

**Gesundheit**  
Nordhessen  
Krankenhaus Bad Arolsen



**Gesundheit**  
Nordhessen  
Kreisklinik Wolfhagen

**Gesundheit**  
Nordhessen  
Kreisklinik Hofgeismar

Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen

## KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

<b>Krankenhaus:</b>	Kreiskliniken Kassel GmbH	Krankenhaus Bad Arolsen GmbH
	Wolfhagen	Hofgeismar
<b>Institutionskennzeichen:</b>	260660862	260620669
<b>Anschrift:</b>	Am kleinen Ofenberg 1 34466 Wolfhagen	Liebenauer Str. 1 34369 Hofgeismar Große Allee 50 34454 Bad Arolsen

**Ist zertifiziert nach KTQ<sup>®</sup>**  
**mit der Zertifikatnummer:** 2019-0006 KHVB  
**durch die von der KTQ-GmbH**  
**zugelassene Zertifizierungsstelle:** SAMA Cert GmbH, Stuttgart

**Gültig vom:** 05.04.2019  
**bis:** 04.04.2022

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b>	<b>5</b>
<b>Die KTQ-Kategorien</b>	<b>7</b>
1. Patientenorientierung	8
2. Mitarbeiterorientierung	12
3. Sicherheit - Risikomanagement	14
4. Informations- und Kommunikationswesen	18
5. Unternehmensführung	19
6. Qualitätsmanagement	22

## 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.

Im Beirat der KTQ® sind 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,
- Sicherheit - Risikomanagement,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Unternehmensführung 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.

Während 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.

Dieser KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 55 Kriterien des KTQ-Kataloges Version 2015.

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 die Kreiskliniken Kassel GmbH und das Krankenhaus Bad Arolsen GmbH 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 vermitteln.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter [www.ktq.de](http://www.ktq.de) abrufbar.

**Dr. med. G. Jonitz**

Für die Bundesärztekammer

**Dr. med. B. Metzinger, MPH**

Für die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

**F. Wagner**

Für den Deutschen Pflegerat

## Vorwort der Einrichtung

Die Gesundheit Nordhessen Holding AG ist der führende regionale Krankenhaus-Verbund. Neben anderen Sozialeinrichtungen repräsentieren wir sechs Akut-Krankenhäuser. Im Sinne einer integrierten Gesundheitsversorgung gehören zu unserem umfassenden Leistungsspektrum ambulante, teilstationäre und stationäre Akut-Behandlung sowie Rehabilitation\*. Wir bieten den Menschen, die sich uns anvertrauen damit umfassende Gesundheitsdienstleistung in allen Fachgebieten auf höchstem medizinischem und pflegerischem Niveau vom Haus der Maximalversorgung bis zum Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung. Unser Leistungsangebot unterliegt einem hohen Qualitätsanspruch.

Zum Bereich der Grund- und Regelversorgung stehen folgende Einrichtungen:

Das Krankenhaus Bad Arolsen bietet 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.



Die Kreiskliniken Kassel sichern mit rund 200 Betten die stationäre medizinische Versorgung der Bevölkerung im Landkreis Kassel sowie der näheren Umgebung. Unser Ziel ist es dabei, den Patienten beste medizinische Qualität, eine liebevolle Pflege und ein angenehmes, persönliches Ambiente zu bieten. Mit unseren zwei Standorten in Hofgeismar und Wolfhagen gewährleisten wir jährlich für 10.000 Patienten eine wohnortnahe Versorgung.



„Gesundheit ist ein hohes Gut, das uns für beschränkte Zeit gegeben ist. Im Krankenhaus Bad Arolsen und in den Kreiskliniken Kassel sind wir bestrebt, pfleglich damit umzugehen“

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 genauso 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.

\* Nicht Teil dieser KTQ Zertifizierung

# Die KTQ-Kategorien

## 1. Patientenorientierung

### 1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Die Information der Patienten und Angehörigen zur Aufnahmeplanung erfolgt über die Fachärzte und die Sekretariate der Fachbereiche. Den Patienten und Angehörigen steht aktuelles Informationsmaterial allgemein und fachbereichsbezogen vor Ort oder über eine aktuelle Website zur Verfügung. Die Vorbereitung der Aufnahme (fachbezogen, Notaufnahme, elektiv) ist über Prozessbeschreibungen mit dokumentierten Verantwortlichkeiten geregelt. Die Abstimmung mit einweisenden Ärzten erfolgt schriftlich und/oder in persönlicher Absprache über die Fachärzte der Klinik. Die Umsetzung der Aufnahmeplanung erfolgt in Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst und der Pflege. Die Belegungspläne werden täglich aktualisiert, freie Aufnahmekapazitäten weitergegeben. Die Aufnahmekapazität der Intensivseinheiten wird in gemeinsamer Zusammenarbeit mit der Leitstelle abgesprochen.

### 1.1.2 Leitlinien und Standards

Der ärztliche und pflegerische Dienst orientiert sich in seiner Tätigkeit an den jeweils gültigen Leitlinien der Fachgesellschaften. Ziel ist die Entscheidung zur Durchführung einer patientenorientierten medizinischen Behandlung auf Grundlage nachgewiesener Wirksamkeit. Die Leitlinienarbeit liegt im Verantwortungsbereich der leitenden Ärzte und des ZB Pflege und Patientenservice. Diese sind zuständig für die Aktualisierung der jeweilig geltenden Leitlinien der Gesundheit Nordhessen Holding AG (GNH), der Standards und Prozessbeschreibungen. Ziele zur Einführung von SOP's (Standard Operating Procedure), Prozessbeschreibungen und GNH-Leitlinien sind GNH weit definiert. Vorgaben zum Vorgehen der Aktualisierung und des einheitlichen Layout mit Festlegung der Verantwortlichkeit sind dokumentiert festgelegt.

### 1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten .

Die Ziele zur Wahrung der Patientenrechte sind im Leitbild der Gesundheit Nordhessen Holding (GNH) beschrieben. Patientenführsprecher sind von den Krankenhausleitungen benannt. Für ethische Fragestellungen steht ein GNH-weites Ethikkomitee zur Verfügung.

Die Bereitstellung von Informationsmaterial für Patienten und Angehörige (auch fremdsprachig) wird in Zusammenarbeit mit allen Kliniken der Gesundheit Nordhessen Holding umgesetzt. Für weitere fachbezogene Informationen steht qualifiziertes Personal in allen Bereichen zur Verfügung. Weitere Informationen stehen über die Webseite: [www.gesundheit-nordhessen.de](http://www.gesundheit-nordhessen.de) zur Verfügung.



#### *1.1.4 Ernährung und Service*

Die Ausstattung der Patientenzimmer ist freundlich und überwiegend behindertengerecht. Zeitungen werden den Patienten, Angehörigen, Besuchern und Interessierten über die Information/Aufnahme außerhalb der Öffnungszeiten und über die Cafeterien angeboten. Kostenloses TV steht zur Verfügung. Spezifische Räumlichkeiten für Patienten, Angehörige und Besucher (Aufenthaltsräume, Besprechungsräume) werden vorgehalten.

Die Planungen der Sauberkeit und der Hygiene unterliegen den gesetzlichen und den hauseigenen Vorgaben. Gut ausgebildetes Personal sorgt für die Einhaltung der Vorgaben zur Hygiene. Für die Begleitung von Patienten und Angehörigen stehen die MA zur Verfügung. Kulturelle und religiöse Bedürfnisse der Patienten werden individuell berücksichtigt.

#### *1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung*

Der Prozess der Aufnahme, einschließlich der Notfallaufnahme, ist für die aufnehmenden Abteilungen interdisziplinär und fachspezifisch mit entsprechenden Verantwortlichkeiten dokumentiert geregelt. Für die Fachbereiche sind Ambulanzen mit entsprechenden Öffnungszeiten vor Ort etabliert. Notaufnahmeeinheiten sind etabliert. Die Aufnahmebereitschaft wird anhand der aktuellen Belegung gewährleistet. Die Planungen medizinischer und pflegerischer Ziele und Zeitziele ist GNH-weit und hausintern geregelt. Die Planungen zu Ersteinschätzung, Diagnostik und ersten therapeutischen Maßnahmen obliegen den Mitarbeiterinnen des ärztlichen- und pflegerischen Dienstes.

#### *1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung*

Die Versorgung der Patienten ist im Notfall im Rahmen der 24h-Bereitschaft der Mitarbeiter der Klinik, der Ambulanzen/Praxisöffnungszeiten bzw. Dienstbereitschaften koordiniert und organisiert. Die Versorgung der ambulanten Patienten im Versorgungsbereich der Hauptabteilungen wird während der normalen Dienstzeiten (Sprechstundenzeiten) durch das Ambulanzpersonal organisiert. Außerhalb dieser Zeiten wird die Versorgung durch die zentralen Notaufnahmen koordiniert. Die Versorgung der Patienten der Notaufnahmeeinheiten ist durch einheitliche dokumentierte Vorgaben (Notaufnahmehandbuch, Prozessbeschreibungen) verbindlich geregelt.

#### *1.3.2 Ambulante Operationen*

Die Durchführung ambulanter Operationen ist durch den ärztlichen Dienst und die Facharztambulanzen geregelt organisiert. Qualifizierte ärztliche und pflegerische Mitarbeiter stehen den Patienten durch festgesetzte Arbeitszeiten und geregelte Bereitschaftsdienste zur Verfügung. Die Qualifikation entspricht in den Bereichen den notwendigen Anforderungen. Zusätzliche Qualifikationen werden den Mitarbeitern durch Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten angeboten. Die Terminierung der Weiterversorgung und die Informationsweiterleitung an Hausärzte und/oder Pflegeeinrichtungen werden durch den zuständigen Arzt und die Fachambulanzen gewährleistet.

#### *1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung*

Die Planung zur Koordinierung der Behandlung obliegt dem ärztlichen und pflegerischen Personal. Bei der Aufnahme des Patienten wird eine umfassende Informationserhebung zur Anamnese erstellt. 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. Die Information des Patienten/Angehörigen zur Behandlungsplanung und Diagnostik erfolgt über den ärztlichen Dienst. Umfangreiches Informationsmaterial wird dem Patienten oder den Angehörigen zur Verfügung gestellt

#### *1.4.2 Therapeutische Prozesse*

Die Planung der therapeutischen Angebote und deren Organisation liegt im Verantwortungsbereich der Krankenhausleitung und dem Gesamtkonzern. Es besteht eine diagnosebezogene Therapieplanung, die sich an den regelmäßig aktualisierten internen und externen Leitlinien und Standards orientiert. Die Mitarbeiter haben Zugang zu den Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften (Online-Datenbank, Intranet). Jeder Mitarbeiter hat weiter die Möglichkeiten Informationen zu bestimmten Fragestellungen über die Dienstleister einzuholen. Der Einsatz von Aufklärungsmaterialien ist gemäß den gesetzlichen Vorgaben klar geregelt. Haus-eigene 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.

Die Planung der Qualifikation der Mitarbeiter obliegt dem Vorgesetzten in Zusammenarbeit mit der Personalabteilung und dem Zentralbereich Bildung und Personalentwicklung.

#### *1.4.3 Operative Prozesse*

Die prae- und postoperative Versorgung ist geregelt. Die Indikationsstellung zu operativen Eingriffen liegt im Verantwortungsbereich des Facharztes. Leitlinien, Prozessbeschreibungen, Standards und Checklisten liegen zum gesamten operativen Prozess in aktueller Version vor. Die Planung der operativen und anästhesiologischen Versorgung ist durch dokumentierte Arbeitsabläufe mit Festlegung der Verantwortlichkeiten standardisiert geregelt. Die Anpassung der operativen und anästhesiologischen Versorgung erfolgt nach wissenschaftlichen Standards und obliegt den Fachärzten der Anästhesie. Die Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit zur Prävention von Eingriffsverwechslungen sind umgesetzt.

#### *1.4.4 Visite*

Der Ablauf der Visiten ist verbindlich geregelt und wird von den Beteiligten umgesetzt. Die Visite ist ein wichtiger Bestandteil des Behandlungsprozesses und erfolgt täglich. Ziel ist die Durchführung der Visiten gemeinsam mit den am Behandlungsprozess beteiligten Personen. Die dafür erforderlichen Personalressourcen werden von der Krankenhausleitung bereitgestellt. Die Durchführung erfolgt gemeinsam mit Arzt und Pflegekraft.

### *1.5.1 Entlassungsprozess*

Es erfolgt eine geregelte, dokumentierte Organisation und Steuerung zur Entlassung mit Festlegung der Verantwortlichkeiten. Die Qualifikation der Mitarbeiter wird durch regelmäßige Fort- und Weiterbildung gewährleistet. Eine einheitliche Dokumentation der Patientenversorgung ist etabliert. Die Integration der Sozialdienste und Case-Manager ist Bestandteil des Entlassungsprozesses. Die Umsetzung der gesetzl. geforderten Strukturen des Rahmenvertrag nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V erfolgt. Die Anpassung der Dokumentation zum Entlassungsprozess wurde aktualisiert. Darunter fallen die Weiterversorgung mit Medikamenten und die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln. Protokollierte Abschlussgespräche und Kommunikation mit weiterver sorgenden Einrichtungen, niedergelassenen Ärzten und Einweisern sind Bestandteil des Entlassungsprozesses.

### *1.6.2 Umgang mit Verstorbenen*

Die Berücksichtigung persönlicher, kultureller und religiöser Wünsche von verstorbenen Patienten und Angehörigen werden soweit möglich umgesetzt. Angehörigen wird die Möglichkeit des persönlichen Abschiedes in entsprechender Atmosphäre gegeben. Mit dem "Trauerflyer - An was muss ich denken " - werden Angehörige zusätzlich unterstützt.

#### *1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung*

Die Würde des Menschen steht im Vordergrund aller Maßnahmen. 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.

## 2. Mitarbeiterorientierung

### 2.1.1 Personalbedarf

Neben der Leistungsplanung ist der Personalplan 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. Der Personalbedarf wird durch die Geschäftsführer, die Pflegedirektorin und Pflegedienstleitung und die Ärztlichen Direktoren innerhalb der Krankenhausleitungssitzungen besprochen und festgelegt. Diese besprechen die Veränderungen mit den Abteilungsleitungen. Der Betriebsrat wird bei jeder Art von Personalveränderungen/Prozessveränderungen durch das bestehende Mitbestimmungsrecht einbezogen.

### 2.1.2 Personalentwicklung

Im Konzernleitbild ist die systematische Personalentwicklung ein wesentliches Anliegen im Bezug auf die Mitarbeiter-Orientierung. 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, bzw. die Verantwortlichkeiten klarer definiert. 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).

### 2.1.3 Einarbeitung

Es sind sowohl allgemeine wie auch spezifische Einarbeitungs-Konzepte, die die Besonderheiten der jeweiligen Berufsgruppen/Abteilungen berücksichtigen, etabliert. Die Verantwortlichkeiten sind geregelt. Die Einarbeitungs-Konzepte sind für alle Mitarbeiter einsehbar und werden bei Einstellung ausgehändigt. Für die Einarbeitung im ärztlichen Dienst sind die jeweiligen Chefärzte verantwortlich. Angebote für Sprachkurse stehen den Mitarbeitern zur Verfügung. Es erfolgt eine Veranstaltung: "Willkommen in der GNH". Zugriffsberechtigungen für Krankenhausinformationssystem werden erteilt. Ausreichendes Informationsmaterial steht neuen Mitarbeiter und Betreuern zur Verfügung. Die Betreuung und Begleitung neuer Mitarbeiter während der Einarbeitung übernehmen Abteilungsleitungen, Praxisanleiter und Mentoren. Die Vorstellung in der Klinik wird anhand eines Laufbogens durchgeführt. Die Durchführung regelmäßiger Mitarbeitergespräche erfolgt standardisiert durch Stations- und Abteilungsleitungen mit Weiterleitung an nachfolgende Leitungsebene und an die Personalabteilung.

#### *2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung*

Die Koordination der Praxiseinsätze organisiert die Krankenpflegeschule. In der Praxis werden die Schüler einer PraxisanleiterIn/MentorIn über einen längeren Zeitraum zugeordnet, so dass 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. Die Weiterbildung zu Praxisanleitern erfolgt kontinuierlich innerhalb der GNH. Des Weiteren erfolgt ebenso eine Anleitung durch einen Lehrer für Pflegeberufe der Krankenpflegeschule.

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, leitende Pflegekräfte Experten für spezielle Pflege sowie Refresherkurse, Weiterbildung Praxisanleiter oder Qualitätsmanagementbeauftragte 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 der Ärztekammer.

#### *2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance*

Der Umgang mit Arbeits- und Dienstzeit und erfolgt anhand des Arbeitszeitgesetzes und den tarifvertraglichen Regelungen, Dokumentationsinstrument ist das Dienstplanprogramm. Die Urlaubsplanung erfolgt bereichsbezogen und geht auf Mitarbeiterwünsche ein und werden in der Dienstplanung berücksichtigt.

Zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie wird u.a. durch verschiedene Arbeitszeitmodelle und bei der Pflege von Angehörigen umgesetzt.

Die Umsetzung des Gleichstellungsgesetzes ist in einer Betriebsvereinbarung geregelt.

#### *2.1.6 Ideenmanagement*

Es existiert ein geregeltes 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. Die Beurteilung der Mitarbeiterideen erfolgt in einer interdisziplinär zusammengesetzten Arbeitsgruppe innerhalb der GNH, welche die eingehenden Ideen bewertet. Je nach Bewertung erfolgen eine Prämierung der eingereichten Ideen und die Umsetzung. Jeder Mitarbeiter erhält bei einer eingereichten Idee ein Präsent.

### 3. Sicherheit - Risikomanagement

#### 3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements

Für die GNH ist ein Rahmenkonzept zum Risikomanagement erstellt und umgesetzt. Das Risikomanagementsystem ist als Führungsinstrument etabliert. Es umfasst die Risikoerfassung, die Risikoanalyse und die Bewertung der Risiken. Die Regelung der Zuständigkeiten, Dokumentation und das Berichtswesen sind Bestandteil des Rahmenkonzeptes. Ein qualifizierter Risikomanager ist benannt.

Zur Etablierung einer Fehler- und Sicherheitskultur stehen folgende Systeme und Instrumente bei der Umsetzung zur Verfügung:

- CIRS, (ebenso die Aufnahme von ext. CIRS-Berichten mit Informationen an hauseigene Personen und /oder Abteilungen)
- Teilnahme an krankenhausübergreifendem Meldesystem
- Durchführung von Risikoaudits
- Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen
- Fallanalysen nach kritischen Ereignissen
- Beschwerdemanagement
- Mitarbeiterbefragung mit Teilaspekten zur Sicherheit
- Analyse kritischer Versorgungsbereiche (OP- Checkliste, elektronisches Management, Aufnahme/ Ambulanzversorgung, usw.)

Im Umgang mit Behandlungsfehlervorwürfen und Schadenfällen besteht eine geregelte Zusammenarbeit mit dem Zentralbereich Personal und Recht, mit jährlichem Informationsaustausch. Der Umgang mit Versicherungsträgern und den entsprechenden Verantwortlichkeiten ist geregelt.

#### 3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung

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. Die Maßnahmen im Rahmen der Arbeitssicherheit und die Überprüfung medizintechnischer Geräte dienen dem Schutz der Patienten und werden umgesetzt.

#### 3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement

Für hausinterne medizinische Notfälle sind Abläufe und Verantwortlichkeiten in Prozessbeschreibungen hinterlegt. Die Notfallausrüstungen der Abteilungen/Stationen sind standardisiert. Notfallkoffer, Defibrillatoren, Notfallwagen sind in den Bereichen verfügbar. Die Alarmierung des Notfallteams erfolgt über einheitliche Notfallrufnummern.

Regelmäßige Notfallschulungen und Reanimationsfortbildungen aller relevanten Personengruppen sind Grundlage für die optimierte Notfallversorgung. Reanimationsschulungen sind als Pflichtschulungen für alle Mitarbeiter festgelegt.

### *3.1.4 Organisation der Hygiene*

Die Aufgaben der Hygiene werden intern und mit externer Unterstützung organisiert. Im Hygienehandbuch sind alle hygienerlevanten Prozesse hinterlegt und stehen jedem Mitarbeiter 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 hygienerrelevante Themen gemeinsam mit der Krankenhausleitung abgestimmt werden. Ein Krankenhaushygieniker ist angestellt.

### *3.1.5 Hygienerrelevante Daten, Infektionsmanagement*

Es werden Statistiken über nosokomiale Infektionen innerhalb des QS-Med (externe Qualitätssicherung) 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 Vordergrund aller diesbezüglichen Aktivitäten stehen der Schutz von Mitarbeitern und Mitpatienten, Besuchern und Angehörigen sowie die Vermeidung der Erreger- und Infektionsausbreitung. Die Planung zu den hygiesichernden Maßnahmen sieht eine regelmäßige Ist-Analyse, z.B. durch Abklatschuntersuchungen, vor. Bei hygienerlevanten Erfordernissen wird der Hygieneplan aktualisiert. Die Einhaltung der Hygienerichtlinien bezieht sich von der Aufnahme bis zur Entlassung des Patienten.

### *3.1.6 Arzneimittel*

Die Arzneimittelversorgung erfolgt durch die Zentralapotheke der Gesundheit-Nordhessen-Holding. Grundlage der Arzneimittelversorgung ist die Arzneimittelliste. Diese wurde zentral durch die Apotheke und die Arzneimittelkommission erstellt. Die Überarbeitung (Aktualisierung) der Medikamentenliste erfolgt in den Arzneimittelkommissionssitzungen (4x jährlich). Die Verordnung von Arzneimitteln erfolgt ausschließlich auf ärztliche Anordnung. Der Umgang mit Betäubungsmitteln ist einheitlich geregelt. Die Lagerung und der Zugang zu Betäubungsmitteln sind anhand der gesetzlichen Vorschriften geregelt.

### *3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin*

Transfusionsverantwortliche Ärzte und Transfusionsbeauftragte Ärzte sind benannt. Es finden regelmäßige Transfusionskommissionssitzungen statt. Die Aufgaben der Transfusionskommission sind z.B. die Überprüfung der Verbrauchszahlen, 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. Regelmäßige Schulungen und gesetzlich verpflichtende Qualifizierungsmaßnahmen werden durchgeführt.



### *3.1.8 Medizinprodukte*

Die Instandhaltung und Neubeschaffung von energetisch angetriebenen Medizinprodukten wurde GNH-weit an ein externes Unternehmen übertragen. Das Inverkehrbringen, die damit zusammenhängenden Schulungen für Erstanwender, die Meldung von Störungen und die erforderlichen Reparaturen sind in einem Organisationshandbuch beschrieben. Über erforderliche Investitionen entscheidet ein sogenanntes Investitionskomitee, in das Mitarbeiter der jeweiligen Kliniken eingebunden sind.

### *3.2.1 Arbeitsschutz*

Die Festlegung der Prozesse im betrieblichen Arbeitsschutz in mehreren Organisationsanweisungen (veröffentlicht im Organisationshandbuch, sowie im Intranet im Ordner Arbeitssicherheit) sind dokumentiert hinterlegt. Die Zuständigkeiten und Verantwortung der Führungskräfte im Arbeitsschutz bzw. Arbeitsschutzausschuss mit Geschäftsordnung (2 - 4 Sitzungen im Jahr) sind geregelt festgelegt. Es erfolgt die Durchführung von jährlichen Audits zur Arbeitssicherheit in allen Abteilungen/Bereichen zur Überprüfung, Aktualisierung und Fortschreibung der dort vorhandenen Gefährdungsbeurteilungen. Die arbeitsmedizinische Vorsorge erfolgt durch den Betriebsarzt der GNH bei der Einstellung.

### *3.2.2 Brandschutz*

GNH-weit gibt es sowohl die entsprechenden Brandschutzordnungen, Teil A, B, und C, Flucht- und Rettungswegpläne sowie aktuelle Feuerwehrpläne. In diesen sind u. a. die Zugänge und Anfahrtswege zu den Häusern für die Feuerwehr beschrieben. Hierin enthalten sind ebenso Hinweise zu besonderen Gefahren, die Kennzeichnung und der Standort der Hilfseinrichtungen zur Brandbekämpfung und die Sammelplätze auf dem Klinikgelände. Die Feuerwehrpläne sind entsprechend dem Muster des Amtes für den vorbeugenden Brandschutz des Landkreises Kassel ausgearbeitet und mit den örtlichen Feuerwehren sowie dem Brandschutzamt abgestimmt. Neue Brandmeldeanlagen wurden installiert.

### *3.2.3 Datenschutz*

Die Regelungen zum Datenschutz obliegen der Krankenhausleitung bzw. dem Gesamtkonzern. Für die GNH wurde ein einheitliches Datenschutzkonzept erstellt. Der benannte Datenschutzbeauftragte der GNH stellt ein komplettes Datenschutzhandbuch zur Verfügung und führt regelmäßig entsprechende Überprüfungen hinsichtlich Umsetzung des Datenschutzes durch. Die Zugriffsmöglichkeiten für Mitarbeiter, Belegärzte und externe Dienstleister sind in Zusammenarbeit mit dem ZB Informationstechnologie den neuen gesetzlichen Vorgaben angepasst.

### *3.2.4 Umweltschutz*

Die organisatorische Verantwortung liegt bei den Geschäftsführern, gemäß den gesetzlichen Bestimmungen ist ein Abfallbeauftragter bestellt. Die Umweltziele werden mit den GNH-weiten Zielen umgesetzt. Als Ziele können hier die Einsparungen der Ressourcen wie Wasser und Energie genannt werden, aber auch die Abfallvermeidung und das Recycling. Hier sind in den Häusern entsprechende Sammelstellen eingerichtet worden.

Im Rahmen der Beschaffung werden durch den Zentraleinkauf der GNH die Themen "geringer Schadstoffgehalt", "Abfallvermeidung" sowie "Recyclingfähigkeit" berücksichtigt.



### *3.2.5 Katastrophenschutz*

Die Kliniken verfügen 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.

### *3.2.6 Ausfall von Systemen*

Für die nicht medizinischen Notfallsituationen, wie Ausfall von Versorgungseinrichtungen, ist ein GNH-Standardordner erarbeitet. 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.

## 4. Informations- und Kommunikationswesen

### 4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Alle Bereiche der Kliniken sind an das Krankenhausinformationssystem (KIS) angeschlossen. Zeitlich uneingeschränkter Zugang hat jeder Mitarbeiter mit dem für seinen Bereich erteilten Zugangsrecht. Bei Störungen steht der Bereitschaftsdienst des Zentralbereichs 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 vor.

### 4.2.1 Klinische Dokumentation

Die hausinternen Regelungen zur Erfassung, Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten sind in Prozessbeschreibungen mit entsprechenden Regelungen zu den Verantwortlichkeiten dokumentiert geregelt. Es existieren Archivordnungen für die Krankenblattarchive. Des Weiteren gibt es eine Dienstanweisung zur Dokumentationspflicht. Alle Regelungen unterliegen dem Datenschutz. Die Integration von Vorbefunden und weiteren externen Befunden, während und nach dem stationären Aufenthalt, ist Bestandteil der Behandlung. Seit 2017 erfolgt die digitale Archivierung der Patientenakten

### 4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

Die Verfügbarkeit und der Zugriff auf die Patientendaten sind durch Systeme (MEDICO, PALM, 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 Qualitätssicherung) wird durch den Zentralbereich Informationstechnologie zur Verfügung gestellt.

### 4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung sind die Mitarbeiter und die jeweiligen Vorgesetzten der Krankenhausleitung gegenüber zur Weiterleitung von wesentlichen oder risikorelevanten Informationen verpflichtet. Die Krankenhausleitungen werden in 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. Für eine geregelte Informationsweiterleitung ist eine Besprechungsmatrix mit entsprechenden Vorgehensweisen etabliert.

### 4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Die Informations- und Kommunikationsstruktur ist durch einheitliche Systeme und Prozessbeschreibungen mit klar definierten Verantwortlichkeiten geregelt. 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 eine Website zur Verfügung gestellt. Die externe Informationsweitergabe ist in Zusammenarbeit mit dem Zentralbereich Unternehmenskommunikation klar geregelt. Gezielte Informationsveranstaltungen für Patienten, Angehörigen, Einweisern und Interessierten durch Fort- und Weiterbildungen werden angeboten und durch die örtliche Presse oder Aushänge bekannt gegeben.

## 5. Unternehmensführung

### 5.1.1 Philosophie/Leitbild

Durch qualitativ hochwertige medizinische und pflegerische Versorgung stellen wir uns dem Wettbewerb. Das Leitbild der GNH bildet die Wichtigkeit im Sinne der Erreichung der Unternehmensziele ab. Die Strategie (Qualitätspolitik, Qualitätsziele) der GNH und Tochtergesellschaften orientiert sich anhand des Leitbildes. Charakteristische Aussagen zum Unternehmen sind im Leitbild verankert und die Ausrichtung der Aktivitäten und Öffentlichkeitsarbeit orientiert sich an den Aussagen im Leitbild.

### 5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Ziel ist die Erarbeitung und Umsetzung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen in allen Bereichen der GNH. Zuständig hierfür ist die oberste Konzernebene in Zusammenarbeit mit allen Geschäftsführungen und Leitungen. Anhand des Unternehmensleitbildes werden Maßnahmen und Grundsätze im Bereich der Führung und Leitlinienentwicklung erarbeitet. Die Maßnahmen und Grundsätze werden flächendeckend durch breit angelegte 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.

Jährliche Mitarbeitergespräche sind eines der Führungsinstrumente innerhalb der GNH. Diese werden auf freiwilliger Basis geführt und anhand des Mitarbeiter-Gesprächsleitfadens dokumentiert. Die "persönliche berufliche Planung" wird gezielt abgefragt. Hierdurch ist eine systematische Karriereplanung innerhalb der GNH umsetzbar.

### 5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

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 klinischen 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 alle die Tochtergesellschaften tätig. Die Aufgaben sind neben der ethischen Fallbesprechung auch Fort- und Weiterbildungsangebote anzubieten sowie das Erstellen von Handlungsempfehlungen.

### 5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

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 Zentralbereich und Vorstand abgestimmt. Die Regelungen zum Umgang mit der Presse und öffentlichen Einrichtungen sind im Organisationshandbuch der GNH zu finden.

### *5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung*

Verantwortlich für die Festlegung der Strategie ist die Krankenhausleitung in Abstimmung mit dem Vorstand. In Strategietagen werden Medizinische Konzepte für die GNH entwickelt, die Grundlagen der Zusammenarbeit zwischen den Kliniken. 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 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement*

Kaufmännisches Risikomanagement:

Das kaufmännische Risikomanagement wird durch die Stabsstelle Innenrevision gesteuert. Zum Aufbau einer Fehlerkultur und zum Abbau von Risiken wurde ein Risikomanagementsystem aufgebaut. Der Zentralbereich Finanzen führt für den gesamten Konzern das Liquiditätsmanagement durch und informiert bei Auffälligkeiten, und leitet ggf. zielgerichtete Maßnahmen ein. Über die unterjährige Gewinn- und Verlustrechnung sowohl der Tochtergesellschaften und den Gesamtkonzern, erhalten die Geschäftsführer einen monatlichen Bericht.

### *5.2.3 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen*

Die gesellschaftliche Verantwortung als kommunaler Krankenhausträger sehen wir in den Bereichen Ausbildung, Bereitstellung von Praktika-Plätzen, Umweltmanagement, erforderliche enge Kooperationen, ganzheitliche Patientenbetreuung, Weiterbehandlung nach Klinikaufenthalt, Umsetzung des gesetzlichen Entlassungsmanagements, Ausbildung, enge Zusammenarbeit mit Krankenpflegesschulen, regelmäßige Treffen, Pat.-Infoveranstaltungen, Selbsthilfegruppen, Fort- und Weiterbildung (Leitbild, Absatz 5. Die Gesellschaft). Es erfolgt eine Zusammenarbeit mit der Hamburger Fernhochschule für berufsbegleitende Studiengänge mit der Uni Kassel. In den Standorten wurde transplantationsbeauftragter MA benannt. Es erfolgt eine enge Zusammenarbeit mit der Transplantationsabteilung im Klinikum Kassel.

Soziale, kulturelle und ökologische Projekte:

- Ausstellung von Werken regionaler Künstler in den Räumlichkeiten der Standorte,
- in regelmäßigen Abständen wird ein "Tag der offenen Tür" angeboten,
- Teilnahme Gewerbeschau,
- Thementag "Bleib Gesund",
- Gesundheitstage,
- Zusammenarbeit mit Rettungsdiensten (Rettungsdienstnetz),
- Palliativ- und Hospiznetz "Hofgeismarer Land",
- Boy's und Girl's Days,

### *5.3.1 Organisationsstruktur und 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. Die Kompetenzen und Zuständigkeiten sind in den Geschäftsordnungen eindeutig geregelt. Das Besprechungs- und Informationsmanagement ist im den Strategieentwicklungsprozess als wesentlicher Punkt fixiert. Die Sitzungen der Leitungsgremien sind in das Besprechungsmanagement mit eingebunden. In der Prozessbeschreibung des Besprechungs- und Informationsmanagements ist geregelt, welche Anforderungen wir an unsere effektive Besprechungsorganisation stellen.

### *5.3.2 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. Eine GNH-weite Arbeitsgruppe für die Erarbeitung eines Konzeptes zum Innovation- und Wissensmanagement wurde etabliert.

## 6. Qualitätsmanagement

### 6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Für die Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems werden anerkannte Methoden, Verfahren und Vorgehensweisen genutzt (im Sinne von Best Practice). Für alle Einrichtungen der Gesundheit Nordhessen ist auf Konzernebene das Qualitätsmanagement als Stabsstelle des Vorstandes etabliert. Die Umsetzungsverantwortung erfolgt Top-Down; die Weiterentwicklung des Systems Bottom-Up. So ist gewährleistet, dass alle Leitungsebenen und Mitarbeiter in das Qualitätsmanagementsystems einbezogen werden.

### 6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -Optimierung

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. Die abteilungsübergreifende Organisation und die Verantwortlichkeiten sind dokumentiert in einer Prozessbeschreibung geregelt und/oder werden entsprechend festgelegt.

### 6.2.1 Patientenbefragung

Patientenbefragungen sind ein wesentliches Qualitätsmanagement-Instrument und werden eingesetzt. Es existiert ein auf GNH Ebene abgestimmtes konzeptionelles Vorgehen zur Durchführung von Patientenbefragungen in den einzelnen Krankenhäusern:

- Durchführung mit Unterstützung eines externen Befragungsinstitutes zur Sicherstellung der Validität
- Gleichzeitige Durchführung in allen Krankenhäusern für ein internes Benchmarking
- Kommunikationskonzept (Auswertungsknigge) für die Umsetzung / Umgang mit den Befragungsergebnissen
- Jährliche Maßnahmenabfrage und internes Maßnahmencontrolling durch die QMB

### 6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Die Befragung der Einweiser ist im Befragungskonzept berücksichtigt. Die Interessen der Einweiser wurden im Fragebogen beachtet. Die Befragungen von Kooperationspartnern erfolgt in persönlichen anlassbezogenen Gesprächen.

### 6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Mitarbeiterbefragungen sind ein wesentliches Qualitätsmanagement-Instrument und werden konzernweit eingesetzt. Verantwortlich ist die Geschäftsführung gemeinsam mit der Krankenhausleitung mit Unterstützung der Qualitätsmanagementbeauftragten auf Grundlage von Vorgaben bzw. unter Abstimmung der Abteilung Qualitätsmanagement der GNH. Es existiert ein auf GNH Ebene abgestimmtes konzeptionelles Vorgehen zur Durchführung:

- Durchführung mit Unterstützung eines externen Befragungsinstitutes zur Sicherstellung der Validität
- Externes Benchmarking
- Gleichzeitige Durchführung in allen Krankenhäusern für ein internes Benchmarking
- Kommunikationskonzept (Auswertungsknigge) für die Umsetzung / Umgang mit den Befragungsergebnissen
- Jährliche Maßnahmenabfrage und internes Maßnahmencontrolling durch die Qualitätsmanagementbeauftragte.

### 6.3.1 Beschwerdemanagement: Lob und Beschwerden von Mitarbeitern, Patienten und weiteren Externen

Es existiert ein umfassendes Konzept zum Beschwerdemanagement für Patienten und Angehörige. 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 und benannte Beschwerdebeauftragte. Für beide Standorte gibt es Patientenfürsprecher mit festgelegten Präsenztagen und Zeiten.

Folgende Instrumente stehen zur Verfügung:

- Kummerkasten
- Internetportal
- persönliche Ansprechpartner (Beschwerdebeauftragte)
- IMPULS Fragebogen

Bei der Erstellung neuer Konzepte fließen die Informationen aus dem Beschwerdemanagement zum Thema Patientenzufriedenheit, Patientenwünsche ein.

### 6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren

Der Prozess ist in einer Ablaufbeschreibung ("Qualitätsindikatoren zur medizinischen und pflegerischen Qualitätsdarstellung -, Sammlung und Analyse von Daten zur medizinischen und pflegerischen Qualitätsdarstellung") geregelt. Die Krankenhausleitung trägt die Verantwortung, dass die Daten erhoben und analysiert werden. Zur Erhebung und Analyse sind entsprechende Zuständigkeiten festgelegt. 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 interne Auswertung der übermittelten Daten an die Chefärzte/Belegärzte durch eine qualifizierte Mitarbeiterin. 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. Die Teilnahme am Peer-Review-Verfahren wird durch die Kliniken durchgeführt.