspezifischen Bereiche
- den vorhandenen Richtlinien/Empfehlungen zu Fortbildungen im Krankenhausbereich
- der Dokumentation im Rahmen der Ergebnisqualität

Teilziel 1:

- Fortbildungsthemen anhand eines Fragebogens erfassen und festlegen
- Weitere Themen durch Rücksprache mit den zuständigen Mitarbeitern bzgl. aktueller Konzeptionen der störungsspezifischen Therapieprogramme erfassen
- Schnittstellenprobleme der Bereiche erfragen und systematisch bei der Zusammensetzung der Teilnehmer berücksichtigen

Teilziel 2:

- Themen und Teilnehmerzusammensetzung festlegen
- Terminmöglichkeiten im Hinblick auf aktuelle Klinikabläufe prüfen und festlegen
- Fortbildungsplan erstellen und in die Bereiche geben

Teilziel 3:

- Fachkompetenz/ Qualifikation der Dozenten gewährleisten
- Teilnahme gewährleisten/ Teilnahme dokumentieren

Teilziel 4:

- Einhalten der Termine und Themen
- Teilnahme der Mitarbeiter
- Rückmeldungen aus der Praxis
- Bedarfserfassung für die Planung 2005

Ergebnisse:

Durch die systematische Bedarfserfassung konnten sowohl Wissensdefizite als auch aktuelle Schnittstellenproblematiken erkannt und angemessen in die Planung aufgenommen werden. Die jeweiligen Mitarbeiter fanden ihre Wünsche und Probleme wieder und darüber hinaus konnten die konzeptuellen klinikspezifischen Anforderungen integriert werden. Die Anzahl der Teilnehmer bei den Veranstaltungen lag, bis auf einen Bereich, durchgängig über 75%. Die Rückmeldungen der Teilnehmer sprachen von einem theoretischen Wissenszuwachs und von Umsetzungshilfen für die Praxis. Die Gruppe, aus der nur eine geringe Anzahl von Mitarbei-



tern teilgenommen hatte, wurde aufgefordert die Angebote der Klinik anzunehmen, um den wachsenden Ansprüchen gerecht zu werden. Die Teilnehmerzahl ist seit diesem Gespräch zufriedenstellend hoch. Die Ergebnisse dienen als Grundlage zur weiteren Planung der internen Fortbildungen.

F-2. Projektgruppe „Mitarbeiterbefragung“

Ziel:

- Mitarbeiterzufriedenheit unter verschiedenen Aspekten der Arbeit erfassen und auswerten
- Methoden einsetzen/ entwickeln, die eine quantitative und qualitative Datenanalyse ermöglichen
- Ergebnisse in den Arbeitsbereichen vorstellen und diskutieren mit dem Fokus, gemeinsam Wege zu finden, um Unzufriedenheiten zu reduzieren und Zufriedenheiten zu erhalten

Teilziel 1:

- Fragebogen mit geschlossenen und offenen Fragen entwickeln
- PC-Programm zur Eingabe und Auswertung der quantitativen Daten installieren

Teilziel 2:

- Ausgabe und Rücklauf der Fragebögen gewährleisten und dokumentieren

Teilziel 3:

- korrekte Datenanalyse und Ergebnisdarstellung

Ergebnisse:

In dem Fragebogen werden mittels Skalen und offenen Fragen folgende Aspekte im Hinblick auf die Zufriedenheit der Mitarbeiter erfasst:

- Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen
- Arbeitsatmosphäre
- Informationspolitik
- Erleben von Führungsstrukturen
- Räumlichkeiten
- Entlohnung
- Aufstiegsmöglichkeiten
- Fortbildungsangebot
- Dienstplangestaltung
- Mitarbeiterverpflegung

Der Rücklauf der Fragebögen beträgt 81,8% und in 56% der Bögen sind die offenen Fragen beantwortet. Die quantitative Datenauswertung erfolgt mit Hilfe eines eigens für diese Befragung entwickelten PC-Programms. Durch die zusätzliche qualitative Analyse ist es möglich, die Angaben der Mitarbeiter zu generalisieren und in Kategorien zu erfassen. Durch die Möglichkeit, einzelne Arbeitsbereiche zu betrachten, werden differenzierte Aussagen zu berufsspezifischen Gegebenheiten dargestellt.



Alle Mitarbeiter erhalten die Auswertung der Befragung in schriftlicher Form mit dem Auftrag, die Ergebnisse in ihrer dezentralen Arbeitsgruppe zu besprechen und Verbesserungsvorschläge anzubringen. Die Projektleiter sammeln und systematisieren diese Punkte und leiten die weiteren Bearbeitungsschritte ein.

F-3. Projekt „Entwicklung eines Gruppenkonzeptes zur Förderung der Therapiemotivation“

Die Veränderungsmotivation von Patienten wird in verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung als ein maßgeblicher Prädiktor des Behandlungsergebnisses eingeschätzt. Die Realität zeigt allerdings eine oftmals unzureichende Ausgangsmotivation bzw. Compliance gerade von Psychotherapiepatienten. Dies manifestiert sich beispielsweise als rein passive Behandlungserwartung, fehlendes Veränderungsanliegen oder ausgeprägtes Hoffnungslosigkeits- und Resignationserleben als häufig typische Motivationsblockade.

Die Konsequenzen unzureichender Veränderungsmotivation können weitreichend sein und betreffen u. a. die grundsätzliche Effektivität der Behandlung, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung und eine weitere mögliche Chronifizierung der Erkrankung. Daraus hat sich auch für unsere Klinik ein entsprechender Handlungsbedarf abgeleitet und es wird ein Projekt zu diesem Thema initiiert.

Ziel:

- explizite Motivationsarbeit im therapeutischen Prozess möglichst frühzeitig verankern, um damit die Effektivität der Behandlung zu steigern

Teilziel 1:

- Förderung einer vermehrten Zielorientierung
- Förderung vermehrter Eigenverantwortlichkeit
- Förderung einer positiven Einstellung gegenüber psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen
- Förderung einer vermehrten Transparenz des therapeutischen Prozesses
- Förderung einer vermehrten Partizipation der Patienten

Teilziel 2:

- Entwicklung und Evaluation eines Gruppenkonzeptes zur Motivationsförderung
- Entwicklung schriftlicher Informationsmaterialien für die Patienten
- Durchführung des Gruppenprogramms inklusive Vernetzung mit anderen Therapiemodulen

Ergebnisse:

Ingesamt wird der zeitliche Rahmen des Projektes auf 5 Monate angelegt. Es wird ein geschlossenes Gruppenkonzept entwickelt, das ein Einführungsangebot für alle neu aufgenommenen Patienten darstellt, und thematisch oben genannte Teilziele von Motivation fokussiert.

Die zeitliche Planung kann bis auf geringfügige Abweichungen eingehalten werden.

Das Gruppenangebot, einschließlich der schriftlichen Informationsmaterialien, ist inzwischen fest in das Gesamttherapiekonzept implementiert und die Patientenbefragungen zeigen, dass dieses Angebot als sehr hilfreich bewertet wird.

**■ G. Weitergehende Informationen**

Leitende Ärzte:	Dr. med. Axel Weibezahl Dr. med. Dagmar Rudolph-Weibezahl
Pflegedienstleiterin:	Gabriele Branahl (Diplom-Pflegepädagogin)
Verwaltungsleiter:	Georg Schmidt (Diplom-Volkswirt)
Qualitätsmanagement-Beauftragte und verantwortlich für den Qualitätsbericht:	Dr. med. Hans-Werner Lutteroth (ärztl. Qualitätsmanager) Gabriele Branahl
Mitwirkende am Qualitätsbericht:	Claudia Frese (Diplom-Psychologin) Ullrich Funkner (Diplom-Psychologe)
Links:	http://www.burghof-klinik.de information@burghof-klinik.de
Layout:	silbersaiten web&design http://www.silbersaiten.de



Anhang



■ Anlage 1: Leitbild

Wir stellen uns in den Dienst psychisch kranker Menschen

- ▶ Der Umgang mit Patienten ist durch Achtung und Respekt vor der Würde des Anderen geprägt
- ▶ Unsere Patienten haben ein Anrecht auf den Einsatz unseres gesamten Wissens, unserer Kraft und unseres Engagements.
- ▶ Das Schaffen einer gleichzeitig anregenden, aber auch sicherheitsgebenden Atmosphäre, in der jeder Einzelne sich entfalten kann, gehört ebenso zu unserer Konzeption wie die Förderung von aktiver Teilnahme, Eigenkompetenz und Selbstverantwortung.

Wir streben nach einer Verbesserung unserer Leistung

- ▶ Die Qualität der Leistungen ergibt sich aus der Zufriedenheit unserer Patienten, der einweisenden Ärzte und Therapeuten sowie unserer Mitarbeiter und aus dem belegbaren Erfolg unseres therapeutischen Wirkens.
- ▶ Den Grad dieser Zufriedenheit und unsere Therapieergebnisse überprüfen wir regelmäßig; die Ergebnisse dienen als Grundlage für Verbesserungsmaßnahmen.
- ▶ Wir arbeiten ständig an der Effizienz und Effektivität unserer Prozesse.
- ▶ Kreativität, Ideenreichtum und Kritik sind uns willkommen; Anregungen und Verbesserungsvorschläge können auf vielfältige Weise unterbreitet werden und werden offen und schnell bearbeitet.

Wir verbinden mit Führungskompetenz vor allem Vorbildfunktion

- ▶ Unsere Führungskräfte motivieren, fördern und fordern die Mitarbeiter
- ▶ Die Führungskräfte legen Rahmenbedingungen fest, in denen Gesundheitsschutz und Arbeitssicherheit gewährleistet sind.
- ▶ Erfolge werden gesehen und rückgemeldet, Probleme in der Sache offen angegangen
- ▶ Unsere Führungskräfte bemühen sich um Offenheit, Verlässlichkeit, Gerechtigkeit und Zugänglichkeit für die Mitarbeiter.



Jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter ist wichtig

- ▶ Die fachlich kompetente, engagierte, auf gegenseitiger Wertschätzung beruhende, eigenverantwortliche und kooperative Zusammenarbeit unserer Mitarbeiter ist die Grundlage des Erfolges unserer Klinik.
- ▶ Entsprechend wird die persönliche Weiterentwicklung jedes Mitarbeiters von Seiten der Leitungskräfte gefördert, alle Beschäftigten sind aber auch für ihre individuelle Fort- und Weiterbildung mit verantwortlich.
- ▶ Fähigkeiten zur Kommunikation fördern wir nicht nur bei unseren Patienten, sondern nutzen sie vielmehr auch für den internen Dialog und für transparente Informationsprozesse.

Wir wollen der individuellen Thematik jedes Patienten gerecht werden

- ▶ In der Burghof-Klinik wird für jeden Patienten ein eigener, auf seine spezielle Problematik zugeschnittener Therapieplan erarbeitet.
- ▶ Den Rahmen hierfür bilden sogenannte Behandlungszüge, die störungsspezifisch ausgerichtet sind, dabei aber Raum für individuelle Ausgestaltung geben.
- ▶ Das therapeutische Vorgehen wird dem Patienten angepasst und nicht der Patient der Therapiemethode

Wir fühlen uns zu wirtschaftlichem Handeln verpflichtet

- ▶ Wir haben im Rahmen des Gesundheitssystems einen gesellschaftlichen Auftrag, der von uns einen gewissenhaften Umgang mit Ressourcen verlangt.
- ▶ Als mittelständiges Unternehmen tragen wir soziale Verantwortung.
- ▶ Arbeitsabläufe und Organisationsstrukturen werden regelmäßig auf ihre Wirtschaftlichkeit geprüft.

Wir sehen unsere Mitarbeiter mit ihrer fachlichen und persönlichen Kompetenz sowie ihrer Professionalität als Träger der Qualität unseres Hauses.

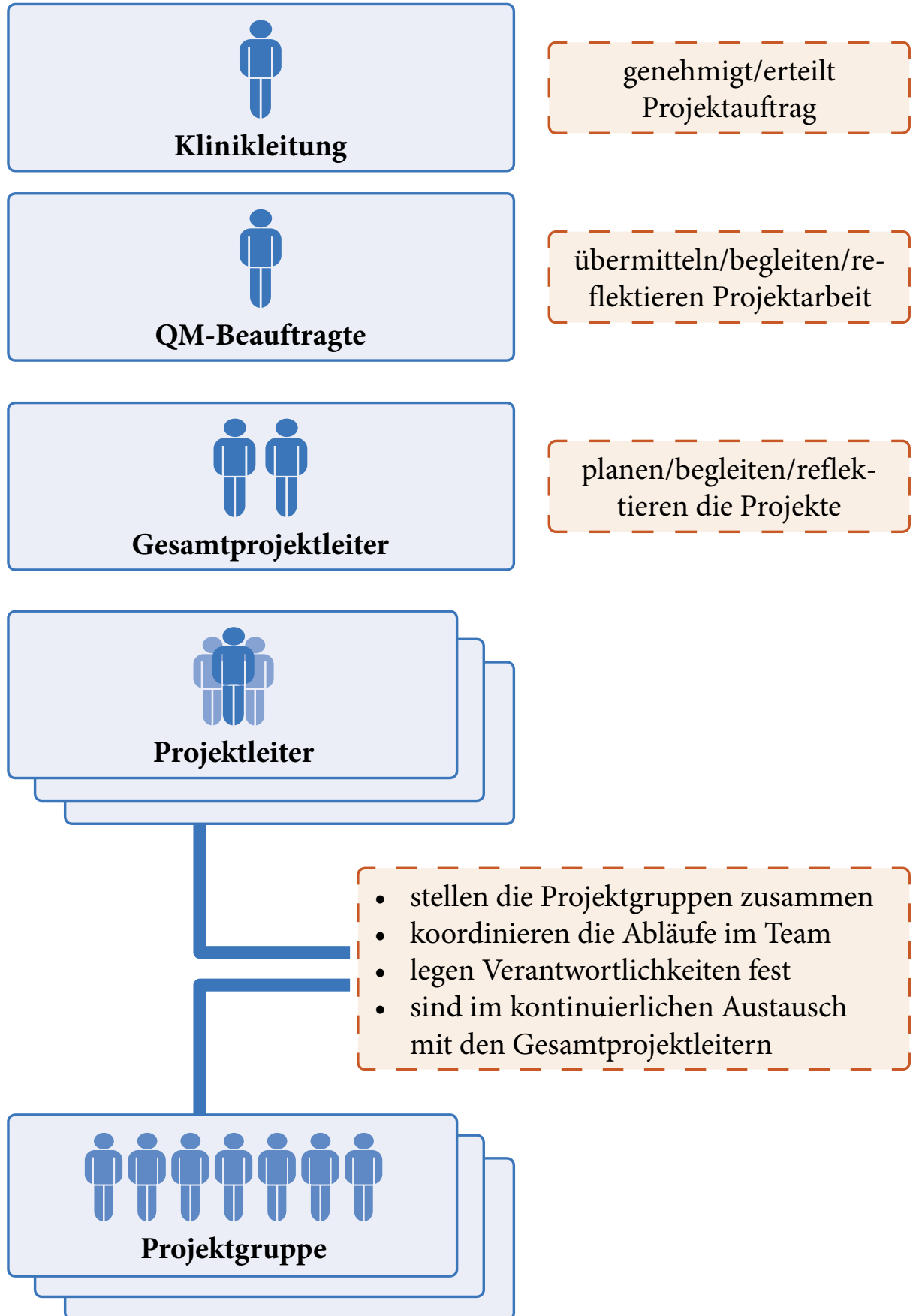


■ Anlage 2: Pflegeleitbild

- ▶ Das Pflegeleitbild unserer Klinik bildet die ideale Basis für unsere Arbeit und identifiziert sich mit den Aussagen des Klinikleitbildes.
- ▶ Wir setzen uns zum Ziel eine optimale Pflege zum Wohle und zur Zufriedenheit unserer Patienten zu leisten.
- ▶ Wir respektieren die Würde und das Recht des Patienten auf Zuwendung und Akzeptanz, unabhängig von seinem Geschlecht, seinem Alter, seiner Nationalität, dem sozialen Status und der Religion.
- ▶ Wir verstehen psychiatrische Pflege als zwischenmenschlichen Prozess und orientieren uns an den theoretischen Grundlagen der Pflege-theorien von Hildegard Peplau und Dorothea Orem:
 - ▶ Die von Peplau beschriebenen Phasen der Orientierung, der Identifikation, der Nutzung und der Ablösung geben uns den Rahmen für die Gestaltung des Beziehungsprozesses zwischen Pflegenden und Patienten. Die Ausführungen zu den jeweiligen Rollenübernahmen ermöglichen uns den adäquaten Umgang mit Nähe und Distanz in den Beziehungen
 - ▶ Nach dem Ansatz von Orem entwickeln wir gemeinsam mit dem Patienten Strategien zur Alltagsstrukturierung unter Berücksichtigung seiner individuellen Selbstpflegetherfordernisse- und -fähigkeiten
- ▶ Wir gestalten jede Pflegebeziehung zielgerichtet auf die Unterstützung, Erhaltung oder Wiedererlangung von größtmöglicher Unabhängigkeit und Selbständigkeit des Patienten für seinen Lebensalltag.
- ▶ Wir standardisieren strukturelle Abläufe, um die Organisation von Pflege optimal zu gewährleisten; in den zwischenmenschlichen Kontakten gibt es für uns grundsätzlich keine Standardisierung.
- ▶ Wir sind im ständigen Austausch mit den anderen Berufsgruppen der Klinik, um den Informationsaustausch so transparent wie möglich zu gestalten.
- ▶ Wir stützen uns innerhalb des Pflegeteams, indem wir offen miteinander kommunizieren, Probleme thematisieren, Lob und Kritik anbringen und uns gegenseitig motivieren.
- ▶ Wir sind bemüht durch kontinuierliche Fort- und Weiterbildung unsere fachliche Kompetenz zu erweitern und einen Beitrag zur Professionalisierung der Pflegeberufe zu leisten.



■ Anlage 3: Projektorganisation





■ Anlage 4: Leitfaden zur Projektarbeit

Die nachfolgend aufgeführte Grafik stellt Richtlinien für die Strukturierung der Projektplanung und — durchführung dar und ist systematisch im Verlauf zu dokumentieren.





■ Anlage 5: Qualitätsziele 2004

Klinikleitung

- Aktualisierung des Therapiekonzeptes
- Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements
- Optimierung der Dokumentation über Patientenverläufe
- Implementierung von weiteren EDV- gestützten Evaluationsinstrumenten
- Planung und Organisation einer Institutsambulanz

Pflegedienstleitung

- Erweitern der Fortbildungen für das Pflegepersonal im Kontext zu den Implementierungen der neuen Therapiegruppen:
 - ◆ Essstörungen
 - ◆ Borderline
 - ◆ posttraumatische Störungen
- Überarbeiten des Standards „Diagnostische Kontrollen bei Medikamentengabe und -einstellung“
- Optimierung der Dienstplangestaltung nach Analyse der Arbeitsaufbau- und Arbeitsablauforganisation

Verwaltungsleitung

- Beschleunigung des Berichtswesens
- Erweiterung der EDV-gestützten Patientenverwaltung
- Definieren von Kernprozessen – Überarbeiten der Stellenbeschreibungen der Verwaltungsmitarbeiter
- Optimierung der Archivverwaltung

Ärztlich-therapeutischer Bereich

- Konzeptaktualisierung der Therapiegruppen:
 - ◆ Borderline
 - ◆ Depressionen
- Implementierung der neuen Therapiegruppen:
 - ◆ Essstörungen
 - ◆ Angststehung- und Behandlung
 - ◆ Posttraumatische Belastungsstörung
- Standardisierung des Einsatzes von Pharmazeutika
- Schulung im Umgang mit den EDV-gestützten Evaluationsinstrumenten

Hauswirtschaft und Küche

- Optimierung der Dienstplangestaltung
- Optimierung des Wareneinkaufs
- Erstellen von Arbeitsplänen mit konkreten Arbeitsabläufen
- Überarbeiten der Stellenbeschreibung –Küchenhilfe-
- Fachkompetente Anleitung und Begleitung von essgestörten Patienten

Haustechnik

- Neuregelung der Arbeitszeiten zur Optimierung von Arbeitsabläufen
- Strukturierte Dokumentation geleisteter Arbeit
- Planung und Umsetzung der Renovierungsmaßnahme „Altbau/Flur“

