

Kreiskrankenhaus Waldbröl GmbH
Eine Einrichtung der Klinikum Oberberg GmbH
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Bonn



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

Krankenhaus:	Kreiskrankenhaus Waldbröl GmbH Eine Einrichtung der Klinikum Oberberg GmbH Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Bonn
Institutionskennzeichen:	260531126
Anschrift:	Dr.-Goldenbogen-Straße 10 51545 Waldbröl
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2009 - 0097 - K
durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle:	WIESO CERT GMBH
Datum der Ausstellung:	29.07.2009
Gültigkeitsdauer:	28.07.2012

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Einleitung	5
Die KTQ-Kriterien beschrieben vom Kreiskrankenhaus Waldbröl	6
1. Patientenorientierung im Krankenhaus.....	6
2. Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung	12
3. Sicherheit im Krankenhaus.....	16
4. Informationswesen	21
5. Krankenhausführung.....	24
6. Qualitätsmanagement	28

Vorwort der KTQ[®]

Die KTQ-Zertifizierung ist ein spezifisches Zertifizierungsverfahren des Gesundheitswesens für die Bereiche Krankenhaus, Arztpraxen, Rehabilitationskliniken und Pflegeeinrichtungen. Getragen wird die KTQ[®] von der Bundesärztekammer (BÄK), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Deutschen Pflegerat (DPR) und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherungen¹. Darüber hinaus wurde der Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschland e. V. (HB) mit Beginn des Routinebetriebes im „Niedergelassenen Bereich“ ebenfalls Gesellschafter der KTQ-GmbH. Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet. Die Verfahrensinhalte wurden ausschließlich von Praktikern entwickelt und erprobt.

Mit diesem spezifischen Zertifizierungsverfahren bietet die KTQ[®] den genannten Einrichtungen ein Instrument an, mit dem sie die Qualität ihrer Leistungen durch die Zertifizierung und die zu veröffentlichenden KTQ-Qualitätsberichte nach außen transparent darstellen können.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen, von Praktikern entwickelten Kriterien, die sich auf die Patientenorientierung, die Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit, das Informationswesen, die Führung und das Qualitätsmanagement der Einrichtung beziehen.

Mit diesem spezifischen Zertifizierungsverfahren bietet die KTQ[®] ein Instrument an, mit dem sie die Qualität ihrer Leistungen zum internen Qualitätsmanagement durch eine freiwillige Zertifizierung und den zu veröffentlichenden strukturierten KTQ-Qualitätsbericht für die Öffentlichkeit transparent darstellen können.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen und von Krankenhauspraktikern entwickelten Kriterien, die sich auf die Patientenorientierung, die Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit im Krankenhaus, das Informationswesen, die Krankenhausführung und das Qualitätsmanagement der Einrichtung beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt.

Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes Visitorenteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die sogenannte Fremdbewertung – vorgenommen. Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den Visitoren gezielt hinterfragt und durch Begehungen einzelner Krankenhausbereiche überprüft.

Aufgrund des positiven Ergebnisses der Selbst- und Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Mit dem KTQ-Qualitätsbericht werden umfangreiche, durch die Fremdbewertung validierte Informationen über das betreffende Krankenhaus in standardisierter Form veröffentlicht.

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet die individuelle Einleitung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Beschreibung der insgesamt 72 Kriterien des KTQ-Kataloges. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet, im zweijährigen Turnus den strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht: Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische

¹ Zu diesen zählen: der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., der AOK-Bundesverband, der BKK Bundesverband, der IKK-Bundesverband, der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See.

Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass das Kreiskrankenhaus Waldbröl mit diesem Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen - einen umfassenden Überblick hinsichtlich seines Leistungsspektrums, seiner Leistungsfähigkeit und seines Qualitätsmanagements vermitteln kann.

Die Qualitätsberichte sind auch auf der KTQ-Homepage unter www.ktq.de abrufbar.

Dr. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Spitzenverbände der Krankenkassen

Dr. med. B. Metzinger

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

M.-L. Müller

Für den Deutschen Pflegerat

Dr. med. R. Quast
Für den Hartmannbund

Einleitung

Das Kreiskrankenhaus Waldbröl ist mit 342 Planbetten ein zentrales Standbein einer Holding Gesellschaft, der Klinikum Oberberg GmbH, und ländliches Gesundheitszentrum der Grund- und Regelversorgung. Als Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Bonn werden in allen acht Hauptfachabteilungen Fachärzte mit verschiedenen Schwerpunkten ausgebildet. Wir versorgen jährlich ca. 13.500 stationäre Patienten.

Anschrift: Kreiskrankenhaus Waldbröl GmbH
Dr.-Goldenbogen-Straße 10
51545 Waldbröl

Telefon: 02291/82-0
Fax: 02291/82-1600

Email: info@kkh-waldbroel.de
Internet: www.kkh-waldbroel.de

Die Kreiskrankenhaus Waldbröl GmbH beschäftigt ca. 800 Mitarbeiter und ist damit einer der größten Arbeitgeber im südlichen Oberbergischen. In der Holdinggesellschaft Klinikum Oberberg GmbH ist eine Krankenpflegeschule für unser Haus mit 47 Ausbildungsplätzen angegliedert.

Gemeinsam mit unseren Schwesterhäusern im Konzern sehen wir unseren Auftrag in der wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung im ländlichen Bereich mit einem umfassenden medizinischen Leistungsangebot. Als weltanschaulich neutrales Haus besteht unser Ziel in der bestmöglichen Versorgung unserer Patienten mit einem hohen Maß an individueller Zugesandtheit bei hoher Effizienz der internen Strukturen. Wir profitieren von dem landschaftlichen Reiz der uns umgebenden Natur und versuchen, mit unserem täglichen Handeln zu ihrem nachhaltigen Schutz beizutragen. Der Aufgabe der stetigen Optimierung unserer Dienstleistung stellen wir uns täglich neu.

Die KTQ-Kriterien beschrieben vom Kreiskrankenhaus Waldbröl

1. Patientenorientierung im Krankenhaus

1.1 Vorfeld der stationären Versorgung und Aufnahme

Die Organisation im Vorfeld der stationären Aufnahme erfolgt patientenorientiert.

1.1.1 Die Vorbereitungen einer stationären Behandlung sind patientenorientiert

Das Krankenhaus gewährleistet im Vorfeld der stationären Versorgung eine an den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Angehörigen orientierte Organisation und Gestaltung.

Die Organisation des Krankenhauses gewährleistet eine an den Bedürfnissen des Patienten orientierte Vorbereitung zur stationären Aufnahme.

Die Aufnahme der Patienten erfolgt nach Terminabsprache mit der jeweiligen Fachabteilung in den Ambulanzen und nach den zur Verfügung stehenden Kapazitäten. Notfallpatienten werden in der Notaufnahme interdisziplinär erstversorgt.

Im Internet erhalten Patienten vorbereitende Informationen über die Angebote des Hauses.

Die Zufahrten sind gut beschildert und für Behinderte barrierefrei gestaltet.

1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

Innerhalb des Krankenhauses ist die Orientierung für Patienten und Besucher sichergestellt.

Es befinden sich Hinweisschilder im Eingangsbereich, der Notaufnahme, den Stationen und Fluren sowie Wegweiser in den Fahrstühlen. Die zentrale Information befindet sich in der Eingangshalle. Fluchtwege sind gekennzeichnet.

Orientierungsschwache Patienten werden begleitet, ebenso Patienten die zu ambulanten Operationen kommen. Notfallpatienten werden von den Stationen aus der Notaufnahme abgeholt.

Die Mitarbeiter des Hauses sind Ansprechpartner für Patienten und Besucher gleichermaßen.

1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

Die Aufnahme erfolgt koordiniert unter Berücksichtigung der Bedürfnisse von Patienten nach Information, angemessener Betreuung und Ausstattung.

Die Patientenaufnahme erfolgt nach koordinierten Abläufen. Geplante Patientenaufnahmen werden administrativ in der zentralen Patientenaufnahme aufgenommen, Notfallaufnahmen erfolgen administrativ und ärztlich in der Notaufnahme.

Orientierungsschwache Patienten werden auf die Station begleitet.

Abhängig von der Dringlichkeit erfolgt die fachärztliche Vorstellung und Diagnostik sowie die Aufnahme in den zuständigen Fachbereich. Examiniertes Pflegepersonal steht uneingeschränkt zu allen Tag- und Nachtzeiten zur Verfügung.

1.1.4 Ambulante Patientenversorgung

Die ambulante Patientenversorgung z. B. im Rahmen der Notfallambulanz, der Medizinischen Versorgungszentren (Psych.: der psychiatrischen Institutsambulanz), der Wiedereinbestellungsambulanz oder der Ermächtigungsambulanz (Uni.: Spezialambulanzen) verläuft koordiniert unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse.

Vorrangig erfolgt die ambulante Patientenversorgung in den jeweiligen Sprechstunden der Ambulanzen. Die Terminvergabe erfolgt EDV – gestützt unter Berücksichtigung der Dringlichkeit und der vorhandenen Kapazitäten. Ambulante Operationen sind im Anmelde-, Vorbereitungs- und Nachsorgeverfahren geregelt. Für die ambulante Notfallversorgung ist die Behandlung durch qualifiziertes Personal an der Notaufnahme durchgängig gesichert. Außerdem befindet sich die KV-Notfallpraxis im Haus. Falls erforderlich, können Patienten durchgängig stationär aufgenommen werden.

1.2 **Ersteinschätzung und Planung der Behandlung**

Eine umfassende Befunderhebung jedes Patienten ermöglicht eine patientenorientierte Behandlungsplanung .

1.2.1 Ersteinschätzung

Für jeden Patienten wird ein körperlicher, seelischer und sozialer Status erhoben, der die Grundlage für die weitere Behandlung darstellt.

Die Behandlung des Patienten beginnt sofort nach Aufnahme. Sowohl die ärztliche Erstuntersuchung durch den Stationsarzt sowie auch die pflegeanamnestische Aufnahme wird durch standardisierte Formulare unterstützt. Patientenwünsche und die Notwendigkeit weiterer Dienste werden dokumentiert. Die zeitnahe Verfügbarkeit patientenrelevanter Dokumente wird durch das Krankenhausinformationssystem (KIS) gewährleistet.

Die zeitnahe fachärztliche Untersuchung nach Aufnahme ist gesichert. In dringenden Fällen wird sie durch den Hintergrunddienst gewährleistet.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

Vorbefunde werden soweit wie möglich genutzt und zwischen dem betreuenden Personal ausgetauscht.

Bei Patientenaufnahmen können alte Akten jederzeit aus dem Archiv abgerufen werden. Entlassungsbriefe von Voraufenthalten oder Ambulanzvorstellungen sowie letzte Werte und Diagnosebefunde können im KIS eingesehen werden. Patienten werden gebeten, wichtige Vorbefunde mitzubringen.

Diese werden in den Behandlungsplan einbezogen. Bei internen Verlegungen werden der weiterbehandelnden Abteilung die kompletten Patientenunterlagen zur Verfügung gestellt.

Untersuchungsaufträge erfolgen mittels EDV, Doppelbearbeitungen werden dadurch vermieden.

1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

Für jeden Patienten wird der umfassende Behandlungsprozess unter Benennung der Behandlungsziele festgelegt.

Der Behandlungsprozess wird mit dem Patienten anhand seiner individuellen Bedürfnisse und der erforderlichen diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen zeitnah, bzw. nach Dringlichkeit festgelegt. Behandlungsleitlinien und Standards dienen zur Strukturierung des Behandlungsprozesses. Die Kontrolle erfolgt bei den Visiten.

Die Steuerung der ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen erfolgt durch schriftliche Anordnung. Bei den Visiten wird der Behandlungsprozess zeitnah angepasst.

1.2.4 Integration der Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Die Integration des Patienten in die Behandlung wird mittels Arzt- und Pflegegespräch gesichert, Verfahren und Ziele durch den Arzt erklärt. Spezielle oder alternative Behandlungswünsche sowie Ressourcen des Patienten werden berücksichtigt. Bei der Visite wird der Patient über die Behandlungsschritte informiert. Palliativpatienten werden in persönlichen Gesprächen umfassend von Fachpersonal informiert, eine Beratung erfolgt in enger Kooperation mit dem Palliativnetzwerk.

Allen Patienten steht zudem ein internes Beschwerdemanagement zur Verfügung.

1.3 **Durchführung der Patientenversorgung**

1.3.1 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung

Die Behandlung und Pflege jedes Patienten wird umfassend, zeitgerecht und entsprechend professioneller Standards durchgeführt.

Unter Einbeziehung des aktuellen Kenntnisstandes der Medizin und der Pflege wird die Patientenbehandlung durchgeführt. Dazu werden pflegerische Standards (z. B. Dekubitus, Schmerztherapie) einbezogen, für die Diagnostik und Behandlung existieren Behandlungsleitlinien. Die Facharztpräsenz ist in allen Bereichen rund um die Uhr gesichert (Anwesenheit- und Rufbereitschaft). Die umfassende Behandlung schließt alle diagnostischen Maßnahmen und die Arzneimittelversorgung ein.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

Der Patientenversorgung werden Leitlinien mit, wo möglich, Evidenzbezug zugrunde gelegt.

In der Patientenversorgung werden Behandlungsleitlinien sowie Empfehlungen der Fachgesellschaften eingesetzt.

Die regelmäßige Überprüfung und Aktualisierung der Leitlinien orientiert sich an den Richtlinien anerkannter Fachgesellschaften und obliegt den Chefärzten. Die Erstellung und regelmäßige Aktualisierung der Pflegestandards liegt im Verantwortungsbereich der Pflegedirektion. Pflegestandards und Leitlinien stehen allen Mitarbeitern im Intranet zur Verfügung.

1.3.3 Patientenorientierung während der Behandlung

Der Patient wird in alle durchzuführenden Behandlungsschritte und Maßnahmen der Versorgung einbezogen und seine Umgebung ist patientenorientiert gestaltet.

Alle an der Pflege und Behandlung beteiligten Mitarbeiter stellen sich dem Patienten namentlich vor und begleiten ihn im Verlauf des Behandlungsprozesses im Rahmen der aktivierenden Pflege. Zur Wahrung der Privatsphäre und des Datenschutzes steht den Patienten die Nutzung separater Räumlichkeiten (z. B. Arztzimmer für Gespräche, sep. Badezimmer, etc.) zur Verfügung. Eine Einbeziehung des Sozialdienstes zur Beratung und Vermittlung (z. B. Selbsthilfegruppen, Pflegehilfsmittel, etc.) ist ebenfalls im Rahmen der Behandlung gewährleistet.

1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

Bei der Verpflegung werden die Erfordernisse, Bedürfnisse und Wünsche der Patienten berücksichtigt.

Die Patienten haben täglich die Möglichkeit anhand eines Menüplans ihr Essen auszuwählen. Jede Station verfügt über einen direkten Zulieferweg von der Küche, um Wege möglichst kurz zu halten. Individuelle Bedürfnisse des Patienten (z. B. Diätberatung, Substitutionstherapie, Sondenkost, etc.) werden durch den zuständigen Arzt angeordnet und unter Berücksichtigung geltender Standards von der Pflege umgesetzt. Die Dokumentation und Überprüfung der Maßnahmen erfolgen in der Patientenkurve.

1.3.5 Koordinierung der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Die Koordination der Terminplanung erfolgt bei regelstationären Patienten nach Anordnung des Arztes durch die Pflegekräfte. Die Notfallkoordination obliegt dem Arzt.

Die Terminvergabe in den Funktionsbereichen, sowie die Organisation und Koordination der Patiententransporte erfolgt in Absprache mit der Station unter Berücksichtigung der Dringlichkeit. Untersuchungsbefunde werden den Patienten in schriftlicher Form mitgegeben oder können im KIS eingesehen werden.

1.3.6 Koordinierung der Behandlung: OP-Koordination

Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.

Die Verantwortung für die OP-Ablaufkoordination obliegt dem OP-Koordinator (Chefarzt der Anästhesie und Intensivstation). Die Erstellung des OP-Plans erfolgt unter Berücksichtigung evtl. Notfallkapazitäten. Die Koordination der beteiligten Berufsgruppen ist geregelt (Vorbereitung OP, Vorbereitung Patient). Als Ergänzung dienen das OP-Statut sowie geltende Standards.

Patiententransporte zum bzw. vom OP werden durch die Pflege fachgerecht durchgeführt.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

Die Behandlung des Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Patientenversorgung.

Die Kooperation der verschiedenen Fachkliniken erfolgt durch regelmäßig stattfindende interdisziplinäre Besprechungen. Die Koordination des Konsiliarwesens ermöglicht zudem eine zeitnahe Einholung interner und externer Facharztberatung.

Regelmäßig stattfindende interdisziplinäre Fallbesprechungen (Radiologie, Onkologie, Gefäßzentrum etc.) gewährleisten eine multiprofessionelle Zusammenarbeit bei der Patientenversorgung. Befunde der verschiedenen Fachabteilungen werden zeitnah übermittelt.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

Die Visitierung des Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Patientenversorgung.

Visiten finden in allen Fachbereichen min. täglich statt, auf der Intensivstation bestehen besondere Regelungen. Daneben werden Chef- und Oberarztvisiten regelmäßig durchgeführt. Zum Teil sind Visitenzeiten festgelegt. Durch die Zusammenarbeit von Pflege und ärztlichem Dienst wird ein ungehinderter Informationsfluss für die Patientenversorgung gewährleistet.

1.4 **Übergang des Patienten in andere Versorgungsbereiche**

Die kontinuierliche Weiterversorgung des Patienten in anderen Versorgungsbereichen erfolgt professionell und koordiniert gesteuert unter Integration des Patienten.

1.4.1 Entlassung und Verlegung

Der Übergang in andere Versorgungsbereiche erfolgt strukturiert und systematisch unter Integration und Information des Patienten und ggf. seiner Angehörigen.

Die Patienten, wenn erforderlich auch die Angehörigen oder Betreuer, werden in die Planung und Organisation der Entlassung einbezogen, ggf. auch der Sozialdienst. Erstinformationen für den Hausarzt (Kurz-Brief) erhält der Patient bei Entlassung.

Bei Verlegung der Patienten in einen anderen Versorgungsbereich wird zur Sicherstellung des Behandlungsprozesses ein Überleitungsbogen mit allen relevanten medizinischen und pflegerischen Daten erstellt und mitgegeben.

1.4.2 Bereitstellung kompletter Informationen zum Zeitpunkt des Überganges des Patienten in einen anderen Versorgungsbereich (Entlassung/ Verlegung u. a.)

Das Krankenhaus sichert eine lückenlose Information für die Weiterbehandlung oder Nachsorge des Patienten.

Die Bereitstellung der patientenrelevanten Informationen bei der Verlegung in einen anderen Versorgungsbereich erfolgt durch Verlegungs- bzw. Entlassungsberichte des Arztes. Die Pflege erstellt zusätzlich einen Pflegeüberleitungsbogen mit Daten zum aktuellen Stand der Versorgung. Bei internen Verlegungen werden dem weiterbehandelnden Fachbereich die kompletten Patientenunterlagen übergeben. Weiterbehandelnde Kliniken / Ärzte erhalten benötigte Befunde in Kopie. Auf Besonderheiten wird mündlich hingewiesen, Rückfragen sind jederzeit möglich.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

Vom Krankenhaus wird eine kontinuierliche Weiterbetreuung des Patienten durch Kooperation mit den weiterbetreuenden Einrichtungen bzw. Personen sichergestellt.

Durch Hinzuziehen des Sozialdienstes wird die Weiterbetreuung der Patienten vorbereitet. Zur Sicherstellung werden für weiterbehandelnde Einrichtungen Verlegungs- bzw. Entlassungsberichte und Pflegeüberleitungsbögen erstellt. Nachstationäre Behandlungen können in den Ermächtigungs- und D-Arzt-Ambulanzen durchgeführt werden.

Zur Integration nachbehandelnder Ärzte an der Patientenversorgung werden Fachkonferenzen und Fortbildungen für Externe angeboten.

2. Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

2.1 Planung des Personals

Durch die Personalplanung ist die kontinuierliche Bereitstellung einer angemessenen Anzahl an qualifizierten Mitarbeitern gesichert.

2.1.1 Planung des Personalbedarfes

Die Planung des Personalbedarfes umfasst die Bereitstellung einer angemessenen Zahl an entsprechend qualifizierten Mitarbeitern.

Bei der Personalplanung wird darauf geachtet, dass eine angemessene Anzahl qualifizierter Mitarbeiter vorgehalten wird. Im Benchmark mit den Zahlen des Krankenhauszweckverbandes werden die Daten verglichen.

Für besondere Leistungsbereiche und im Hinblick auf die Funktion als akademisches Lehrkrankenhaus ist eine Quote festgelegt worden, die nicht unterschritten werden darf. Das Leistungsspektrum wird durch monatliche Analysen ermittelt. Unterjährige Veränderungen im Leistungsspektrum führen auch zu kurzfristigen Personalanpassungen.

2.2 Personalentwicklung

Die Personalentwicklung des Krankenhauses orientiert sich an den Bedürfnissen des Hauses und der Mitarbeiter.

2.2.1 Systematische Personalentwicklung

Das Krankenhaus betreibt eine systematische Personalentwicklung.

Die erforderliche Qualifikation für das vorgehaltene Leistungsspektrum und die Wünsche der Mitarbeiter sind Kriterien für die Personalentwicklung. Mitarbeiter haben neben einem zentral organisierten Fort- und Weiterbildungsangebot auch die Möglichkeit an extern geführten Fortbildungen oder Qualifikationsmaßnahmen teilzunehmen. Fortbildungsbeauftragte erfassen den Bedarf und bringen ihn in die jährlichen Planungsgespräche ein.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

Das Krankenhaus stellt sicher, dass Wissensstand, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiter den Anforderungen der Aufgabe (Verantwortlichkeiten) entsprechen.

In den einzelnen Berufsgruppen resultiert die Mitarbeiterqualifikation aus dem Versorgungsauftrag, den speziellen Leistungsanforderungen, organisatorischen Abläufen sowie den gesetzlichen Vorgaben. In Stellen- und Tätigkeitsbeschreibungen sind fachliche Anforderungen und persönliche Voraussetzungen, Befugnisse und organisatorische Zuordnungen für die Mitarbeiter definiert. Durch die Planung der innerbetrieblichen Fort- und Weiterbildungen sowie der Pflichtveranstaltungen besteht das Angebot für die qualitative Weiterentwicklung für alle Mitarbeiter.

2.2.3 Fort- und Weiterbildung

Das Krankenhaus sorgt für eine systematische Fort- und Weiterbildung, die sowohl an den Bedürfnissen der Mitarbeiter als auch des Krankenhauses ausgerichtet ist.

Orientiert an den Unternehmenszielen und der aktuellen Entwicklung im Gesundheitswesen wird der innerbetriebliche Fort- und Weiterbildungsplan aufgestellt. Die fachliche Weiterbildung wird für alle Berufsgruppen organisatorisch und ggf. finanziell unterstützt.

Die Fort- und Weiterbildungsbeauftragten der Klinik planen und koordinieren alle damit verbundenen Aufgaben. Über das Intranet kann sich jeder Mitarbeiter über den Jahresfortbildungsplan informieren. Pflichtschulungen für besondere Arbeitsbereiche werden gesondert organisiert und kontrolliert.

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Jährlich wird das Fortbildungsbudget von der Geschäftsführung festgelegt. Anhand des Stellenplans der einzelnen Berufsgruppen wird das Budget verteilt. Hierbei werden der Fortbildungsbedarf einzelner Abteilungen und die gesetzlich vorgeschriebenen Pflichtveranstaltungen berücksichtigt. Für genehmigte Fort- und Weiterbildungen werden Mitarbeiter bei voller Lohnfortzahlung freigestellt. Regelungen zur Kostenbeteiligung und Bleibeverpflichtung für den Einzelfall sind in einer Dienstanweisung geregelt.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

Für Mitarbeiter sind angemessene Fort- und Weiterbildungsmedien zeitlich uneingeschränkt verfügbar.

Die Mitarbeiter können ihren Wissensstand unter Nutzung verschiedener Fortbildungsmedien erweitern. Der Zugriff auf Fachliteratur ist über das Verteilersystem der Abteilungen sowie über das Intranet und Internet möglich. Darüber hinaus können bei den Sonderbeauftragten des Hauses, z. B. Brandschutz-, Datenschutz- oder Fachkraft für Arbeitssicherheit, Informationsbroschüren angefordert werden. Für die Auszubildenden besteht während der Arbeitszeit ein uneingeschränkter Zugang zur Bibliothek. Die Medientechnik bei Fortbildungen wird zentral geregelt.

2.2.6 Sicherstellung des Lernerfolges in angegliederten Ausbildungsstätten

Angegliederte Ausbildungsstätten leisten eine Theorie-Praxis-Vernetzung und bereiten Mitarbeiter angemessen auf ihre Tätigkeiten im Rahmen der Patientenversorgung vor.

Die Ausbildung erfolgt durch das Gesundheits- und Bildungszentrum, einer Abteilung der Klinikum Oberberg GmbH. Die Ausbildung erfolgt nach dem Krankenpflegegesetz und des Trägerverbandes für operationstechnische Assistenten/innen durch Fachpersonal. Die Überprüfung des theoretischen und praktischen Wissenstandes findet regelmäßig statt. Praxisanleiter sorgen für die Vernetzung und Überprüfung von Theorie und Praxis. Die Koordination der Abläufe findet durch einen regelmäßigen Informationsaustausch zwischen Schule, PDL und Praxisanleitern statt.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

Mitarbeiterinteressen werden angemessen bei der Führung des Krankenhauses berücksichtigt.

2.3.1 Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles

Im Krankenhaus wird ein festgelegter und einheitlicher Führungsstil praktiziert, der die Bedürfnisse der Mitarbeiter berücksichtigt.

Die Führungskräfte richten ihren Führungsstil nach den Vorgaben des Leitbildes und der Qualitätsziele der Klinik aus. Der Bedürfnisse der Mitarbeiter, ihre Ideen- und Verbesserungsvorschläge werden berücksichtigt. Mitarbeiter haben die Möglichkeit sich an strategischen Planungen, z. B. durch Beteiligung in Arbeitsgruppen, zu beteiligen. Bei den Mitarbeiter- und Zielvereinbarungsgesprächen ist auch das Führungsverhalten Gesprächsinhalt. Seit Einführung der zentralen innerbetrieblichen Fortbildungen werden auch Führungs- und Kommunikationsseminare angeboten.

2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Die Arbeitszeiten werden nach den Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes und den tariflichen Bestimmungen eingehalten. Zum Teil erfolgt die Dienst- und Urlaubsplanung EDV-gestützt. Verschiedene Teilzeit- und Schichtmodelle, Ruf- und Bereitschaftsdienste werden genutzt. Nach Möglichkeit werden Mitarbeiterwünsche berücksichtigt. Die Kontrolle aller erfassten Dienstzeiten, sowohl der schriftlichen Nachweise als auch der elektronischen Dienstplanzeiten, erfolgt durch die Dienstvorgesetzten und die zuständigen Mitarbeiter der Personalabteilung bei der Abrechnung.

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Die Mitarbeiterführung läuft strukturiert, z. T. über Einarbeitungskonzepte, die strukturelle und organisatorische Bedingungen berücksichtigen. Im ärztlichen und pflegerischen Bereich werden Ansprechpartner für die Einarbeitung benannt. Der Stand der Einarbeitung wird bei den regelmäßig stattfindenden Mitarbeitergesprächen hinterfragt, für bestimmte Berufsgruppen durch Checklisten gestützt. In einer Info-Mappe, die die MA bei der Einführungsveranstaltung erhalten, sind die wichtigsten Informationen schriftlich zusammengefasst.

2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zum Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden.

Es bestehen schriftliche Vereinbarungen zum innerbetrieblichen Vorschlagswesen (Ideenmanagement). Das Verfahren und die Bearbeitungsschritte sind geregelt. Positiv beurteilte Vorschläge werden durch die Geschäftsführung freigegeben und nach einem festgelegten Prämiensystem bewertet.

Für Mitarbeiterbeschwerden wurde eine betriebliche Beschwerdestelle zum Schutz der Persönlichkeitsrechte aller Mitarbeiter eingerichtet. Außerdem kann der Vorgesetzte oder der Betriebsrat direkt als Gesprächs- oder Vermittlungspartner angesprochen werden.

3. Sicherheit im Krankenhaus

3.1 Gewährleistung einer sicheren Umgebung

Das Krankenhaus gewährleistet eine sichere Umgebung für die Patientenversorgung.

3.1.1 Verfahren zum Arbeitsschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum Arbeitsschutz angewandt, das insbesondere Sicherheitsaspekte am Arbeitsplatz, bei Mitarbeitern, im Umgang mit Gefahrstoffen und zum Strahlenschutz berücksichtigt.

Der Arbeitsschutz ist innerhalb des Krankenhauses organisatorisch und inhaltlich implementiert.

Die Aufgaben, die sich aus den geltenden Gesetzen und Verordnungen ergeben, werden erfüllt (Arbeitsplatzbeurteilungen, Mitarbeiterschulungen, Gefährdungsanalysen, arbeitsmedizinische Anforderungen, Strahlenschutz, Gefahrstoffkataster).

Der Arbeitsschutz ist in die Einführungsschulung für neue Mitarbeiter integriert. Der Strahlenschutz ist organisatorisch und inhaltlich geregelt. Unfallberichte werden erstellt, geprüft und beurteilt.

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Der Brandschutz ist mit einem entsprechenden Konzept Teil des Alarmplans des Krankenhauses. Die Erforderlichkeiten sind organisatorisch (Flucht- und Rettungswegpläne, Hydrantenverzeichnis) und personell durch die Bestellung eines Brandschutzbeauftragten geregelt.

Organisatorische Maßnahmen werden regelmäßig überprüft.

Der Brandschutz ist Teil der Einführungsschulung für neue Mitarbeiter. Das Schulungs- und Übungskonzept wird, unabhängig von den bereits jetzt stattfindenden Maßnahmen, derzeit erweitert.

3.1.3 Verfahren zur Regelung von hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung bei hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz angewandt.

Der gültige Alarmplan regelt die Maßnahmen und die Organisation von internen und externen Katastrophen. Er enthält ferner Aufgabenbeschreibungen und Verfahrenswesen für die benannten Verantwortlichen. Der Alarmplan entspricht den gesetzlichen Vorgaben und wird regelmäßig überprüft und kommuniziert.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Das medizinische Notfallmanagement ist in entsprechenden Verfahrensanweisungen beschrieben.

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses werden, entsprechend ihrem Einsatzgebiet, regelmäßig geschult. Notfallausrüstungen und Notfallmedikationen sind bereitgestellt und werden regelmäßig geprüft. Die Prüfungen werden dokumentiert.

3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

Für den Patienten wird eine sichere unmittelbare Umgebung gewährleistet und Maßnahmen zur Sicherung vor Eigen- und Fremdgefährdung umgesetzt.

Die Patientensicherheit wird über organisatorisch- technische Maßnahmen (Verschluss, Gebrauch eines speziellen Türöffnungssystems, Begehungen von Patientenbereichen unter Sicherheitsaspekten, laufende Prüfung von Geräten und Systemen durch Fachfirmen) und über Pflegestandards und Handlungsanweisungen geregelt. Hierbei sind auch die Verfahren für spezielle Vorgehensweisen (Kinder, alkoholisierte Patienten) beschrieben.

Die Einführung eines Risikomanagements in der klinischen Notfallmedizin wird durch die Einführung des EDV-Programms (CIRS) unterstützt.

3.2 **Hygiene**

Im Krankenhaus wird ein systematisches, krankenhausesweit umgesetztes Verfahren zur effektiven Prävention und Kontrolle von Infektionen eingesetzt.

3.2.1 Organisation der Hygiene

Für die Belange der Hygiene ist sowohl die personelle Verantwortung als auch das Verfahren der Umsetzung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen krankenhausesweit geregelt.

Die Belange der Hygiene werden durch die Umsetzung der Krankenhaushygiene-Verordnung des Landes NRW geregelt. Die strukturellen Vorgaben (Installation einer Hygienekommission, Bestellung hygienebeauftragte Ärzte, Beschäftigung einer Hygienefachkraft, beratende Krankenhaushygienikerin) sind umgesetzt.

Die inhaltlichen Vorgaben, die sich aus der KH-Verord NRW, den Empfehlungen des RKI, der TRBA 250/500 und dem Infektionsschutzgesetz ergeben, sind in Hygieneplänen und Verfahrensanweisungen niedergelegt. Informationen sind im Intranet einsehbar.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

Für die Analyse hygienerelevanter Bereiche wie auch die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen werden krankenhaushausweit hygienerelevante Daten erfasst.

Hygienerelevante Daten werden nach den Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes erfasst und in den entsprechenden Gremien (Hygienekommission, AMK) ausgewertet, auch die Daten zum Vorkommen von Erregern und Resistenzdaten.

Zusätzlich nimmt das Krankenhaus mit ausgewählten Prozeduren an der Surveillance (Überprüfung und Bewertung) von Krankenhausinfektionen über das KISS des Nationalen Referenzzentrums in Berlin seit 2002 teil.

Die Daten werden den Betroffenen regelmäßig vorgestellt und dort bewertet. Daraus abgeleitete Verfahrensänderungen werden in das bestehende Hygieneregime eingearbeitet.

3.2.3 Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen

Hygienesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Die Planung von hygienesichernden Maßnahmen wird durch die Hygienefachkraft und die Hygienekommission maßgeblich gesteuert. Inhaltlich sind sie in umfangreichen Verfahrensanweisungen hinterlegt, die alle hygienerelevanten Prozeduren in den verschiedenen Bereichen des Hauses (ZSVA, OP, Küche, Funktionsbereiche) festlegen. Insbesondere sind auch Anweisungen zum Umgang mit besonderen Infektionserregern beschrieben.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhaushausweit eingehalten.

Die Mitarbeiter werden systematisch über die Hygienebestimmungen informiert. Spezielle Verfahren und Bereiche werden nach Plan kontrolliert, z. B. die Einhaltung der Infektionshygiene.

In besonderen Abteilungen, z. B. der ZSVA, wird ein umfangreiches QM-Sicherungssystem (Chargenkontrolle, Validierungen) oder in der Küche (HACCP-Konzept) abgearbeitet, um einen hohen Sicherheitsstandard zu gewährleisten.

In anderen Bereichen wird die Einhaltung der Hygieneregeln durch Vor-Ort-Analysen in regelmäßigen Abständen erfasst und bewertet, ggfs. berichtigt.

3.3 Bereitstellung von Materialien

Vom Krankenhaus werden die für die Patientenversorgung benötigten Materialien auch unter Beachtung ökologischer Aspekte bereitgestellt.

3.3.1 Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten.

Die Bereitstellung, Verteilung und Änderungen in diesem Bereich ist durch die Apotheke des Klinikums Oberberg geregelt. Dazu ist ein computergesteuertes Bestellsystem installiert. Über Änderungen in Verfahren und Produkt werden die Anwender auf elektronischem Weg direkt vor Ort informiert.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Die Bestellung, Lagerung und Anwendung von Arzneimitteln ist in Verfahrensanweisungen geregelt.

Spezialbereiche, wie Zytostatika, Zubereitung von aseptischen Lösungen und der Umgang mit Betäubungsmitteln sind geregelt. Etwaige gesetzliche Regelungen werden berücksichtigt.

Die Arzneimittelversorgung ist, auch bei seltenen Darreichungen, vollumfänglich gesichert.

Das Meldeverfahren für Komplikationen und Nebenwirkungen ist geregelt.

3.3.3 Anwendung von Blut- und Blutprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Blut und Blutprodukten.

Die Anweisungen für den Umgang mit Blut- und Blutprodukten sind in einem Transfusionshandbuch seit 2005 beschrieben. Darin werden die Auflagen des Transfusionsgesetzes erfüllt. Die Meldewege über Vorkommnisse und Beinahe-Vorkommnisse sind geregelt; eine patienten- und chargenbezogene Dokumentation wird geführt. Blutkonserven und deren Weg im KH werden im EDV-gestützten Blutbank-System OMS dokumentiert. Interne Audits werden durchgeführt. Transfusionsbeauftragte sind bestellt, eine Transfusionskommission besteht.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Die Bestimmungen der Medizinprodukte-Verordnung und des MPG werden beachtet. Es besteht ein MP-Gerätebuch, das überwacht und ergänzt wird. Die Dokumentation zu messtechnischen und sicherheitstechnischen Kontrollen, sowie die erforderlichen Prüfdokumente sind angelegt. Die Kontrollen werden ausschließlich durch autorisierte Mitarbeiter oder autorisierte externe Firmen durchgeführt. Dazu besteht ein elektronisches Warnsystem, das auf eine erforderliche Wartung hinweist. Ein Bestandsverzeichnis der technischen MP liegt beim Medizinprodukte-Beauftragten vor.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Im Krankenhaus besteht ein Abfallwirtschaftskonzept, das Vorgaben zur Sortierung, Entsorgung und Entsorgungswegen enthält. Der Abfallsortierplan ist Teil des Hygieneplans.

Abfalltrennung und Abfallvermeidung werden nach infektiologischen oder praktischen Bedingungen umgesetzt.

Der Aufbau eines Energiesparkonzepts wird durch aktuelle praktische Maßnahmen (Energie-Contracting, Blockheizkraftwerk, Warmwasserspeicherverkleinerung) in Gang gesetzt.

Die erforderlichen Dokumente für die Abfallentsorgung werden in einem speziellen EDV-System eingepflegt.

4. Informationswesen

4.1 Umgang mit Patientendaten

Im Krankenhaus existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die Erfassung, Dokumentation und Verfügbarkeit von Patientendaten sicherstellt.

4.1.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Eine hausinterne Regelung zur Führung und Dokumentation von Patientendaten liegt vor und findet Berücksichtigung.

Eine Dienstanweisung regelt das Erfassen, Dokumentieren und Archivieren von Patientendaten. Weitere Verfahrensanweisungen dienen der Präzisierung der Abläufe und der Inhalte.

Die Dienst- und Verfahrensanweisungen wurden berufsübergreifend erstellt und über die Krankenhausbetriebsleitung in Kraft gesetzt. Dienstanweisungen und Verfahrensanweisungen sind über das Intranet jedem Mitarbeiter zugänglich. Standardisierte Formulare unterstützen eine einheitliche Dokumentation, Handzeichenlisten werden geführt und regelmäßig aktualisiert.

4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

Vom Krankenhaus wird eine vollständige, verständliche, korrekte, nachvollziehbare und zeitnahe Dokumentation von Patientendaten gewährleistet.

Die Verantwortlichkeit für die Dokumentation ist schriftlich fixiert. Aufzeichnungen und Vermerke werden ärztlicher- und pflegerischerseits stets abgezeichnet. Die Verantwortung für die Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren, auch nach den Klassifikationen der ICD und des OPS, sowie den Kodierrichtlinien liegt beim behandelnden Arzt. Zur Unterstützung werden Dokumentare eingesetzt. Ein im KIS implementierter Arztarbeitsplatz bietet die Möglichkeit des Fallgroupings, um eine Fallsteuerung zu ermöglichen, aber auch um die ermittelte Fallpauschale zu verifizieren.

4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren, um den zeitlich uneingeschränkten Zugriff auf die Patientendokumentation zu gewährleisten.

Das 2009 neu eingebundene Krankenhausinformationssystem lässt den Aufbau der elektronischen Patientenakte zu. Diese befindet sich im Aufbau. Die Patientendokumente, einschließlich der erhobenen Befunde (z. B. Radiologie, Labor), sind über das KIS jederzeit einsehbar. Zugangsberechtigungen regeln den Zugriff. Auch die Archivierung der Patientenakten erfolgt EDV – unterstützt. So ist der Aktenverbleib recherchierbar. Eine Dienstanweisung regelt strukturiert die Abläufe. Der Zugang zum Archiv ist auch außerhalb der Arbeitszeiten der Archivare kontrolliert geregelt.

4.2 Informationsweiterleitung

Im Krankenhaus existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die adäquate Weiterleitung von Informationen gewährleistet.

4.2.1 Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Bereichen

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Informationsweitergabe innerhalb und zwischen verschiedenen Krankenhausbereichen.

Im Krankenhaus werden Informationen auf horizontaler und vertikaler Hierarchieebene berufs-, abteilungs- und einrichtungsübergreifend kommuniziert. Die zur Verfügung stehenden modernen Kommunikationsmedien (Internet, Intranet, KIS, RIS, Hauszeitung) werden intensiv genutzt. Die durchgeführten Besprechungen (u. a. Krankenhausbetriebsleitung, Abteilungsleiter, Chefarztkonferenz, interdisziplinäre Tumor- und Schmerzkonferenz, Gefäßkonferenz) werden regelhaft protokolliert. Hygiene-, Arzneimittel-, und Transfusionskommission tagen turnusgemäß.

4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

Zentrale Auskunftsstellen im Krankenhaus werden mit Hilfe einer geregelten Informationsweiterleitung kontinuierlich auf einem aktuellen Informationsstand gehalten.

Im Zwei-Schicht-Betrieb ist die zentrale Informationsstelle des Krankenhauses am Haupteingang ständig besetzt. Nach 22.00 Uhr erfolgt der Zugang zum Krankenhaus über die Notaufnahme. Durch den Zugriff auf das KIS haben die geschulten Mitarbeiter Zugriff auf alle relevanten Daten und können adäquat, unter Beachtung des Datenschutzes, Auskunft geben. Die Alarm- und Brandschutzpläne liegen den Mitarbeitern vor, ebenso aktuelle Telefonlisten, Pläne des Ruf- und Bereitschaftsdienstes. Eine zentrale Notrufnummer für medizinische Notfälle ist an der Intensivstation angesiedelt.

4.2.3 Information der Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Die Öffentlichkeit wird über eine regelmäßig überarbeitete Homepage informiert, die auch über den Klinikführer Rheinland erreichbar ist. Printmedien und zahlreiche Veranstaltungen, (Arzt-Patientenseminare, ein Pflegetag, Infoabende der Klinik für Geburtshilfe, mit Führung durch den Kreissaal, Teilnahme am Palliativforum) dienen ebenfalls der Information der Öffentlichkeit.

Flyer und Informationsbroschüren werden vorgehalten und verteilt.

4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

Daten und Informationen insbesondere von Patienten werden im Krankenhaus durch verschiedene Maßnahmen geschützt. Vgl. entsprechende landesrechtliche Regelungen (Regelungen zum Datenschutz finden sich in den Landeskrankenhausgesetzen von Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Thüringen), in: Krankenhausrecht - Rechtsvorschriften des Bundes und der Länder, Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, 5. Auflage 1998; Ärztliche Berufsordnung.

Der Datenschutz liegt in der Gesamtverantwortung der Geschäftsführung, die eine beratend tätige Datenschutzbeauftragte bestellt hat. Im Datenschutz- und E-Mail-Handbuch und den Dienstanweisungen, die sich an den gesetzlichen Regelungen des Bundesdatenschutzgesetzes orientieren, ist der Datenschutz geregelt. Verpflichtende Unterweisungen und regelmäßige Begehungen werden durchgeführt und protokolliert. Jeder Mitarbeiter ist auf das Datengeheimnis per Unterschrift verpflichtet. Die Datenübermittlung an Dritte ist Inhalt des Behandlungsvertrages.

4.3 Nutzung einer Informationstechnologie

Im Rahmen der Patientenversorgung wird Informationstechnologie eingesetzt, um die Effektivität und Effizienz zu erhöhen.

4.3.1 Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie

Die Voraussetzung für eine umfassende und effektive Nutzung der unterstützenden Informationstechnologie wurde geschaffen.

Für alle Bereiche des Krankenhauses besteht ein flächendeckender Anschluss der EDV-Systeme, mit zeitlich uneingeschränktem Zugriff. Zugangsberechtigungen sind geregelt.

Über eine Hotline, direkte Betreuung und Fernwartung werden die Anwender unterstützt.

Ein EDV-Ausfallkonzept liegt vor, eine Rufbereitschaft ist eingerichtet. EDV-Schulungen sind Bestandteil der IBF. Das KIS lässt die OP-Planung und Ablaufsteuerung zu, ebenso den Aufbau der elektronischen Patientenakte. Das Intranet wird als zentrale Informationsplattform genutzt.

5. Krankenhausführung

5.1 Entwicklung eines Leitbildes

Das Krankenhaus entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.

5.1.1 Entwicklung eines Leitbildes

Das Krankenhaus entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.

Das Leitbild wurde gemeinsam von der Geschäftsführung und der Lenkungsgruppe QM entwickelt. Nach der Überarbeitung 2006 wurde auch das Pflegeleitbild neu überarbeitet.

Neben dem Leitbild sollen auch die Qualitätsziele eine Orientierung der Krankenhaus-Werte für die Mitarbeiter sein.

Durch Bekanntgabe über die Hauszeitung, bei der Einführung der neuen Mitarbeiter und über das Intranet wird es allen Mitarbeitern vermittelt.

Für Besucher ist das Leitbild an der Zentrale und im Internet einzusehen. Durch die Krankenhausbetriebsleitung wird es regelmäßig überprüft.

5.2 Zielplanung

Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und steuert die Umsetzung der festgelegten Ziele.

5.2.1 Entwicklung einer Zielplanung

Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und nutzt diese für die Steuerung seiner Handlungen.

Die strategische Zielplanung für unser Krankenhaus ist als Teil der gesamten Konzernplanung zu sehen. Basis für diese jährlichen Planungen sind die individuellen Situationen der Konzernhäuser, die Abstimmung der medizinischen Leistungsplanung mit den Chefärzten, die Kosten- und Erlösentwicklung, Fallzahl- und Auslastungsentwicklung und Tendenzen im Gesundheitswesen. Sie dient als Steuerungsinstrument und wird bei Bedarf korrigiert. Der Stand der Unternehmenszielplanung wird in unterjährig stattfindenden Besprechungen mit den Verantwortlichen besprochen.

5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

Die aktuelle Organisationsstruktur des Krankenhauses ist festgelegt unter Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten.

Die Organisationsstruktur mit Regelungen zu den Verantwortlichkeiten und Hierarchien ist in einem Organigramm schriftlich fixiert und abgebildet. Aktuelle Projekte werden durch benannte Projektverantwortliche oder die Lenkungsgruppe gesteuert und die Ergebnisse der Geschäftsführung berichtet. Projektgruppen werden problembezogen interdisziplinär und hierarchieübergreifend zusammengesetzt.

Das Organigramm ist im Intranet für alle Mitarbeiter einzusehen, neue Mitarbeiter erhalten Informationen dazu bei der Einführungsveranstaltung.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

Die Krankenhausleitung entwickelt einen Finanz- und Investitionsplan und übernimmt die Verantwortung für dessen Umsetzung.

Wirtschafts- und Investitionspläne werden jährlich erstellt. Aus den kontenbasierten Finanzplänen leiten sich mittelfristige Finanz- und Erfolgspläne ab, die in komprimierter Form zielgruppengerecht dargestellt werden. Basis dafür sind die soliden Planwerte der Vorjahre, Daten des lfd. Jahres, die medizinischen Versorgungskonzepte, Investitionsplanungen und die von den Kostenträgern vereinbarten Budgets sowie die gesetzlichen Vorgaben. In den monatlichen Sitzungen der Konzerngeschäftsführung werden die Zahlen mit den jeweiligen Abteilungsleitungen reflektiert.

5.3 **Sicherstellung einer effektiven und effizienten Krankenhausführung**

Das Krankenhaus wird effektiv und effizient geführt mit dem Ziel der Sicherstellung der Patientenversorgung.

5.3.1 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Leitungsgremien und Kommissionen

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise von Leitungsgremien und Kommissionen, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.

Die Geschäftsführung koordiniert die Ergebnisse der Kommissionen, Lenkungsgruppen und Projektgremien und ist für die Ernennung der gesetzlich vorgegebenen Beauftragten zuständig. Die Kommissionen arbeiten auf Grundlage von Geschäftsordnungen. Verantwortlich für die Umsetzung der Ergebnisse sind die Leitungen der Kommission. Die Leitungsgremien und Kommissionen tagen regelmäßig. Tagesordnungen und Protokolle sichern die Verbindlichkeit und die Informationsweitergabe. Die Protokollempfänger unterrichten ihrerseits die nachgeordneten Mitarbeiter.

5.3.2 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.

Die Kompetenzen der Geschäftsführung sind im Gesellschaftsvertrag und in der Geschäftsordnung der Geschäftsführung beschrieben. Darüber hinaus unterliegt die Geschäftsführung der Kontrolle des Aufsichtsrates und der Gesellschafterversammlung des Gesamtkonzerns. Die strategischen und operativen Aufgaben der Geschäftsführung werden in regelmäßigen Sitzungen der Betriebs- und Abteilungsleitungen reflektiert und die Umsetzung im Sinne einer Selbstkontrolle überprüft. Wirtschaftsprüfer kontrollieren jährlich die Führung nach den gesetzlichen Vorgaben.

5.3.3 Information der Krankenhausführung

Die Krankenhausleitung wird regelmäßig über Entwicklungen und Vorgänge im Krankenhaus informiert und nutzt diese Informationen zur Einleitung verbessernder Maßnahmen.

Die Krankenhausführung wird regelmäßig und ausführlich über betriebswirtschaftliche und medizinische Vorgänge in Form von Berichten informiert. Daneben finden monatliche Abteilungskonferenzen und regelmäßige Treffen mit Verantwortlichen aus den verschiedenen Krankenhausbereichen statt, in denen Informationen weitergegeben werden. Darüber hinaus erhält die Geschäftsführung Rückmeldungen aus den Chefarztkonferenzen, der Hygiene-, Ethik- und Transfusionskommission, den Arbeitsschutzausschuss, dem Lenkungsgremium QM und aus Befragungsergebnissen.

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

Die Krankenhausführung fördert durch geeignete Maßnahmen das gegenseitige Vertrauen und den gegenseitigen Respekt gegenüber allen Mitarbeitern.

Die Mitarbeiterorientierung wird durch unterschiedliche hierarchie- und berufsgruppenübergreifende Kommunikation in den Arbeitsgruppen, regelmäßige Betriebsversammlungen mit der Geschäftsführung und Besprechungen mit dem Betriebsrat, Fort- und Weiterbildungsangebote, Ideenmanagement und die innerbetriebliche Konfliktkommission gefördert. Zum Teil bestehen dazu schriftlich fixierte Richtlinien. Über Vorgesetzte, den Betriebsrat oder die Hauszeitung werden Mitarbeiter aufgefordert, sich an bestimmten Maßnahmen zu beteiligen.

5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben

Rechte und Ansprüche von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen werden krankenhaushausweit respektiert und berücksichtigt.

5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

Im Krankenhaus werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt.

Durch die Einrichtung des Ethikkomitees und der Einbeziehung der Mitarbeiter werden grundsätzliche Leitlinien und strukturelle Rahmenbedingungen bei der Bearbeitung ethischer Fragestellungen gesichert. Die Palliativmedizin führt in konkreten Einzelfällen ethische Fallbesprechungen mit Angehörigen in Form eines "Runden Tisches" durch. Die Mitarbeiter der Palliativstation haben die Möglichkeit, regelmäßig an Supervisionen teilzunehmen. Die/der evangelische und katholische Seelsorger/in stehen den Mitarbeitern und Patienten gleichermaßen beratend zur Verfügung.

5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

Im Krankenhaus werden Bedürfnisse sterbender Patienten und ihrer Angehörigen systematisch berücksichtigt.

Der würdevolle Umgang und die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse sind in der Klinik geregelt. Eine angemessene Begleitung der Patienten und der Angehörigen wird sichergestellt. Mitarbeiter der Palliativstation sind durch ihre Palliativ-Care-Fortbildungen zudem in Sterbebegleitung speziell geschult. Sie bieten zusätzlich einen palliativmedizinischen Konsiliardienst an. Aktuell werden Daten speziell zur Qualitätssicherung von Palliativpatienten (HOPE) erhoben, mit denen an einem palliativmedizinischen Benchmark teilgenommen wird.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

Im Krankenhaus gibt es Regelungen zum adäquaten Umgang mit Verstorbenen und deren Angehörigen.

Alle Mitarbeiter fühlen sich dem respektvollen Umgang mit Verstorbenen verpflichtet. Einzelheiten zum Ablauf sind in verschiedenen Dienst- und Verfahrensanweisungen geregelt. Ein Konzept zum Umgang mit Tot- und Fehlgeburten ist vorhanden. Auf der Intensivstation ist ein spezieller Verabschiedungsraum eingerichtet, damit Angehörige sich angemessen verabschieden können. Auf Wunsch können Angehörige beim Abschied von den Seelsorgern begleitet werden.

6. Qualitätsmanagement

6.1 Umfassendes Qualitätsmanagement

Die Krankenhausführung stellt sicher, dass alle Krankenhausbereiche in die Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements eingebunden sind.

6.1.1 Einbindung aller Krankenhausbereiche in das Qualitätsmanagement

Die Krankenhausführung ist verantwortlich für die Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements.

Neben der gesetzlich verpflichtenden externen Qualitätssicherung hat die Geschäftsführung eine Qualitätspolitik festgelegt, die für das ganze Krankenhaus Gültigkeit hat. Sie ist als oberstes Organ in die hierarchie- und berufsgruppenübergreifende Lenkungsgruppe eingebunden. Die Lenkungsgruppe stellt sicher, dass die Qualitätspolitik im Sinne der bestmöglichen Behandlung der Patienten weiterentwickelt wird, und überprüft deren Umsetzung. Qualitätsprojekte werden in einem Maßnahmenplan jährlich mit der Geschäftsführung festgelegt und überprüft.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

Das Krankenhaus entwickelt, vermittelt und setzt Maßnahmen zur Erreichung von Qualitätszielen um.

Aus der Konzernzielplanung leiten sich die Qualitätsziele für das Krankenhaus ab. Das Leitbild, die Patientenzufriedenheit, die Behandlungsleitlinien und die Ergebnisse der Selbstbewertung bilden neben den gesetzlichen Vorgaben und der Wettbewerbsorientierung die Grundlage der Qualitätsziele. Die Zielerreichung oder -Abweichung wird mit den Verantwortlichen kommuniziert und ggf. weitere Maßnahmen festgelegt. Ziele werden über die Abteilungs- und Bereichsleiterkonferenzen, die Teamgespräche und Mitarbeiterinformationen an die Mitarbeiter weitergegeben.

6.2 Qualitätsmanagementsystem

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Der Aufbau des Qualitätsmanagements und die Gesamtorganisation sind im Organigramm des Krankenhauses festgelegt. Die Geschäftsführung ist als Leitung des Krankenhauses in das QM eingebunden. Die Planung, Steuerung und Überwachung der Prozesse erfolgt durch die hierarchieübergreifende und interdisziplinär besetzte Lenkungsgruppe. Für die Umsetzung der Beschlüsse sind die Lenkungsgruppenmitglieder verantwortlich. In den Abteilungen sind Beauftragte benannt, die als Ansprechpartner und Multiplikatoren arbeiten.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

Im Krankenhaus werden regelmäßig und systematisch Methoden der internen Qualitätssicherung angewandt.

Zu den Methoden der internen Qualitätssicherung finden vielfältige Einzelmaßnahmen statt. Dazu werden umfangreiche Daten erhoben und ausgewertet und mit den Abteilungsleitungen kommuniziert. Zu den qualitätssichernden Einzelmaßnahmen gehören u. a.:

- Dienstbesprechungen und Konferenzen,
- statistische Erhebungen und Auswertungen hygienerelevanter Daten und Daten des Arbeitsschutzes,
- Daten des Transfusionswesens,
- betriebswirtschaftliche Kennzahlen,
- Daten im Rahmen des Risk-Managements und insbesondere auch die Entwicklung der Behandlungsleitlinien.

6.3 **Sammlung und Analyse qualitätsrelevanter Daten**

Qualitätsrelevante Daten werden systematisch erhoben, analysiert und zu qualitätsverbessernden Maßnahmen genutzt.

6.3.1 Sammlung qualitätsrelevanter Daten

Über die gesetzlich vorgeschriebene externe Qualitätssicherung hinaus werden qualitätsrelevante Daten systematisch erhoben und analysiert.

Neben der verpflichtenden externen QS werden zusätzlich freiwillige Leistungen für Schwerpunktbereiche extern erfasst. Die Erhebung und Auswertung interner QS-Daten wird standard- oder problemorientiert durchgeführt. Die Auswertungen werden zur Steuerung qualitätsrelevanter Maßnahmen genutzt. Neben der Auswertung der postoperativen Wundinfektionsraten nehmen wir an den Qualitäts-Auswertungen des Krankenhauszweckverbandes Köln, Bonn und Region teil.

6.3.2 Nutzung von Befragungen

Regelmäßig durchgeführte Patienten- und Mitarbeiterbefragungen sowie Befragungen niedergelassener Ärzte werden als Instrument zur Erfassung von Patienten- und Mitarbeiterbedürfnissen und zur Verbesserung der Patientenversorgung genutzt.

Fragebögen werden zur Erfassung von Patienten- und Mitarbeiterbedürfnissen genutzt, mit dem Ziel, die Krankenversorgung zu verbessern. Die intern geführten Patientenbefragungen, die im Rahmen des Beschwerdemanagements durchgeführt werden, werden durch extern betreute ergänzt. Die Geschäftsführung stellt für die Durchführung und Bewertung der Befragungen die erforderlichen finanziellen, personellen und sachlichen Mittel bereit. Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung werden abgeleitet, in Projekten aufgearbeitet und im Sinne der Patienten umgesetzt.

6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Für die Bearbeitung von Beschwerden ist ein Beschwerdemanagement etabliert. Die systematische Erfassung, Ursachenanalyse und Bewertung aller schriftlichen Beschwerden findet über die Beschwerdestelle des Krankenhauses statt. Dafür sind standardisierte Formulare in allen Bereichen und Abteilungen vorhanden. Die regelmäßigen Auswertungen werden der Geschäftsführung und der Beschwerdekommision vorgestellt. Die Analysen der Patientenbeschwerden fließen in die Qualitätsverbesserung des Krankenhauses ein.

6.4 **Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V**

Die Daten der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V werden systematisch erhoben und die Auswertungen zu qualitätsverbessernden Maßnahmen genutzt.

6.4.1 Beteiligung an der externen Qualitätssicherung

Das Krankenhaus beteiligt sich an den gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung.

Das Krankenhaus beteiligt sich im vollen Umfang an den gesetzlich festgelegten externen Qualitätssicherungsmaßnahmen. Darüber hinaus werden freiwillige externe Erfassungen, z. B. für das Gefäßzentrum und die Anästhesiemedizin erbracht. Durch die organisatorischen und personellen Strukturen ist sichergestellt, dass die Daten ordnungsgemäß übermittelt und ausgewertet werden können.

6.4.2 Umgang mit Ergebnissen der externen Qualitätssicherung

Das Krankenhaus analysiert systematisch die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung und legt ggf. notwendige Konsequenzen fest.

Die Ergebnisse werden den jeweiligen Chefärzten in elektronischer Form übermittelt. Für die Evaluation in der Abteilung ist der Chefarzt bzw. Pflegedirektor zuständig. Aus den problemorientierten Ergebnisanalysen werden Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet.