

Gesundheit
Nordhessen
Kreiskliniken Kassel



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Kreiskliniken Kassel	
Institutionskennzeichen:	260 660 862	
Anschrift:	Standort Hofgeismar	Standort Wolfhagen
	Liebenauer Straße 1	Am kleinen Ofenberg 1
	34369 Hofgeismar	34466 Wolfhagen

**Ist zertifiziert nach KTQ[®]
mit der Zertifikatnummer:** 2015-0102 KHVB

**durch die von der KTQ-GmbH
zugelassene Zertifizierungsstelle:** SAMA Cert GmbH, Stuttgart

Gültig vom: 11.12.2015
bis: 10.12.2018

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung.....	5
Die KTQ Kategorien.....	6
1 Patientenorientierung	7
2 Mitarbeiterorientierung.....	11
3 Sicherheit.....	13
4 Informations- und Kommunikationswesen	16
5 Führung	18
6 Qualitätsmanagement.....	21

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, alternative Wohnformen und Rettungsdienstleistungen.

Gesellschafter der KTQ® sind die Bundesärztekammer (BÄK), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Deutsche Pflegerat (DPR) und die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹. 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,
- Mitarbeiterorientierung,
- Sicherheit-Risikomanagement,
- Kommunikations- und Informationswesen,
- Unternehmensführung des Krankenhauses und das
- Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

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

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren® gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft.

Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

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 im zweijährigen Turnus den strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass die **Kreiskliniken Kassel** 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 <http://www.ktq.de/> abrufbar.

Dr. 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

Die Kreiskliniken Kassel sichern 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 unseren Patienten und ihren Angehörigen eine wohnortnahe Versorgung.

Die Fachdisziplinen der Kreisklinik Hofgeismar sind aufgeteilt in eine chirurgische und eine internistische Hauptabteilung sowie eine gynäkologische und geburtshilfliche Belegabteilung. Des Weiteren ist eine Anästhesie- und intensivmedizinische Abteilung etabliert. Diese ist zuständig für die Leitung der interdisziplinären Intensivstation.



Die Fachdisziplinen der Kreisklinik Wolfhagen sind aufgeteilt in eine chirurgische, eine internistische und anästhesiologische Hauptabteilung, sowie eine HNO, eine urologische und eine gynäkologische Belegabteilung. Eine interdisziplinär geführte intensivmedizinische Abteilung ist etabliert.



Alle Standorte verfügen über modern eingerichtete OP's, radiologische Abteilungen, physikalische Abteilungen, Sozialdienste, Labore und modern eingerichtete Küchen.

Für die Versorgung von Patienten, Besuchern und Angehörigen sind modern eingerichtete Cafeterien mit festgelegten Öffnungszeiten vor Ort eingerichtet und alle Standorte sind von parkähnlichen Grünanlagen zum Spaziergehen und Sitzen umgeben.

Ausreichend kostenfreie Parkplätze und Behindertenparkplätze für Patienten und Besuchern stehen zur Verfügung. Die beiden Kliniken sind an das öffentliche Verkehrsnetz angebunden.

Die KTQ Kategorien

1 Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Die Information der Patienten und Angehörigen zur Aufnahmeplanung erfolgt über Fachärzte und Sekretariate der Fachbereiche. Für Informationen der Patienten stehen Broschüren und Flyer zur Verfügung. Informationen über das Internet bestehen über eine Web-Site. 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 Intensiveinheiten wird zusätzlich mit der Leitstelle abgesprochen.

1.1.2 Leitlinien

Der ärztliche- und pflegerische Dienst orientiert sich in seiner Tätigkeit an den jeweils gültigen Leitlinien der Fachgesellschaften. Ziel ist eine evidence basierte Durchführung medizinischer Maßnahmen. Die Leitlinienarbeit liegt im Verantwortungsbereich der leitenden Ärzte und des Zentralbereichs Pflege und Patientenservice, insbesondere die Aktualisierung der jeweiligen Gesundheit Nordhessen Holding (GNH)-Leitlinien, der Standards und Prozessbeschreibungen.

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) erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Kliniken der Gesundheit Nordhessen Holding. Für weitere fachbezogene Informationen steht qualifiziertes Personal in allen Bereichen zur Verfügung. Weitere Informationen stehen über die Web-Seite: www.gesundheit-nordhessen.de zur Verfügung.

1.1.4 Service, Essen und Trinken

Die Ausstattung der Patientenzimmer ist standardisiert 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 zur Sicherstellung der Sauberkeit und Hygiene unterliegen den gesetzlichen und den hauseigenen Vorgaben. Für die Begleitung von Patienten und Angehörigen stehen Mitarbeitende zur Verfügung, wenn dies erforderlich ist. Kulturelle und religiöse Bedürfnisse der Patienten werden individuell berücksichtigt.

1.1.5 Kooperationen

Alle Bereiche sind zur kollegialen interdisziplinären Zusammenarbeit verpflichtet. Die Koordination mit weiterversorgenden Einrichtungen wird durch die hauseigenen Sozialdienste und das Pflegepersonal organisiert. Weitere Kooperationen wurden seitens der Krankenhausleitung mit einem externen Home-Care-Unternehmen und ortsansässigen Logopädiepraxen vereinbart.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Der Prozess der Aufnahme, einschließlich der Notfallaufnahme, ist für alle aufnehmenden Abteilungen interdisziplinär und fachspezifisch mit entsprechenden Verantwortlichkeiten dokumentiert geregelt. Für die Fachbereiche sind Ambulanzen mit entsprechenden Öffnungszeiten vor Ort etabliert. In den Kreiskliniken werden Notaufnahmeeinheiten, vorgehalten. 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 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Die Versorgung der Patienten ist im Notfall im Rahmen der 24h-Bereitschaft der Mitarbeitenden 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 Notaufnahme und die Diensthabenden 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 allen 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 und Behandlungsplanung

Die Planung zur Koordinierung der Behandlung obliegt dem ärztlichen und pflegerischen Personal. Bei der Aufnahme des Patienten erfolgt eine umfassende Informationserhebung im Rahmen der Anamnese. Der Patient wird in die Behandlungsplanung mit einbezogen und umfangreich über die geplanten Untersuchungen informiert und aufgeklärt. Vorbefunde werden, auch zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen, genutzt. Die Information des Patienten/Angehörigen zur Behandlungsplanung und Diagnostik erfolgt über den ärztlichen Dienst. 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 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). 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. 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. Die Planung der Qualifikation der Mitarbeiter obliegt dem Vorgesetzten in Zusammenarbeit mit der Personalabteilung und dem Zentralbereich Bildung & Personalentwicklung.

1.4.3 Operative Verfahren

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 neusten wissenschaftlichen Standards und obliegt u.a. 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 allen am Behandlungsprozess beteiligten Personen. Die dafür erforderlichen Personalressourcen werden von der Krankenhausleitung bereitgestellt. Die Durchführung erfolgt gemeinsam mit Arzt und Pflegekraft.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Der ärztliche Dienst der Kreiskliniken Kassel verfügt teils über eigene Kassenarztzulassungen, die eine teil, prä- und poststationäre Behandlung gewährleistet. Die Zuweisung ambulanter Patienten erfolgt durch niedergelassene Hausärzte, in der Regel direkt in die Praxen 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 Arztpraxen vorgestellt haben, werden vom Facharzt in der Regel abschließend ambulant behandelt. Patienten die stationär behandelt werden müssen, werden stationär aufgenommen. 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 Weiterversorgung erfolgt auf Grundlage der Arztbriefe und Pflegeüberleitungsbögen. Intensive Kontakte zu den häuslichen Pflegediensten, den Hausärzten, den Angehörigen, dem Home-Care-Unternehmen und zu den weiterbehandelnden Einrichtungen werden gepflegt. Für spezielle Behandlungsmaßnahmen, für Kontakte zu Selbsthilfegruppen und für Aufenthalte 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

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. Jeder Patient, dessen Angehörige oder Betreuer haben die Möglichkeit, seine Verfügungen im Vorfeld den behandelnden Ärzten zu unterbreiten. 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. Angehörigen wird die Möglichkeit des persönlichen Abschieds in entsprechender Atmosphäre gegeben. Mit dem "Trauerflyer - An was muß ich denken " werden Angehörige zusätzlich unterstützt.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

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.

2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

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 und bzw. 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. Dieser unterliegt einer jährlichen Aktualisierung (Karriereplanung, Führungsweiterbildungen, Qualifikationsanforderungen).

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Grundlage zur Festlegung von Zielen, Kennzahlen und Kernaussagen bzgl. der Einarbeitung von Mitarbeitern ist der Personalbericht der GNH. In allen Bereichen der Kreiskliniken Kassel (KKK) 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 konkret Mentoren benannt, letztlich obliegt die Verantwortung für die Einarbeitung der jeweiligen Stationsleitung..

2.2.3 Ausbildung

Die Koordination der Praxiseinsätze organisiert die Krankenpflegeschule. In der Praxis werden die Schüler über einen längeren Zeitraum einer PraxisanleiterIn/MentorIn 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.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Der Zentralbereich Bildung- 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 (Curricula) der jeweiligen Fachgesellschaften und sind innerhalb der Unternehmen der GNH durch die Arbeitsdirektorin verbindlich geregelt.

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Die Grundsätze der Mitarbeiter-Führung 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 Führungskräfte-schulung 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 in unseren Kliniken 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 auch 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. Ein geregelter Verfahren für Beschwerden von Mitarbeitern existiert für die Kreiskliniken Kassel. 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 werden 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 Sicherheit und dem Betriebsarzt vor Ort die benannten Sicherheitsbeauftragten zur Verfügung.

3.1.2 Brandschutz

In allen Standorten der Kreiskliniken Kassel gibt es sowohl die entsprechenden Brandschutzordnungen, Teil A, B, und C, Flucht- und Rettungswegpläne sowie für die 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 sowie der Standort der Hilfseinrichtungen zur Brandbekämpfung und die Sammelplätze für Patienten und Personal. 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.

3.1.3 Umweltschutz

Die organisatorische Verantwortung liegt bei den Geschäftsführern der Kreiskliniken. Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen ist ein Abfallbeauftragter bestellt. Die Umweltziele der KKK werden für beide Standorte und 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.

3.1.4 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.

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Für die nichtmedizinischen 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.

3.2.1 Schutz des Patienten vor 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. Alle Maßnahmen im Rahmen der Arbeitssicherheit und die Überprüfung medizintechnischer Geräte, die regelmäßig durchgeführt werden, dienen auch dem Schutz der Patienten.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Für hausinterne medizinische Notfälle sind Abläufe und Verantwortlichkeiten in Prozessbeschreibungen im Qualitätsmanagementhandbuch hinterlegt. Die Notfallausrüstungen aller Abteilungen/Stationen sind standardisiert. Notfallkoffer, Defibrillatoren, Notfallwagen und automatisierten externen Defibrillatoren sind in allen Bereichen verfügbar. Die Alarmierung des Notfallteams erfolgt über die Notfalloffnummern, oder zentral über die Informationen. 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 in den Kreiskliniken intern und mit externer Unterstützung organisiert. Im Hygienehandbuch sind alle hygienerelevanten Prozesse hinterlegt und stehen jedem Mitarbeiter jederzeit online zur Verfügung. Durch die Hygienefachkraft werden regelmäßig in allen Bereichen Audits und Begehungen durchgeführt und dokumentiert. 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.

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 Hygienerichtlinien erfolgt von der Aufnahme bis zur Entlassung des Patienten.

3.2.6 Arzneimittel

Die Arzneimittelversorgung der Standorte der Kreiskliniken Kassel erfolgt durch die Zentralapothek 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 in den Arzneimittelkommissionssitzungen (4x jährlich). Die Verordnung von Arzneimitteln erfolgt ausschließlich auf ärztliche Anordnung.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Für die Kreiskliniken 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, die Information und die Kommunikation neuer gesetzlicher Bestimmungen. Die Anwendung von Blut und Blutprodukten ist im Transfusionshandbuch verbindlich geregelt. Die Eigenblutbereitstellung ist möglich und 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 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 entsendet werden.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Alle Bereiche der Kliniken sind an das KIS angeschlossen. Zeitlich uneingeschränkter Zugang hat jeder Mitarbeiter mit dem für seinen Bereich erteilten Zugangsrecht. Bei Störungen steht der Bereitschaftsdienst des Zentralbereichs Informationstechnologie (ZB IT) zur Verfügung. Dieser ist über eine Zentrale Rufnummer (Hotline) erreichbar. Bei Einführung neuer Systeme werden die Mitarbeiter in den 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 in Prozessbeschreibungen mit entsprechenden Regelungen zu den Verantwortlichkeiten geregelt. Archivordnungen für die Krankenblattarchive sind etabliert. Des Weiteren gibt es eine Dienstanweisung zur Dokumentationspflicht. Alle Regelungen unterliegen dem Datenschutz. Die Integration von Vorbefunden und weiteren externen Befunden vor, während und nach dem stationären Aufenthalt wird regelhaft realisiert.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Die Verfügbarkeit und der Zugriff auf die Patientendaten ist durch Systeme (MEDICO, PALM, Patientenkurve) mit der Definition der 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 IT zur Verfügung gestellt.

4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung sind die Mitarbeiter und die jeweiligen Vorgesetzten der Krankenhausleitung (KHL) gegenüber der 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 der Kreiskliniken 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 Internet zur Verfügung gestellt. Die externe Informationsweitergabe ist in Zusammenarbeit mit dem Zentralbereich Unternehmenskommunikation klar geregelt. Gezielte Informationsveranstaltungen werden Patienten, Angehörigen, Einweisern und Interessierten durch Fort- und Weiterbildungen angeboten.

4.4.1 Organisation und Service

Zentrale Auskunftsstellen der Kliniken sind je nach Aufgabenbereich die Informationen sowie 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 ZB IT neu geregelt.

5 Führung

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Die Visionen der Kreiskliniken 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 der Kreiskliniken.

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 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. 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 Teamberatung 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 der Kreiskliniken Kassel ist die Krankenhausleitung, bestehend aus Geschäftsführer, Ärztlichem Direktor und den Pflegedirektorinnen in Abstimmung mit dem Vorstand und dem Zentralbereich Unternehmensentwicklung der Gesundheit Nordhessen Holding AG (GNH). Im Jahr 2006 wurde für die GNH ein Medizinisches Konzept entwickelt, in dem die Grundlagen der Zusammenarbeit zwischen den Kliniken definiert wurden und das medizinische Leistungsspektrum der KKK und der anderen GNH-Krankenhäuser festgelegt wurde. Die Erarbeitung erfolgte unter der Stabstelle Unternehmensentwicklung in Gesprächen, Workshops und Präsentationen vor Ort. 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 Krankenhausträger sehen wir neben der ambulanten und stationären Krankenversorgung unsere gesellschaftliche Verantwortung in folgenden Bereichen:

- a) Ausbildung in mehreren Berufen,
- b) Bereitstellung von Plätzen für Praktika und Bundesfreiwilligendienst
- c) Umweltschutz
- d) ganzheitliche Patientenbetreuung über die stationäre Behandlung hinaus.

Zu a) Enge Kooperationen besteht im Rahmen der Ausbildung mit der Krankenpflegeschule. Ausgebildet werden derzeit Gesundheits- und Krankenpfleger. Weitere Ausbildungszweige werden über den ZB BIPE ausgebildet.

Zu b) Die Bereitstellung von Praktikumsplätzen, erfolgt in enger Kooperation mit den Schulen des Kreises und Bereitstellung von Plätzen zum Bundesfreiwilligendienst.

Zu c) Einsatz von Sparlampen, Spülstops (LED-Beleuchtung), Mülltrennung, Bewegungsmelder, Rundschreiben mit Empfehlungen Austausch aller Drucker doppelseitiger Druck. Für die Überwachung des Abfallvolumens und des Energieverbrauchs ist ein Abfallbeauftragter benannt und geschult.

Zu d) Für die Sicherstellung der poststationären Betreuung besteht ein Kooperationsvertrag mit der Reha-Klinik und Altenpflegeeinrichtung Carolinum in Bad Karlshafen, Überleitungsmanagement mit Fa. MEDICUS. Im Rahmen mit der engen Zusammenarbeit mit den Belegärzten ist die ambulante Weiterbetreuung gewährleistet.

Als stationärer Partner sind wir eng in das gestufte Rettungsdienstnetz eingebunden. Eine weitere Anbindung besteht an das IVENA-System des Landkreises Kassel. Es besteht ein Vertrag mit dem Palliativ- und Hospiznetz " Hofgeismarer Land". Die wesentlichen Kooperationen zu Zentren bestehen innerhalb der Holding. Kooperationsvereinbarungen werden im persönlichen Dialog getroffen und vertraglich festgelegt. Mit den wesentlichen Kooperationspartnern werden mehrmals jährlich Gespräche über mögliche Weiterentwicklungen geführt.

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 resultieren der Aufbau einer Besprechungsmatrix und die Erstellung einer entsprechenden Prozessbeschreibung (PB). Die Sitzungen der Leitungsgremien sind in das Besprechungsmanagement mit eingebunden. In der PB des Besprechungs- und Informationsmanagements ist geregelt, welche Anforderungen wir an unsere effektive Besprechungsorganisation stellen. 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 Zentralbereich 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

Die Zielsetzung im allgemeinen Risikomanagement im Krankenhaus untergliedert sich wie folgt:

- Finanzielles Risikomanagement
- Medizinisches Risikomanagement

Finanzielles Risikomanagement:

Das finanzielle Risikomanagement obliegt dem ZB Finanzen, der für den gesamten Konzern das Liquiditätsmanagement durchführt und bei Auffälligkeiten informiert und ggf. zielgerichtete Maßnahmen einleitet. Über die unterjährige Gewinn- und Verlustrechnung sowohl der KKK als auch über andere Tochtergesellschaften und den Gesamtkonzern, erhalten die GF einen monatlichen Bericht.

Im medizinischen Bereich erfolgt eine Kontrolle durch die externe QS, sowie durch die Überwachung der Letalitätsraten in den einzelnen Fachgebieten.

Zum Aufbau einer Fehlerkultur und zum Abbau von Risiken wurde ein Risikomanagementsystem aufgebaut. Ein Meldesystem für Beinahe-Ereignisse CIRS (Critical Information Reporting System) ist etabliert. Ein CIRS-Manual liegt allen Mitarbeitern vor und ist Bestandteil des Qualitätsmanagementhandbuches. 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 (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 System Bottom-Up. So ist gewährleistet, dass alle Leitungsebenen und Mitarbeiter in das Qualitätsmanagementsystems einbezogen werden. Die Qualitätsmanagementbeauftragte der Kreiskliniken ist als Stabstelle zur Krankenhausleitung organisiert. Sie leitet die berufsgruppenübergreifenden QM-Teams (QM-beauftragte Mitarbeiter mit entsprechender Qualifikation). Die Aufgaben der QM-beauftragten MA sowie der QM-Teams sind schriftlich definiert. Mit dieser Struktur ist die Beteiligung der Abteilungen und Bereiche sichergestellt.

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 für die Kreiskliniken etabliert. Alle aufgeführten Kennzahlen wurden im Vorfeld einer Prüfung auf ihren Nutzen unterzogen. Dies erfolgte in Zusammenarbeit mit den Verantwortlichen. Die abteilungsübergreifende Organisation und die Verantwortlichkeiten sind dokumentiert in einer PB geregelt und/oder werden entsprechend festgelegt.

6.2.1 Patientenbefragung

Patientenbefragungen sind ein wesentliches Qualitätsmanagement-Instrument und werden in den Kreiskliniken eingesetzt. Verantwortlich ist die Geschäftsführung gemeinsam mit der Krankenhausleitung mit Unterstützung der Qualitätsmanagementbeauftragten auf Grundlage von Vorgaben bzw. unter Abstimmung der Abteilung QM der GNH. Es existiert ein auf GNH Ebene abgestimmtes konzeptionelles Vorgehen zur Durchführung von Befragungen in den einzelnen Krankenhäusern:

- 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 QMB
- Konzeptionell wurde nicht nur das Thema Patientenbefragung, sondern auch das Thema Einweiser- und Mitarbeiterbefragung bearbeitet.

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Die Befragung der Einweiser ist im Befragungskonzept berücksichtigt und wurde in 2013 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 in den Kreiskliniken eingesetzt. Verantwortlich ist die Geschäftsführung gemeinsam mit der Krankenhausleitung mit Unterstützung der Qualitätsmanagementbeauftragten auf Grundlage von Vorgaben bzw. unter Abstimmung der Abteilung QM der GNH. Es existiert ein auf GNH Ebene abgestimmtes konzeptionelles Vorgehen zur Durchführung von Befragungen (siehe Patientenbefragung) in den einzelnen Krankenhäusern.

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

In den Kreiskliniken 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 KHL. Für beide Standorte gibt es Patientenführsprecher 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 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Der Prozess ist für alle Kreiskliniken in einer Prozessbeschreibung definiert („Qualitätsindikatoren zur medizinischen und pflegerischen Qualitätsdarstellung – Sammlung und Analyse von Daten zur medizinischen und pflegerischen Qualitätsdarstellung“). Die KHL trägt die Verantwortung, dass die Daten erhoben und analysiert werden. Zur Erhebung und Analyse sind entsprechende Zuständigkeiten festgelegt.

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 erfolgt eine interne halbjährliche Auswertung der BQS (Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung) Ergebnisse und die Übermittlung an die Chefärzte/Belegärzte durch die Abt. Qualitätsmanagement der Gesundheit Nordhessen Holding AG. 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.