

Gesundheit
Nordhessen
Krankenhaus Bad Arolsen



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus: Krankenhaus Bad Arolsen
Institutionskennzeichen: 260620669
Anschrift: Große Allee 50
34454 Bad Arolsen

**Ist zertifiziert nach KTQ[®]
mit der Zertifikatnummer:** 2016-0041 KH
**durch die von der KTQ-GmbH
zugelassene Zertifizierungsstelle:** SAMA Cert-GmbH, Stuttgart

Gültig vom: 29.05.2016
bis: 28.05.2019

5. KTQ-Zertifizierung

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die Kategorien	6
1 Patientenorientierung	7
2 Mitarbeiterorientierung	10
3 Sicherheit	12
4 Informations- und Kommunikationswesen	14
5 Führung	15
6 Qualitätsmanagement	18

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 Visitorenteam 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.

¹zu diesen zählen: Verband der Ersatzkassen e. V., AOK-Bundesverband, BKK-Dachverband, 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 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 **Krankenhaus Bad Arolsen** 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 Krankenhaus Bad Arolsen ist ein Unternehmen der Gesundheit Nordhessen Holding AG, einem regionalen Gesundheitskonzern, der das Spektrum der ambulanten und stationären Krankenversorgung mit nahezu allen Leistungen aus Medizin und Pflege umfasst.

Zur Gesundheit Nordhessen gehören das Klinikum Kassel mit dem Medizinischen Versorgungszentrum ZMV, die Kreiskliniken Kassel in Hofgeismar und Wolfhagen, das Krankenhaus Bad Arolsen, die Kassel School of Medicine, die Reha-Zentren am Klinikum Kassel und in Kassel-Wilhelmshöhe, die Seniorenwohnanlage Lindenberg, der ambulante Pflegedienst SWA aktiv und die Service-Gesellschaft ökomed.

Dieser Bericht und die damit verbundene Zertifizierung bezieht sich auf das **Krankenhaus Bad Arolsen**.

Wir bieten der Bevölkerung von Bad Arolsen und der weiteren Umgebung eine leistungsfähige Einrichtung mit sechs Stationen. Es stehen 140 Betten für jährlich über 6.400 Patienten zur Verfügung. Hinzu kommen weit über 44.000 Untersuchungen, Behandlungen und Operationen, die heute schon ambulant erfolgen können.

Wir legen besonderen Wert darauf, unseren Patientinnen und Patienten bei hochwertiger Behandlung gleichzeitig eine persönliche Atmosphäre zu bieten.

Gesundheit ist ein hohes Gut, das uns für beschränkte Zeit gegeben ist. Im Krankenhaus Bad Arolsen sind wir bestrebt, pfleglich damit umzugehen.



Unser Leistungsangebot unterliegt einem hohen Qualitätsanspruch. Unsere Mitarbeiter sind in einen kontinuierlichen Qualitätsprozess zur Verbesserung unserer Dienstleistung, Organisationsabläufe sowie Serviceangebote eingebunden.

Das Vertrauen in unsere Arbeit bekommen wir nicht geschenkt, sondern wir müssen es uns verdienen. Jeden Tag aufs Neue. Unsere Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen können sich auf uns verlassen, dass ihre Behandlung genau so durchgeführt wird, wie wir sie gemeinsam geplant haben, in Respekt vor der Individualität des Einzelnen. Wir praktizieren eine leitlinienorientierte und qualitätsgesicherte moderne Medizin, im ständigen Austausch unserer verschiedenen Berufsgruppen untereinander sowie ganzheitlichen Denken und Handeln.

Weitere Informationen erhalten Sie auf unserer Homepage www.gnh.net.

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das Krankenhaus Bad Arolsen ist jederzeit über die Rezeption und die Notfallnummer 800-112 erreichbar. Die Patientenaufnahme im Krankenhaus Bad Arolsen erfolgt dezentral durch die einzelnen Abteilungen. Der Ablauf der Aufnahme ist für alle Abteilungen einheitlich geregelt. Unsere Ziele sind eine sofortige Verfügbarkeit von Fachpersonal, direkte Versorgung aller Patienten und Zuweisung der Zimmer sowie die Berücksichtigung bereits vorhandener Vorbefunde. Mit den Hausärzten und den amb. Pflegediensten pflegen wir regelmäßigen Kontakt. Ausreichende Parkplätze stehen zur Verfügung.

1.1.2 Leitlinien

Die Verpflichtung zur Anwendung von Leitlinien ergibt sich aus dem Leitbild unseres Hauses und dem darin postulierten qualitativen Anspruch. Die professionelle Durchführung von Diagnostik und Therapie in unserem Krankenhaus orientiert sich in jedem Fall an den Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften. Für die Einhaltung dieser Standards sind der ärztliche Direktor, die Chefärzte und die Krankenpflegedirektion verantwortlich.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Der Patient wird bei der Behandlungsplanung einbezogen. Im Erstgespräch wird mit ihm die Planung der ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen besprochen. Während der täglichen Visite findet der Informationsaustausch zwischen Arzt und Patient statt. Hierbei erhält der Patient die Möglichkeit, seine Wünsche und Sorgen in Bezug auf seine Erkrankung zu äußern. Außerdem erfolgen außerhalb der Visite gesonderte Aufklärungsgespräche.

1.1.4 Service, Essen und Trinken

Unsere Patienten haben täglich drei Menüs zur Auswahl: Normal-, Schon- / Diabetes- und vegetarische Kost. Die Ernährungsgewohnheiten der verschiedenen Religionsgemeinschaften werden ebenso berücksichtigt, wie auch die verschiedenen Lebensphilosophien. Die individuelle Menüplanung bei Diäten oder Kau- und Schluckstörungen erfolgt durch eine unserer Diätassistentinnen.

1.1.5 Kooperationen

Die Planung zur Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung ist in den verschiedenen Behandlungsstandards geregelt. Eine spezielle Ablaufbeschreibung ordnet z.B. das hausinterne Konsiliarwesen mit klaren Angaben zur Anforderung, Durchführung und Befundung. Auf allen Stationen finden regelmäßig Besprechungen zwischen dem pflegerischen und dem ärztlichen Dienst statt, notwendige weitere Berufsgruppen werden mit einbezogen. Es bestehen Kooperationsverträge mit mehreren anderen Einrichtungen.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Der Prozess der Aufnahme, einschließlich der Notfallaufnahme, ist dokumentiert geregelt. Jeder Patient wird sowohl ärztlich als auch pflegerisch aufgenommen. Die Aufnahmebereitschaft wird anhand der aktuellen Belegung gewährleistet. Die Planungen zu Ersteinschätzung, Diagnostik und ersten therapeutischen Maßnahmen obliegen den Mitarbeiterinnen des ärztlichen- und pflegerischen Dienstes. Alle ermittelten Befunde werden mit dem Patienten und/oder seinem Angehörigen/Betreuer vor Ort besprochen.

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Dem Krankenhaus sind im Rahmen der Ermächtigungen der Chefärzte durch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen eine chirurgische sowie internistische Ambulanz angegliedert. Hier können die Patienten jederzeit ambulante fachärztliche Behandlung in Anspruch nehmen. Die Sprechstundenzeiten am Wochenende sind in der örtlichen Presse veröffentlicht. Die Notfallversorgung wird rund um die Uhr durch kompetentes Personal gewährleistet. Der Notarzteeinsatz für die Stadt und Umgebung wird in Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst garantiert.

1.3.2 Ambulante Operationen

Die Planung und Organisation der ambulanten Operationen ist durch eine Ablaufbeschreibung geregelt. Verantwortlich ist der ärztliche Dienst der Fachabteilung. Der OP- Koordinator ist der zentrale Ansprechpartner vor Ort. Er ist Bindeglied zwischen Stationen, OP, Ambulanzen und Praxen. Er ist während des elektiven OP-Programms telefonisch erreichbar. Die Planung des Pflegedienstes ist strukturiert geregelt. Die Ablaufplanung operativer Eingriffe erfolgt EDV-gestützt. Sie umfasst Vorabinformationen, Nutzung von Vorbefunden und Gespräche in den Fachambulanzen. Die Überwachung nach der OP wird durch qualifiziertes Personal im Aufwachraum übernommen. Die Verabschiedung des Patienten mit abschließender ärztlicher Visite ist gewährleistet. Es besteht ein EDV-gestütztes Narkoseprotokoll. Die Qualifikation der Mitarbeiter entspricht in allen Bereichen zu jeder Zeit den gesetzlichen Vorgaben. Die Terminierung der Weiterversorgung und die Informationsweiterleitung an Hausärzte und/oder Pflegeeinrichtungen erfolgt zeitnah.

1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Die Planung zur Koordinierung der Behandlung obliegt dem ärztlichen und pflegerischen Personal. In den ersten 24 Stunden wird der individuelle Behandlungsplan nach einem festgelegten Arbeitsablauf erstellt. Der dazugehörige Pflegeplan wird durch die betreuende Pflegekraft nach den Bedürfnissen und Fähigkeiten des Patienten erarbeitet. In den täglichen Visiten wird dieser Behandlungsprozess überprüft, mit dem Patienten besprochen und gegebenenfalls angepasst. Fortschritte und Abweichungen werden in der Patientenakte dokumentiert. Der Patient wird in die Behandlungsplanung mit einbezogen und umfänglich über die geplanten Untersuchungen informiert und aufgeklärt. Vorbefunde, auch zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen, werden entsprechend genutzt. Umfangreiches Informationsmaterial wird dem Patienten/Angehörigen zur Verfügung gestellt.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die Planung der therapeutischen Angebote und deren Organisation obliegen der Krankenhausleitung und der Leitung des Gesamtkonzerns. Es besteht eine diagnosebezogene Therapieplanung, die sich an den regelmäßig aktualisierten internen und externen Leitlinien und Standards orientiert. Alle Mitarbeiter haben Zugang zu den Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften (Online-Datenbank, Intranet). Der Einsatz von Aufklärungsmaterialien ist gemäß den gesetzlichen Vorgaben klar geregelt. Hauseigene Informationen werden dem Patienten bei Aufnahme ausgehändigt oder liegen in den Bereichen vor. Die Kooperation der beteiligten Fachabteilungen und Berufsgruppen hinsichtlich der interdisziplinären und multiprofessionellen Abstimmung ist Bestandteil der Zusammenarbeit der Fachbereiche und ist in allen Prozessbeschreibungen, Arbeitsanweisungen, etc. beschrieben.

1.4.3 Operative Verfahren

Die Indikationsstellung zu operativen Eingriffen liegt im Verantwortungsbereich des Facharztes. Leitlinien, Prozessbeschreibungen, Standards und Checklisten liegen zum gesamten operativen Prozess in stets aktueller Version vor. Die Planung der operativen und anästhesiologischen Versorgung ist durch dokumentierte Arbeitsabläufe mit Festlegung der Verantwortlichkeiten standardisiert geregelt. Die Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit zur Prävention von Eingriffsverwechslungen sind umgesetzt. Die Mobilisierung und Physiotherapie erfolgt gemäß Standards. Angaben zur postoperativen Therapie inklusive Schmerztherapie werden vom Operateur unmittelbar nach Beendigung der OP im postoperativen Behandlungsplan festgelegt.

1.4.4 Visite

Der Ablauf der Visiten ist verbindlich geregelt und wird von allen Beteiligten umgesetzt. Die Visite ist ein wichtiger Bestandteil des Behandlungsprozesses und erfolgt täglich. Ziel ist die Durchführung der Visiten gemeinsam mit allen am Behandlungsprozess beteiligten Personen. Die Durchführung erfolgt gemeinsam mit Arzt und Pflegekraft. Bei Bedarf erfolgt die Einbeziehung weiterer Berufsgruppen z.B. Physiotherapie. Während der Visite wird der Patienten über sein Krankheitsbild und den Behandlungsverlauf informiert und dort können ebenfalls Wünsche und Sorgen seitens der Patienten geäußert werden. Zur Orientierung der Patienten sind die Visitenzeiten auf den Stationen ausgehängt.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Die prae- und postoperative Versorgung ist geregelt. Die Zuweisung ambulanter Patienten erfolgt durch niedergelassene Hausärzte, in der Regel direkt in die Ambulanzen der Fach- und Belegärzte. Eine Ausnahme bilden Patienten, die als Notfall erscheinen. Diese werden von den diensthabenden Ärzten untersucht und behandelt. Patienten, die sich geplant in den Ambulanzen vorgestellt haben, werden vom Facharzt in der Regel abschließend ambulant behandelt. Patienten die stationär behandelt werden müssen, werden stationär eingewiesen. Dadurch ist eine reibungslose Weiterführung der begonnenen Therapie gewährleistet.

1.5.1 Entlassung

Die Entlassungsplanung erfolgt aufgrund des nationalen Expertenstandards "Entlassungsmanagement". Alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen werden bei der Entlassung im Bedarfsfall hinzugezogen. Die Planung bei der Weiterversorgung nach der Entlassung erfolgt über Arztbriefe, Pflegeüberleitungsbögen, Kontakte zum häuslichen Pflegedienst, zu Hausärzten und zu weiterbehandelnden Einrichtungen. Die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln wird durch die Kooperation mit einem externen Home-Care-Unternehmen gewährleistet.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Die kontinuierliche Weiterbetreuung ist durch das Überleitungsmanagement geregelt. Die stationären Einrichtungen oder der ambulante Pflegedienst erhalten einen Pflegeüberleitungsbogen. Jedem weiterbehandelnden Arzt wird der Entlassungsbrief übermittelt. Bei Bedarf nimmt der Stationsarzt vor der Entlassung telefonischen Kontakt mit dem Kollegen auf. Wiedereinbestellungen (z. B. Patienten mit Schlafapnoe, Gips- und Wundkontrollen, ambulanter Chemotherapie) werden am Entlassungstag mit dem Patienten besprochen und in unseren Fachambulanzen terminiert. Für spezielle Behandlungsmaßnahmen, Kontakte zu Selbsthilfegruppen und bei Aufenthalten in anderen weiterversorgenden Einrichtungen sind die hauseigenen Sozialdienste zuständig. Stationäre Verlegungen werden vom ärztlichen Dienst veranlasst und durch die Pflegekräfte organisiert.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

In unserem Leitbild haben wir uns verpflichtet: "Schwerstkranke und Sterbende fachlich qualifiziert zu pflegen und zu begleiten". Die Würde des Menschen steht im Vordergrund aller Maßnahmen. Die medizinische Versorgung ist auf die Patientenwünsche abgestimmt. Auf Wunsch wird kirchlicher und/oder seelischer Beistand ermöglicht. Kulturelle Bedürfnisse werden berücksichtigt. Patientenverfügungen werden unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorschriften umgesetzt. Die Einbeziehung der Angehörigen zur Sterbebegleitung wird in jeder Phase angestrebt. Die Begleitung über 24 Stunden wird durch die Klinik angeboten. Hierfür stehen Mitarbeiter mit Palliativ-Fortbildung zur Verfügung. Auf Wunsch wird der Hospizdienst eingeschaltet.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Der Verstorbene wird würdig und pietätvoll aufgebahrt. Die Berücksichtigung persönlicher, kultureller und religiöser Wünsche von verstorbenen Patienten und Angehörigen werden soweit möglich umgesetzt. Auf Wunsch wird ein Pfarrer der ansässigen Gemeinden hinzugezogen. Wir ermöglichen den Angehörigen jederzeit von dem Verstorbenen würdevoll Abschied zu nehmen. Die behandelnden Ärzte und Pflegekräfte stehen für begleitende Gespräche zur Verfügung.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Neben der Leistungsplanung ist die Personalplanung wesentlicher Bestandteil der Geschäftsplanung, die durch die Geschäftsführung vorgelegt, vom Vorstand festgestellt und vom Aufsichtsrat genehmigt wird. Die Planung erfolgt prospektiv im 3. Quartal des Vorjahres. Basis für die Personalplanung ist die durch das Medizincontrolling des Unternehmens vorgenommene Leistungsplanung.

2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Im Konzernleitbild ist die Personalentwicklung ein wesentliches Anliegen im Bezug auf die Mitarbeiterorientierung. Hier heißt es u.a. "Motivierte und qualifizierte Mitarbeiter/Innen sind für uns ein zentraler Erfolgsfaktor". Personalentwicklung ist uns ein wesentliches Anliegen" sowie: "Wir fördern die humanen und sozialen Ressourcen unserer Beschäftigten". Weiterführend wurde die Personalentwicklung durch die sogenannten Führungsleitlinien ergänzt. Die systematische Personalentwicklung in den einzelnen Tochtergesellschaften wird durch den Zentralbereich Bildung und Personalentwicklung unterstützt. GNH-weit wird ein jährlicher Fortbildungskatalog in Zusammenarbeit mit den Tochtergesellschaften erstellt, der einer jährlichen Aktualisierung unterliegt (Karriereplanung, Führungsweiterbildungen, Qualifikationsanforderungen).

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

In allen Bereichen des Krankenhauses existieren Einarbeitungskonzepte, die aus zwei Teilen bestehen (Allgemeiner Teil, spezieller Teil). Die Einarbeitung ist verbindlich bis zum Ende der jeweiligen Probezeiten abzuschließen. Der allgemeine Teil des Einarbeitungskonzeptes wurde GNH-weit erarbeitet und wird in allen Unternehmen der GNH umgesetzt (ABC der Einarbeitung). Für die Einarbeitung werden Mentoren benannt, letztlich obliegt die Verantwortung für die Einarbeitung der jeweiligen Leitung.

2.2.3 Ausbildung

An das Krankenhaus ist eine Gesundheits- und Krankenpflegeschule mit 45 Ausbildungsplätzen angegliedert. Die Ausbildung erfolgt strukturiert im Wechsel zwischen Theorie und Praxis in der Schule und im Krankenhaus bzw. in unterschiedlichen Außeneinsätzen. Die Koordination der Praxiseinsätze organisiert die Krankenpflegeschule. In der Praxis werden die Schüler einer Praxisanleiter über einen längeren Zeitraum zugeordnet, sodass ein direkter Ansprechpartner zur Anleitung oder für Fragen zur Verfügung steht und eine adäquate Beurteilung im Anschluss an den Einsatz erfolgen kann. Informationen zum Ausbildungsstand und den Themen, die in der Praxis angewendet werden sollen, erhalten die Stationen über die Krankenpflegeschule. So werden Lernfortschritte der Schüler gesichert, Defizite erkannt und die praktische Umsetzung der Theorie überprüft. Die Weiterbildung als Praxisanleiter erfolgt kontinuierlich innerhalb der GNH.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Der Zentralbereich Bildung und Personalentwicklung ist für die Regelung und Durchführung der Fort- und Weiterbildung der GNH zuständig. Es existiert ein ganzjähriges Fort- und Weiterbildungsprogramm, das durch den Zentralbereich erstellt und veröffentlicht wird. Die Veröffentlichung erfolgt im Intranet und in Form eines Übersichtsflyers. Zusätzlich werden hausintern Fort- und Weiterbildungen angeboten. Die notwendigen Fort- und Weiterbildungen richten sich nach den Anforderungen an die Tätigkeit, sowie den gesetzlichen Vorschriften (z.B. Strahlenschutzkurse). Arbeitsbefreiungen für Fort- und Weiterbildungen orientieren sich am TvÖD sowie an dem Tarifvertrag der Ärzte (Marburger Bund, 5-Tageregelungs-Betriebsvereinbarung). Die Fort- und Weiterbildungen werden anhand notwendiger Qualifizierungsmaßnahmen vereinbart und verbindlich festgelegt. Fachweiterbildungen wie z. B. für Fachkraft für Anästhesie und Intensivmedizin und leitende Pflegekräfte werden zusätzlich anhand von Ausschreibungen angeboten. Zusätzliche Qualifikationsmaßnahmen werden ggf. vereinbart und dem Zentralbereich gemeldet, der die Umsetzung organisiert. Für die Facharztweiterbildung gelten die Regelungen (Curricula) der jeweiligen Fachgesellschaften und sind innerhalb der Unternehmen der GNH durch die Arbeitsdirektorin verbindlich geregelt.

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Die Grundsätze der Mitarbeiterführung sind aufgaben-, mitarbeiter- und organisationsorientiert und kommen im Leitbild zum Ausdruck. Konzernweit wird ein kooperativer Führungsstil angewendet. Um dieses Ziel zu erreichen wurden im GNH-Projekt "Führungskräfteentwicklung" Führungsleitlinien entwickelt, welche durch gezielte Schulungen etabliert sind. Die Führungskräfteerschulung I+II sind inhaltlich beschrieben, und weitere Module zum Thema befinden sich im Fort- und Weiterbildungskatalog.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Die Arbeitszeitregelungen des Krankenhauses orientieren sich grundsätzlich in gleichem Maße an den Bedürfnissen der Patienten und Mitarbeiter sowie an gesetzlichen Regelungen. Ziel ist die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes in allen Bereichen (insbesondere die Einhaltung der Ruhezeiten). Zur Urlaubsplanung besteht eine GNH-weite verbindliche Regelung. Die Urlaubsplanung erfolgt jeweils am Jahresende für das Folgejahr, alle Urlaube werden vollständig geplant. Die Erstellung des elektronischen Dienstplans erfolgt durch die jeweiligen Abteilungsleitungen oder deren Stellvertreter.

2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -Beschwerden

Es existiert ein geregelter betriebliches Vorschlagswesen für die GNH. Ziel ist die Erfassung von Mitarbeiterideen und Verbesserungsvorschlägen. Die Verantwortung hierfür liegt bei der Geschäftsführung und dem Zentralbereich Bildung- und Personalentwicklung. Für die Beurteilung der Mitarbeiterideen gibt es eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe innerhalb der GNH, welche die eingegangenen Ideen bewertet. Je nach Bewertung erfolgen eine Prämierung der eingereichten Ideen und die Umsetzung.

3 Sicherheit

3.1.1 Arbeitsschutz

Die Umsetzung der Aufgaben aus dem Arbeitssicherheitsgesetz wird durch den GNH Zentralbereich Betrieblicher Gesundheitsdienst durchgeführt. Die arbeitsmedizinische Betreuung wird durch den Betriebsarzt der GNH sichergestellt. Die Organisation und Aufgaben sind im Qualitätsmanagementhandbuch beschrieben. Zur Erfüllung ihrer Aufgaben stehen der Fachkraft für Arbeitssicherheit und dem Betriebsarzt vor Ort die benannten Sicherheitsbeauftragten zur Verfügung.

3.1.2 Brandschutz

Für das Krankenhaus Bad Arolsen gibt es sowohl eine entsprechende Brandschutzordnung, Teil A, B, und C, Flucht- und Rettungswegpläne sowie Feuerwehrpläne. In diesen sind u. a. die Zugänge und Anfahrtswege zu dem Krankenhaus für die Feuerwehr beschrieben. Hierin enthalten sind ebenso Hinweise zu besonderen Gefahren, die Kennzeichnung und der Standort der Hilfseinrichtungen zur Brandbekämpfung und die Sammelplätze. Die Feuerwehrpläne sind entsprechend dem Muster des Amtes für den vorbeugenden Brandschutz des Landkreises Waldeck-Frankenberg ausgearbeitet und mit den örtlichen Feuerwehren sowie dem Brandschutzamt abgestimmt.

3.1.3 Umweltschutz

In der Umsetzung umfangreicher Maßnahmen zum Umweltschutz und zur Abfallwirtschaft sehen wir eine besondere gesellschaftliche Verantwortung. Die organisatorische Verantwortung obliegt dem Geschäftsführer. Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen ist ein Abfallbeauftragter bestellt. Als Umweltziel können hier die Einsparungen der Ressourcen wie Wasser und Energie genannt werden, aber auch die Abfallvermeidung und das Recycling. Hier sind entsprechende Sammelstellen eingerichtet worden. Im Rahmen der Beschaffung werden durch den Zentraleinkauf der GNH die Themen "geringer Schadstoffgehalt", "Abfallvermeidung" sowie "Recyclingfähigkeit" berücksichtigt.

3.1.4 Katastrophenschutz

Das Krankenhaus Bad Arolsen verfügt über einen Krankenhauseinsatzplan, der laufend den neuen gesetzlichen Änderungen angepasst wird. Verantwortlich für die Aktualisierung sind die Technischen Leiter und die Brandschutzbeauftragten. Spezielle Schulungen zu Themen des Krankenhauseinsatzplanes finden regelmäßig statt.

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Nichtmedizinische Notfallsituationen, wie Ausfall von Versorgungseinrichtungen sind im Krankenhauseinsatzplan geregelt. Seitens der Abteilung Technik besteht eine 24h-Bereitschaft, die auch an Sonn- und Feiertagen bei Ausfall der technischen Einrichtungen gerufen werden kann. Neben dem Technischen Leiter ist der jeweilige diensthabende Mitarbeiter der Technik Mitglied in der Krankenhauseinsatzleitung.

3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

In unserem Leitbild ist verankert, dass Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen, die sich uns anvertrauen, für uns oberste Priorität haben. Die Überwachung der Patientensicherheit liegt in der Zuständigkeit der Abteilungs- bzw. Stationsleitungen. Bei speziellem Personalbedarf erfolgt eine Information an den Verantwortlichen. Dieser prüft die Notwendigkeit und veranlasst entsprechende Maßnahmen. Unter bestimmten Umständen wird geprüft, ob Patienten in einen anderen Bereich/Station zur besseren Überwachung verlegt werden müssen. Handlungsorientierung für Mitarbeiter zur Aufsichtspflicht sind die gesetzlichen Richtlinien. Alle Maßnahmen im Rahmen der Arbeitssicherheit und die Überprüfung medizintechnischer Geräte dienen ebenfalls dem Schutz der Patienten.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Unser Notfallmanagement entspricht den aktuellen Standards der Fachgesellschaften. Alle Mitarbeiter des Krankenhauses sind über den Ablauf und das Vorgehen bei medizinischen Notfällen informiert. Die Abläufe und Verantwortlichkeiten sind im Qualitätsmanagementhandbuch hinterlegt. Die Alarmierung des Notfallteams erfolgt über die hausinterne Notfallrufnummer. Regelmäßige Notfallschulungen und Reanimationsfortbildungen aller relevanten Personengruppen sind Grundlage für die optimierte Notfallversorgung. Reanimationsschulungen sind als Pflichtschulungen für alle Mitarbeiter festgelegt.

3.2.3 Hygienemanagement

Die Aufgaben der Hygiene werden intern und mit externer Unterstützung organisiert. Im Hygienehandbuch sind alle hygienerelevanten Prozesse hinterlegt und stehen allen Mitarbeitern jederzeit online zur Verfügung. Durch die Hygienefachkraft werden regelmäßig in allen Bereichen dokumentierte Audits und Begehungen durchgeführt. Die Protokolle werden den Bereichen und der Krankenhausleitung zeitnah zur Verfügung gestellt. Zweimal jährlich finden Hygienekommissionssitzungen statt, in denen hygienerelevante Themen gemeinsam mit der Krankenhausleitung abgestimmt werden.

3.2.4 Hygienerelevante Daten

Es werden Statistiken über nosokomiale Infektionen innerhalb des QS-Med durchgeführt. Ein entsprechendes Verfahren zur Registrierung von gehäuft auftretenden Infektionen inklusive der Erfassung und Auswertung der Infektionserreger ist realisiert. Des Weiteren erfolgt die Erfassung einer Anwendungsrate von Dauerkathetern (Urinkatheter), Gefäßzugängen und Beatmungen. Dem werden die erfassten Infektionen gegenüber gestellt. Im Rahmen der regelmäßigen Hygienekommissionssitzungen werden die Ergebnisse interdisziplinär und interprofessionell besprochen und dokumentiert.

3.2.5 Infektionsmanagement

Im Vordergrund aller diesbezüglichen Aktivitäten stehen der Schutz von Mitarbeitern und Patienten, Besuchern und Angehörigen sowie die Vermeidung der Erreger- und Infektionsausbreitung. Die Planung zu den hygienesichernden Maßnahmen sieht eine regelmäßige Ist-Analyse, z.B. durch Abklatschuntersuchungen, vor. Bei hygienerelevanten Erfordernissen wird der Hygieneplan aktualisiert. Die Einhaltung der Hygienrichtlinien bezieht sich von der Aufnahme bis zur Entlassung des Patienten. Der Umgang mit infektiösen Patienten ist im Hygienehandbuch verbindlich geregelt. Das Krankenhaus Bad Arolsen nimmt an der Aktion "Saubere Hände" teil.

3.2.6 Arzneimittel

Die Arzneimittelversorgung erfolgt durch die Zentralapotheke im Klinikum Kassel. Grundlage der Arzneimittelversorgung ist die Arzneimittelliste. Diese wurde zentral durch die Apotheke und die Arzneimittelkommission erstellt. Die Überarbeitung (Aktualisierung) der Medikamentenliste erfolgt kontinuierlich. Die Verordnung von Arzneimitteln erfolgt ausschließlich auf ärztliche Anordnung. Regelmäßig erfolgen durch den Apotheker protokollierte Begehungen. Die Begehungsprotokolle werden dem Geschäftsführer, der Krankenpflegedirektion und den Beleg- und Chefärzten zur Verfügung gestellt.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Für das Krankenhaus Bad Arolsen sind Transfusionsverantwortliche Ärzte benannt. Für die Bereiche sind Transfusionsbeauftragte Ärzte benannt, die auch für die Einarbeitung neuer Ärzte in das Thema verantwortlich sind. Es finden regelmäßige Transfusionskommissionssitzungen statt. Die Aufgaben der Transfusionskommission sind z. B. die Überprüfung der Verbrauchszahlen und die Information und die Kommunikation neuer gesetzlicher Bestimmungen. Die Anwendung von Blut und Blutprodukten ist im Transfusionshandbuch verbindlich geregelt. Die Eigenblutbereitstellung erfolgt in Zusammenarbeit mit der Blutbank in Kassel. Der Umgang mit Fremdblut erfolgt gemäß dem Transfusionsgesetz. Die Umsetzung wird durch regelmäßige Audits durch den Transfusionsbeauftragten in Zusammenarbeit mit der Blutbank Kassel überprüft.

3.2.8 Medizinprodukte

Die MedBetreibV ist Grundlage für die Beschaffung, Verwaltung und Wartung von Medizinprodukten. Die Gesamtverantwortung für das geregelte Verfahren obliegt der Geschäftsführung. Alle Mitarbeiter erhalten vor Anwendung eines medizinischen Gerätes durch die Herstellerfirma oder durch die Gerätebeauftragten eine fachliche Einweisung. Die Instandhaltung und Neubeschaffung von energetisch angetriebenen Medizinprodukten wurde GNH-weit an ein externes Unternehmen übertragen.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Alle Bereiche des Krankenhauses sind an das KIS angeschlossen. Zeitlich uneingeschränkter Zugang hat jeder Mitarbeiter mit dem für seinen Bereich erteilten Zugangsrecht. Bei Störungen steht der Bereitschaftsdienst des Zentralbereiches Informationstechnologie zur Verfügung. Dieser ist über eine Zentrale Rufnummer (Hotline) erreichbar. Bei Einführung neuer Systeme werden die Mitarbeiter in den speziellen Bereichen eingewiesen und geschult. Eine EDV-gestützte Leistungsdokumentation liegt über die Auftrags- und Befunddokumentation (KIS) vor.

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Die hausinternen Regelungen zur Erfassung, Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten sind mit entsprechenden Regelungen zu den Verantwortlichkeiten dokumentiert festgelegt. Zur Verfolgung der Akten nach dem stationären Aufenthalt wurde die EDV-gestützte Fundortverwaltung etabliert. Alle Regelungen unterliegen dem Datenschutz. Die Integration von Vorbefunden und weiteren externen Befunden vor, während und nach dem stationären Aufenthalt ist Bestandteil der Behandlung.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Die Verfügbarkeit und der Zugriff auf die Patientendaten sind durch Systeme (MEDICO, Patientenkurve) mit Verantwortlichkeiten geregelt. Handzeichenlisten liegen in allen Bereichen vor. Zugriffsberechtigungen sind IT-gesteuert. Zugriffsmöglichkeiten für externe Dienstleister werden nur für den Bereich Verpflegung vorgehalten. Spezielle Software (z. B. Kodiersoftware, PACS oder externe QS) wird durch den Zentralbereich IT zur Verfügung gestellt.

4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung sind die Mitarbeiter und die jeweiligen Vorgesetzten der Krankenhausleitung gegenüber zur Weiterleitung von wesentlichen oder risikorelevanten Informationen verpflichtet (Besprechungsmatrix). Die KHL wird in den regelmäßigen Sitzungen durch die Abteilungsleiter bzw. die Bereichsleitungen der Zentralbereiche der GNH über relevante Daten, aktuelle Themen, Entscheidungsprozesse und Fragen zur Entwicklung informiert. Wesentliche Sachverhalte werden unmittelbar den Geschäftsführern vorgelegt und mit der Krankenhausleitung gemeinsam beraten. Bei medizinischen Angelegenheiten werden die ärztlichen Direktoren eingebunden.

4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

Die Informations- und Kommunikationsstruktur ist durch einheitliche Systeme und Prozessbeschreibungen mit klar definierten Verantwortlichkeiten geregelt. Für interne Besprechungen existiert eine Besprechungsmatrix. Die Weiterleitung von wichtigen Informationen an alle Mitarbeiter erfolgt per Mail, Intranet und Rundschreiben. Die Informationsweitergabe an Patienten und Angehörige ist durch Prozessbeschreibungen (inkl. Datenschutz, Einverständniserklärungen) geregelt. Zusätzliche Informationen werden durch Broschüren, Flyer und Internet zur Verfügung gestellt. Die externe Informationsweitergabe ist in Zusammenarbeit mit dem Zentralbereich Unternehmenskommunikation klar geregelt. Gezielte Informationsveranstaltungen werden Patienten, Angehörigen, Einweisern und Interessierten angeboten.

4.4.1 Organisation und Service

Zentrale Auskunftsstellen unserer Klinik sind die Rezeption und die Sekretariate der einzelnen Fachbereiche. Hier werden Auskünfte an Patienten, Angehörige und Besucher erteilt. Die Ausstattung der Informationen/Aufnahmen ist den Bedürfnissen angepasst, um allen Aufgaben gemäß den Prozessbeschreibungen gerecht zu werden. Hierzu gehört u.a. ein Raum für das vertrauliche Aufnahmegespräch, ausreichend Sitzmöglichkeiten in den Wartebereichen sowie die technische und die EDV-Ausstattung. Für die Bewältigung von auftretenden Stresssituationen werden den Mitarbeitern Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten angeboten.

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Die Regelungen zum Datenschutz obliegen der Krankenhausleitung bzw. dem Gesamtkonzern. Für die GNH wurde ein einheitliches Datenschutzkonzept erstellt. Die benannten Datenschutzbeauftragten der GNH stellen ein komplettes Datenschutzhandbuch zur Verfügung. Die Zugriffsmöglichkeiten für Mitarbeiter, Belegärzte und externe Dienstleister sind in Zusammenarbeit mit dem Zentralbereich Informationstechnologie geregelt.

5 Führung

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Die Visionen des Krankenhaus Bad Arolsen orientieren sich an der Zielsetzung, Strategie und Vision der GNH sowie an der gesamtunternehmerischen Zielsetzung der Holding. Im Wesentlichen besteht unser Auftrag in der Sicherstellung einer regionalen Gesundheitsversorgung unter kommunaler Trägerschaft. Durch qualitativ hochwertige medizinische und pflegerische Versorgung stellen wir uns dem Wettbewerb. Ein GNH-weites Leitbild war der erste Schritt im Gesamtprozess zum Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Ziel ist die Erarbeitung und Umsetzung vertrauensbildender- und fördernder Maßnahmen in allen Bereichen der GNH. Zuständig hierfür ist die oberste Konzernebene. Anhand des Unternehmensleitbildes wurden und werden Maßnahmen und Grundsätze im Bereich der Führung und Leitlinienentwicklung erarbeitet. Die Maßnahmen und Grundsätze werden flächendeckend durch breitangelegte Schulungen und Informationsveranstaltungen den Mitarbeitern vorgestellt. Ziel der Schulungen ist es, dass die Leitlinien durch aktives Verhalten umgesetzt werden. Die Führungsgrundsätze und Leitlinien werden kontinuierlich in einem multiprofessionellen Arbeitskreis erweitert und ergänzt. Durch diese Vorgehensweise sind Leitlinien und Führungsgrundsätze verbindlich und nachhaltig in allen Unternehmen der GNH implementiert. Im Rahmen der Karriereplanung wurde insbesondere für den ärztlichen Dienst das Projekt "Karriereplanung in der GNH" durchgeführt. Wesentliche Inhalte des Projektes sind eindeutige Fort- und Weiterbildungsregelungen, sowie finanzielle Unterstützung für Fortbildungsmaßnahmen. Anhand des Mitarbeiter-Gesprächsleitfadens wird für alle Berufsgruppen der Punkt "Persönliche berufliche Planung" gezielt abgefragt.

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Grundlage unserer Planung für die Bearbeitung von ethischen Problemstellungen ist das erarbeitete Konzernleitbild. Hier finden sich Aussagebereiche zu den Themen Ethik, Professionalität und Wirtschaftlichkeit. Gemeinsam mit dem in der GNH etablierten Ethikkomitee werden ethische Fragestellungen im klinischen Alltag behandelt. Es ist ein Beratungsgremium, in dem Mitarbeiter aus dem ärztlichen und pflegerischen Bereich sowie der Personalentwicklung, die Klinikseelsorge und ein externer Experte aus der Rechtswissenschaft vertreten sind. Die Aufgaben und Verantwortlichkeiten wurden in einer Satzung definiert. Das klinische Ethikkomitee wird für einen Einzelfall und oder Teambesprechung auf Anfrage auch für die Tochtergesellschaften tätig. Die Kontaktdaten sind im Intranet eingestellt und für alle Mitarbeiter zugänglich. Anfragen werden innerhalb von 24h bearbeitet. Die Aufgaben sind neben der ethischen Fallbesprechung auch Fort- und Weiterbildungsangebote anzubieten sowie das Erstellen von Handlungsempfehlungen. Die Vorbereitung und Durchführung der ethischen Fallbesprechung auf Station erfolgt in enger Abstimmung mit den Anfragenden und allen weiteren am Behandlungsprozess beteiligten Mitarbeiter.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Verantwortlich für die Festlegung der Strategie des Krankenhaus Bad Arolsen ist die Krankenhausleitung, bestehend aus Geschäftsführer, Ärztlichem Direktor und der Pflegedirektorin in Abstimmung mit dem Vorstand und dem Zentralbereich Unternehmensentwicklung der GNH. GNH-weit ist ein Medizinisches Konzept etabliert, in dem die Grundlagen der Zusammenarbeit zwischen den Kliniken definiert wurden und das medizinische Leistungsspektrum des Krankenhaus Bad Arolsen und der anderen GNH-Krankenhäuser festgelegt wurde. Die Weiterentwicklung des medizinischen Leistungsspektrums wird mindestens einmal jährlich zur Vorbereitung auf die Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen überprüft und bearbeitet. Darüber hinaus werden jederzeit Projekte zur Erweiterung des Behandlungsspektrums durchgeführt.

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Als kommunaler Krankenträger sehen wir neben der ambulanten und stationären Krankenversorgung unsere gesellschaftliche Verantwortung in den nachfolgenden Bereichen.

Ärztliche Fortbildung in den Bereichen Chirurgie, Innere und Anästhesie

Fortbildung durch das Zentrum für Notfallmedizin am Krankenhaus Bad Arolsen

* Reanimationsfortbildungen für Ärzte und Pflegekräfte

* Schockraummanagement

* Traumamanagement

* Kurs "Zusatzweiterbildung Notfallmedizin"

Ausbildung in mehreren Berufen

* Gesundheits- und KrankenpflegerInnen (an das Haus angeschlossene Krankenpflegeschule)

* Operationstechnische Assistenten

* OP Pflege

* Fachausbildung Anästhesie und Intensivpflege

* Fachausbildung OP

* Medizinische Fachangestellte

Bereitstellung von Plätzen für Praktika

* Jahrespraktika in der Pflege und im technischen Dienst

* Schulpraktika

Für die Schüler der ortsansässigen Schulen wird jährlich ein umfangreiches Informations- und Kennenlernprogramm angeboten.

Die regionalen Kindergärten besuchen mehrmals jährlich das Krankenhaus Bad Arolsen, um bereits in der frühkindlichen Erziehung über den richtigen Umgang mit Krankheiten, Gesunde Ernährung und Präventionssport, zu informieren und zu begeistern.

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Die Grundlage der Organisationsstruktur des Krankenhauses bildet das hessische Krankenhausgesetz.

Darauf aufbauend hat der Aufsichtsrat der GNH Geschäftsordnungen für den Vorstand der GNH und die einzelnen Unternehmen beschlossen. Hier sind die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten innerhalb unseres Unternehmens definiert. Der Vorstand der GNH hat ein Organisationshandbuch erstellt, in welchem die Zuständigkeiten der einzelnen Zentralbereiche definiert wurden.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Für die Geschäftsführung gilt die für die Gesundheit Nordhessen erlassene Geschäftsordnung für Vorstand und Geschäftsführungen. Für die Hygiene- und die Transfusionskommission sowie den Arbeitssicherheitsausschuss existieren separate Geschäftsordnungen. Leitende Mitarbeiter erhalten die Geschäftsordnungen bei Aufnahme der Tätigkeit ausgehändigt. Die Kompetenzen und Zuständigkeiten sind in den Geschäftsordnungen eindeutig geregelt. Das Besprechungs- und Informationsmanagement ist im den Strategieentwicklungsprozess als wesentlicher Punkt fixiert. Daraus resultiert der Aufbau einer Besprechungsmatrix und die Erstellung einer entsprechenden Prozessbeschreibung. Die Sitzungen der Leitungsgremien sind in das Besprechungsmanagement mit eingebunden. Das Besprechungsmanagement und die Informationsverläufe sind transparent.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

Strategische Entwicklungen werden in den Krankenhausleitungssitzungen besprochen. Dabei geht die Initiative für Veränderungen sowohl vom ärztlichen Dienst als auch vom Pflegedienst und der Geschäftsführung aus. Die strategischen Entwicklungen werden innerhalb der Gesamtentwicklung der Gesundheit Nordhessen Holding abgestimmt. Die operative Umsetzung von Veränderungsmaßnahmen erfolgt je nach Zuständigkeit durch den ärztlichen Dienst, den Pflegedienst und den Geschäftsführer. Regelmäßige interdisziplinäre Besprechungen gehören zum Arbeitsalltag. Zur Gewinnung von Veränderungsvorschlägen von Mitarbeitern wurde ein Ideenmanagement etabliert.

5.4.1 Externe Kommunikation

Der gesamte Bereich Marketing und Öffentlichkeitsarbeit wird durch den Zentralbereich Unternehmenskommunikation gesteuert und durchgeführt. So ist die Öffentlichkeitsarbeit in den strategischen Zielsetzungen direkt mit dem Vorstand abgestimmt. Jahrespläne, Ziele, Kennzahlen, Budgets etc. werden zwischen ZB und Vorstand abgestimmt. Die Regelungen zum Umgang mit der Presse und öffentlichen Einrichtungen sind im Organisationshandbuch der GNH zu finden.

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Zum Aufbau einer Fehlerkultur und zum Abbau von Risiken wurde ein Risikomanagementsystem als Führungsinstrument aufgebaut.

Die Zielsetzung des Risikomanagements (Risiken identifizieren, analysieren, bewerten, steuern und überwachen) sowie die Verantwortlichkeiten sind im Rahmenkonzept zum Risikomanagement der GNH festgelegt.

Das Risikomanagement in der GNH untergliedert sich in finanzielles und klinisches Risikomanagement

Finanzielles Risikomanagement:
Das finanzielle Risikomanagement obliegt der Stabstelle Innenrevision, die für den gesamten Konzern das Liquiditätsmanagement durchführt und bei Auffälligkeiten informiert und ggf. zielgerichtete Maßnahmen einleitet. Dabei sind die wesentlichen Risikobereiche anzusprechen, die von ihr getroffenen Maßnahmen zu Risikobeherrschung zu benennen und Aussagen zu treffen, ob das Unternehmen im Berichtszeitraum und in der Zukunft von bestandsgefährdenden Risiken bedroht ist. Über die unterjährige Gewinn- und Verlustrechnung sowohl des Krankenhaus Bad Arolsen, als auch über andere Tochtergesellschaften und den Gesamtkonzern, erhält die GF über den ZB Finanzen und ZB Controlling einen monatlichen Bericht. Auf der Basis des Controllingberichtes finden vierteljährlich Gespräche mit allen Ergebnisverantwortlichen statt.

Klinisches Risikomanagement:

Sicherheitsprobleme können in vielen Bereichen medizinischer und pflegerischer Behandlung auftreten.

Anders wie bei dem Finanziellem Risikomanagement erfolgt die Abfrage der klinischen Risiken über die definierten Meldekreise. Die Einschätzung der Risiken im klinischen Bereich fokussiert sich auf 4 Kategorien:

* Mögliche Diagnostische Fehler (z. B. Fehler oder Verzögerungen bei der Diagnosestellung, bei der Durchführung von Untersuchungsverfahren, bei der Auswertung von Untersuchungs- oder Testergebnissen)

* Mögliche Behandlungsfehler (z. B. Fehler oder Verzögerungen bei der Durchführung von Eingriffen, der Behandlung, der Medikamententherapie)

* mögliche Fehler bei der Prävention (z.B. fehlende oder fehlerhafte vorbeugende Behandlung, unzureichende Nachbeobachtung einer Behandlung)

* Sonstige Fehler (z.B. Fehler bei der Kommunikation, Geräteversagen, Dokumentationsfehler)

Zusätzlich erfolgt eine Kontrolle durch die externe QS, sowie durch die Überwachung der Letalitätsraten in den einzelnen Fachgebieten. Im Rahmen der Führungskräfteentwicklung wurde für den gesamten Konzern in den Leitlinien das Ziel einer positiven Fehlerkultur mit aufgenommen. CIRS ist etabliert. CIRS-Manual liegt allen MA vor und ist Bestandteil des QMH. In diesem Manual sind die Verantwortlichkeiten und der Umgang mit eingehenden Meldungen klar geregelt.

6 Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation

Für die Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems werden anerkannte Methoden, Verfahren und Vorgehensweisen genutzt. Die Umsetzungsverantwortung erfolgt Top-Down; die Weiterentwicklung des Systems Bottom-Up. So ist gewährleistet, dass alle Leitungsebenen und Mitarbeiter in das Qualitätsmanagementsystem einbezogen werden. Die Qualitätsmanagementbeauftragte ist direkt der Geschäftsführung unterstellt. Die Verantwortlichkeit der Qualitätsmanagementbeauftragten ist in einer Aufgabenbeschreibung geregelt. In dem regelmäßig stattfindenden QM-Forum werden GNH-weit Informationen und Ergebnisse der einzelnen Standorte ausgetauscht.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Die Definition klinikspezifischer Prozesse von Kern-, Führungs- und Stützprozessen ist in einer klinikeigenen Prozesslandkarte dokumentiert. Um Kundenanforderungen zu erfüllen wurden alle dokumentierten Prozesse den Anforderungen angepasst. Die Verantwortlichkeiten sind dokumentiert geregelt. Die Planung, Definition und Gestaltung der Prozesse obliegt den Prozessverantwortlichen. Die Schnittstellenbearbeitung ist fester Bestandteil der Prozessarbeit. Für eine optimale Prozessarbeit wurde eine Kennzahlenmatrix etabliert. Alle aufgeführten Kennzahlen wurden im Vorfeld einer Prüfung auf ihren Nutzen unterzogen. Die abteilungsübergreifende Organisation und die Verantwortlichkeiten sind dokumentiert geregelt und/oder werden entsprechend festgelegt.

6.2.1 Patientenbefragung

Patientenbefragungen sind ein wesentliches Qualitätsmanagement-Instrument und werden im Krankenhaus Bad Arolsen eingesetzt. Im Rahmen der Kundenorientierung sehen wir wissenschaftlich gestützte Befragungen als Mittel, die Bedürfnisse von Patienten, Einweisern und Mitarbeitern zu erfahren und die Erkenntnisse daraus als Verbesserungspotential zu nutzen. Des Weiteren wird eine kontinuierliche Patientenbefragung durchgeführt, die entweder an die Patientenführsprecher oder an die Beschwerdebeauftragte weitergeleitet wird.

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Die Befragung der Einweiser ist im Befragungskonzept berücksichtigt und wurde in 2014 durchgeführt, dabei wurden die Interessen der Einweiser im Fragebogen beachtet. Die Befragungen von Kooperationspartnern erfolgt im persönlichen Gespräch anlassbezogen.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Mitarbeiterbefragungen sind ein wesentliches Qualitätsmanagement-Instrument und werden im Krankenhaus Bad Arolsen eingesetzt. Der Betriebsrat wird von Beginn an in die Planung einbezogen. Die Anonymität der Mitarbeiter wird dabei insbesondere durch die Beauftragung eines externen Befragungsinstitutes gewährleistet. Zudem werden die Fragebögen in verschlossenen Umschlägen zurückgegeben und durch den Betriebsrat direkt an das Befragungsinstitut weitergeleitet. Der Datenschutzbeauftragte der GNH ist ebenfalls in die Vorbereitungen integriert.

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Im Krankenhaus Bad Arolsen existiert ein umfassendes Konzept zum Beschwerdemanagement für Patienten und Angehörige (beschriebener Prozess, benannte Beschwerdebeauftragte). Dieses Konzept unterliegt einer ständigen Weiterentwicklung und wird in allen Gesellschaften der GNH unter dem Namen IMPULS vorgehalten. Ansprechpartner für externe Dienstleister und Partner sind in erster Anlaufstation die Leitungen der Bereiche. Weitere Anlaufpunkte für Beschwerden ist die Krankenhausleitung. Für das Krankenhaus Bad Arolsen gibt es Patientenführsprecher mit festgelegten Präsenztagen und Zeiten. Bei der Erstellung neuer Konzepte fließen die Informationen aus dem Beschwerdemanagement zum Thema Patientenzufriedenheit, Patientenwünsche ein.

6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Der Prozess ist für das Krankenhaus Bad Arolsen in einer Prozessbeschreibung definiert. Die Krankenhausleitung trägt die Verantwortung, dass die Daten erhoben und analysiert werden. Zur Erhebung und Analyse sind entsprechende Zuständigkeiten festgelegt. Das Krankenhaus Bad Arolsen nimmt freiwillig an der Totalerhebung der Dekubiti als pflegerischer Qualitätsindikator direkt über das Programm QS-Med teil. Die Erfassung weiterer Qualitätsindikatoren zur diagnose- und operationsbezogenen Letalität erfolgt monatlich über das IQM. Dabei wird jedem Bereich eine Übersicht der verstorbenen Patienten zur Analyse bereitgestellt. Jeder unerwartet gestorbene Patient wird in einer Mortalität- und Morbiditätskonferenz besprochen. Die Obduktionsrate wird durch die Pathologie ausgewertet.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung und damit auch die Nutzung qualitätsrelevanter Daten ist integraler Bestandteil des Qualitätsmanagements. Die Gewährleistung der Validität der erhobenen Daten obliegt den Krankenhaus- und Belegärzten der Fachabteilungen und der Geschäftsführung. Die Daten werden durch die behandelnden Ärzte (bzw. Pflegekräfte) eingegeben. Zusätzlich erfolgen eine interne halbjährliche Auswertung der QGH-Ergebnisse und die Übermittlung an die Chefärzte/Belegärzte durch die Stabstelle Qualitätsmanagement und Organisation der GNH. Ergebnisse zu den Qualitätsindikatoren im Rahmen der IQM (Initiative Qualitätsmedizin) werden mindestens jährlich an die Chefärzte/Belegärzte übermittelt, in den Fachgruppen diskutiert und auf der Homepage veröffentlicht.