

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus: Sana Krankenhaus Radevormwald gGmbH
Institutionskennzeichen: 260531104
Anschrift: Siepenstraße 33
42477 Radevormwald

**Ist zertifiziert nach KTQ®
mit der Zertifikatnummer:** 2015-0026 KH
**durch die von der KTQ-GmbH
zugelassene Zertifizierungsstelle:** BSI Management Systems und Umweltgutachter
Deutschland GmbH, Frankfurt am Main

Gültig vom: 21.04.2015
bis: 20.04.2018

Inhaltsverzeichnis:

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	7
1 Patientenorientierung	8
2 Mitarbeiterorientierung	14
3 Sicherheit	17
4 Informations- und Kommunikationswesen	21
5 Führung	23
6 Qualitätsmanagement	26

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) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR).

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

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

der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

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 einen 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 das **Sana Krankenhaus Radevormwald** in Radevormwald 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

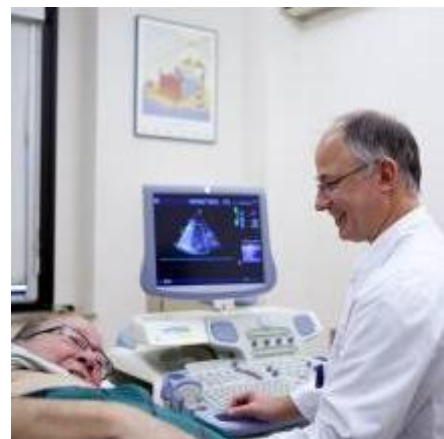
A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung



Das Sana Krankenhaus Radevormwald verfügt insgesamt über 130 Betten. In unseren medizinischen Fachabteilungen versorgen etwa 230 Mitarbeiter im Jahr nahezu 5000 stationäre Patienten. Im Sana Krankenhaus Radevormwald werden Sie hochwertig medizinisch versorgt sowie patientenorientiert und menschlich zugewandt betreut und gepflegt.



Als leistungsstarkes Krankenhaus der Grundversorgung stellen wir die stationäre medizinische Behandlung und die Notfallversorgung der Menschen in Radevormwald und Umgebung sicher. Bei uns finden Sie die Abteilungen für Allgemein-, Viszeral- und Minimal Invasive Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie, Innere Medizin, Akutgeriatrie und Frührehabilitation sowie Anästhesie. Eine interdisziplinäre Intensiv-

station mit sechs Betten sowie Labor, EKG, Lungenfunktion, Endoskopie, Ultraschall und die Röntgenabteilung ergänzen das Leistungsspektrum des Hauses.



Durch das Angebot des Therapiezentrums sorgen wir zudem dafür, dass unsere Patienten auch komplementäre Behandlungsmethoden nutzen können. Weil wir eng mit anderen Gesundheitsdienstleistern in der Region zusammenarbeiten, können wir Ihnen ein für den Versorgungsauftrag unseres Krankenhauses außergewöhnlich umfassendes Versorgungspaket anbieten. Außerdem sind wir Teil des Radevormwalder Gesundheitsnetzwerkes zur Pflege der Gesundheitsförderung im Alter, zur Palliativversorgung und zur Demenz. Unser Krankenhaus ist ein wichtiger Standortfaktor für Radevormwald. Wir nehmen unsere gesellschaftliche Verantwortung wahr – auch als Vordenker, Vorreiter und Vorbild für eine leistungsstarke regionale Gesundheitsversorgung.

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Unser Krankenhaus ist eine Einrichtung der Grund- und Regelversorgung und trägt mit seinem Leistungsspektrum in hohem Maße zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in der Region und darüber hinaus bei. Unser Qualitätsanspruch orientiert sich an den Besten sowie an der Zufriedenheit unserer Patienten, Kunden und Mitarbeiter. Um dieser anspruchsvollen Aufgabe gerecht zu werden, setzt das Haus auf eine innovative, nach neuesten Standards ausgerichtete Medizin, eine moderne medizinisch-technische Ausstattung und hochqualifizierte, engagierte Mitarbeiter.

Auf unserer Homepage können Sie sich über die Lage des Krankenhauses, die Wegbeschreibung und das komplette Leistungs- und Serviceangebot informieren. Informationsbroschüren liegen aus und bieten einen vertieften Eindruck über wesentliche Angebote des Krankenhauses.

1.1.2 Leitlinien

Die Behandlung in unserem Krankenhaus erfolgt unter Berücksichtigung von medizinischen und pflegerischen Standards, Konzepten und Richtlinien. Die langjährigen Erfahrungen unserer Mitarbeiter fließen dabei in jede Diagnose und Therapie mit ein. Als Qualitätsindikatoren werden auch die Daten aus der externen Qualitätssicherung verwendet. Fachspezifische Qualitätskontrollen werden durchgeführt (z.B. in der Geriatrie und in der Chirurgie).

Alle medizinischen und pflegerischen Vorgaben werden regelmäßig ergänzt, aktualisiert und gemeinsam im Team besprochen. In den Arbeitsgemeinschaften zur Formulierung dieser Standards befanden sich Mitarbeiter mehrerer Bereiche und Berufsgruppen, um ein weites Erfahrungsspektrum in die erarbeiteten Vorgaben einfließen lassen zu können. Zudem werden regelmäßige Fortbildungen zu einschlägigen Themen hausintern und extern durchgeführt.

Die Umsetzungen der Leitlinien und unserer eigenen hohen Standards werden für jeden Patienten täglich individuell dokumentiert und durch die Visiten überprüft.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Unsere Mitarbeiter haben sich ein Leitbild gegeben, an dem all unser Handeln ausgerichtet ist.

Der höchste Wert ist die Würde des Patienten und sein Recht auf Selbstbestimmung. Im Mittelpunkt aller Behandlungen steht der ganzheitlich betrachtete Mensch als aktiver Partner im Behandlungsprozess. Die Patienten und - auf Wunsch der Patienten auch ihre Angehörigen - werden in die Behandlungsplanung von Anfang an mit eingebunden. Dies umfasst Prävention und Beratung sowie Diagnose, Therapie und

Nachsorge. Die Kommunikation mit fremdsprachigen Patienten ist u.a. auch durch unsere fremdsprachigen Mitarbeiter gewährleistet

Die Besuchszeiten sowie -möglichkeiten können auf der Homepage und in den Broschüren eingesehen werden.

Speziell ausgebildete Mitarbeiter sind mit der Schulung und Beratung von Patienten und Angehörigen in den verschiedenen Bereichen beauftragt (z.B. Palliativ Care, Familiäre Pflege, Wundexperten, Ernährungsmanagement und Diätberatung).

Patientenvorträge im Rahmen der Aktionstage und Bürgerforen werden zu ausgewählten Themen aus allen Fachbereichen angeboten (z.B. Herzerkrankungen, Altersmedizin, Gelenkerkrankungen).

Die Therapiebereiche (Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie) übernehmen individuelle Beratungen von Patienten und Angehörigen.

Selbsthilfegruppen werden bei Bedarf in den Behandlungsprozess involviert. Wir pflegen eine enge Kooperation zur Behandlung von Suchterkrankungen mit der ortsansässigen Suchtklinik.

1.1.4 Service, Essen und Trinken

Unsere schönen hellen Zimmer sind teilweise ausgestattet mit:

- elektrisch verstellbaren Betten
- Schränken mit Schließfächern
- TV
- Radio
- eigener Nasszelle
- barrierefreien Nasszellen auf jeder Station
- Telefonanschluss

Auf allen Stationen werden Heißgetränke vom Pflege- und Servicepersonal auf Wunsch des Patienten frisch zubereitet.

Unsere Küche arbeitet nach international gültigen und anerkannten Standards (HACCP-Konzept). Fortlaufend sorgt die Küche dafür, dass das Essen nicht nur wohlschmeckend ist, sondern auch unter strengsten hygienischen Gesichtspunkten hergestellt wird. Eine Wahlkost kann kostenlos nach religiösen Aspekten (z.B. ohne Schweinefleisch) oder weltanschaulichen Einstellungen (z.B. vegetarisch) bestellt werden. Alle gängigen Diätformen werden zudem von der Küche angeboten.

Die Reinigung des Krankenhauses und der Patientenzimmer wird durch unseren Dienstleister vorgenommen. So ist sichergestellt, dass sich unsere Patienten auf höchste Reinigungsstandards verlassen können.

In der unmittelbaren Nähe des Krankenhauses sind parkähnliche Grünflächen mit ausreichend Sitzgelegenheiten vorhanden.

1.1.5 Kooperationen

Unser Krankenhaus pflegt umfangreiche Kooperationen und Partnerschaften, um das Leistungsangebot für die Patienten permanent zu optimieren.

Die Abstimmung mit internen als auch externen Kooperationspartnern ist durch Leitlinien, Vereinbarungen, Kooperations- und Arbeitsverträge festgelegt. Durch regelmäßiges Zusammentreffen und stetige Kommunikation der Kooperationspartner werden die Abläufe permanent optimiert.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die Ersteinschätzung erfolgt durch unser speziell geschultes Personal. Dies sorgt für eine bessere Zuordnung der Patienten und eine Optimierung der Wartezeiten.

Eine 24-Stunden Aufnahmebereitschaft der Notfallaufnahme ist sowohl ärztlich als auch pflegerisch gewährleistet.

Vorbefunde des Patienten werden nach Möglichkeit genutzt, um unnötige Doppeluntersuchungen zu vermeiden.

Unsere Patienten werden rechtzeitig und vor allem verständlich aufgeklärt. So bleibt genügend Zeit, mit den Ärzten über alle wichtigen Punkte zu sprechen oder sich auch eine ärztliche Zweitmeinung einzuholen.

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Durch unsere qualifizierten Mitarbeiter sowie der Bereitstellung umfassender und moderner Diagnostik- und Behandlungsverfahren gewährleisten wir eine auf die Patientenbedürfnisse abgestimmte professionelle Behandlung.

Unser Haus hält Fachambulanzen, Spezialambulanzen und Institutsambulanzen vor. Die Koordinierung von Terminen erfolgt über die Sekretariate der Fachabteilungen und in der Ambulanz.

Die Versorgung mit Arzneimitteln und Apothekengütern ist rund um die Uhr gewährleistet.

1.3.2 Ambulante Operationen

Oberstes Ziel aller Beteiligten ist es, die Patienten unter optimalen Bedingungen zu operieren.

Dazu wurden die Prozesse der OP-Planung und der OP-Ablauforganisation für alle Patienten und Notfallpatienten genau geregelt. In der prästationären Sprechstunde bzw. Ermächtigungssprechstunde werden Vorbefunde, Risiken und Lebensumstände umfänglich erfragt und ggf. erforderliche

Zusatzuntersuchungen angeordnet. Bereits vorhandene Befunde werden ggf. nachgefordert.

Die Planung der zusätzlichen Voruntersuchung erfolgt durch die Mitarbeiter der jeweiligen Sprechstunde.

Die Indikationsstellung wird grundsätzlich im Rahmen der Sprechstunde der Abteilung durch einen Facharzt vorgenommen.

1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Zur stationären Diagnostik und Behandlungsplanung verfahren wir nach den allgemein gültigen diagnosebezogenen Standards und Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaft. Hauseigene Behandlungsstandards konkretisieren das Vorgehen.

Dabei bleibt der Patient stets im Mittelpunkt unseres Handelns. Die Planung der Maßnahmen erfolgt von unseren erfahrenen Ärzten immer zugeschnitten auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten.

Der Informationsaustausch der am Behandlungsprozess beteiligten Mitarbeiter erfolgt in den täglichen Besprechungen. Durch Konsilanforderung werden andere Fachrichtungen in Diagnostik und Therapie zudem eingebunden.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die hausinternen Behandlungsstandards orientieren sich an den aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften. Die Therapieplanung wird von unseren erfahrenen Ärzten vorgenommen.

Zudem liegen multiprofessionell entwickelte Behandlungspfade für ausgewählte Diagnosen und Prozeduren vor.

Die Patientenaufklärung erfolgt umfassend, Aufklärungsbögen liegen in den gängigsten Sprachen vor.

Die medizinisch hochwertige Therapie wird durch die Menschlichkeit unserer langjährigen Mitarbeiter optimal ergänzt.

1.4.3 Operative Verfahren

Oberstes Ziel aller Beteiligten ist es, die Patienten unter optimalen Bedingungen zu operieren.

Dazu wurden die Prozesse der OP-Planung und der OP-Ablauforganisation für alle Patienten und Notfallpatienten geregelt. Eine fortlaufende Überprüfung dieser Festlegungen findet durch die interne und externe Qualitätssicherung statt. Die Ergebnisse werden von der Betriebsleitung in enger Abstimmung mit den zuständigen Chefarzten regelmäßig besprochen, um die Patientenorientierung noch weiter zu verbessern.

Eine OP-Sicherheitscheckliste nach WHO-Kriterien wird in unserem Krankenhaus verwendet.

1.4.4 Visite

Während der Visiten werden die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen reflektiert, der Behandlungsverlauf überprüft und bei Bedarf angepasst. Unser Visitenmanagement wird laufend optimiert. Dabei wird auf feste Visitenzeiten, Häufigkeit, Wochenendregelungen, Chefarzt- und Oberarztvisiten besonders eingegangen.

Der Ablauf sowie die patientenorientierte Gestaltung der Visite entsprechen unseren schriftlichen Vorgaben. Diese beinhalten Verhaltensweisen, Hygienevorgaben, Ablaufvorgaben und Gesprächsführung.

Viele Visiten finden multiprofessionell statt, um eine umfassende Kompetenz zu gewährleisten.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Prä- und poststationäre Versorgungen gewährleisten eine patientenorientierte Behandlung.

Die Organisation, die Planung der Abläufe und Zeitziele werden von den versorgenden Fachbereichen selbst vorgenommen. Die Terminierung erfolgt von den Vorzimmern der Chefarzte bzw. durch die Mitarbeiter der Ambulanz.

Eine Übersicht der Selbsthilfegruppen liegt beim Sozialdienst vor; ein Kontakt kann bei Bedarf von diesem vermittelt werden.

1.5.1 Entlassung

Alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen sind im Rahmen von Besprechungen an der Entlassplanung bzw. Vorbereitung zur Entlassung beteiligt. Die Weiterleitung von Informationen an die nachbetreuenden Einrichtungen und die Weiterversorgung mit Medikamenten sowie Heil- und Hilfsmitteln ist geregelt und sichergestellt.

Die Vorbereitung der Entlassung erfolgt bereits bei Aufnahme der Patienten. So ist sichergestellt, dass bis zur Entlassung notwendige Unterlagen vorliegen, Anschlussheilbehandlungen geplant werden können und der Patient umfassend informiert werden kann.

Für alle Fragestellungen stehen kompetente Mitarbeiter zur Verfügung, die diese Belange koordinieren.

Die Zufriedenheit mit unserem Entlassungsmanagement messen wir u.a. durch Patienten- und Einweiserbefragungen. Die Ergebnisse werden in der Betriebsleitung besprochen, damit das Verfahren laufend optimiert werden kann.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Der Sozialdienst ermittelt in Zusammenarbeit mit dem ärztlichen und pflegerischen Dienst gemeinsam mit dem Patienten und ggf. dessen Angehörigen das Ausmaß des Nachsorge- bzw. Beratungsbedarfs. Auf der Grundlage der spezifizierten Risiken wird die vorläufige Entlassungsplanung erstellt. Dazu stimmen sich die Mitarbeiter mit dem Patienten, ggf. dessen Angehörigen sowie externen (z.B. ambulanter Pflegedienst, nachbehandelnder Arzt, Pflegeheime, Sanitätshaus, Apotheke) und internen Beteiligten (z.B. verantwortliche Ärzte, pflegerische Mitarbeiter, Therapeuten) ab. Unser Angebot der familialen Pflege ergänzt die weitere Versorgung unserer Patienten in der häuslichen Umgebung.

Auf die Notwendigkeiten spezieller Nachsorgemaßnahmen wird der Patient hingewiesen. Für spezielle Therapien oder Implantate wird dem Patienten bei Entlassung ein entsprechender Ausweis ausgehändigt.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Der sterbende Patient wird in seiner Gesamtsituation wahrgenommen und berücksichtigt. Im interdisziplinären Team erfolgen Pflege und Behandlung auf der Basis der festgelegten Maßnahmen unter Berücksichtigung der kulturellen Besonderheiten. Dabei werden Wünsche respektiert, die sich aus Lebensumständen, Konfession, Spiritualität, kulturellen Gewohnheiten und dem Wunsch nach menschlicher Nähe und Distanz ergeben.

Eine niedergelegte rechtsgültige Patientenverfügung, soweit der Inhalt der klinischen Situation entspricht, wird von uns beachtet.

Ein Seelsorger für die christlichen Konfessionen ist jederzeit erreichbar; für Angehörige des muslimischen Glaubens und anderer Glaubensrichtungen wird ein entsprechender Kontakt auf Wunsch vermittelt.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Wir ermöglichen einen angemessenen Abschied für Angehörige von verstorbenen Patienten. Die Verantwortlichkeiten und die Durchführung der notwendigen Maßnahmen zur Versorgung und den Transport von verstorbenen Patienten sind geregelt.

Beim gesamten Umgang mit Verstorbenen wird darauf geachtet, dass die Würde, Individualität und Persönlichkeit des Verstorbenen soweit als möglich gewahrt wird und ein sensibler Umgang mit den Hinterbliebenen gewährleistet ist.

Dabei werden rechtliche, hygienische und medizinische Erfordernisse beachtet.

Kulturelle Aspekte, die für die individuelle Sterbebegleitung wichtig sind, werden in Gesprächen mit dem Patienten und seinen Angehörigen erörtert und nach Möglichkeit umgesetzt.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Der Personalbedarf wird im Rahmen der konzernweiten Mehrjahresplanung unter Berücksichtigung der zuvor erfolgten strategischen Festlegungen und Ausrichtungen geplant.

Die jeweiligen Verantwortlichen der Bereiche werden an der Detailplanung beteiligt. Dabei sind die zuvor bereits festgelegten übergeordneten Rahmenbedingungen zu berücksichtigen (Planungsvorgaben zur Sana-Mehrjahresplanung).

Über alle Bereiche des Hauses wird eine detaillierte Personalstatistik geführt, die Auswertungsmöglichkeiten (z.B. Qualifikation, Beschäftigungsgrad, Austrittsdatum, Personalnummer, Dienstart, Kostenstelle) beinhaltet.

2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Die Regelungen zur Festlegung der Qualifikation finden sich in den Verantwortungsbeschreibungen, die für relevante Bereiche vorliegen. In den Mitarbeitergesprächen werden strukturiert die Wünsche der Mitarbeiter zu ihren beruflichen Entwicklungen abgefragt.

Die Personalentwicklung orientiert sich auch an dem Bedarf der einzelnen Fachbereiche. Dabei wird darauf geachtet, dass immer eine angemessene Anzahl von qualifizierten Mitarbeitern zur Verfügung steht

Die individuelle Karriereplanung für die Mitarbeiter richtet sich nach den Erfordernissen und Bedürfnissen unseres Krankenhauses. Sie berücksichtigt persönliche Ausbildung, Qualifikation und Spezialisierung für die jeweilige Aufgabe. Mitarbeiter aus dem Hause haben bei gleicher Qualifikation Vorrang vor externen Nach- oder Neubesetzungen.

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter im ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Bereich sowie der anderen Berufsgruppen gibt es Einarbeitungskonzepte, welche die wichtigsten Informationen, Ansprechpartner und Regelungen enthalten.

Jedem neuen Mitarbeiter wird für die Dauer der Einarbeitung ein Mentor zur Seite gestellt, der den Mitarbeiter begleitet und für alle Fragen zur Verfügung steht.

Die Einarbeitungskonzepte haben sich bewährt - die Zufriedenheit der Mitarbeiter mit der Einarbeitung wird auch durch unsere regelmäßig stattfindenden Mitarbeiterbefragungen gemessen.

2.2.3 Ausbildung

Wir fördern intensiv die Ausbildung des Nachwuchses.

Im Assessment der Ausbildungsbetriebe wird Wert auf die Eignung der Bewerber gelegt. Die Theorie- / Praxisverknüpfung während der Ausbildungen ist durch Regelungen zum Praxisanleitereinsatz und in den Curricula geregelt.

In der Rahmenfestlegung zum Ablauf der praktischen Ausbildung der Krankenpflege-schule ist die Abfolge der praktischen Lernorte geregelt.

Für jeden Ausbildungskurs existiert eine angepasste Blockplanung in Anlehnung an das Krankenpflegegesetz.

Jeder Schüler verfügt über einen schriftlichen individuell geplanten Ausbildungsver-lauf.

Die Durchführung der Praxisanleitung wird in jedem praktischen Einsatz durch die Praxisanleiter dokumentiert.

Anleitungen und praktische Leistungskontrollen am Patienten werden nur mit seinem Einverständnis an ihm durchgeführt.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Die Fort- und Weiterbildung ist systematisch auf die Bedürfnisse unseres Hauses abgestimmt. Der Bedarf an Fort- und Weiterbildung wird regelhaft ermittelt, dabei haben alle Mitarbeiter die Möglichkeit, eigene Wünsche einzubringen.

Für Führungskräfte finden im Sana-Verbund verbindliche Fachtagungen mit speziel-lem Fortbildungsangebot statt, strategische Ziele und neue Projekte werden hierbei aufgezeigt.

Pflichtfortbildungen (z.B. im Bereich der Hygiene) finden für alle Mitarbeiter regelmä-ßig statt.

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

So wie im Leitbild unseres Hauses und in der Qualitätspolitik des Sana Konzerns beschrieben, pflegen Führungskräfte einen kooperativen Führungsstil. Im Jahr 2014 wurde das Leitbild interdisziplinär, multiprofessionell und hierarchieübergreifend ent-wickelt.

Führungskräfte arbeiten partnerschaftlich, kooperativ und ergebnisorientiert zusam-men. Die gemeinsamen Anstrengungen dienen sowohl dem Wohle der Mitarbeiter als auch der erfolgreichen Entwicklung des Unternehmens. Der Patient steht dabei im Mittelpunkt allen Handelns.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Die Arbeitszeitregelungen entsprechen den jeweils gültigen tariflichen und arbeitszeitrechtlichen Vorschriften. Die Beachtung der Vorschriften ist Aufgabe der Vorgesetzten und wird zusätzlich durch die Mitarbeitervertretung geprüft. Generelle Änderungen der Arbeitszeit werden der Mitarbeitervertretung durch die Personalabteilung zur Prüfung und Zustimmung vorgelegt.

Im Rahmen der tariflichen Möglichkeiten, unter Berücksichtigung gesetzlicher Anforderungen und des Arbeitszeitgesetzes werden die Arbeitszeiten in verschiedenen Arbeitszeitmodellen geregelt. Die Mitarbeiter haben die Möglichkeit, ihre Wünsche in Absprache mit der Führungskraft zur Dienstplangestaltung anzumelden. Diese werden, soweit die betrieblichen Belange dies zulassen, umgesetzt.

2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Mitarbeiterwünsche und -beschwerden werden in strukturierter Weise im Rahmen der Mitarbeitergespräche und des Beschwerdemanagements aufgenommen.

Darüber hinaus können die Mitarbeiter jederzeit ihre Wünsche und Sorgen ihren Führungskräften mitteilen (Politik der offenen Tür).

Die durchgeführte Mitarbeiterbefragung lieferte ein Gesamtbild zur Mitarbeiterzufriedenheit.

Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz wird umgesetzt, eine Gleichstellungsbeauftragte ist berufen. Eine Schwerbehindertenbeauftragte ist benannt.

3 Sicherheit

3.1.1 Arbeitsschutz

Zur Gewährleistung der Sicherheit von Patienten und Mitarbeitern existiert ein umfassendes Konzept zum Arbeitsschutz. In diesem sind alle Aspekte zur Arbeitssicherheit beinhaltet.

Der Strahlenschutzverantwortliche und die Strahlenschutzbeauftragten gewährleisten, dass alle gesetzlichen Vorgaben eingehalten werden.

Dokumentierte Gefährdungsbeurteilungen werden für alle Bereiche des Hauses durchgeführt.

3.1.2 Brandschutz

Ein Brandschutzbeauftragter ist benannt, ein Brandschutzkonzept und eine Brandschutzordnung sind vorhanden. In dem Brandschutzkonzept wird der Stand des Hauses abgebildet, die Brandschutzordnung ist nach Vorgabe der DIN 14096 aufgebaut.

Flucht- und Rettungspläne befinden sich im ganzen Haus und werden bei Bedarf durch den Brandschutzbeauftragten mit Unterstützung von externen Sachverständigen aktualisiert.

3.1.3 Umweltschutz

Eine konsequente Mülltrennung mit dem Ziel einer hohen Recyclingquote ist seit Jahren Bestandteil unserer Abfallwirtschaft.

Die Erfassung des Verbrauchs von Wasser und Energie erfolgt monatlich durch die Abteilung Technik.

Maßnahmen zur Wasser- und Energieeinsparung werden in dem Krankenhaus umgesetzt.

3.1.4 Katastrophenschutz

Alle Regelungen zum Katastrophenschutz (interne und externe Gefahrenlagen) befinden sich im Notfallplan.

Dieser beinhaltet insbesondere

- Massenanfall von Verletzten
- Massenanfall von Infizierten
- Massenanfall von Verstrahlten
- Feuer / Explosionen
- Bombendrohung / Bombenfund
- schwerer Unfall (z.B. Massenanfall, Unfall mit Todesfolge)

- Überfall
- Havarie

Das Verfahren ist für alle Mitarbeiter jederzeit im Intranet und in den Abteilungen einsehbar. Der Inhalt ist Bestandteil der regelmäßigen dokumentierten Schulungen.

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

In unserem Krankenhaus wird ein umfassendes Verfahren zur Regelung bei nicht-medizinischen Notfallsituationen angewendet. Die Verantwortlichkeiten des Einsatzablaufes für Alarm- und Katastropheneinsätze sind im Notfallplan geregelt.

Die redundante Stromversorgung ist durch Notstromaggregate und intelligente Netzaufteilung gewährleistet.

3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Die Sicherheit der Patienten ist durch Anwesenheit von qualifiziertem Personal in allen Funktionsbereichen und Fachabteilungen gewährleistet. Unser Krankenhaus wird in der Versorgung von Patientengruppen mit Aufsichtspflicht konfrontiert. Diesen Situationen begegnen unsere Mitarbeiter deshalb mit besonderer Aufmerksamkeit, individuellen Lösungen und größter Umsicht.

Generell gilt, dass Patienten mit einem hohen Gefährdungspotenzial intensiver überwacht werden. Hierbei werden die gesetzlichen Bestimmungen jederzeit eingehalten. Angehörige werden in die Betreuung von Demenzkranken und selbstgefährdeten Patienten mit eingebunden.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Auf allen Stationen und in den Funktionsabteilungen befinden sich zur Erstversorgung akut lebensbedrohlicher Zustände Notfalltaschen bzw. Notfallwagen. In diesen befindet sich die geeignete Bestückung nach vorgegebener Checkliste.

Ein zentrales Reanimationsteam befindet sich rund um die Uhr in Bereitschaft. Die Mitarbeiter werden regelmäßig in speziellen Reanimationskursen geschult. Der Ablauf der Notfallversorgung wird nach dem Ereignis mit den Beteiligten reflektiert.

3.2.3 Hygienemanagement

In unserem Haus gibt es ein umfassendes Hygienemanagement. Es existiert ein Hygienehandbuch für das gesamte Haus, die Desinfektionspläne hängen in allen Abteilungen gut sichtbar aus.

Für die Aktualisierung der Hygienevorgaben sind die Hygienefachkraft und der Kran-

kenhaushygieniker verantwortlich.

Unser Krankenhaus nimmt an der Aktion "Saubere Hände" teil. Auswertungen finden je Station nach der Durchführung der Beobachtung zur Händedesinfektion statt. Die Ergebnisse werden stationsweise vorgestellt.

Die Einhaltung der Hygienerichtlinien wird durch regelmäßige protokollierte Begehungen sowie auch durch unangemeldete Kontrollen sichergestellt. Jährlich finden sanaweit interne Hygieneaudits statt.

3.2.4 Hygienerrelevante Daten

Ausbruchssituationen (z.B. bei Häufungen im Sinne des Infektionsschutzgesetzes) werden nach Rücksprache mit dem Ärztlichen Direktor an das zuständige Gesundheitsamt gemeldet.

Die Erstellung der kumulativen Keimresistenzstatistiken (z.B. MRSA) erfolgt über die Hygienefachkraft und ein externes Labor.

Durch Teilnahme am KISS (Krankenhaus Infektions Surveillance System) werden Abfragen zu multiresistenten Erregern geführt. Durch besonderes Augenmerk auf hygienische Vorgaben vermeiden wir die Verbreitung von im Krankenhaus erworbenen Infektionen (nosokomiale Infektionen).

3.2.5 Infektionsmanagement

Die Planung hygiesichernder Maßnahmen im Umgang mit Infektionserregern ist in schriftlichen Regelungen festgelegt. Die schriftlichen Hygienevorgaben werden nach den Vorgaben des Robert-Koch-Instituts und der Sana Kliniken AG erstellt und ständig aktualisiert.

Für jede Infektionserkrankung sind Übertragungswege, Isolationsanforderungen, Schutzausrüstung, Zimmerkennzeichnung, Aufhebung der Isolation, Transport der Patienten innerhalb des Hauses sowie Desinfektionsmaßnahmen laufend und zur Schlussdesinfektion geregelt.

Die Hygienefachkraft kontrolliert im Rahmen von Begehungen die Umsetzung der Regelungen und schult bedarfs- und situationsbezogen die Mitarbeiter der Bereiche.

3.2.6 Arzneimittel

Die Bestellung, Lagerung und der Umgang mit Arzneimitteln ist durchgängig geregelt.

Die Arzneimittelversorgung wird durch die Apotheke sichergestellt.

Über wichtige Änderungen / Anwendungsbesonderheiten informiert die Apotheke bei Lieferung des betreffenden Medikaments mit schriftlichem Hinweis.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Prozesse und Handlungsabläufe beim Umgang mit Blut- und Blutprodukten entsprechen dem Transfusionsgesetz und den allgemeinen Richtlinien zur Anwendung von Blut- und Blutprodukten. Zur Umsetzung dieser Vorgaben existiert ein Transfusionshandbuch. Es wird jährlich ein internes Audit (Selbstinspektion) durch den Qualitätsbeauftragten Hämotherapie und den Transfusionsverantwortlichen durchgeführt.

3.2.8 Medizinprodukte

Der Einsatz von qualitativ hochwertigen Medizinprodukten ist Grundlage unserer Patientenversorgung. Die Einweisung aller Anwender in die Geräte wird sichergestellt und dokumentiert. Jeder Mitarbeiter hat einen Gerätepass, in dem die für ihn gültigen Einweisungen dokumentiert sind.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Das EDV-System unseres Krankenhauses ist umfassend extern (z.B. durch Firewalls) und intern (z.B. durch Sicherheitsrichtlinien) geschützt. Die vorhandene IT-Infrastruktur ermöglicht allen Anwendern eine uneingeschränkte Nutzung der vorhandenen IT-Systeme im Rahmen ihrer Berechtigungen.

Das System ist 24h verfügbar. Wichtigste Komponenten sind redundant vorhanden, sie werden umfangreich vor Stromausfällen geschützt.

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Alle wichtigen Informationen werden in der Patientendokumentation festgehalten. Zur Erarbeitung der bestehenden Regelungen wurden alle beteiligten Berufsgruppen mit einbezogen.

Eine Musterkurve sowie eine Musterakte liegen vor.

Die Ärzte und Pflegemitarbeiter kontrollieren die Patientenakte auf Vollständigkeit der Dokumentation. Vor Archivierung wird überprüft, ob alle notwendigen Unterlagen vollständig und plausibel sind.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Alle berechtigten Personen haben zeitlich uneingeschränkten Zugriff auf die Patientendaten entsprechend der Zugangsberechtigungen.

Alle zur Behandlung benötigten Informationen werden in der Patientendokumentation (Patientenakte und EDV) festgehalten.

4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Über zahlreiche Informationsquellen erhält die Krankenhausgeschäftsleitung kontinuierlich Berichte zum aktuellen Stand aller Bereiche (z.B. Monatsberichte, Protokolle, persönliche Teilnahme in Kommissionen).

Nutzerbezogen werden Fachzeitschriften, Mitteilungen der Krankenhausgesellschaften, Newsletter der Fachverbände und Pressemitteilungen kontinuierlich und regelmäßig zur Verfügung gestellt. Die Kommunikationsstruktur ist in einer Besprechungsübersicht abgebildet.

4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

Externe Dienstleister sowie niedergelassene Ärzte werden bei Bedarf über Neuerungen / Änderungen informiert. Es besteht ein reger persönlicher und telefonischer Kontakt unserer Ärzte mit den niedergelassenen Kollegen.

Der Internetauftritt beinhaltet u.a. Informationen über spezielle Leistungen, Besonderheiten der Krankenhausbehandlung, Wahlleistungsmöglichkeiten, Veranstaltungstermine sowie die speziellen Ansprechpartner. Direkte Mitteilungsmöglichkeiten für Patienten und Angehörige sind ersichtlich (Telefon, E-Mail).

4.4.1 Organisation und Service

Die Mitarbeiter des Info-Points bedienen die Telefonzentrale und leiten eingehende Anrufe weiter. Besuchern und Patienten weisen sie gerne den Weg innerhalb des Krankenhauses und beantworten interne und externe Anfragen kompetent.

Der Eingangsbereich ist patienten- und besucherfreundlich gestaltet. Ein Getränke- und Speisenautomat ist vorhanden. Ausreichend Sitzmöglichkeiten befinden sich im Eingangsbereich.

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Ein Datenschutzkonzept ist in Kraft gesetzt. Ziel ist die höchste Sicherheit beim Umgang mit sensiblen personenbezogenen Daten.

Es beinhaltet datenschutzrelevante Regelungen und besteht aus Hinweisen sowie Rechtsprechung zum medizinischen und Beschäftigtendatenschutz. Weiterhin sind Auszüge aus den wesentlichen gesetzlichen Bestimmungen Bestandteil des Konzepts.

Ein externer Datenschutzbeauftragter ist benannt. Alle Mitarbeiter verpflichten sich bei Dienstantritt schriftlich zur Einhaltung der Schweigepflicht.

5 Führung

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Unser Leitbild wurde 2014 erstellt.

In dem Leitbild ist ein partnerschaftlicher, kooperativer und ergebnisorientierter Führungsstil festgelegt. Die Führungskräfte sind sich ihrer Vorbildfunktion bewusst. Bedingt durch die langjährige Zugehörigkeit vieler Mitarbeiter und deren örtliche Verbundenheit herrscht ein kollegiales und menschliches Miteinander. Die Führungskräfte kennen die Mitarbeiter persönlich und pflegen grundsätzlich den Führungsstil der "offenen Tür".

Jeder Mitarbeiter hat das Leitbild ausgehändigt bekommen. Zudem ist es im Haus an verschiedenen Stellen ausgehängt.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Vertrauensbildende und -fördernde Maßnahmen sind wichtiger Bestandteil der Führungsarbeit gemäß unseren Unternehmenswerten. Entsprechend dem Unternehmenswert Respekt wird ein respektvoller, offener, ehrlicher Umgang mit Patienten, Besuchern, Mitarbeitern, Kollegen und Vertragspartnern gepflegt.

Die Unternehmenswerte sowie das Sana-Ethik-Statut werden in unserem Haus umgesetzt. Durch interdisziplinäre hierarchieübergreifende Veranstaltungen, wie z.B. Seminare oder Gruppenarbeit soll erreicht werden, dass sich die Mitarbeiter untereinander kennen lernen und Einblick in sowie Verständnis für das Aufgabengebiet der anderen gewinnen können.

Durch die Mitwirkung der Mitarbeiter in Projekt- und Arbeitsgruppen sowie in Kommissionen werden die Mitarbeiter an der strategischen Planung beteiligt.

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Entsprechend unserem Leitbild werden Entscheidungen zu ethischen Problemstellungen kollegial, unter Einbeziehung des Patienten und deren Angehörigen getroffen. Einen hohen Stellenwert in unserem Krankenhaus nimmt die feinfühlig und umsichtige Behandlung ethischer Problemstellungen ein, dies gilt vor allem bei Therapieplanungen, Therapieänderungen und Therapieabbrüchen. Das Ethikkomitee besteht seit 2014 und ist interdisziplinär zusammengesetzt.

So achten insbesondere die Führungskräfte aus dem ärztlichen und pflegerischen Dienst auf eine hohe Sensibilisierung ihrer nachgeordneten Mitarbeiter hinsichtlich aller ethischen, weltanschaulichen, kulturellen und religiösen Bedürfnisse.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Die Planung der baulichen und medizintechnischen Rahmenbedingungen richtet sich nach dem medizinischen Leistungsspektrum und -umfang sowie dem im Wirtschaftsplan festgelegten wirtschaftlichen finanziellen Rahmen.

In der Zielplanung wird die individuelle Situation des Hauses (u.a. Leistungsportfolio sowie Entwicklungen im Einzugsgebiet) berücksichtigt sowie aktuelle Entwicklungen der Gesundheitspolitik einbezogen.

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Unser Krankenhaus identifiziert sich stark mit dem lokalen und regionalen Umfeld und versteht sich als Teil desselbigen. Der Aufbau und die Pflege von Partnerschaften im Rahmen der Ausübung gesellschaftlicher Verantwortung konzentrieren sich daher wesentlich auf die lokalen und regionalen Strukturen.

Unser soziales Engagement ist breit gefächert, Angebote für die Bevölkerung werden vorgehalten.

Das Krankenhaus beteiligt sich am Audit "berufundfamilie" und hat eine Zielvereinbarung mit konkreten Maßnahmen geschlossen.

Um die Attraktivität des Arbeitsplatzes messbar zu machen, wurde 2013 die Befragung Great Place to Work® durchgeführt.

Alle gesetzlichen Vorgaben bezüglich der Organspende werden umgesetzt, ein Transplantationsbeauftragter ist benannt.

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Ein Organigramm mit der Benennung der Fachbereiche, Stationen, Abteilungen und Stabsstellen liegt vor. Aus diesem Organigramm sind wichtige Schnittstellen und Verantwortlichkeiten ersichtlich. Die Koordination der Gremien und Kommissionen erfolgt u.a. durch die Geschäftsordnungen der jeweiligen Gremien und Kommission.

Eindeutige Ansprechpartner für Patienten, Angehörige, Mitarbeiter und externe Partner sind festgelegt und auf verschiedene Arten veröffentlicht, z.B. Patienteninformationsmaterialien, Eingangstafel, Aushänge und Internet.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Die systematische Information der Krankenhausgeschäftsleitung ist durch ein internes Berichtswesen, regelmäßige Jour-Fixe, Jahresberichte und verschiedene Kommissionen sichergestellt. In der Besprechungsübersicht und den jeweiligen Geschäftsordnungen sind die Strukturen von Besprechungen sowie deren Protokollierung, der Informationsaustausch, die Regelmäßigkeit der Arbeitstreffen zwischen den einzelnen Abteilungen sowie Personen und Verantwortlichkeiten geregelt.

Für beauftragte Projekte wird ein Projektleiter benannt. Dieser ist gegenüber der Betriebsleitung berichtspflichtig. Alle Mitarbeiter, die an neuen Projekten beteiligt sind, werden vor Einführung und zum Teil begleitend von internen und externen Dozenten geschult.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

Innovationen werden gezielt geplant und Wissen als Chance zur Weiterentwicklung genutzt. Motivation für die Einleitung eines Veränderungsprozesses können die Lösung konkreter Probleme oder die Weiterentwicklung des Unternehmens sein.

Mitarbeiter werden angeregt durch Fortbildungen und Visitationen neue Ablaufstrukturen und Behandlungsmethoden kennen zu lernen.

Extern besuchte Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen werden intern ausgewertet und die Inhalte zielgruppengerecht weitergegeben. Neue Erkenntnisse werden in der Prozessoptimierung berücksichtigt (z.B. Medizinkongresse, Verbesserung der pflegerischen Maßnahmen, Schulung zu neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen, Medizinproduktegesetz).

5.4.1 Externe Kommunikation

Aufgaben von PR und Marketing werden von den beauftragten Mitarbeitern wahrgenommen. Diese entwickeln eine Jahresübersicht, in der die Termine für Pressegespräche, Printmedien und Veranstaltungen enthalten sind.

Der Jahresplan wird kontinuierlich bezüglich der variablen Anteile von Presse, Print und Veranstaltungen aktualisiert.

Die Außenkommunikation mit der Presse und deren Aufbereitung erfolgt über den Unternehmenssprecher (Pressesprecher); die beauftragten Mitarbeiter nehmen die Aufgaben Sponsoring, Werbemittel, Printmedien, Organisation von Veranstaltungen und Werbung wahr.

Für Informationen werden alle bekannten Medien wie Presse und Internet sowie Patienteninformationstage (z.B. Aktionstage und Bürgerforen) und der Tag der offenen Tür genutzt.

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Die Zielsetzung unseres Risikomanagements umfasst abteilungs- und berufsgruppenübergreifende Instrumente.

- das Konzept zum Einsatz eines klinischen Risikomanagements (z.B. Peer Reviews, Risikoaudits, Fallanalyse)
- die Verantwortlichkeit und Maßnahmen des finanziellen Risikomanagements (z.B. Liquiditätsplan, Frühwarnsysteme)
- die abteilungs- und berufsgruppenübergreifende Nutzung der Instrumente

Das betriebswirtschaftliche und das klinische Risikomanagement werden ständig weiterentwickelt.

6 Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation

Qualitätsmanagement hat eine lange Tradition in unserem Krankenhaus.

Methoden und Instrumente sind u.a. die regelmäßigen Selbstbewertungen, externe und interne Audits, die Präventions- und Risikoanalyse, Befragungen und Analysen mit Benchmark, Best Practice im Konzernverbund. Die Planung der Prozesse, die Umsetzung der Leitlinien der Fachgesellschaften und der Expertenstandards, spezielle Gremien und das Beauftragtenwesen unterstützen den Gesamtprozess.

Die Teilnahme am Ranking innerhalb des Internetportals Qualitätskliniken.de und KISS (Krankenhaus Infektions Surveillance System) unterstützen die Kennzahlenerhebung.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Die Planung der Prozesse, um Kundenanforderungen zu identifizieren und umzusetzen, erfolgt in definierten Abständen über die konzernweiten Patienten-, Einweiser- und Mitarbeiter-Befragungen. Dabei werden qualitätsrelevante Daten erfasst und verglichen. Die laufende interne Qualitätsbeobachtung ist etabliert.

Zu ausgewählten Themen wird eine Projektleitung benannt, diese stellt bedarfsgerecht eine Projektgruppe zusammen.

6.2.1 Patientenbefragung

Regelmäßige Durchführung und Auswertung von externen Patientenbefragungen zur Ermittlung der Bedürfnisse und zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit finden alle zwei Jahre statt. Die Befragungen werden von einem Spezialunternehmen valide durchgeführt und nach wissenschaftlichen Standards statistisch ausgewertet, der Datenschutz wird verpflichtend eingehalten.

Die interne Patientenbefragung wird kontinuierlich mit Hilfe von standardisierten abteilungsbezogenen Fragebögen durchgeführt und statistisch ausgewertet. Die Patienten werden bereits bei der Aufnahme über die Möglichkeiten der Meinungsäußerung informiert.

Als Mitgliedsklinik des Internetportals Qualitätskliniken.de sind die Ergebnisse ab Mitte 2015 auch für die breite Öffentlichkeit einsehbar und mit anderen Kliniken vergleichbar.

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Die Einweiserbefragung dient als Grundlage zur Kommunikation mit den Einweisern. Die Befragung ist ein Teil der Einweiserbindung und eröffnet den niedergelassenen Ärzten im Freitextfeld die Möglichkeit, ihre persönlichen Bemerkungen zu notieren. Dies dient dazu, die Stärken der Fachbereiche weiter auszubauen bzw. Verbesserungspotentiale aufzudecken und den Kontakt mit den Einweisern zu intensivieren. Die Ergebnisse dieser Befragung werden in den Leitungsgremien kommuniziert und geeignete Maßnahmen vereinbart, zudem werden die Ergebnisse hausintern und im Portal Qualitätskliniken.de ab Mitte 2015 veröffentlicht.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

In definierten Abständen werden im gesamten Sana-Verbund Mitarbeiterbefragungen durchgeführt, aktuell im Rhythmus von 3 Jahren. Zuletzt fand die Mitarbeiterbefragung 2013 statt.

Alle Befragungen werden valide durchgeführt und nach wissenschaftlichen Standards statistisch durch den Anbieter ausgewertet. In den Vorgaben zur Befragung ("Great place to work®") ist ein Anonymitätskonzept enthalten.

Das Ergebnis wird allen Mitarbeitern u.a. in der Mitarbeiterversammlung zur Verfügung gestellt.

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Alle Mitarbeiter des Hauses sind zur Entgegennahme und Dokumentation einer Patienten- oder Angehörigenbeschwerde angewiesen. Ein Hauptansprechpartner für das Beschwerdemanagement ist benannt und u.a. über Telefon, Fax, E-Mail erreichbar.

Die hierfür speziell eingerichtete Telefonnummer und E-Mail-Adresse wird allen Patienten mit dem Patienteninformationsordner und auf der Homepage zur Kenntnis gebracht.

Die Ergebnisse des Beschwerdemanagements werden an die Betriebsleitung kommuniziert, Maßnahmen zur Erhöhung der Patientenzufriedenheit werden dort beschlossen.

6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

In definierten Abständen werden Patienten-, Einweiser- und Mitarbeiter-Befragungen durchgeführt.

Des Weiteren erfolgt eine Erfassung und Aufbereitung von diversen krankenhaushaus-internen Kennzahlen, wie z.B. Hygienestatistiken, Dekubitus- und Sturzstatistiken. Außerdem werden durch die interne Patientenbefragung und das Beschwerdema-

gement weitere Daten krankenhauserntern ermittelt.

Unterjährig erfolgt eine Auswertung der definierten Qualitätsindikatoren. Die Ergebnisse werden mehrmals im Jahr an Chefärzte, leitende Oberärzte und Pflegedienstleitung kommuniziert.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Die Daten der externen Qualitätssicherung werden kontinuierlich mit der gebotenen Sorgfalt vollständig so erhoben, dass eine valide Grundlage der Ergebnisse sichergestellt ist.

Die Dokumentation der Daten für die externe Qualitätssicherung erfolgt sowohl prä-, intra- als auch postoperativ. Die Daten werden in die entsprechenden Dokumentationsbögen im Krankenhausinformationssystem übernommen.

Extern wird ein Teil der Daten über den gesetzlichen Qualitätsbericht veröffentlicht. Zusätzlich werden erhobene Indikatoren auf dem Internetportal Qualitätskliniken.de veröffentlicht und mit anderen Einrichtungen abgeglichen. Intern werden die Daten der Betriebsleitung zur Verfügung gestellt und leitenden Mitarbeitern zugänglich gemacht.