

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Einrichtung:	Privatklinik für Integrative Onkologie der Klinik Kloster Paradiese GmbH & Co.KG
Institutionskennzeichen:	entfällt
Anschrift:	Im Stiftsfeld 1 59494 Soest
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer: durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	2014-0072 KHVN SAMA Cert GmbH, Stuttgart
Gültig vom:	01.11.2014
bis:	31.10.2017

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	6
1 Patientenorientierung	7
2 Mitarbeiterorientierung	11
3 Sicherheit	13
4 Informations- und Kommunikationswesen	15
5 Führung	17
6 Qualitätsmanagement	19

Vorwort der KTQ®

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren ist ein spezifisches Zertifizierungsverfahren des Gesundheitswesens für die Bereiche Krankenhaus, Arztpraxen, MVZ, Pathologische Institute, Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Hospize und alternative Wohnformen und Rettungsdienstleistungen.

Gesellschafter der KTQ® sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) und der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e. V. (HB). 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, insbesondere der KTQ-Katalog, wurde hierarchie-, und berufsgruppenübergreifend in konstruktiver Zusammenarbeit zwischen der KTQ-GmbH und Praktikern aus dem Gesundheitswesen entwickelt und erprobt. Im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden die Kataloge entsprechend weiterentwickelt.

Mit dem freiwilligen Zertifizierungsverfahren und dem damit verbundenen KTQ-Qualitätsbericht bietet die KTQ® somit Instrumente an, die die Sicherung und stetige Verbesserung der Qualität in Einrichtungen des Gesundheitswesens für die Öffentlichkeit darstellen.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen Kriterien, die sich auf

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Führung des Krankenhauses und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes Visitorteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren® gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

¹ zu diesen zählen: Verband der Ersatzkassen e. V., AOK-Bundesverband, BKK-Bundesverband, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Knappschaft.

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009/2. 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.

Wir freuen uns, dass die **Privatlinik für Integrative Onkologie der Klinik Kloster Paradiese** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

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

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Dr. med. M. Vogt

Für den Hartmannbund

Vorwort der Einrichtung

Herzlich willkommen,

schön, dass Sie unseren Qualitätsbericht lesen und sich für unsere Einrichtung interessieren.
Das Kloster Paradiese: Hochmodernes medizinisches Zentrum in historischem Ambiente.

Wahrlich historisch zu nennen ist der Grund und Boden auf dem die Praxis und Klinik für Hämatologie und Onkologie heute ihren Sitz hat. Seit seiner Gründung im Jahre 1253 hat das Dominikanerkloster in Soest-Paradiese eine bewegende Geschichte durchlebt.

Im Jahre 1995 beginnt die Sanierung und Neugestaltung der historischen Gebäude für die Nutzung als Medizinisches Zentrum bei Krebserkrankungen.

Heute stehen wir vielfältigen Herausforderungen gegenüber. Medizinische Entwicklungen auf dem Gebiet der Krebsforschung erlauben uns, unseren Patientinnen und Patienten stets neueste Therapieformen anzubieten, ergänzt durch die Erkenntnisse der komplementären Therapien.

Auf der anderen Seite stehen gesellschaftliche und politische Veränderungen der Rahmenbedingungen, die uns immer wieder auf's Neue grundlegende strategische Maßnahmen abverlangen.

Wir stellen uns diesen Herausforderungen gerne und betrachten sie als Möglichkeiten der Weiterentwicklung nicht zuletzt für unsere Patienten und Mitarbeiter.

Dieser Bericht wurde im Rahmen der Zertifizierung unserer Einrichtung erstellt.

Entsprechend unseren flachen Hierarchien, kurzen Entscheidungswegen und unserem familiären Betriebsklima haben wir darauf geachtet, dass sich unser Qualitätsmanagement in diese Strukturen einfügt und sie nicht sprengt.

Wir sind der Meinung, dies ist uns sehr gut gelungen.

Auf den nun folgenden Seiten wollen wir Ihnen unsere Abläufe und Strukturen darstellen.

Wir wünschen Ihnen viele interessante Informationen.

Ihr Onkologiezentrum Soest-Iserlohn

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung:

Ihre Aufnahme erfolgt nach einem festgelegten Standard. Um Ihre diesbezügliche Zufriedenheit zu erfahren, bieten wir Ihnen sowohl eine Befragung als auch unser Beschwerdemanagement an, das Sie gerne nutzen können. Falls Sie sich im Vorfeld schon einmal über unsere Einrichtung informieren wollen, können Sie dies über unsere Homepage und Flyer tun. Oder Sie kommen zu einer unserer zahlreichen Veranstaltungen z. B. "Montags im Kloster". Um den Aufenthalt für Sie möglichst angenehm zu gestalten, haben wir einen so genannten "Blauen Ordner" angefertigt, den Sie bei der Aufnahme ausgehändigt bekommen. Darin sind viele nützliche Informationen enthalten, u.a. zum Wegeleitsystem in unserer Einrichtung.

1.1.2 Leitlinien:

Wissenschaftlich fundierte und evidenzbasierte Leitlinien werden in die medizinischen klinikinternen Abläufe eingebunden bzw. berücksichtigt. Umfassende Leitlinien und Handlungsabläufe liegen vor. Inhalte der Leitlinien werden soweit nötig und erforderlich in klinikinterne Leitlinien und Standards integriert. Alle internen Leitlinien und Standards sind in unserem EDV-gestützten Handbuch abgelegt. Teilweise wird die Anwendung der Leitlinien durch geplante interne Audits überprüft.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten:

Sie stehen im Mittelpunkt unseres Handelns, Ihre umfassende und einfühlsame Aufklärung und Einbeziehung in die Behandlungsplanung ist selbstverständlicher Bestandteil unserer Arbeit. Durch unser Konzept der Kombination der Schulmedizin und der so genannten Komplementärmedizin, können wir auf Ihre Bedürfnisse individuell eingehen. Wenn Sie ein fremdsprachiger Patient sind, können wir Ihnen über unsere Dolmetscherliste schnell jemanden zur Seite stellen, der weiterhilft. Unser Ziel ist es, ein optimales und umfassendes Behandlungskonzept für unsere Patienten zu erstellen, Sie aktiv in die Behandlung mit einzubeziehen, die eigenen Abwehrkräfte zu stärken und somit die Lebensqualität und Heilungschancen zu verbessern.

1.1.4 Service, Essen und Trinken:

Wir möchten Ihnen den stationären Aufenthalt so angenehm wie möglich gestalten. Daher achten wir auf unseren Standard in den Bereichen Service, Pflege und Ausstattung. Zudem bietet die Privatklinik mit ihrer Parklandschaft ein einzigartiges Ambiente, welches Patienten und Besucher zu einem Aufenthalt im Freien nutzen können. Die Zimmer sind modern ausgestattet mit Telefon, Fernseher mit Flachbildschirmen, Internet-Anschluss und einem separaten Bad (Dusche / WC). Die Aufnahme erfolgt in einem Zwei-Bett-Zimmer, natürlich stehen unseren Patienten auf Wunsch auch Einzelzimmer zur Verfügung. Eine gesunde Ernährung trägt zur Genesung bei. Unsere Küche bietet einen abwechslungsreichen und ausgewogenen Menüplan. Sie können täglich aus vier verschiedenen Angeboten wählen. Natürlich werden individuelle Wünsche jederzeit und gerne berücksichtigt.

1.1.5 Kooperationen:

Die Klinik und die Schwerpunktpraxis und Tagesklinik für Hämatologie und Onkologie sind fest verankert in der ambulanten und stationären Versorgungsstruktur der Region Südwestfalen. Klinik und Praxis sind ein wichtiger Bestandteil des Qualitäts-Netzwerk Onkologie. Die Abläufe zwischen den beteiligten Berufsgruppen werden u. a. in unserer Leitungsrunde besprochen, eine Geschäftsordnung liegt vor. Wir arbeiten u. a. zusammen mit der Kloster Paradiese Krebshilfe (z. B. "Montags im Kloster") oder Selbsthilfegruppen. Die Adressen der Selbsthilfegruppen werden Ihnen in der blauen Mappe zur Verfügung gestellt.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung:

Für die erste Versorgung haben wir einen Standard erstellt. Nachdem Sie auf eines unserer Zimmer gebracht wurden, erfolgt die Aufnahme durch die Verwaltung sowie die ärztliche und pflegerische Anamnese. Diese sind Grundlage für die Behandlungsplanung. Bereits zu diesem Zeitpunkt können Sie uns alle Ihre Wünsche mitteilen; wir nehmen uns Zeit für Sie. Wenn Sie über das MVZ kommen, wird entsprechend unserem Standard eine Akte angelegt und auf Station gegeben.

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung:

Es erfolgt keine ambulante Diagnostik und Behandlung.

1.3.2 Ambulante Operationen:

Es werden keine ambulanten Operationen durchgeführt.

1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung:

Die Diagnostik und Behandlungssteuerung erfolgt auf der Basis von Leitlinien und Standards in den regelmäßig stattfindenden Visiten, die gemeinsam mit der Pflege und dem Arzt durchgeführt werden. Teambesprechungen und Fallkonferenzen sowie Supervisionen für das Team fördern den Austausch untereinander. Alle Maßnahmen sind über die Krankenakte jederzeit nachvollziehbar. Ihre Einbeziehung zu allen Maßnahmen erfolgt in den Arzt-Gesprächen und den Pflege-Gesprächen mit Ihnen.

1.4.2 Therapeutische Prozesse:

Die Planung Ihrer Therapie erfolgt bereits mit der Anamnese und wird während ihres Aufenthaltes bei uns stetig fortgeführt. Wir arbeiten mit Therapeuten, wie z. B. Physiotherapie und Hyperthermie zusammen und stimmen uns eng mit Ihnen ab. Die Dokumentation erfolgt in Ihrer Patientenakte, sodass wir alle jederzeit über den aktuellen Stand informiert sind. Da dies ein wichtiger Aspekt ist, überprüfen wir die Dokumentation innerhalb der internen Audits um zu sehen, wo wir noch verbessern können.

1.4.3 Operative Verfahren:

Es werden keine Operationen durchgeführt.

1.4.4 Visite:

Unsere Visiten sind durch einen Standard geregelt und festgelegt. Sie finden täglich und immer gemeinsam mit Pflege und Arzt statt. Zusätzlich werden separate Pflegevisiten durchgeführt. Die Visiten sind für uns ein elementares Mittel, um eng mit Ihnen in Kontakt zu bleiben und uns über Ihr Wohlergehen zu informieren. Hier können Sie auch Ihre Fragen stellen.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär:

Es erfolgt keine teilstationäre, prästationäre und poststationäre Behandlung.

1.5.1 Entlassung:

Ihre Entlassung wird als Prozess beginnend mit der Aufnahme verstanden. Die Entlass-Planung zielt auf die Sicherstellung einer angemessenen und individuell zugeschnittenen Weiterversorgung ab. Sie werden durch eine frühzeitige Information, inklusive der Abstimmung mit weiterbehandelnden Therapeuten und Einrichtungen vorbereitet. Ihre Angehörigen oder Betreuer werden bei Bedarf oder auf Ihren Wunsch einbezogen. Alle unmittelbar erforderlichen Informationen werden den Weiterbehandelnden zum Zeitpunkt der Entlassung übermittelt.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung:

Die Abklärung beginnt bereits bei Ihrer Aufnahme durch die Pflegeanamnese, die Organisation

Ihrer Weiterversorgung beginnt mit dem Festlegen der Entlassung. Sämtliche Informationen, die für die Weiterbetreuung relevant sind, werden bei Entlassung mitgegeben. Sollten Hilfsmittel erforderlich sein, werden diese zeitnah organisiert. Weiterbetreuende Einrichtungen, wie z. B. niedergelassene Kollegen oder ambulante Pflegedienste, werden selbstverständlich informiert.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten:

Gemäß unserem Verständnis verpflichten sich die Ärzte und Pflegenden zu einer würdigen Begleitung von Sterbenden. Darunter verstehen wir die medizinische, pflegerische und seelsorgerische Begleitung. Wir sind uns bewusst, dass die nur noch kurze Lebenszeit des Sterbenden verhältnismäßig viel Zeit für die patientenzentrierte Begleitung fordert. Sämtliche Maßnahmen sollen ausschließlich nur Anwendung finden, wenn sie zur Erleichterung der Situation des Sterbenden dienen. Auf persönliche, religiöse und kulturelle Wünsche gehen wir selbstverständlich ein. Es wird darauf geachtet, dass der sterbende Patient soweit wie möglich vom Stationsalltag abgeschirmt wird. Selbstverständlich wird er, soweit möglich, in seinem Zimmer gelassen.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen:

Jeder Verstorbene wird unter Achtung seiner Würde versorgt. Individuelle Wünsche der Angehörigen oder des Verstorbenen werden ebenso wie religiöse oder kulturelle Bedürfnisse berücksichtigt. Der Verstorbene verbleibt auf der Station in einem entsprechend gestalteten Einzelzimmer, somit haben Angehörige die Möglichkeit, Abschied zu nehmen. Für die Mitarbeiter liegt unterstützend eine Handlungsrichtlinie "Umgang mit Verstorbenen" vor.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs:

Die Leitungskräfte werden in die Personalplanung und -auswahl eingebunden. Stellenschlüssel und Personalkonzept für MVZ und Klinik liegen vor. Die Facharztquote ergibt sich anhand der Sitze und beträgt 100%, im stationären Bereich arbeiten 100% ausgebildete dreijährige Pflegekräfte. Um sowohl Fluktuation als auch den Krankenstand so niedrig wie möglich zu halten, führen wir unter anderem: Mitarbeitergespräche, Fortbildungen, gesundheitsrelevante Fortbildungen und gemeinsame Unternehmungen durch.

2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung:

Unsere Personalentwicklung stützt sich auf: Stellenbeschreibungen, regelmäßige Fortbildungen, die u. a. in den Mitarbeitergesprächen ermittelt werden sowie eine geregelte Einarbeitung. Anhand der Mitarbeitergespräche werden aktueller Stand der Mitarbeiter und deren Fortbildungsbedarf erhoben und geplant. Stellenbeschreibungen legen fest, welcher Mitarbeiter welche Kompetenzen und Aufgaben hat.

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern:

Neue Mitarbeiter erhalten bei Arbeitsbeginn alle wichtigen Informationen. In den Arbeitsbereichen wird die Einarbeitung mit verantwortlichen Ansprechpartnern geplant, diese basiert auf berufsspezifischen und übergreifenden Themen. Unterstützend sind Einarbeitungskonzepte, das EDV gestützte Handbuch, Rückmeldegespräche usw. etabliert. Unser Einarbeitungskonzept besteht aus einem allgemeinen, für alle gültigen Teil und spezifischen Teilen, die an die jeweiligen Arbeitsplätze angepasst wurden.

2.2.3 Ausbildung:

Auszubildende werden im MVZ- und Klinikbereich eingesetzt. Das Angebot erstreckt sich auf unser Fachgebiet, die Onkologie. Verantwortlich für die Auszubildenden vor Ort sind die jeweiligen Leitungen. Die Planung der Vernetzung erfolgt über die Schule des Klinikums Stadt Soest. Im Rahmen ihres Einsatzes bei uns erfolgt die Ein- und Unterweisung bei uns vor Ort. Die Schüler bringen einen Ausbildungskatalog mit. Die Evaluation der Lehre erfolgt ebenfalls über die Schule. Am Ende des Einsatzes bei uns erfolgt ein Bewertungsgespräch zusammen mit der zuständigen Pflegekraft. Um die Zusammenarbeit weiter zu optimieren, haben wir eine regelmäßige Befragung der Schule eingeführt.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung:

Unsere Mitarbeiter werden in Fach-, Bereichs- und Methodenkompetenz geschult. Für die Planung der Fortbildungen haben wir einen Standard, der allen zugänglich ist. Wir führen zahlreiche interne Fortbildungen durch, für die eine Schulungsliste allen Mitarbeitern zugänglich ist. Der Bedarf an Fortbildungen wird unter anderem in den Mitarbeitergesprächen ermittelt.

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil:

Unser Leitbild und die Führungsgrundsätze legen fest, wie wir uns den Patienten gegenüber und untereinander verhalten und wie wir führen. Die Umsetzung erfolgt über verschiedene Maßnahmen, z. B. die jährlichen Mitarbeitergespräche oder die jederzeit ansprechbaren Leitungen. Aufgrund der Größe unseres Hauses sind unsere Hierarchien sehr flach und gewährleisten einen "nahen" Führungsstil.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit:

Regelungen zu den Arbeitszeiten, der Urlaubsplanung und der Dienstplangestaltung liegen vor. Die Dienstplangestaltung ist in der Stellenbeschreibung der Stationsleitung aufgeführt. Unter den Ärzten werden ebenfalls Pläne geschrieben, die Dienstpläne der Verwaltung und Küche werden von der Leitung der Verwaltung geschrieben. Auf Mitarbeiterwünsche wird, soweit möglich, eingegangen. Die Station führt ein Wunschbuch. Neue Arbeitszeitmodelle werden insofern eingeführt, als dass auf besondere Wünsche der Mitarbeiter eingegangen wird (oft schon bereits bei der Einstellung). Die Dienstpläne werden von der Leitung am Monatsende überprüft und an die Verwaltung übergeben. Dort erfolgt nochmals ein Abgleich (Arbeitszeit / Überstunden) sowie die Erfassung der Überstunden in einer Excel-Tabelle. Urlaubstage werden beantragt und müssen von der Leitung genehmigt werden. Die endgültige Genehmigung erfolgt durch Dr. Hamm.

2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden:

Für die Ideen und Anregungen unserer Mitarbeiter stehen Vorschlagswesen, Mitarbeitergespräche, die Mitarbeiterbefragung und Teambesprechungen zur Verfügung. Aufgrund der oben genannten flachen Hierarchien ist es jederzeit auch möglich, diese in 4-Augen-Gesprächen vorzubringen.

3 Sicherheit

3.1.1 Arbeitsschutz:

Ein Sicherheits-Beauftragter ist benannt, die Beauftragung erfolgte schriftlich. Die Betreuung durch eine Fachkraft für Arbeitssicherheit ist extern vergeben. Arbeitsmedizinische Untersuchungen werden 1x Jahr geplant und bekannt gegeben (schriftlich). Der Arbeitssicherheitsausschuss koordiniert das strukturierte Unfallmeldeverfahren, die Betriebsanweisungen und Handlungsanleitungen zu sicherheitsrelevanten Themen einschließlich Gefahrstoffen, Gefährdungsanalysen sowie die jährliche Unfallstatistik. Verbesserungsmaßnahmen und Fortbildungen werden fortlaufend abgeleitet. Vorschriften, Handbücher und Betriebsanweisungen sind im Internet über „Nexus“ hinterlegt. Es finden jährliche Unterweisungen statt (Pflichtveranstaltungen).

3.1.2 Brandschutz:

Ein Brandschutzbeauftragter ist benannt. Für den Brandfall wurden vielfältige Vorkehrungsschritte und Handlungsanweisungen nach aktuellem Stand entwickelt. Alle Gebäude verfügen über Rettungs- und Fluchtwege mit Feuerlöschern sowie einer modernen, regelmäßig überprüften Brandmeldeanlage. Brandschutzmaßnahmen sind mit der Feuerwehr abgestimmt. Die Mitarbeiter erhalten regelmäßig eine Brandschutzunterweisung.

3.1.3 Umweltschutz:

Wir sind dabei ein Umweltkonzept für unser Haus mit Hilfe des Vorschlagswesens zu entwickeln. Die Verbrauchswerte von Energie und Abfällen liegen vor. Der Abfallplan liegt im Rahmen des Hygienehandbuches vor.

3.1.4 Katastrophenschutz:

Die Einbindung in den Katastrophenschutz nach Landesrecht ist für unsere Einrichtung nicht vorgegeben, eine schriftliche Bestätigung liegt vor.

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen:

Für interne nichtmedizinische Notfallszenarien sind die Verantwortlichkeiten und Abläufe im internen Alarmplan geregelt. Im Rahmen der Unterweisungen werden auch die relevanten Inhalte des internen Alarmplans vermittelt. Für den Ausfall unserer Informationstechnologie liegt ein Handbuch vor (Abbildung der EDV-Struktur einschl. der Doppelsicherung). Bei Stromausfall schaltet sich ein zusätzliches Aggregat zu, das eine unterbrechungsfreie Stromzufuhr für unseren Server gewährleistet.

3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung:

Aufgrund unseres Fachgebietes spielen Eigen- oder Fremdgefährdung nur eine untergeordnete Rolle. Für die potenziell häufigsten Gefahren, wie Stürze, haben wir Standards erstellt. Stürze werden erfasst und ausgewertet. Fixierungen jeglicher Art kommen bei uns nicht vor.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement:

Ein Notfallstandard ist vorhanden, dieser regelt das Vorgehen bei Notfällen. Notfallequipment ist ebenfalls vorhanden, die regelmäßige Kontrolle erfolgt und wird dokumentiert. Für die relevanten Mitarbeiter finden Notfall-Schulungen statt (Pflichtfortbildungen), die im Fortbildungskalender veröffentlicht werden.

3.2.3 Hygienemanagement:

Die übergreifende Verantwortung liegt bei der Hygiene- und Arbeitsschutzkommission bzw. bei der Hygienebeauftragten. Die Aufgaben, die Zusammensetzung und die Sitzungsintervalle sind in der Geschäftsordnung der Hygienekommission geregelt. Termine der Sitzungen und Begehungen sind im Jahresplan fixiert. Die Hygienekommission erarbeitet Hygienestandards nach den Vorgaben der RKI, der KRINKO sowie anderen normativen Regelungen. Ein Hygienehandbuch liegt vor. Für die Meldung von Hygienemängeln wurde ein entsprechendes Formblatt erarbeitet. Dienst- und Verfahrensanweisungen sind Bestandteil des Hygienehandbuchs bzw. für das MVZ vor Ort aushängend.

3.2.4 Hygienerrelevante Daten:

Der Meldeweg nach IfsG wird vom beauftragten Labor übernommen. Befunde meldepflichtiger Erkrankungen werden aufbewahrt (geregelt im Handbuch). Keimressistenzstatistiken werden erhoben und liegen vor. Sie werden mit der Hygienebeauftragten Ärztin und der Hygienefachkraft besprochen (externes Institut). Der Antibiotikaverbrauch wird seit 2013 erhoben, die Ergebnisse liegen vor. Im Falle von Sekundärinfektionen nach Port- oder AP-Anlagen werden die Patienten wieder zurück zur weiteren Behandlung in die Klinik verlegt. Statistiken liegen vor, Sekundärinfektionen treten allerdings sehr selten auf.

3.2.5 Infektionsmanagement:

Wir führen jährliche Hygieneunterweisungen durch. Ein MRE Screening findet bei jedem Patient statt, der > 4 Wochen nicht da war oder aus einer anderen Institution zu uns kommt (entsprechend der MRE-Netzwerk-Absprachen in der Region). Die Verbesserung der Händedesinfektion erreichen wir z. B. durch das Aufstellen des Desinfektionsspenders im Eingangsbereich. Standard zur Verhinderung von MRSA und Noroviren sind explizit eingeführt. Als Infektionsstandards zu für HIV und Hepatitis nutzen wir die allgemeinen Vorgaben des Robert Koch Institutes.

3.2.6 Arzneimittel:

Die Regelungen für die Schnittstelle Apotheke / Onkologiezentrum Soest sind allen Mitarbeitern des Onkologiezentrums in Nexus zugänglich. Anwenderspezifische Anforderungen werden durch spezielle Bevorratung der Apotheke gewährleistet. Eine Arzneimittel-Liste liegt vor (Apotheke). Die Arzneimittelanamnese erfolgt durch den aufnehmenden Arzt. Die Zubereitung der Zytostase erfolgt unter Erfüllung aller behördlichen Auflagen. Ein separates QM-Handbuch für die Zubereitung / den Arbeitsplatz der Zytostase liegt in der zertifizierten Apotheke vor.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate:

Es gelten die Vorgaben des Transfusionsgesetzes sowie die Richtlinien zur Anwendung von Blutprodukten, die im Intranet (Nexus) veröffentlicht sind. Zwischenfälle und Beinahezwisefälle werden per Meldebogen weitergeleitet und in der Leitungsrunde besprochen. Transfusionsaudits finden regelmäßig statt.

3.2.8 Medizinprodukte:

Die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben des Medizinprodukte-Gesetzes sowie der Medizinprodukte-Betreiberverordnung ist im Medizinprodukte-Handbuch geregelt und im Internet „Nexus“ hinterlegt. Darin enthalten sind alle Grundsätze. Außerdem ist dort der Verantwortungs- und Aufgabenbereich der Medizinprodukte-Verantwortlichen, der Anwender und die Beschaffung und Veränderung von Medizinprodukten geregelt. Zu Umgang und Lagerung von Sterilgut sind eine gesonderte Verfahrensanweisung sowie ein Hygienehandbuch vorhanden.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie:

MVZ und Klinik sind miteinander vernetzt, die Vernetzung gewährleistet ein Server. Die Betreuung unserer IT wird von einer externen Firma übernommen. Die komplette Server-Struktur ist zur Sicherheit gespiegelt, sodass es keine Ausfälle geben kann: Fällt ein Server aus, übernimmt automatisch der andere. Grundlage unserer IT-Struktur ist ein Strategiepapier, das bereits mehrfach angepasst wurde (zuletzt in 2013).

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten:

Alle wichtigen patientenbezogenen Informationen werden in der berufsgruppenübergreifend genutzten Patientenakte dokumentiert. Zur Führung und Dokumentation von Patientendaten bestehen hausinterne Berechtigungs- und Zugriffsregelungen. Zur Archivierung liegt eine Archivordnung vor, die Dokumentation der patientenrelevanten Informationen regelt eine gesonderte Anweisung. Musterakten liegen vor. In internen Audits werden sowohl Archiv als auch die Dokumentation überprüft.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten:

Alle relevante Daten werden entweder in die Patientenakte oder direkt in die EDV eingetragen. Die Organisation des Archivs wird durch eine benannte Mitarbeiterin sowie die Archivordnung geregelt. Die Nachvollziehbarkeit wird durch das zeitnahe Dokumentieren aller Beteiligten gewährleistet. Beides, die Archivierung und die Dokumentation sind schriftlich geregelt und werden regelmäßig überprüft.

4.3.1 Information der Krankenhausleitung:

Die Geschäftsleitung wird durch eine festgelegte Besprechungskultur über die Entwicklungen und Vorgänge im Onkologiezentrum Soest-Iserlohn informiert (basierend auf Informationen aus dem Risikomanagement sowie den Controllingzahlen). Weitere Informationen kommen aus Befragungsergebnissen, fortlaufenden Leistungs- und Finanzdaten sowie aus Einzelberichten über besondere Vorkommnisse. Gemeinsam mit den betroffenen Bereichen werden Verbesserungsmaßnahmen entwickelt und umgesetzt. Eine Kommunikationsmatrix (wer, wann und mit wem?) sowie Geschäftsordnungen liegen vor.

4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern):

Innerhalb unserer Einrichtung ist die strukturierte Kommunikation in Geschäftsordnungen und der Kommunikationsmatrix festgelegt. Unter anderem in Mitarbeiterversammlungen und Newslettern informieren wir unsere Mitarbeiter über neue Entwicklungen oder Ergebnisse von Befragungen. Darüber hinaus informieren wir die Öffentlichkeit über vielfältige Kanäle, wie Homepage, Flyer, Newsletter, Presse und Veranstaltungen. Für besondere Situationen haben wir eine Anweisung "Öffentlichkeitsarbeit in kritischen Situationen" erstellt.

4.4.1 Organisation und Service:

Schulungen zu den Themen "Notfall", "Brandschutz", "Arbeitsschutz" werden durchgeführt. Ebenso finden Schulungen zur "Kommunikation" statt. Dienstpläne der Ärzte liegen auch an der Anmeldung vor. Bei Änderungen werden die aktualisierten Pläne durch die Verwaltung ausgetauscht und an die Anmeldung weiter gegeben. Der Wartebereich ist mit Zeitschriften, Broschüren und Wasser für die Wartenden ausgestattet. Patienten im MVZ füllen einen Fragebogen aus damit an der Anmeldung möglichst wenig Fragen gestellt werden müssen. Patienten, die stationär aufgenommen werden, werden im Zimmer auf Station aufgenommen. Für Patienten, die von der Auskunftsverweigerung Gebrauch machen wollen, liegt eine Liste an der Anmeldung vor.

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz:

Wir haben eine Datenschutzbeauftragte benannt. Ein Datenschutzhandbuch liegt vor und ist allen Mitarbeitern zugänglich. Darin sind alle relevanten Informationen und Anweisungen enthalten. Es finden regelmäßige Unterweisungen für alle Mitarbeiter statt. Die Datenschutz-Begehungen werden jährlich durchgeführt und sind kombiniert mit den internen QM-Audits.

5 Führung

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild:

Sowohl Vision und Philosophie als auch Leitbild wurden erarbeitet und sind geprägt vom christlich-humanistischen Gedanken, der sich in unserer täglichen Arbeit findet. Die Leitungen sorgen durch Transparenz und Offenheit für eine vorbildhafte Umsetzung. Die Einrichtungs-Ziele wurden darüber hinaus orientierend am Leitbild erstellt (z. B. weiterer Ausbau des Kompetenz-Netzwerks). Auch in den jährlichen Mitarbeitergesprächen wird das Leitbild thematisiert. Zu Beginn erhält jeder neue Mitarbeiter das Leitbild ausgehändigt.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen:

Führungsgrundsätze wurden erarbeitet und intern veröffentlicht. Unser Personalentwicklungskonzept besteht aus Fortbildungen, Mitarbeitergesprächen, Einarbeitungskonzepten, dem Vorschlagswesen und Mitarbeiterbefragungen. Es entspricht unseren christlich-humanistischen Wertvorstellungen, alle Mitarbeiter gleich zu behandeln. Wir haben dies in den Führungsgrundsätzen fixiert.

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse:

Ethische Fragestellungen sind Bestandteil unserer täglichen Arbeit. Wir haben ein Ethikkonzept erarbeitet, das allen Mitarbeitern zur Verfügung steht. Die Klärung ethischer Fragestellungen kann entsprechend dem Konzept durch Ansprechen der Leitungen, Supervisionen und Mitarbeitergespräche erfolgen.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung:

Die Zielplanung erfolgt aufgrund von: BWA, Finanzplanung und Kennzahlenbewertung, Strategieklausur (in 2015 geplant). Der Liquiditätsplan liegt monatlich vor. Ein Finanzplan im Sinne einer Rücklagenplanung liegt für den MVZ-Bereich vor. Aufgrund der Größe unseres Hauses haben wir keine Budgets eingerichtet. Die Abteilungen werden über die Leitungsrunde, die Kooperationspartner über Gespräche in die strategischen Planungen eng mit einbezogen. Das Kennzahlensystem liegt vor (Risikomanagement) und dient ebenfalls als Grundlage zur Zielplanung.

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen:

Grundsätzlich müssen Kooperationen den Zielen des Onkologiezentrums entsprechen. Im Leitbild/Vision/Philosophie ist die Wichtigkeit unseres Netzwerks festgeschrieben. Folglich sind wir in ein starkes Netzwerk eingebunden und bauen dies auch kontinuierlich aus. Dabei liegt immer die Patientenversorgung und deren Optimierung im Fokus.

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur:

Unsere Organisationsstruktur ist dem übergreifenden Organigramm zu entnehmen, welches sowohl MVZ als auch die Klinik abbildet. Stellenbeschreibungen, Geschäftsordnungen und Arbeitsplatzbeschreibungen konkretisieren Kompetenzen und Aufgaben: Mitarbeiter werden durch Stellenbeschreibungen im Hinblick auf ihre Entscheidungskompetenzen befähigt. Das Unternehmen unterstützt somit reibungslose Abläufe und Entscheidungswege.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien:

Für die Gremien liegen Geschäftsordnungen vor. Um alle Mitarbeiter zu erreichen, haben wir die Leitungsrunde etabliert, die sowohl QM-relevante als auch unternehmensrelevante Themen bespricht. Die Verantwortlichkeiten der Kernprozesse haben wir in den Stellen- und Arbeitsplatzbeschreibungen festgelegt.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement:

Die Planung von Innovationen sowie das Verständnis von Changemanagement und Weiterentwicklung unserer Einrichtung sind bereits sowohl in der Vision ("...Die Basis der Konzeption liegt in der verbindenden Trinität von Naturwissenschaftlicher Medizin, Komplementärmedizin und in der humanistisch- anthropologisch orientierten Medizin-Philosophie...") als auch im QM-Konzept verankert. Wir betrachten darüber hinaus auch das Beschwerdemanagement sowie die einzelnen als Teile eines Konzeptes zur Weiterentwicklung unserer Einrichtung. Unsere Mitarbeiter werden aktiv in Veränderungsprozesse eingebunden, nicht zuletzt durch das Vorschlagswesen, das z.B. mit der Erarbeitung neuer Konzepte verbunden wird (z.B. die Erarbeitung eines Umweltschutzkonzeptes).

5.4.1 Externe Kommunikation:

Die Geschäftsführung ist auch verantwortlich für das Marketing. Wir bieten eine Vielzahl von Aktivitäten an: Von der Befragung der Zuweiser über regelmäßige Kontakte innerhalb unseres Netzwerkes bis hin zu wiederkehrenden Aktivitäten für die Öffentlichkeitsarbeit. Unser Handbuch für das Marketing regelt die Strukturen und Verantwortlichkeiten.

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems:

Unser Risikomanagement umfasst sowohl medizinisch/pflegerische als auch strategische und ökonomische Risiken. Die Risiken werden intern bewertet und aufgrund von hinterlegten Kennzahlen einem Soll-/Ist-Abgleich mit Maßnahmen zugeführt. Ein Meldesystem für die Mitarbeiter ist etabliert, eine erneute Schulung für die Mitarbeiter ist aufgrund einer Befragung geplant (4. Quartal 2014).

6 Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation:

Ziel unseres Qualitätsmanagement ist es, Strukturen zu schaffen, weiterzuentwickeln und Nachhaltigkeit in der Entwicklung unserer Einrichtung zu gewährleisten. Aufgrund unserer Größe und unserem familiären Miteinander, haben wir versucht, unser Qualitätsmanagement so zu integrieren, dass es uns nicht hindert sondern fördert. Unser Qualitätsmanagement-Konzept dient als Grundlage für die Weiterentwicklung, die Verantwortlichkeiten sind festgelegt. Der Leitungsrunde kommt eine besondere Aufgabe als Qualitätszirkel zu: Hier werden Qualitätsmanagement-Aktivitäten besprochen, geplant und überwacht. Instrumente, wie interne Audits, und Kennzahlen dienen uns zur Überprüfung der Ergebnisqualität. Es war uns von Anfang an wichtig, die Leitungsebene vollumfänglich mit einzubinden um den TQM-Gedanken auch zu leben.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung:

Unsere Kern-, Führungs- und Unterstützungsprozesse haben wir in einer Prozesslandkarte dargestellt. Weiterhin nutzen wir zahlreiche Kommunikationswege ebenso für die Prozessverbesserung wie auch klassische Qualitätsmanagementinstrumente wie Audits und Befragungen. Viele der abgebildeten Prozesse sind bereits in der Landkarte mit den schriftlichen Vorgaben aus dem Handbuch hinterlegt.

6.2.1 Patientenbefragung:

Unsere Befragungen werden anhand eines Fragebogens durchgeführt. Die zeitliche Planung ist in einem Befragungsplan festgelegt, das Vorgehen und die Auswertung sind in der Verfahrensanweisung beschrieben. Ergebnisse werden in der Leitungsrunde besprochen und sowohl über die einzelnen Mitglieder als auch über andere Kanäle wie Newsletter, Mitarbeiterversammlung oder Veröffentlichung in Nexus unseren Mitarbeitern zugänglich gemacht.

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen:

Ebenso wie unsere Patienten werden auch die Zuweiser, und seit Neuestem die Ausbildungsstätte der Krankenpflegeschüler befragt. Auch hierfür dienen der Befragungsplan und die Verfahrensanweisung zur Planung und weiteren Analyse der Ergebnisse.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung:

Unsere Mitarbeiter werden laut Befragungsplan über die Zufriedenheit befragt. Da wir auch Mitarbeitergespräche durchführen, betrachten wir auch dieses Instrument als Befragung: Hier können und sollen die Mitarbeiter ihre aktuelle Zufriedenheit und Belastung bewerten. Das Vorgehen bei der Analyse der Ergebnisse entspricht dem der anderen Befragungen.

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden:

Beschwerden sollen möglichst bei uns vor Ort geäußert werden. Nur so haben wir die Chance, den Auslöser einer Beschwerde zu beheben. Wir haben unser Beschwerdemanagement in einer Anweisung geregelt, die allen Mitarbeitern zur Verfügung steht. Beschwerden können über einen Flyer abgegeben werden, der an vielen Stellen zugänglich ist. Unsere Beschwerdebeauftragte nimmt sich der Beschwerde an und leitet sie an die entsprechende Abteilung weiter. Das Beschwerdemanagement ist Teil unseres Risikomanagements.

6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten:

Qualitätsrelevante Daten liegen uns sowohl als Routinedaten (z. B. Auslastung) als auch in Form von eigens erhobenen Daten (z. B. Beschwerden, Befragungsergebnisse) vor. Wir nutzen die Daten, um Prozesse messbar und dadurch verbesserbar zu machen. Hierfür haben wir die Kennzahlenbewertung eingeführt, die gemeinsam mit den Leitungen durchgeführt wird.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung:

Aufgrund unseres Status als Privatklinik sind für uns viele Vorgaben, die externe vergleichende Qualitätssicherung betreffend, nicht zu erfüllen. Teilweise fließen diese Ergebnisse in das Risikomanagement ein und helfen uns so bei der Verbesserung der Ergebnisqualität.