



Gesundheitsverbund **HBH-Kliniken**
Nah bei Ihnen



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ - QUALITÄTSBERICHT

Krankenhaus: Hegau-Bodensee-Klinikum (Singen, Engen, Radolfzell, Stühlingen)

Institutionskennzeichen: 260831551

Virchowstr. 10, 78224 Singen

Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer: 2008 – 0137 K

durch die "NIS-Zert" KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle

BSI Management Systems und Umweltgutachter Deutschland GmbH, Hanau

Datum der Ausstellung: 30.11.2008

Gültigkeitsdauer: 29.11.2011

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Einleitung	5
1 Patientenorientierung im Krankenhaus	16
2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung	21
3 Sicherheit im Krankenhaus	24
4 Informationswesen	28
5 Krankenhausführung	31
6 Qualitätsmanagement	34

Vorwort der KTQ®

Die KTQ-Zertifizierung ist ein krankenhausspezifisches Zertifizierungsverfahren, das getragen wird 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 Krankenhauspraktikern entwickelt und erprobt.

Mit diesem Zertifizierungsverfahren bietet die KTQ® den Krankenhäusern ein Instrument an, mit dem sie die Qualität ihrer Leistungen durch die Zertifizierung und den zu veröffentlichenden KTQ-Qualitätsbericht nach außen transparent darstellen können.

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

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den Visitoren gezielt hinterfragt und durch Begehungen einzelner Krankenhausbereiche überprüft.

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 Bundesknappschaft, die See-Krankenkasse.

Auf Grund 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 Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben. Jedem KTQ-Qualitätsbericht ist ein Vorwort der KTQ-GmbH vorangestellt, darauf folgen eine Einleitung, in der drei bis vier innovative, patientenorientierte Leistungen beschrieben werden, die Strukturdaten sowie eine Beschreibung zu jedem der insgesamt 72 Kriterien des KTQ-Kataloges.

Wir freuen uns, dass das Krankenhaus 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.

Der Qualitätsbericht ist auch auf der KTQ-Homepage unter <http://www.ktq.de/> abrufbar.

Dr. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

J. Wermes

Für die Spitzen-
verbände der Krankenkassen

Dr. med. B. Metzinger

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

M.-L. Müller

Für den Deutschen Pflegerat

Einleitung

Der Gesundheitsverbund HBH-Kliniken vereint Gesundheitseinrichtungen mit unterschiedlichen Kompetenzen im Südwesten Deutschlands. Durch die Schwerpunktbildung an verschiedenen Standorten kann den Patienten gewährleistet werden, dass sie innerhalb des Verbundnetzes an Spezialisten weitergeleitet und dort behandelt werden können, wo das größte fachliche Wissen vorhanden ist. Unter dem Motto "Nah bei Ihnen" bieten die kleineren Häuser in Radolfzell, Stühlingen und Engen eine Grundversorgung, das Klinikum in Singen eine Zentralversorgung an.



Der Gesundheitsverbund HBH-Kliniken sieht sich als kompetenten Ansprechpartner in gesundheitlichen Belangen für Menschen jeglichen Alters. Aus einer Hand wird



eine hohe Leistungsqualität in den Bereichen Prävention, Akutmedizin, Pflege und Rehabilitation angeboten. Über 1550 Mitarbeiter engagieren sich täglich für die Gesundheit und das Wohlergehen ihrer Patienten. Modernste medizinische Technologien gehören ebenso zur Ausstattung wie ein breites Angebot an Fachbereichen.

Im 2005 neu bezogenen Funktionstrakt des Hegau-Bodensee-Klinikums Singen befinden sich die Notaufnahme, Diagnoseräume wie Röntgen, Kernspin und Computertomographie, modernste Operationssäle mit Aufwachbereichen und die

Intensivstation. Durch die Unterbringung in einem Gebäudeteil können die Patienten schneller und reibungsloser behandelt werden.

Am Standort Radolfzell befindet sich ein innovatives, interdisziplinäres Schlaflabor, das schlafbezogene Krankheitsbilder diagnostiziert und Therapien einleitet.

Um die Leistungen kontinuierlich zu verbessern, werden alle Patienten nach ihren Erfahrungen in den Kliniken mittels eines Fragebogens befragt.



Die Ergebnisse werden im Intranet veröffentlicht, so dass die einzelnen Abteilungen einen Einblick über die Rückmeldungen haben und daraus Schlüsse ziehen können. Unterstützt werden sie dabei durch das Direktorium und das Qualitätsmanagement.



Für Patienten, die Unterstützung für ihre Belange brauchen, sind die Patientenfürsprecher da.

Ehrenamtliche Helfer übernehmen an allen Standorten Lotsendienste, unterhalten Leihbüchereien, besuchen Patienten und spielen und basteln mit den Kindern der Kinderstation.

Auch nach einem Aufenthalt im Krankenhaus werden die Patienten gut betreut. Das Entlassmanagement zeigt auf, wo Probleme liegen und bereitet die Patienten und ihre Angehörigen rechtzeitig auf die Entlassung vor. Unterstützung bekommen sie dabei auch vom Sozialdienst oder von der Brückenpflege sowie dem Psycho-

Onkologischen Dienst, dessen Mitarbeiter sich besonders um die an Krebs erkrankten Patienten und ihre Angehörigen kümmern.

Durch die hohe Qualifikation und menschliche Wärme der Mitarbeiter in allen Bereichen kann sich jeder bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen in den Kliniken des Gesundheitsverbund HBH-Kliniken gut aufgehoben fühlen.

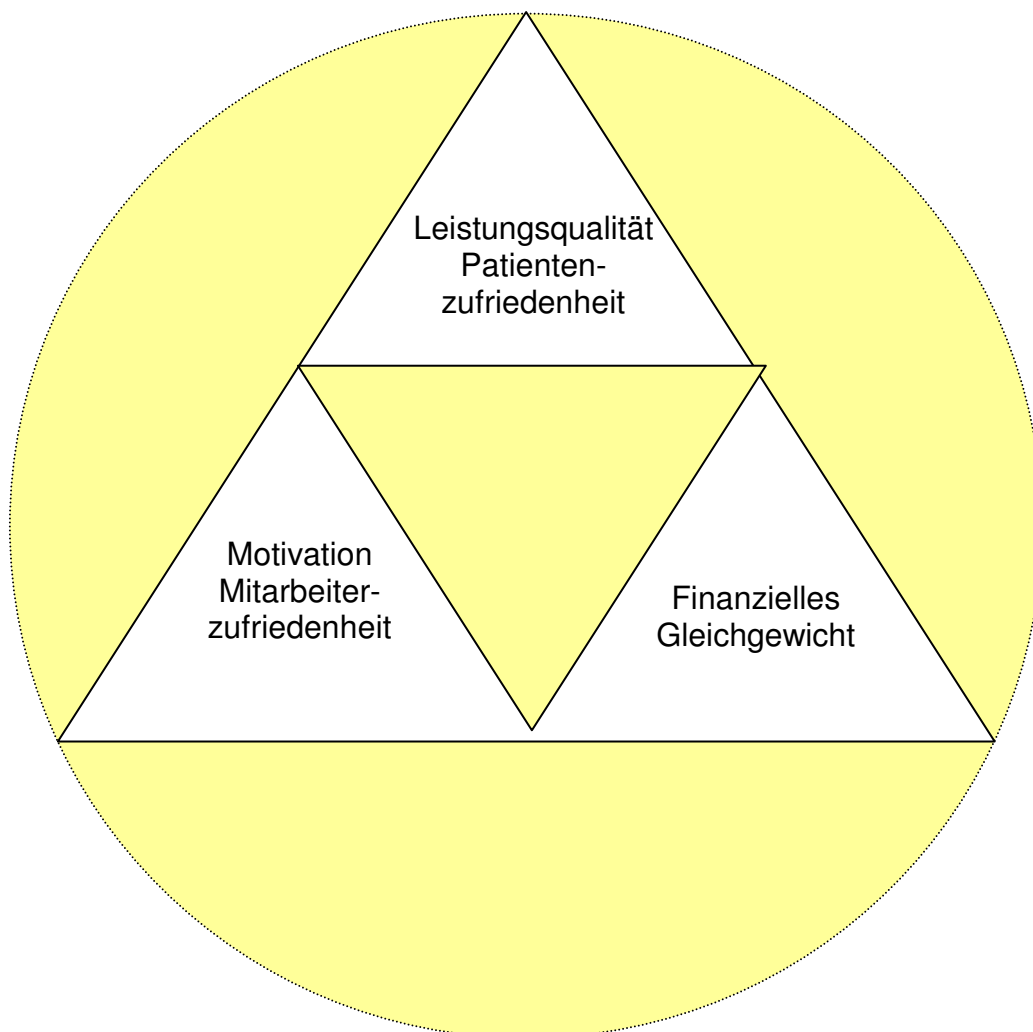
Qualitätspolitik

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

Qualitätsphilosophie des Krankenhauses

Das Qualitätsmanagementsystem der Hegau-Bodensee-Hochrhein-Kliniken GmbH basiert auf vier Säulen: der Unternehmensphilosophie, den Unternehmenszielen (BSC), den Anforderungen der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) sowie der externen Qualitätssicherung.

Unternehmensphilosophie



Die Unternehmensphilosophie ist grafisch durch einen Kreis und drei gleichseitige Dreiecke dargestellt. Die drei Hauptziele des Unternehmens sind Patientenzufriedenheit/ Leistungsqualität, Motivation und Mitarbeiterzufriedenheit sowie finanzielles Gleichgewicht. Die Symbolik der Dreiecke drückt aus, dass die drei Ziele gleichwertig sind und ausgewogen sein müssen um ein stabiles Konstrukt zu bilden. Der Kreis symbolisiert die Umwelt mit der das Unternehmen in Wechselwirkung steht. Wichtige Anspruchsgruppen des Klinikums sind die Kostenträger, die Angehörigen, die einweisenden Ärzte, die Lieferanten und die Öffentlichkeit.

Für die tägliche Arbeit bedeutet die Philosophie, dass die Auswirkungen von Entscheidungen auf die drei Ziele beachtet werden, z.B. müssen Projektverantwortliche in einem Projektantrag die Auswirkungen auf die drei Ziele formulieren.

Abgeleitet aus der Unternehmensphilosophie wurde die Mission und Vision der Hegau-Bodensee-Hochrhein-Kliniken GmbH formuliert:

Mission:

Die Kliniken des Gesundheitsverbundes Hegau-Bodensee-Hochrhein sind kompetente Ansprechpartner in gesundheitlichen Belangen für Menschen jeglichen Alters. Wir bieten mit Dienstleistungen aus einer Hand eine hohe Leistungsqualität. Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit sowie die Erhaltung des finanziellen Gleichgewichtes der Unternehmen stehen dabei immer im Blickfeld unseres Handelns. Wir helfen durch Maßnahmen der Vorsorge, Akutmedizin, Rehabilitation und Pflege.

Vision:

Gesundheit und Wohlbefinden durch qualitativ hochwertige Leistungen aus einer Hand.
Faire Zusammenarbeit mit kompetenten Partnern.

Unternehmensziele

Für die drei Oberziele des Unternehmens werden jahresbezogene Unterziele vom Geschäftsführer und dem Direktorium in einer Balanced-Scorecard (BSC) festgelegt. Die BSC ist ein Instrument für die strategische Unternehmenssteuerung. Dabei werden jährlich in einem Strategieworkshop für die drei Perspektiven Patientenzufriedenheit/Prozesse, Mitarbeiterzufriedenheit und finanzielles Gleichgewicht jeweils drei Ziele formuliert. Für jedes Ziel wird der Verantwortliche innerhalb des Direktoriums benannt, Maßnahmen festgelegt und Kennzahlen mit Zielgrößen definiert. In einem zweiten Workshop wird der Zwischenstand berichtet. Das erste Strategietreffen fand im Oktober 2003 statt.

Externe Qualitätssicherung

Die Hegau-Bodensee-Hochrhein-Kliniken GmbH beteiligt sich an der externen Qualitätssicherung auf Bundes- und Landesebene. Die Ergebnisse werden als externes Benchmark, um Verbesserungspotentiale zu erkennen, verwendet.

Seit dem Jahr 2006 beteiligt sich das Klinikum an einem Benchmarkprojekt auf Qu-MiK-Ebene. Dabei werden Qualitätsindikatoren aus Routinedaten erhoben und zwischen mehreren kommunalen Krankenhausträgern verglichen. Als Ergebnis wurde erstmalig für 2006 ein Qualitätsbericht veröffentlicht, der über die Erfordernisse des gesetzlichen Qualitätsberichts hinausgeht.

Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

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

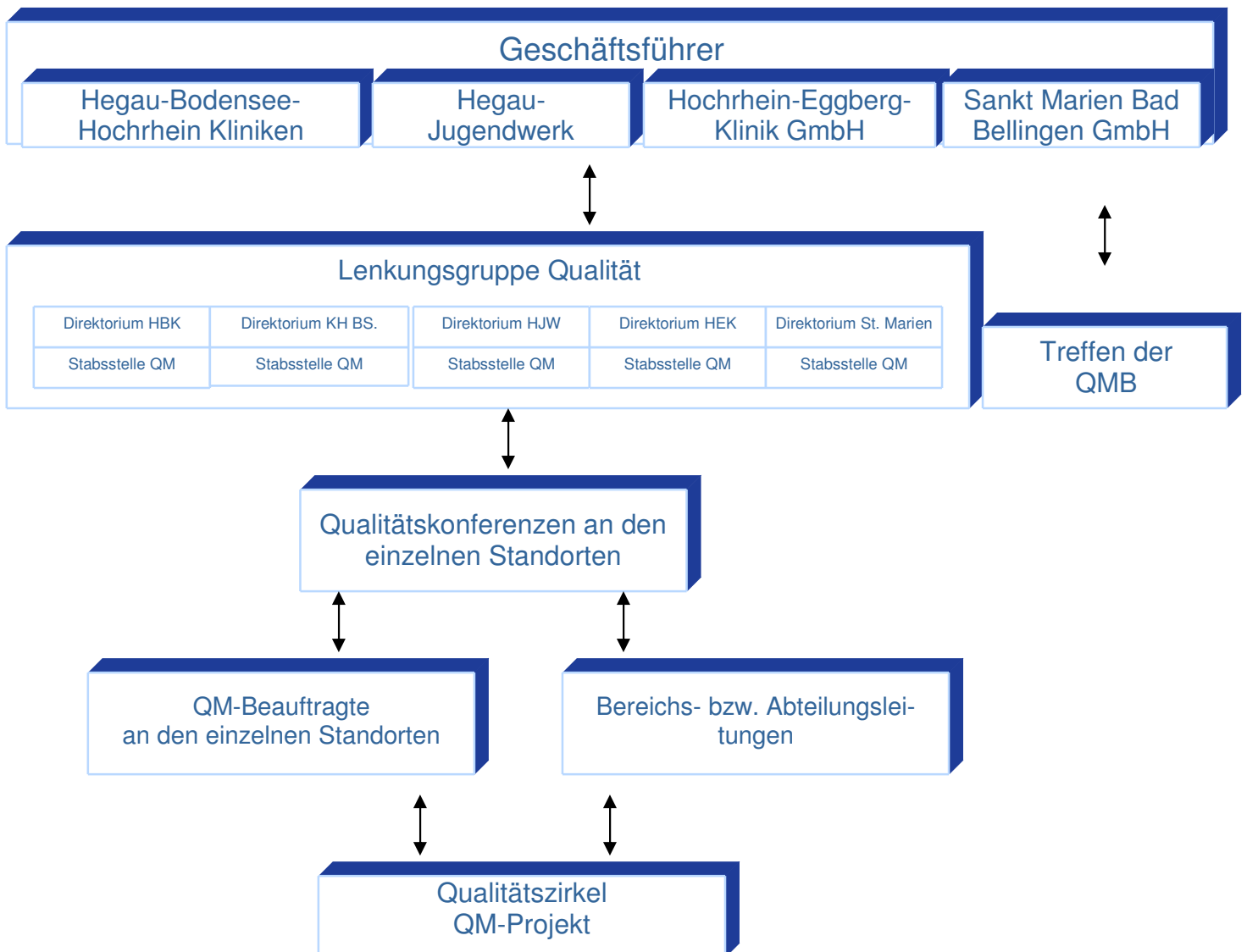
Im Jahre 2002 hat die Geschäftsführung beschlossen, die Kliniken des Verbundes nach KTQ zertifizieren zu lassen. Dafür war es notwendig, ein Qualitätsmanagementsystem einzuführen. Die Geschäftsleitung bestellte für den Standort Singen/Engen zwei und für Radolfzell sowie später für Stühlingen eine Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB). Die QMB sind Mitarbeiter des ärztlichen Dienstes und des Pflegedienstes und als Stabsstellen dem Direktorium zugeordnet.

Nachdem in allen Einrichtungen des Gesundheitsverbundes QMB bestellt wurden, war die Basis für ein einheitliches Vorgehen bei der Implementierung eines QM-Systems geschaffen. Im Jahre 2003 wurde die Struktur und Aufgabenverteilung für das Qualitätsmanagement festgelegt. Diese wurde Anfang 2004 durch die Installation der Qualitätskonferenzen als Entscheidungsgremien für strategische Fragen ergänzt. Ständige Mitglieder der Qualitätskonferenz sind der Geschäftsführer, das Direktorium, ein Mitglied des Betriebsrats und die QMB. Zu bestimmten Fragestellungen kann das Gremium um weitere Experten, z.B. Leiter Personalabteilung, erweitert werden.

In den einzelnen Abteilungen sind die Leitungen für die Umsetzungen des QM verantwortlich.

Die QMB sind darüber hinaus in der QuMiK GmbH engagiert. QuMiK steht für „Qualität und Management im Krankenhaus“ und ist eine Dienstleistungsgesellschaft deren Gesellschafter mehrere Krankenhäuser der Zentral- und Maximalversorgung aus Baden-Württemberg sind. In der QuMiK erfolgt ein Austausch der QMB zu aktuellen Themen und es werden einheitliche Qualitätsstandards definiert.

Aufbauorganisation Qualitätsmanagement



Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

Das Hegau-Bodensee-Klinikum unternimmt viele Anstrengungen, sich im Sinne der Patientinnen und Patienten, der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie der anderen Anspruchsgruppen ständig zu verbessern.

Aktuelle Projekte:

Patientenbefragung

Wie bereits weiter oben beschrieben, werden fortlaufend schriftliche Patientenbefragungen durchgeführt. Die Patienten erhalten den Bogen bei der Aufnahme und können diesen bei Entlassung in die dafür vorgesehenen Briefkästen auf den Stationen einwerfen. Das Direktorium und die Patientenfürsprecher treffen sich quartalsweise und besprechen die Ergebnisse der Befragung.

Im Berichtsjahr wurde aufgrund der Patientenbeschwerden über den Ablauf der Entlassung ein Qualitätszirkel eingerichtet.

Implementierung des nationalen Expertenstandards Kontinenzförderung

Der „Expertenstandard Kontinenzförderung“ wurde von dem Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege als fünfter Expertenstandard entwickelt. Nach einem fundierten Studium der Literatur, Diskussion mit Experten aus der Praxis und einer ersten Erprobung, wurde ein Standard bezogen auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für das Vorgehen Harninkontinenz bzw. Förderung der Kontinenz definiert.

Des Weiteren wurden in interdisziplinären und interprofessionellen Arbeitsgruppen die Umsetzung der Expertenstandards Dekubitusprophylaxe, Entlassmanagement, Schmerzmanagement und Sturzprophylaxe im Klinikum erarbeitet und evaluiert. Für den neuen Expertenstandard Chronische Wunden hat sich bereits eine Arbeitsgruppe zusammengefunden.

Erstellung von klinischen Behandlungspfaden

Die Behandlungspfade werden durch interprofessionelle Arbeitsgruppen erstellt, die sich aus Mitarbeitern des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des Controllings und bei Bedarf weiterer Berufsgruppen z.B. Physiotherapie, Sozialdienst zusammensetzen.

Die Patienten erhalten bei der Aufnahme eine Übersicht über ihren stationären Aufenthalt. Daraus ist für jede Phase der Behandlung ersichtlich, welche Maßnahmen von welcher Berufsgruppe durchgeführt werden, wann die Operation und für welchen Tag die Entlassung geplant ist. Bei der Entlassung erhalten Patienten ein Infoblatt mit Verhaltensempfehlungen für die Zeit nach dem Aufenthalt. Diese betreffen je nach Diagnose die Bewegungsübungen, Medikamenteneinnahme und verbotene Aktivitäten.

Überprüfung der pflegerischen Dokumentation

Die pflegerische Dokumentation soll die erbrachte pflegerische Leistung widerspiegeln. Die Überprüfung erfolgt durch Stichproben durch benannte Pflegekräfte anhand einheitlicher Qualitätskriterien.

Die Auswertungen gehen an die Stationen, die ihr Verbesserungspotential daraus ableiten.

Professionelles Deeskaltationsmanagement

Gewalt und Aggression stellen typische Gefährdungen für Mitarbeiter dar. Um Mitarbeiter im kompetenten Umgang mit Gewalt und Aggression zu unterweisen, absolvieren Mitarbeiter die Ausbildung zum Deeskalationstrainer. Eine Umfrage hat Problembereiche ermittelt, ein gezieltes Mitarbeitertraining folgt.

Brandschutz, Reanimation

Die Mitarbeiter in den patientennahen Bereichen werden alle zwei Jahre, alle weiteren Mitarbeiter alle fünf Jahre in Reanimation geschult.

Qualitäts- und Risikomanagementhandbuch

Um eine sichere Prozessplanung und eine kontinuierliche Prozessverbesserung gewährleisten zu können, wurde 2007 ein Qualitäts- und Risikomanagementhandbuch erstellt. Hier werden alle Verfahrensanweisungen hinterlegt, die für die einzelnen Kliniken bzw. den Verbund relevant sind. Die Verfahrensanweisungen wurden in inter-

disziplinar besetzten Workshops mit den jeweiligen Fachkräften mit Praxisbezug erarbeitet. Das Handbuch ist im Intranet hinterlegt.

Einarbeitungskonzept

2007 wurde ein neues einheitliches Einarbeitungskonzept mit Checklisten erarbeitet, das an jedem Arbeitsplatz genutzt werden kann. 2008 wurde dieses evaluiert. In quartalsweise stattfindenden Einführungstagen werden alle neuen Mitarbeiter umfassend mit Informationen aus dem Klinikum/dem Verbund versorgt.

Mitarbeiterbefragung

Zufriedene Mitarbeiter leisten gute Arbeit für Patienten. Seit 2006 werden Mitarbeiter in verschiedenen Bereichen regelmäßig umfassend zu Themen wie Arbeitszufriedenheit, Führung, Fort- und Weiterbildung, Team, Information und Innovation befragt. Die Befragung wiederholt sich alle vier Jahre. Die Ergebnisse werden gemeinsam mit den Mitarbeitern diskutiert und Verbesserungen eingeleitet.

Zertifizierung Onkologischer Schwerpunkt Konstanz/Singen

Der OSP wurde 2005 zertifiziert. Seit dem wurden viele Maßnahmen unternommen, um die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Fachabteilungen und zu den niedergelassenen Ärzten zu verbessern, z.B. öffentliche Veranstaltungen und die Formulierung gemeinsamer medizinischer Leitlinien.

Zertifizierung Gefäßzentrum

Seit 2005 sind die Abteilung für Gefäßchirurgie und die Hochrhein-Eggberg-Klinik als Gefäßzentrum zertifiziert. Verbundübergreifend werden Patienten mit Gefäßerkrankungen von Spezialisten interprofessionell behandelt.

Zertifizierung Brustzentrum/Darmzentrum

Im Jahr 2007 wurden das Brustzentrum und das Darmzentrum Hegau-Bodensee gegründet und nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft und der Gesellschaft für Senologie zertifiziert. Jährlich wird die Einhaltung der hohen Qualitätskriterien in Form von Überwachungsaudits überprüft.

Qualitätszirkel Logistik

Hier werden die Prozesse der Warentransporte aller Art, Zentrallagerhaltung, Wäscheversorgung, Speisenversorgung sowie Leistungsangebote optimiert. Ziele sind Einsparungen und Vereinfachung der Prozesse, so dass sich die einzelnen Berufsgruppen, wie z.B. Pflege, verstärkt auf ihr Kerngeschäft konzentrieren können.

Qualitätszirkel Wegeleitsystem

Dieser wurde nach Feststellung diverser Mängel gründlich überarbeitet, um Patienten und Angehörigen die Orientierung im Krankenhaus zu erleichtern.

Weitergehende Informationen

Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht:

Verantwortlich für den Qualitätsbericht ist der Geschäftsführer der Hegau-Bodensee-Hochrhein-Kliniken GmbH Herr Friedbert Lang

Ansprechpartner (Qualitätsmanagementbeauftragter):

Holger Bertok

Tel.: 07731/89-1303

Fax.: 07731/89-1305

e-Mail: holger.bertok@hbh-kliniken.de

Silke Asal

Tel.: 07731/89-1304

Fax.: 07731/89-1405

e-Mail: silke.asal@hbh-kliniken.de

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

www.hbh-kliniken.de

www.qumik.de

Die KTQ-Kriterien beschrieben von Hegau- Bodensee-Klinikum

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.

Notfallbehandlungen können rund um die Uhr in allen Fachabteilungen durchgeführt werden. Es werden interdisziplinäre Notaufnahmen, Kreißsäle und eine pädiatrische Notaufnahme betrieben. Es besteht eine enge Vernetzung der Notfallaufnahmen mit den Rettungsleitstellen und den Notärzten.

Es werden vor- und nachstationäre Leistungen angeboten. Diese sind auf der Homepage dargestellt. Jeder Patient erhält bei der stationären Aufnahme eine Broschüre inklusive einer Liste der verfügbaren Wahlleistungen. Die Kliniken sind mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar.

1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

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

Für eine Orientierung im Klinikum gibt es ein Wegeleitsystem, das Gebäude bzw. Etagen farblich unterscheidet. An allen Eingängen, auf jeder Ebene der Treppenhäuser und in den Aufzügen befinden sich Übersichtstafeln mit Beschilderung der einzelnen Ambulanzbereiche, Funktionsabteilungen, Verwaltung und Stationen mit Zimmernummern. Die Notaufnahmen sind bereits bei der Anfahrt zum Klinikum ausgeschildert. Gepäckwagen und Rollstühle sind am Parkplatz bzw. an der Rezeption vorhanden. Die Mitarbeiter an der Auskunft an den Haupteingängen helfen gerne bei Fragen.

1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

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

Durch eine patientenorientierte und koordinierte Aufnahme soll den Patienten ein Gefühl des Willkommenseins und der Sicherheit vermittelt werden. Die Wartezeiten während der Aufnahme sollen so kurz wie möglich sein.

Die Aufnahme erfolgt immer durch qualifiziertes Personal. Das Aufnahmegespräch wird in geschützter Atmosphäre geführt. Der Patient bekommt Informationen über den Tagesablauf und die örtlichen Gegebenheiten, Telefon, Fernseher, Radio und Seelsorge. Durch den Patientenfragebogen und die Patientenfürsprecher wird die Zufriedenheit überprüft.

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.

Die Notfallambulanzen werden unter fachärztlicher Verantwortung rund um die Uhr betreut. Für die fachärztlichen Ambulanzen sind gesonderte Zeitfenster definiert und zusätzliches Personal eingesetzt. Bei den Belegabteilungen gibt es einen fachärztlichen Notdienst. Notfälle werden vom Rettungsdienst telefonisch angemeldet, so dass im Vorfeld nötige Maßnahmen eingeleitet werden können. Nicht chirurgische Kindernotfälle werden direkt in die Kinderklinik gebracht und dort erstversorgt.

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.

Durch eine umfassende Erhebung der Krankengeschichte und der persönlichen Daten der Patienten kann ein individueller Untersuchungs- und Behandlungsplan erstellt werden sowie unter Berücksichtigung der Ressourcen und Erwartungen des Patienten eine Pflegeplanung, die auch die pflegerischen Risiken berücksichtigt. Der Datenschutz und der Schutz der Intimsphäre sind selbstverständlich. Im Krankenhausmagazin wird über Möglichkeiten der weiteren Begleitung informiert (Seelsorge, Brückenpflege, Psychologischer Dienst).

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

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

Durch die Nutzung von Vorbefunden stellen wir sicher, dass unnötige Belastungen der Patienten durch Doppeluntersuchungen vermieden und Behandlungen ohne Zeitverzögerungen begonnen werden können. Akten von früheren Aufenthalten werden von den Archiven angefordert. Im Krankenhausinformationssystem kann in frühere Arztbriefe, Röntgenbefunde und Labordaten unter Berücksichtigung des Datenschutzes eingesehen werden. Vorbefunde von niedergelassenen Fachärzten werden telefonisch oder per Fax angefordert, sofern sie nicht vom Patienten mitgebracht werden.

1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

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

Ziel ist es, durch eine strukturiert geplante Behandlung einen raschen Behandlungserfolg sicherzustellen. Die Patienten werden vom Stationsarzt untersucht. Anhand der Befunde wird unter Aufsicht von Fach- oder Oberarzt der Behandlungsplan festgelegt. Bei der mindestens einmal täglich stattfindenden Visite wird das Vorgehen den Veränderungen/Erkenntnissen bzw. Patientenwünschen angepasst. Bei jedem Patienten wird eine Pflegeplanung erstellt und täglich überarbeitet. Durch andere Berufsgruppen wie Physiotherapeuten kann die Behandlung unterstützt werden.

1.2.4 Integration der Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Während des Aufenthaltes werden die Patienten durch die Aufnahmegespräche (Arzt und Pflege), die pflegerische Übergabe mit dem Patienten, Aufklärungsgespräche und die täglichen Visiten und Sprechzeiten in die Behandlung einbezogen. Bei Bedarf oder auf Wunsch des Patienten werden Angehörige oder die Betreuer integriert. Oft bekommen die Patienten Informationen schriftlich. Fremdsprachliche Aufklärungsbögen und Infoblätter sowie Dolmetscher erleichtern die Verständigung. Religionsbegründete Patientenwünsche werden berücksichtigt.

1.3 Durchführung der Patientenversorgung

Die Behandlung und Pflege jedes Patienten erfolgt in koordinierter Weise gemäß multiprofessioneller Standards, um bestmögliche Behandlungsergebnisse zu erzielen.

1.3.1 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung

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

Ärztliche und pflegerische Behandlungspläne orientieren sich an den Empfehlungen der Fachgesellschaften. Sie werden ständig durch Fachkräfte überprüft und angepasst. Ein Konzept zur standardisierten Schmerztherapie liegt vor. Durch eine gezielte Krankenbeobachtung durch examiniertes Pflegepersonal und die täglichen Visiten können Komplikationen frühzeitig erkannt und behandelt werden. Für lebenswichtige Komplikationen gibt es strukturierte Alarmpläne. Der Facharztstandard wird gewährleistet.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

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

Durch die Nutzung von Leitlinien und Standards werden neue, gesicherte medizinische und pflegerische Erkenntnisse umgesetzt, um Patienten ein hohes Maß an Qualität zu bieten. AWMF-Leitlinien liegen aus oder können über das Intranet bzw. Internet eingesehen werden. Darüber hinaus gibt es hausinterne Leitlinien und Pflegestandards. Empfehlungen der Fachgesellschaften werden bei der Erstellung von Behandlungspfaden berücksichtigt. Leitlinien und Standards werden regelmäßig überarbeitet. Patienten werden individuell behandelt und ihre Bedürfnisse berücksichtigt.

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.

Patienten sind in vorwiegend modern ausgestatteten Patientenzimmern (u.a. elektronisch verstellbare Betten, TV/Radio, Telefon, Schließfach) untergebracht. Die Besuchszeiten sind großzügig geregelt. Durch die Bereichspflege wird jedem Patienten eine Bezugsperson pro Schicht zugeordnet. Die Patienten werden über die Behandlungsabläufe durch das Pflegepersonal und den behandelnden Arzt informiert. In dem Entlassungsstandard wird Schulungs- und Beratungsbedarf von Patient bzw. Angehörigen systematisch ermittelt und organisiert.

1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

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

Für die Ernährung der Patienten während der Behandlung sind mehrere Köche und Diätassistentinnen verantwortlich. Die Küche bietet eine große Vielfalt an Speisen für die unterschiedlichen Patientengruppen, Bedürfnisse und Erkrankungen an. Bei individuellen Wünschen kann eine Diätassistentin hinzugezogen werden. Spezielle Kostformen werden von qualifiziertem Personal erstellt. Religiöse und kulturelle Besonderheiten werden berücksichtigt. Neben Angeboten aus dem Speiseplan können noch weitere Speisen aus der Broschüre „Ergänzungen zum Menüplan“ bestellt werden.

1.3.5 Koordination der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Durch eine systematische Anforderung und Durchführung der Diagnostik stellen wir sicher, dass Ergebnisse schnell zur Verfügung stehen, die Leistungen qualitativ hochwertig und wirtschaftlich erbracht werden und Doppeluntersuchungen sowie Wartezeiten vermieden werden. Viele Befunde können elektronisch abgerufen werden.

Bei bestehenden Behandlungspfaden sind die notwendigen Untersuchungen bereits terminiert. Patienten, die nicht selbstständig zu Untersuchungen gehen können, werden begleitet.

1.3.6 Koordination der Behandlung: OP-Koordination

Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.

Die OP-Planung für den Folgetag steht frühzeitig fest, eine längerfristige Planung der Operationen ist bekannt. Durch eine schnelle Versorgung von Notfällen und eine hohe Qualität im OP-Bereich soll eine hohe Zufriedenheit aller Beteiligten erreicht werden. Kann ein Patient nicht wie geplant operiert werden, wird dieser am Folgetag vorrangig berücksichtigt. Außerhalb der Regelarbeitszeit ist die Operationsbereitschaft durch Bereitschaftsdienste und Rufbereitschaftsdienste bei ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern immer gewährleistet.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

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

In allen Abteilungen werden interdisziplinäre Fachbesprechungen durchgeführt. Sie haben eine umfassende Information aller beteiligten Berufsgruppen und durch eine gemeinsame Beurteilung eine optimale Patientenversorgung sowie auch eine ständige Fortbildung der Mitarbeiter zum Ziel. Die Zusammensetzung dieser Teams variiert je nach Behandlungsschwerpunkt der Station. Fachübergreifende Stellungnahmen werden von klinisch erfahrenen Fach- und Oberärzten nach konsiliarischer Anforderung durchgeführt.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

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

Visiten sind die wichtigste Form der zeitnahen, patientenorientierten Steuerung therapeutischer Prozesse. Deshalb werden ein bis zwei Mal täglich zu festgelegten Zeiten möglichst in berufsübergreifenden Teams auf allen Stationen Visiten am Patientenbett und mindestens einmal wöchentlich Chef- und Oberarztvisiten durchgeführt. Patienten werden durch eine direkte Ansprache in die Visite miteinbezogen und ermuntert, ihre Fragen und Vorstellungen zu äußern. Untersuchungsergebnisse werden dem Patienten mitgeteilt und die weitere Behandlung mit ihm besprochen.

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.

Ein multiprofessionelles Entlassungsmanagement erfasst den Versorgungs- und Unterstützungsbedarf der Patienten sowie mögliche Entlassungsrisiken mittels festgelegter Kriterien. Es bezieht die Selbsteinschätzung von Patienten und deren Bedürfnisse von Anfang an mit ein. Entsprechend wird die Entlassung vorbereitet und in einem Entlassgespräch noch offene Fragen geklärt. Sozialdienst und Brückenpflege unterstützen den Prozess. Bei den klinischen Behandlungspfaden erhalten die Patienten schriftliche Verhaltensempfehlungen für die Zeit nach der Entlassung.

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.

Ein einheitliches Dokumentationssystem, in das während des stationären Aufenthaltes sämtliche aktuellen Befunde eingegeben werden, bildet die Grundlage für die Bereitstellung kompletter Informationen zum Zeitpunkt des Überganges des Patienten in andere Versorgungsbereiche. Verlässt der Patient das Krankenhaus erhält er einen ärztlichen Kurzbrief oder den Entlassbrief. Bei Bedarf wird ein pflegerischer Verlegungsbericht erstellt. Für eine evtl. Weiterbehandlung werden die benötigten Unterlagen mitgegeben. Verlegungen innerhalb des Hauses regelt ein Standard.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

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

Der weiterbehandelnde Arzt wird durch den Entlassbrief und der Pflegedienst durch den Pflegeverlegungsbericht über die weiterzuführende Behandlung informiert. Im Bedarfsfall wird zum nachfolgenden Betreuungsteam frühzeitig persönlich Kontakt aufgenommen. Für die Koordinierung der Maßnahmen stehen dem Stationspersonal und den Angehörigen der Sozialdienst und die Brückenpflege zur Seite. Das Klinikum arbeitet mit Weiterversorgern, wie z.B. Reha-Einrichtungen, Alten- und Pflegeheime und Sozialstationen, eng zusammen.

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.

Der Personalbedarfsplan wird jährlich durch die Personalabteilung und den Abteilungsleitern in Abhängigkeit von leistungsbezogenen Kennzahlen erstellt und vom Aufsichtsrat und der Gesellschafterversammlung genehmigt. Dabei werden die Ausfallzeiten und die Qualifikationen der jeweiligen Berufsgruppen berücksichtigt. Monatlich erfolgt die Überwachung der Personalstellen und -kosten in Bezug auf die Leistungsentwicklung. Die Werte werden mit Zahlen des Statistischen Landesamtes und den Kliniken im QuMiK-Verbund verglichen.

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.

Durch eine systematische Personalentwicklung wird die größtmögliche Effektivität und Effizienz der Mitarbeiter erzeugt und sachgerechtes Handeln gefördert. Die fachliche und soziale Kompetenz aller Mitarbeiter wird gesteigert. Zusätzlich wird die Arbeitszufriedenheit erhöht. Die Abteilungsleiter sind für die Personalentwicklung in ihrem Bereich verantwortlich. In jährlichen Mitarbeitergesprächen besprechen sie die Weiterbildungswünsche ihres Mitarbeiters und legen Ziele fest. Verschiedene Fachweiterbildungen werden im Haus angeboten.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

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

Für jeden Mitarbeiter sind der Aufgaben- und Kompetenzbereich und seine Verantwortlichkeiten geregelt. Es liegt eine verbindliche Grundlage für die Mitarbeitergespräche und ggf. Leistungsprämien vor. Spezifische Leistungsanforderungen werden in der Funktionsbeschreibungen festgelegt. Im Pflegedienst ist für die Stationsleitungen der Stationsleitungskurs Pflicht, im OP-/Intensiv- und Anästhesiebereich ist die Fachweiterbildung erwünscht. Im ärztlichen Bereich sind die Zuständigkeiten durch Berufsordnung und den Arbeitsvertrag definiert.

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.

Durch eine strukturierte Fortbildung werden die fachlichen, sozialen und persönlichen Kompetenzen der Mitarbeiter gesteigert, die Arbeitszufriedenheit erhöht und den gesetzlichen Anforderungen entsprochen.

Jeder Mitarbeiter kann Vorschläge beim Bildungszentrum für Gesundheitsberufe (BZG) eingeben. Daneben fließen über die Führungskräfte auch die Erwartungen des Unternehmens an die Personalentwicklung in die Planung ein. Die Schwerpunkte sind: Gesundheitsförderung und Prävention, Recht und Organisation, Kommunikation und Führung und fachbezogene Themen.

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Die Finanzierung der Fort- und Weiterbildungen ist in einer Betriebsvereinbarung geregelt. Ziel ist, durch eine geeignete und transparente Verfahrensregelung eine ausgewogene und gerechte Verteilung der Fortbildungsmöglichkeiten im Rahmen des vorhandenen Budgets sicher zu stellen. Für die Finanzierung von Weiterbildungen im Bereich des Pflegedienstes sind mit dem Betriebsrat Musterverträge erarbeitet worden.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

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

Für Mitarbeiter stehen aktuelle Fachzeitschriften und -literatur auf den Abteilungen/Stationen sowie Internet und Intranet-Zugang zur Verfügung. Relevante Veröffentlichungen werden kopiert und verteilt. Fachliteratur steht außer auf den Stationen in den Bibliotheken zur Verfügung. Das Bildungszentrum für Gesundheitsberufe bietet die Dienstleistung "Mediendatenbank + Literaturrecherche" an: dort werden Pflege-Fachzeitschriften nach Stichworten katalogisiert. Alle Besprechungsräume sind mit elektronischen Medien ausgestattet und können reserviert werden.

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.

Maßgabe für die Anleitung der Studenten im Praktischen Jahr (PJ) ist das "Curriculum Praktisches Jahr" der Universität Freiburg. Zusätzlich finden Lehrvisiten und klinikspezifische Fortbildungen statt. PJ-Studenten werden von einem Beauftragten betreut. GKP- und OTA-Schüler haben ein Praxisbegleitbuch mit Lernzielen, Beobachtungsaufgaben sowie Vorgaben zu Vor-, Zwischen- und Beurteilungsgesprächen und deren Dokumentation. Auf den Stationen sind Bezugspersonen für Auszubildende (Praxisanleiter) benannt, in der Verwaltung ein Ausbildungsbeauftragter.

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.

Jährliche Mitarbeitergespräche werden für einen konstruktiven Dialog zwischen Vorgesetztem und Mitarbeiter genutzt. Die Erörterung der Arbeitssituation, Aufgaben, Zusammenarbeit und die gegenseitigen Einschätzung soll die Entwicklungspotentiale des Mitarbeiters fördern und das Finden gemeinsamer Zielvereinbarungen ermöglichen. Die Umsetzung der Jahresziele an den einzelnen Arbeitsplätzen soll unterstützt, der Schulungsbedarf ermittelt und die Motivation des Mitarbeiters gefördert werden. Führungsgrundsätze wurden erlassen.

2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Die Sollberechnung wird im Bereich der Pflege, im ärztlichen Bereich sowie in Teilen der Verwaltung in einem elektronischen Dienstplanprogramm erstellt. Zur tatsächlichen Arbeitszeit wird automatisch ein Abgleich durch die Mitarbeiter und Stationsleitung durchgeführt. Wünsche werden, soweit möglich, berücksichtigt. Ein kurzfristiger Dienstaustausch der Mitarbeiter untereinander ist unter Einhaltung arbeitsrechtlicher Bestimmungen möglich. Im gesamten HBK ist das Arbeitszeitgesetz umgesetzt.

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Durch eine strukturierte Einarbeitung wird eine schnelle und qualifizierte Einsatzfähigkeit der neuen Mitarbeiter erreicht, die Zufriedenheit und Integration gefördert und Sicherheit vermittelt. In allen Abteilungen stehen ihm erfahrene Mentoren zur Seite. Die Einarbeitung erfolgt nach einem umfangreichen Konzept. Zu Beginn jedes Quartals findet ein Einführungstag statt. Während der Einarbeitungsphase werden regelmäßig Gespräche geführt, die dokumentiert werden. Die Einarbeitung wird durch verschiedene Handbücher, Standards und Leitlinien unterstützt.

2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

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

Durch das Einreichen von Verbesserungsvorschlägen werden Wirtschaftlichkeit, Arbeitsabläufe, Zusammenarbeit, Situation der Patienten, Ansehen und Sympathiewert, Umwelt und Sicherheit zum Nutzen der medizinischen Einrichtungen, der Patienten und Besucher sowie der Mitarbeiter/innen erhöht. Die Motivation der Mitarbeiter soll durch die Beteiligung gesteigert werden. Die Vorschläge werden nach einem Punkteschema bewertet.

Ein offenes Betriebsklima, in dem jeder gehört und wertschätzend behandelt wird, wird von allen angestrebt.

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.

Arbeitsunfälle und Berufserkrankungen sollen vermieden, Ausfallzeiten verhindert und die Zufriedenheit der Mitarbeiter erhöht werden.

Die Rechtsgrundlagen des Arbeitsschutzes sind vollständig umgesetzt und durch den Betriebsarzt, die Fachkraft für Arbeitssicherheit und dem Arbeitssicherheitsausschuss begleitet, überprüft und Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet. Alle Mitarbeiter werden über Sicherheitsaspekte in Schulungen und durch Dienst- und Betriebsanweisungen informiert. Für die jeweiligen Bereiche sind Beauftragte benannt und geschult.

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Im Notfallhandbuch sind die Brandschutzverordnung und der Alarmierungsplan als Dienstanweisung festgelegt. Das gesamte Klinikum ist mit Feuermeldern und Löschmitteln ausgerüstet, welche in festgelegtem Turnus von beauftragten Fachkräften überprüft werden. Fluchtwege sind überall ausgewiesen. Die Feuerwehren sind in die fortlaufende Aktualisierung der Fluchtwegepläne und bei Begehungen beteiligt. Feueralarm wird direkt an die Feuerwehr weitergeleitet. Alle Mitarbeiter werden regelmäßig in Brandschutz geschult. Das Klinikum ist ein „Rauchfreies Krankenhaus“.

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.

Im Notfallhandbuch sind Zuständigkeiten, Verhaltensregeln und Abläufe von hausinternen Notfällen und dem Katastrophenschutz geregelt und werden regelmäßig von der Verwaltungsdirektion überprüft. Für technische Probleme steht ein Haustechniker zur Verfügung. Das Notstromaggregat wird täglich überprüft. Alle Aufzüge sind mit Gegensprechanlage versehen. Das Klinikum ist in den Katastrophenschutzplan nach Landesrecht eingebunden.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Durch ein systematisches Notfallmanagement wird sicher gestellt, dass Patienten im Notfall ohne Zeitverlust und fachkundig versorgt werden, dass alle Mitarbeiter für die Versorgung von Notfällen qualifiziert sind und dass in allen Bereichen ausreichende, geprüfte und funktionsfähige Notfallausrüstungen bereit stehen.

Alle Mitarbeiter werden alle zwei Jahre im Notfallmanagement mit praktischen Reanimationsübungen geschult. Über einen hausinternen Notruf kann Unterstützung von der Intensivstation oder der Station Kinderintensiv angefordert werden.

3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

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

Durch die systematische Regelung des Umgangs mit Minderjährigen soll die Aufsichtspflicht jederzeit sicher gestellt und Haftungsrisiken ausgeschlossen werden. Minderjährige und ihre Betreuungsperson sollen sich während des Aufenthaltes geborgen fühlen.

Bei eigen- und fremdgefährdeten Patienten werden Maßnahmen unter Einbeziehung der rechtlichen Vorgaben ärztlich angeordnet. An jedem Bett gibt es eine Klingelanlage mit Gegensprechanlage sowie eine Notrufmöglichkeit. Einzelunterbringung und hygienische Vorkehrungen schützen auch Mitpatienten.

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.

Zentrales Organ der Krankenhaushygiene ist die Hygienekommission. Verantwortlich ist der ärztliche Direktor. Zusammen mit den hygienebeauftragten Ärzten erarbeiten und überprüfen die Hygienefachkräfte Vorgaben für die Mitarbeiter. Im Intranet ist der aktuelle Hygieneplan mit detaillierten Verfahrens- und Handlungsanweisungen hinterlegt. Es stehen neben den hygienebeauftragten auch Fachärzte und Apotheker für Beratungen zur Verfügung. Es finden regelmäßig Hygienevisiten/-begehungen statt, die protokolliert werden.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerrelevanter Daten

Für die Analyse hygienerrelevanter Bereiche wie auch die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen werden krankenhausesweit hygienerrelevante Daten erfasst.

Die Erfassung von im Krankenhaus erworbenen Infektionen sowie aller Resistenzen erfolgt nach den Vorgaben des Robert-Koch-Instituts. Sie werden intern von den Hygienefachkräften ausgewertet. Die Verbreitung innerhalb des Krankenhauses wird mit sofort ergriffenen Maßnahmen verhindert. In gefährdeten Bereichen (OP, Kreißsaal) werden regelmäßig Abklatschuntersuchungen vorgenommen. Alle statistischen Ergebnisse werden durch die Hygienekommission bewertet, welche nötige Änderungen in die Wege leitet.

3.2.3 Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen

Hygienesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Infektionsquellen sollen frühzeitig festgestellt werden, damit unverzüglich gezielte Sofortmaßnahmen eingeleitet werden können. Daraus werden Präventionsmaßnahmen abgeleitet.

Hygienebeauftragte Ärzte und Hygienefachkräfte beraten die Mitarbeiter in Fragen, legen Maßnahmen fest und kontrollieren die Umsetzung bei Begehungen. Es liegen umfassende Verfahrens- und Handlungsanweisungen vor. Schulungen und Information der Mitarbeiter finden durch die Hygienefachkräfte sowohl in Einzelgesprächen, Kleingruppen wie auch als Fortbildungsveranstaltung statt.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhaushausweit eingehalten.

Die Einhaltung von Hygienerichtlinien besteht aus einem Stufenprozess: 1. detaillierte Hygienepläne und Anweisungen, 2. Dokumentation und 3. Kontrollen durch zuständige Leitungen und Hygienefachkräfte.

Auf der Grundlage des HACCP-Konzeptes als Basis für die Lebensmittelhygieneverordnung wurde für die Küchenleitung ein Anleitungs- und Kontrollsystem entwickelt, das eine Eigenkontrolle kritischer Punkte der Lebensmittelverarbeitung ermöglicht. Für das Aufbereiten von Medizinprodukten gibt es detaillierte Anweisungen.

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 geregelttes Verfahren zur Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten.

Durch die Beschaffung der Arzneimittel wird sicher gestellt, dass benötigte Arzneimittel in allen Bereichen der Einrichtungen zur Verfügung stehen. Die Arzneimittel werden nach pharmakologischen, medizinischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten ausgewählt. Mitarbeiter haben einen hohen Kenntnisstand bezüglich der Anwendung der Blut- und Plasmaprodukten. Bei der Beschaffung von Medizinprodukten wird sicher gestellt, dass ökologische, ökonomische sicherheitstechnische und hygienische Aspekte berücksichtigt und nur geeignete Produkte beschafft werden.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregelttes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Ein geregelttes Verfahren zum Umgang mit Arzneimitteln stellt sicher, dass auf der Basis von Indikation und Diagnostik eine geeignete Arzneimitteltherapie nach aktuellen Standards verordnet wird. Patienten erhalten die richtigen Arzneimittel zur richtigen Zeit und sind über mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt.

Alle Abteilungen verfügen über einen angemessenen Vorrat, der nach Vorschrift gelagert und durch die Pflegekräfte und den Apotheker auf Haltbarkeit geprüft wird. Die Zubereitung von Zytostatika wird von einer niedergelassenen Apotheke übernommen.

3.3.3 Anwendung von Blut- und Blutprodukten

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

Eine Dienstanweisung regelt die Vorbereitung und Durchführung von Bluttransfusionen und die Therapie mit Blutprodukten. Es sind ein transfusionsverantwortlicher Arzt und Transfusionsbeauftragte benannt.

Blutprodukte werden nur von gesetzlich anerkannten Spendeinrichtungen bezogen. Jeder Blutkonserve wird beim Verlassen des Labors ein Konservenbegleitschein beigefügt, auf den u. a. Transfusionsreaktionen dokumentiert werden. Diese Aufzeichnungen, einschließlich der in der EDV erfassten Daten, werden mindestens 15 Jahre lang aufbewahrt.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Verantwortlichkeiten, Beschaffung und Umgang mit Medizinprodukten regeln Verfahrensanweisungen. Sterilgutartikel bleiben bis zum Gebrauch in Originalverpackungen. Instrumente werden entsprechend den gesetzlichen Vorgaben sterilisiert und gelagert.

Alle Mitarbeiter der patientennahen Bereiche sind im Umgang mit dem in ihrem Bereich zum Einsatz kommenden Geräte durch die Gerätebeauftragten geschult.

Messtechnische und sicherheitstechnische Kontrollen aller Geräte werden durch die Medizintechnik durchgeführt und dokumentiert.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Für die Wirtschaftsabteilung sind schon bei der Anschaffung neben ökonomischen und praktischen auch ökologische Aspekte relevant.

Abfälle werden wertstoffbezogen getrennt und entsorgt. Die vorsortierte Wäsche wird möglichst umweltschonend gewaschen. Die Reinigungsfirma hat einen detaillierten Reinigungsplan, der die Verschmutzung und die hygienischen Bedürfnisse berücksichtigt.

Bei Neu- und Umbaumaßnahmen werden Energiesparmaßnahmen sowie die Nutzung alternativer Energie (Solartechnik, Wärmerückgewinnung, Regenwasserzisterne) umgesetzt.

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.

Durch eine zeitnahe und ordnungsgemäße Archivierung der Patientendokumentation wird sicher gestellt, dass Patientendokumentationen bei erneuten stationären Aufenthalten unmittelbar wieder verfügbar sind, dass Patientenakten vollständig sind, und dass die Patientendokumentationen entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen aufbewahrt werden. Eine Archivordnung wurde erstellt. Alle gesetzlichen Bestimmungen werden eingehalten.

Die Patientendokumentation wird von allen Berufsgruppen genutzt. Zusätzlich wird das Krankenhausinformationssystem genutzt.

4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

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

Durch eine ordnungsgemäße Patientendokumentation wird Rechtssicherheit, eine nachvollziehbare Begründung für pflegerisches und medizinisches Handeln sowie die Nachvollziehbarkeit des aktuellen physischen und psychischen Zustandes und des sozialen Umfeldes des Patienten erreicht. Die Abstimmung der Kooperation untereinander und mit nachsorgenden Einrichtungen, als auch die Nachvollziehbarkeit der an der Behandlung beteiligten Personen wird mit unserer Dokumentation sicher gestellt. Die Behandlung kann aus qualitativer und ökonomischer Sicht beurteilt werden.

4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

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

Zum Archiv hat autorisiertes Personal mit einem hinterlegten Schlüssel jederzeit Zutritt. Die Aktenentnahme wird in einem Entnahmebuch dokumentiert. Das Recht zur Einsicht und Verarbeitung der Patientendaten ist grundsätzlich an den Behandlungszusammenhang gebunden. Medizinische Daten gelten als hochsensibel und werden entsprechend behandelt. Auf mikroverfilmte Patientenakten kann in den Kernzeiten zugegriffen werden. Ein Zugriff auf die Daten im Krankenhausinformationssystem und hinterlegte Arztbriefe ist für Berechtigte zeitlich uneingeschränkt möglich.

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.

Durch einen geregelten Informationsaustausch soll der Informationsfluss schnell und möglichst direkt ohne Informationsverluste erfolgen und zuverlässig den Adressaten erreichen. Patientenbezogen liegen strukturierte Formulare vor, die alle wichtigen Informationen für Mit- und Weiterbehandler erfassen. Viele interdisziplinäre Besprechungen sind im Klinikum etabliert.

In allen Bereichen finden regelmäßige, protokollierte Besprechungen statt. Allgemeine Informationen werden auch über das Intranet, Rundschreiben und die Mitarbeiterzeitschrift verbreitet.

4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

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

Die im Krankenhausinformationssystem gespeicherten Aufnahmedaten der Patienten stehen der zentralen Auskunftsstelle zur Verfügung (z.B. Station, Zimmernummer). Dienstpläne, Bereitschaftsdienste und Termine von Veranstaltungen werden an die Auskunftsstelle weitergegeben, genauso wie Mitteilungen über bauliche Veränderungen (z.B. Flursperrungen) oder technische Notfalldienste. Die Auskunftsstelle ist 24 Stunden immer so besetzt, dass Wartezeiten gering gehalten werden.

4.2.3 Information der Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Eine systematische Öffentlichkeitsarbeit wird am Jahresende für das kommende Jahr geplant. Die Zielgruppen sind Patienten, Besucher, niedergelassene Ärzte, Kostenträger, (politische) Entscheidungsträger und die Bevölkerung der Region. Geplant und durchgeführt werden u.a.: Veranstaltungen, Pressearbeit, Internetauftritt, Publikationen, Kontakte. Die Belegärzte werden in ihren Interessen dabei berücksichtigt und eingebunden. Mehrere Veranstaltungen mit laienverständlichen Patienten-/Angehörigeninformationen sind geplant bzw. haben stattgefunden.

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 Landeskrankenhausesetzen 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.

Ein Datenschutzbeauftragter eines externen Unternehmens stellt den Datenschutz nach gesetzlichen Vorschriften sicher. Ein Datenschutzhandbuch wurde vom zentralen Datenschutzausschuss, der sich interdisziplinär zusammensetzt, erstellt. Die Daten der Patienten und Mitarbeiter sind vor dem Zugriff unbefugter Dritter geschützt. Die Mitarbeiter werden bereichsbezogen geschult. Alle Mitarbeiter unterschreiben eine Verpflichtung auf das Datengeheimnis bei Neueinstellung und erhalten eine Datenschutzuweisung. Die Aktenvernichtung ist vertraglich geregelt.

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.

Durch die systematische Nutzung der EDV wird sicher gestellt, dass die Anwender schnell auf Daten zugreifen können und sie, wo nötig, Unterstützung erhalten. Die Systemverfügbarkeit ist durchgängig gewährleistet, damit die Funktionsfähigkeit der Einrichtungen erhalten bleibt. Die einzelnen Standorte sind durch ein Netzwerk verbunden und verfügen über ein gemeinsames Intranet als Informationsplattform sowie ein Krankenhausinformationssystem.

Ein EDV-Ausfallkonzept liegt vor. Die Stromversorgung ist unterbrechungsfrei, Datensicherung erfolgt täglich.

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 Ziel der Unternehmensphilosophie ist eine einheitliche Darstellung des Gesamtunternehmens nach außen sowie das Ziel, eine Identifikation der Mitarbeiter mit dem Unternehmen zu erreichen. Das Leitbild hat drei gleichwertige Dimensionen: Patientenzufriedenheit, Mitarbeiterzufriedenheit und finanzielles Gleichgewicht. Die Entscheidungsprozesse im beruflichen Alltag orientieren sich an diesen drei Zielen. Eine Mission und eine Vision geben Auskunft über Aufgabe und Orientierung für die Zukunft.

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.

Jährlich werden über die Balanced-Scorecard (BSC) zu jeder Dimension drei Ziele für den Verbund bzw. das Klinikum formuliert, welche von den Direktorien und den QMB gemeinsam erarbeitet und überprüft werden. Sie werden mit Verantwortlichkeiten, Kennzahlen, Zielvorgaben und Maßnahmen konkretisiert. Jede Abteilung erstellt davon abgeleitet seine eigene BSC. Die Kenntnis und die Zielerreichung der BSC ist Teil des Mitarbeitergesprächs. Die Information erfolgt über Besprechungen, Intranet, Mitarbeiterzeitschrift und Veranstaltungen.

5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

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

Die Organisationsstrukturen werden durch einheitliche Organigramme dargestellt. Die Geschäftsführung legt die Gesamtstruktur für das Organigramm des Verbundes fest. Die Direktorien bestimmen die Organisationsstrukturen der Einrichtungen und machen Vorschläge für die Struktur der einzelnen Abteilungen. Durch eine klare Regelung für den Aufbau des Verbundes und der Einrichtungen werden Verantwortungsbereiche sowie die Weisungsbefugnisse geregelt. Die Organigramme sind im Intranet bzw. Internet veröffentlicht.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

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

Die Geschäftsführung erstellt mit dem Leiter des Rechnungswesens jährliche Wirtschaftspläne für die einzelnen Einrichtungen. Diese werden vom Aufsichtsrat verabschiedet. Für größere Baumaßnahmen werden Investitionspläne über mehrere Jahre durch die Abteilung Technik und Bau erstellt und im Wirtschaftsplan ausgewiesen. Budgetverantwortliche für Sachmittel sind festgelegt. In jeder Fachrichtung besteht ein Controlling-Team/Budgetsitzungen (Arzt, Pflege, Controlling). Diese Teams überwachen die Kostenentwicklung der Abteilungen und analysieren Abweichungen.

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.

Im gesamten Haus ist die Effektivität der Arbeit in Leitungsgremien und Kommissionen dadurch gegeben, dass die Teilnehmer und der Moderator festgelegt sind, eine Einladung mit Tagesordnung erfolgt und ein Protokoll erstellt wird. Jeweils erster Tagesordnungspunkt ist die Überprüfung der Beschlüsse. Die Koordination der Kommissionen erfolgt durch die einzelnen Spezialisten. Abteilungsleitungen informieren ihre Mitarbeiter. Auch über Intranet, Rundschreiben, Mitarbeiterzeitung und Veranstaltungen werden aktuelle Informationen bekannt gegeben.

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 Geschäftsführer und das Direktorium bilden die Krankenhausführung, deren Entscheidungen bindend sind. Durch ganzjährig geplante Termine, Einladungen mit Tagesordnung und Protokolle werden eine effektive Arbeitsweise sichergestellt und alle Ressourcen genutzt. Für die Umsetzung der Beschlüsse ist jedes Mitglied des Direktoriums im eigenen Verantwortungsbereich zuständig. In den nachfolgenden Sitzungen wird über den Stand des Projekts berichtet. Ein strukturierter Informationsfluss zwischen der Krankenhausführung und den Mitarbeitern wird sichergestellt.

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.

Ein Risiko- und Qualitätsmanagementhandbuch beschreibt den Umgang mit verschiedenen Risiken. Im Falle von Störungen oder erkennbaren Risiken informieren die Führungskräfte sofort die Geschäftsführung. Die Krankenhausleitung erhält alle relevanten Berichte in festgelegten Abständen in Form eines Kennzahlensystems. Sie wird über den Stand von Projekten und aus den Kommissionen über Protokolle oder mündlich informiert. Probleme werden entweder in bereits existierenden Kommissionen bearbeitet, andernfalls übernimmt eine Arbeitsgruppe die Bearbeitung.

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

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

Ein offenes Betriebsklima, in dem jeder gehört und wertschätzend behandelt wird, wird von allen angestrebt. Information und Kommunikation in beide Richtungen sowie vertrauensvoller Umgang zwischen Mitarbeitern und Führungskräften sowie der Mitarbeiter untereinander gilt als Ziel. Durch das Beschwerdemanagement soll erreicht werden, dass Konflikte offen angesprochen und gelöst werden und Beschwerden genutzt werden, um Verbesserungspotenziale aufzudecken sowie weitere Konflikte zu vermeiden. Führungsgrundsätze sind erlassen und evaluiert.

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.

Ein verbundweites Komitee der Klinischen Ethik (KKE) ist eingerichtet. Daneben gibt es an allen Standorten Arbeitskreise der Klinischen Ethik (AKE). Ihnen gehören Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen des jeweiligen Standortes sowie interessierte Externe an. Es liegt jeweils eine Geschäftsordnung vor. Ziel der Ethikberatungen ist es, in schwierigen Situationen die Entscheidungsfindung von Patienten, Angehörigen, Pflegenden und Ärzten zu unterstützen. Das Verfahren ist fundiert, nachvollziehbar und einheitlich.

5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

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

Durch ein geeignetes Verfahren zum Umgang mit Patientenverfügungen wird sicher gestellt, dass die Rechte der Patienten gewahrt werden sowie die Mitarbeiter mit ihrem Verhalten Rechtssicherheit haben.

Alle Mitarbeiter gehen behutsam, respekt- und würdevoll mit sterbenden Patienten und ihren Angehörigen um. Wünsche der Patienten werden im Rahmen des gesetzlich Möglichen erfüllt. Sterbende Patienten und ihre Angehörigen werden im Erleben und Verarbeiten des Sterbens begleitet.

In einigen Bereichen stehen Abschiedszimmer zur Verfügung.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

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

Mitarbeiter gehen behutsam, respekt- und würdevoll mit Verstorbenen und ihren Angehörigen um. Die religiösen Bedürfnisse unterschiedlicher Kulturen werden respektiert. Die praktischen Handlungsabläufe, die nach dem Tod eines Menschen erforderlich sind, sind bekannt. Die Angehörigen können in geschütztem Rahmen Abschied nehmen. Beistand durch die Seelsorge wird auf Wunsch vermittelt. Für Tod- oder Fehlgeburten gibt es Regelungen, welche die besonderen Bedürfnisse beachten. Zur Weiterbetreuung werden Kontakte zu Selbsthilfegruppen oder weitere Hilfen vermittelt.

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.

Das Qualitätsmanagementkonzept des Klinikums beruht auf den vier Säulen Unternehmensphilosophie, Unternehmensziele, KTQ und externe Qualitätssicherung. Die Unternehmensphilosophie wird jährlich in mehreren Zielen konkretisiert. Bei der Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems orientiert sich das Klinikum an dem Zertifizierungsverfahren nach KTQ. Die Umsetzung und Weiterentwicklung des Konzeptes ist in der Aufbau- und Ablauforganisation des QM-Systems festgelegt. Ziel ist ein umfassendes QM-System und die Einbindung aller Mitarbeiter in den QM-Prozess.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

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

Durch eine interne Transparenz über den erreichten Stand von messbaren Qualitätsindikatoren (Kennzahlen) ist eine Steuerungsmöglichkeit für die Geschäftsführung und Führungskräfte gegeben. Finanzielle und qualitative Aspekte finden darin Berücksichtigung. Die Qualitätsziele orientieren sich an der Unternehmensphilosophie. Die Ziele der BSC sind im Intranet hinterlegt und werden in den Sitzungen der Abteilungsleitungen, Chefärzte und Stationsleitungen vorgestellt. Die Leitungen verwenden die Ziele in den Teamsitzungen, um die BSC ihrer Bereiche zu erstellen.

6.2 Qualitätsmanagementsystem

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Die Ablauf- und Aufbauorganisation des Qualitätsmanagementsystems sind durch die Geschäftsführung festgelegt. Dieses beinhaltet ein Organigramm und eine Aufgabenbeschreibung für die verschiedenen Gremien. An allen Standorten sind Mitarbeiter zu Qualitätsmanagementbeauftragten weitergebildet. Eine QM-Lenkungsgruppe auf Verbundebene und Qualitätskonferenzen als berufsgruppenübergreifende Koordinationsstelle sind eingerichtet. Für die Initiierung und Durchführung von Projekten und Qualitätszirkeln gibt es eine schriftlich fixierte Vorgehensweise.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

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

Durch den Einsatz von Methoden der internen Qualitätssicherung wird eine Versorgung der Patienten entsprechend etablierter Standards sichergestellt. Der Aufbau eines Fehlermanagements führt zur Risikominderung im Klinikum. In allen Fachabteilungen finden täglich Fallbesprechungen statt. Im Onkologischen Schwerpunkt Konstanz/Singen finden wöchentlich berufsgruppenübergreifende Tumorkonferenzen statt. Verschiedene Konferenzen und Kommissionen tagen in regelmäßigen Abständen. In der Pflege werden Risiken erfasst und ausgewertet.

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.

Durch die systematische Vorbereitung und Durchführung der internen Qualitätssicherung wird sicher gestellt, dass Patienten optimal behandelt werden und die Ergebnisse zur Diskussion und Optimierung der Patientenversorgung genutzt werden. Die Chefarzte legen fest, welche Methoden der internen Qualitätssicherung angewendet werden. Das Klinikum beteiligt sich an allen Maßnahmen der externen Qualitätssicherung auf Bundes- und Landesebene. Im Falle unbefriedigender Ergebnisse werden durch die Bereichsleiter Konsequenzen eingeleitet.

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.

Durch regelmäßige Befragungen wird die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit erfasst und damit eine Grundlage für die Durchführung von Verbesserungsmaßnahmen geschaffen. Vergleiche zwischen den Bereichen werden möglich, die Wirksamkeit ergriffener Verbesserungsmaßnahmen werden durch Folgebefragungen überprüft. Die Durchführung und Auswertung der Mitarbeiterbefragung erfolgt extern, was ein Benchmarking mit den anderen Kliniken ermöglicht. Die Befragungen erfolgen grundsätzlich anonym. Die Befragung von Einweisern in den Organzentren ist geplant.

6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Durch das Beschwerdemanagement werden die Patienten und Angehörige mit ihren Anliegen ernst genommen und die Beschwerde möglichst zur Zufriedenheit der Patienten und Angehörigen positiv bearbeitet. Patientenwünsche oder -beschwerden sollen möglichst am Entstehungsort erfüllt, bzw. erfolgreich bearbeitet werden. Verantwortlich sind darüber hinaus die Leitungen. Außerdem sind die Patientenfürsprecher als unabhängiges Organ Ansprechpartner. Schriftliche Beschwerden werden an die Verwaltung weitergeleitet und dort schnellstmöglich bearbeitet.

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.

Durch die systematische Vorbereitung und Durchführung externer Qualitätssicherungsmaßnahmen wird sicher gestellt, dass wir die gesetzlichen Anforderungen erfüllen. Die Erfassung der Qualitätsdaten erfolgt EDV-gestützt über eine Software, die in das Krankenhausinformationssystem eingebunden ist. Das Medizin-Controlling hilft den Anwendern bei Fragen. Die Datensätze werden monatlich vom zuständigen Mitarbeiter aus dem Medizin-Controlling aus der Software exportiert und an der Landesgeschäftsstelle zugesandt. Die Daten sind anonymisiert und verschlüsselt.

6.4.2 Umgang mit Ergebnissen der externen Qualitätssicherung

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

Durch die systematische Vorbereitung und Durchführung externer Qualitätssicherungsmaßnahmen soll sicher gestellt werden, dass die Patienten optimal behandelt werden und die Ergebnisse zur Diskussion und Optimierung der Patientenversorgung genutzt werden.

Die Chefarzte erhalten die Ergebnisse ihres Bereichs. Das Medizin-Controlling erhält alle Ergebnisse, bereitet sie auf und veröffentlicht sie im Kennzahlensystem (Intranet). Alle Ergebnisse werden abteilungsintern besprochen und kritisch analysiert.