



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Kaiserin-Auguste-Victoria Krankenhaus
Institutionskennzeichen:	26061176
Anschrift:	Stegwiese 27 35630 Ehringshausen
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2015-0006 KH
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche
Gültig vom:	12.03.2015
bis:	11.03.2018

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die Kategorien	7
1 Patientenorientierung	8
2 Mitarbeiterorientierung	11
3 Sicherheit	12
4 Informations- und Kommunikationswesen	14
5 Führung	16
6 Qualitätsmanagement	18

Vorwort der KTQ[®]

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

Gesellschafter der KTQ[®] sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

Die Verfahrensinhalte, insbesondere der KTQ-Katalog, wurde hierarchie-, und berufsgruppenübergreifend in konstruktiver Zusammenarbeit zwischen der KTQ-GmbH und Praktikern aus dem Gesundheitswesen entwickelt und erprobt. Im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden die Kataloge entsprechend weiterentwickelt.

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

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

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

der Einrichtung beziehen.

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

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

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.

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 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 das **KAV Krankenhaus Ehringshausen** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

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

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung



Das Kaiserin-Auguste-Victoria Krankenhaus in Ehringshausen war bis April 2007 eine Einrichtung der evangelischen Frauenhilfe im Rheinland e.V. Die Gründung des Krankenhauses im Jahre 1911 geht auf maßgebliche Initiative des evangelischen Frauenhilfsvereins Wetzlar zurück.

Heute ist die Klinik eine privat geführte GmbH als Tochter der Deutsche Klinik Union GmbH.

Offiziell verfügt die Klinik über 89 Planbetten, wobei deutlich über 100 Stellplätze zur Verfügung stehen. Das Krankenhaus bietet im kooperativen Belegarztsystem drei Fachdisziplinen an. Im Bereich der Chirurgie werden jährlich über 1800 Patienten versorgt. Neben der allgemeinen Chirurgie liegen die Schwerpunkte in der Gefäß-, Unfall und Fußchirurgie. Für die Therapie bei Thrombosen werden ebenso wie in der Behandlung von schweren chronischen Wunden erfolgreich neue medizinische und pflegerische Konzepte eingesetzt.

Die Fachabteilung für Innere Medizin versorgt ebenfalls über 1.800 stationäre Patienten pro Jahr. Unsere Arbeitsschwerpunkte liegen hier auf den Gebieten der Gastroenterologie, der Diabetologie und der Herz-Kreislaufkrankungen. Interdisziplinär kooperieren wir mit niedergelassenen Spezialisten und mit Kliniken, so dass alle modernen Diagnostik- und Therapieverfahren angeboten werden können.

In der geburtshilflichen Abteilung erblicken jährlich in etwa 400 neue Erdenbürger das Licht der Welt. Neben den behandelnden Gynäkologen kümmern sich hier ein sehr erfahrenes Team von Beleghebammen und niedergelassenen Kinderärzten um die Mütter und ihre Säuglinge. Die Geburtshilfe wird ergänzt durch den Bereich der Gynäkologie. Hier werden alle gängigen gynäkologischen Operationen angeboten. Durch schonende Operationsverfahren kann ein Großteil der notwendigen Eingriffe heute ambulant oder kurzzeitstationär erfolgen.

Das Einzugsgebiet ist - abhängig von der jeweiligen Fachabteilung - regional oder überregional.

Die Eckpfeiler unserer Unternehmensphilosophie sind weiterhin christliche Werte. Darauf gründen sich die bestehenden Leitbilder und Grundsätze. Neben medizinischer Kompetenz und modernen Pflegekonzepten ist für uns die dem Menschen zugewandte menschliche und damit auch begleitende Betreuung ein wesentlicher Bestandteil unserer Arbeit und beeinflusst maßgeblich die Atmosphäre unseres Hauses. So erklärt sich auch unser Slogan: Näher am Menschen. Wir versuchen die Qualität unserer Arbeit kontinuierlich zu verbessern. Dazu arbeiten wir in berufsgruppenübergreifenden Teams regelmäßig an Projekten zur Qualitätssicherung. Gelenkt werden alle Prozesse unter Beteiligung der Krankenhausführung durch einen bereichs- und berufsgruppenübergreifende Ausschuss, dem Qualitätslenkungsausschuss, der regelmäßig im Rahmen der Abteilungsleitungssitzungen stattfindet. In 2006 mündeten unsere Bemühungen hierzu in der bestandenen Zertifizierung nach KTQ. Das verliehene Zertifikat wurde im Rahmen der Rezertifizierungen in 2009, 2012 und 2015 bestätigt.

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Unsere Klinik ist sowohl mit dem eigenen Fahrzeug, als auch mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen. Der Weg zum Krankenhaus ist ab der Ortsmitte und von der Hauptstraße aus ausgeschildert. Unterhalb der Klinik stehen kostenlose Parkplätze für die Patienten und Besucher zur Verfügung. Gehbehinderte Patienten können auf reservierten Parkplätzen in der Nähe der Rettungswagenhalle parken.

Für geplante Operationen und Behandlungen bekommen unsere Patienten einen Termin, der entweder über den Hausarzt oder über eine der fachärztlichen Belegarztpraxen vereinbart wird. Im gesamten Krankenhaus können Patienten und Besucher ihre Ziele über sehr kurze Wege erreichen. Dabei werden sie von einer klaren und deutlichen Beschilderung, die für das gesamte Haus regelmäßig überprüft und angepasst wird, unterstützt. Das Personal am Empfang unterstützt aufmerksam die Patienten und Besucher und hilft ihnen in freundlicher und kompetenter Art und Weise weiter. Patienten mit einer Gehbehinderung werden durch den Patiententransportdienst begleitet. Nachts werden Patienten und Angehörige von einer Pflegekraft direkt an der Eingangstür abgeholt.

1.1.2 Leitlinien

In der gesamten Klinik werden ärztliche und pflegerische Leitlinien und Standards zur Behandlung der Patienten angewandt. Diese beruhen auf den Leitlinien der entsprechenden Fachgesellschaften und den nationalen pflegerischen Expertenstandards. Alle geltenden Dokumente stehen den Mitarbeitern in der aktuellen Fassung im Intranet zur Verfügung und werden regelmäßig überprüft. Ihre Anwendung ist für die Mitarbeiter verpflichtend.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Sowohl auf der Homepage des Krankenhauses, als auch in den bereitliegenden Flyern in den Arztpraxen kann sich der Patient über Besonderheiten der Klinik informieren. Für das Angebot an nichtmedizinischen Zusatzleistungen stehen entsprechende Informationsbroschüren bereit. Unsere Patienten sollen umfassend in Behandlungsentscheidungen eingebunden werden. Dieses Ziel wird durch eine umfangreiche Beratung unserer Belegärzte oft schon im Vorfeld der stationären Behandlung in deren Facharztpraxen erreicht. Vor einem Eingriff wird der Patient in einem persönlichen Gespräch mit dem behandelnden Arzt über den Eingriff selbst und über bestehende Risiken aufgeklärt. Im Vorfeld der stationären Behandlung wird dem Patienten ein Termin in der Anästhesiesprechstunde angeboten. Zudem erfolgt bereits bei der Anmeldung zur Entbindung eine Aufklärung zur optionalen Periduralanästhesie durch die Anästhesiesprechstunde.

1.1.4 Service, Essen und Trinken

Die Klinik hält eine patientengerechte Ausstattung vor. Diese beginnt mit der Bereitstellung der Hilfsmittel, die unsere Patienten für ihre individuellen Bedürfnisse benötigt. Die Patientenzimmer werden im Rahmen einer internen Planung schrittweise renoviert und instandgesetzt. Alle Patientenzimmer sind mit Nasszelle und Toilette ausgestattet. In allen Zimmern befinden sich Sitzecken für die Patienten oder ihre Angehörige. Die Zimmer sind mit Telefon, Fernseher und Radio ausgestattet. Fernsehen und Radio können kostenlos genutzt werden. Der Zugang ist barrierefrei und behindertengerecht eingerichtet. Es stehen Aufenthalts- und Besprechungsräume sowie ein Raum der Stille (inkl. kleiner Bibliothek) zur Verfügung. Es werden Wahlleistungspakete angeboten. Unseren Patienten stehen entsprechend ihrer Kostform unterschiedliche Gerichte zur Verfügung. Das Frühstück kann individuell zusammengestellt werden. Für das Mittagessen besteht eine Speisekarte, aus der täglich je nach Kostform zwischen unterschiedlichen Komponenten gewählt werden kann. Diätetische Kostformen sind separat gekennzeichnet. Religiöse Bedürfnisse werden berücksichtigt. Die Küche garantiert durch ständige Kontrollen, dass das Essen im optimalen Zustand (Wärme und Frische) auf die Station kommt.

1.1.5 Kooperationen

Die interdisziplinäre Kommunikation ist im Unternehmensleitbild festgeschrieben. Zudem finden sich Regelungen zur internen Kommunikation in allen Behandlungspfaden und bestehenden Geschäfts-

ordnungen. Zur Sicherstellung eines optimalen Leistungsspektrums pflegt unsere Klinik zahlreiche Kooperationen mit internen und externen Vertragspartnern. Durch das vorhandene strukturierte Besprechungs- und Konsiliarwesen wird eine enge Zusammenarbeit der Fachabteilungen und Kooperationspartner zur optimalen Versorgung unserer Patienten sichergestellt.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Für die umfassende Versorgung bei der Aufnahme von Notfallpatienten steht rund um die Uhr qualifiziertes Personal zur Verfügung. Regelungen zur Versorgung von Notfallpatienten und entsprechendes Equipment zur Notfallversorgung sind vorhanden. Bei jedem unserer Patienten wird eine systematische Ersteinschätzung erhoben und nach klaren Vorgaben dokumentiert. Dazu steht ein Dokumentationssystem zur Verfügung, das auf allen Abteilungen Anwendung findet und standardisiert aufgebaut ist. Dadurch, dass im Krankenhaus ausschließlich Belegärzte tätig sind, können Erkenntnisse aus den ambulanten Voruntersuchungen während der stationären Behandlung verwendet werden. Dieses Vorgehen hat eine systematische Vermeidung von Doppeluntersuchungen zur Folge.

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Aufgrund der ausschließlich belegärztlichen Tätigkeit aller Fachärzte in unserer Klinik ist die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung im besonderen Maße vorhanden. Es bestehen viele Kontakte zwischen den Belegärzten und ihren niedergelassenen Kollegen, z. B. auch im Rahmen von gemeinsamen Fortbildungen oder Qualitätszirkeln. Zur weiteren Diagnostik oder Therapie nutzen die Belegärzte die Einrichtungen des Krankenhauses. Wenn nötig, wird der Patient entweder ambulant nachversorgt oder stationär aufgenommen. Entsprechende Konzepte zur pflegerischen Versorgung ambulanter Patienten kommen zur Anwendung.

1.3.2 Ambulante Operationen

Alle Patienten, die in unserer Klinik ambulant operiert werden, bekommen eine Voruntersuchung in der entsprechenden Belegarztpraxis. Dort findet die ärztliche Aufklärung statt, im Anschluss kann der Patient einen Termin in der Anästhesiesprechstunde wahrnehmen. Der Termin für die Operation wird abgesprochen und in den elektronischen OP - Plan eingetragen. Ein Flyer "ambulante Operationen" steht zur Information unserer Patienten zur Verfügung. Für die interdisziplinäre pflegerische Versorgung ambulanter Patienten vor und nach der Operation stehen separate Räumlichkeiten zur Verfügung. Nach der Entlassung wird die Behandlung in den Belegarztpraxen fortgeführt.

1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Der Behandlungsprozess wird bei der medizinischen und pflegerischen Anamnese festgelegt. Dort werden die Behandlungsziele identifiziert und dokumentiert. In unserer Klinik werden zur Sicherstellung der stationären Diagnostik und Behandlungsplanung die entsprechenden Leitlinien der Fachgesellschaften und daraus abgeleitete Behandlungspfade zur Anwendung gebracht. Dabei werden die entsprechenden medizinischen Behandlungsschritte grundsätzlich vom Facharzt eingeleitet, für die Anwendung der pflegerischen Standards sind examinierte Fachkräfte zuständig. Es erfolgt eine regelmäßige berufsgruppenübergreifende Absprache im Behandlungsteam. Die bei der Aufnahme erhobenen oder bereits in der Facharztambulanz ermittelten Daten werden umfassend berücksichtigt.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Für alle unsere Patienten wird eine individuelle Therapieplanung durch das Behandlungsteam vorgenommen. Damit alle an der Behandlung beteiligten Mitarbeiter informiert sind, werden alle Schritte in der Patientendokumentation nach festgelegten Kriterien erfasst. Es bestehen therapeutische Standards für die unterschiedlichen Therapieformen, sie basieren auf den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Ein Schmerzkonzept wurde entwickelt.

1.4.3 Operative Verfahren

Durch eindeutige organisatorische Regelungen wird in unserer Klinik der reibungslose und sichere Ablauf in allen Phasen des OP - Prozesses garantiert. Die Operationen werden in einem elektronischen Kalender innerhalb des Krankenhausinformationssystems geplant. Durch entsprechende Regelungen ist eine Operationsbereitschaft rund um die Uhr gewährleistet. Eine individuelle ärztliche Aufklärung zu den bestehenden OP - und Anästhesierisiken findet im Vorfeld statt. Patienten- und Seitenverwechslungen werden durch spezielle Maßnahmen vermieden. Spezielle Regelungen stellen sicher, dass nicht unbeabsichtigt Fremdkörper im OP Gebiet hinterlassen werden.

1.4.4 Visite

Visiten werden vom ärztlichen und pflegerischen Dienst durchgeführt. Andere Berufsgruppen, wie bspw. der Sozialdienst können hinzugezogen werden, im Bereich der Chirurgie und der Inneren Medizin nimmt die Physiotherapie regelmäßig an den Visiten teil. Die Visitenzeiten auf den Abteilungen sind fest geregelt. Innerhalb der Woche finden in der Regel auf allen Abteilungen täglich zwei Visiten statt. Der Facharztstandard ist an jedem Tag sichergestellt. Auch an Wochenenden und Feiertagen wird eine Facharztvisite durchgeführt. Durch die standardisierte Dokumentation ist eine Kurvenvisite zu jeder Zeit möglich.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Diese Leistungen werden in unserem Haus nicht angeboten.

1.5.1 Entlassung

Die Entlassung des Patienten wird bereits ab dem Aufnahmetag geplant. Oftmals kann die Verweildauer in der Klinik aufgrund der standardisierten Abläufe bereits im Vorfeld der stationären Behandlung festgelegt werden. Den Patienten ist in der Regel der definitive Entlassungstag spätestens ein Tag vor Entlassung bekannt. Kurzfristig bekannte Entlassungen finden nur in Ausnahmefällen und immer in Absprache mit dem Patienten statt. Wenn nötig wird der Sozialdienst und die Angehörigen im Einverständnis mit dem Patienten frühzeitig in den Entlassungsprozess einbezogen.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Eine kontinuierliche Weiterbetreuung der Patienten wird primär durch das vorhandene Belegarztwesen sichergestellt. Alle Belegärzte sind durch ihre Tätigkeit eng in das Netz der niedergelassenen Ärzte eingebunden. Eine fachärztliche Betreuung wird auch nach der stationären Behandlung in den eigenen Arztpraxen in Absprache mit dem Hausarzt sichergestellt. Im Bereich der ambulanten oder stationären Pflege und der Physiotherapie bestehen enge Kontakte der Klinik zu den umliegenden Anbietern. Der Kontakt zu weiterbetreuenden Einrichtungen wird durch den Sozialdienst gepflegt.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Das Leitbild unserer Klinik stellt den Patienten mit seinen Sorgen, Bedürfnissen und Wünschen in den Mittelpunkt unseres Handelns. Dies schließt eine angemessene Versorgung von sterbenden Patienten ein. Dieser Auftrag wird innerhalb des Pflegeleitbildes nochmals konkretisiert. Das Vorhandensein einer Patientenverfügung wird in der Patientenakte dokumentiert. Den an der Behandlung des Patienten beteiligten Mitarbeitern ist der Inhalt der Patientenverfügung bekannt. Um für Sterbende eine angemessene Situation zu schaffen, werden alle notwendigen Vorkehrungen getroffen. Zur Begleitung des Sterbenden und seiner Angehörigen stehen neben dem Pflegeteam auch, falls gewünscht, Seelsorger zur Verfügung. Zu den umliegenden ambulanten und stationären Hospizeinrichtungen bestehen enge Kontakte.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Ziel ist ein würdiger Umgang mit dem verstorbenen Patienten. Dieses Ziel leitet sich aus dem zentralen Leitbild und dem Pflegeleitbild ab. Den Angehörigen wird der Abschied von dem Patienten in einer angemessenen Atmosphäre ermöglicht. Es werden auf Wunsch Sitzwachen und Einzelzimmer zur Verfügung gestellt. Diese Aspekte sind in einem Standard fixiert. Der pflegerische Dienst organisiert einen seelsorgerlichen Beistand, falls gewünscht. Das Ethikkomitee überprüft in regelmäßigen Abständen die zur Anwendung kommenden Regelungen.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Der Personalbedarf für alle Berufsgruppen wird strukturiert am Ende eines Kalenderjahres im Wirtschaftsplan für das nächste Jahr geplant. Wenn nötig werden unterjährig Änderungen vorgenommen. Für die Berechnung des Stellenplanes werden budgetrelevante Kennzahlen zu Grunde gelegt. Alle Abteilungsleitungen werden strukturiert in diesen Prozess mit einbezogen. Auch unterjährige Änderungen des Stellenplanes werden immer mit den entsprechenden Abteilungsleitungen besprochen. Fluktuationsraten werden monatlich überprüft und durch die Krankenhausleitung bewertet.

2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Entsprechend der festgelegten Aufgaben erfolgt die systematische Personalentwicklung zielgerichtet durch Unterstützung und im Konsens mit dem Mitarbeiter. Jeder Mitarbeiter der Klinik führt einmal jährlich ein strukturiertes Mitarbeitergespräch mit seinem direkten Vorgesetzten, in dem auch die eigene Personalentwicklung individuell besprochen und geplant wird. Erforderliche Kenntnisse zur eigenen Weiterentwicklung können vom Mitarbeiter durch von der Klinik finanzierte interne und externe Weiterbildungsmöglichkeiten erworben werden. Für alle Berufsgruppen bestehen Stellenbeschreibungen. Die Zufriedenheit mit der eigenen Personalentwicklung wird regelmäßig im Rahmen von Mitarbeiterbefragungen evaluiert.

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Verantwortlich für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter sind die Abteilungsleitungen der unterschiedlichen Berufsgruppen. Es besteht ein verbindliches Einarbeitungskonzept in allen Abteilungen, in dem alle Prozesse zur strukturierten Einarbeitung geregelt sind. Allen neuen Mitarbeitern wird für die Zeit der Einarbeitung ein entsprechend weitergebildeter Mentor als Ansprechpartner zur Verfügung gestellt. Ziel der Einarbeitung neuer Mitarbeiter ist es, sie möglichst schnell und umfassend in die Arbeitsabläufe einzugliedern und sie zu einem effizienten Arbeitsstil zu befähigen.

2.2.3 Ausbildung

In Kooperation mit der Vitos Krankenpflegeschule Mittelhessen bietet unsere Klinik die Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger an. Darüber hinaus bieten wir auch Ausbildungen zum Koch, zum Hauswirtschaftler und zum Kaufmann im Gesundheitswesen an. Die Ausbildungen erfolgen nach individuellen Lehrplänen. Die in unserer Klinik zu erreichenden Lernziele der praktischen Ausbildung sind an diesen Lehrplänen ausgerichtet. Zur adäquaten fachlichen Betreuung stehen weitergebildete Ausbilder und Praxisanleiter zur Verfügung.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

In unserer Klinik besteht ein Fortbildungsjahresprogramm für interne Fortbildungen, das berufsgruppenübergreifende und interdisziplinäre Themen beinhaltet. Darüber hinaus werden auch externe Fortbildungen in Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Kooperationspartnern angeboten. Grundlagen der Planungen zur Fort- und Weiterbildung sind das aktuelle und das zukünftige Leistungsspektrum des Krankenhauses, sowie die gesetzlichen Rahmenbedingungen. Weitere Basis für die Planung sind Inhalte aus den Mitarbeitergesprächen. Alle Fortbildungen werden durch die Teilnehmer bewertet. Unseren Mitarbeitern stehen Fachbücher, -zeitschriften, Intranet und Internet zur Verfügung.

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Eine gute Mitarbeiterzufriedenheit stellt die Basis für eine hochwertige Patientenbetreuung dar. Aus diesem Grund sollen im Rahmen eines mitarbeiterorientierten Führungsstils bestmögliche Ergebnisse bei der Mitarbeiterzufriedenheit erzielt werden. Der Umgang mit Mitarbeitern ist bereits im Unternehmensleitbild und in den dezentralen Leitbildern vorgegeben. Von allen Leitungskräften wurden Führungsgrundsätze formuliert, dokumentiert und publiziert. Jeder neue Mitarbeiter bekommt das Leitbild und die Führungsgrundsätze bei der Einarbeitung ausgehändigt. Mit jedem Mitarbeiter führt der jeweilige Vorgesetzte einmal jährlich ein strukturiertes Mitarbeitergespräch.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Die Arbeitszeit der Mitarbeiter orientiert sich grundsätzlich an den Regelungen der geltenden Tarifverträge und an gesetzlichen Bestimmungen. Alle angestellten Berufsgruppen im Krankenhaus planen ihren Dienst EDV - gestützt mit einem Dienstplanprogramm, das mit einer Zeiterfassung gekoppelt ist. Erfasste Arbeitszeiten stehen somit direkt im elektronischen Dienstplan zur Verfügung. Für die Einhaltung geplanter Arbeitszeiten sind die Abteilungsleitungen verantwortlich. Die Zufriedenheit der Mitarbeiter mit der Einhaltung geplanter Arbeitszeiten wird überprüft.

2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Ziel der Planung zum Umgang mit Mitarbeiterideen ist es ein transparentes Verfahren zu installieren, in dem der einzelne Mitarbeiter seine Verbesserungsideen einbringen kann. In dem Verfahren werden die Mitarbeiterideen strukturiert überprüft und gegebenenfalls umgesetzt. Zu diesem Zweck ist ein innerbetriebliches Vorschlagswesen installiert. Mitarbeiterwünsche und -beschwerden werden strukturiert in den jährlich stattfindenden Mitarbeitergesprächen abgefragt und besprochen. Darüber hinaus können Mitarbeiter jederzeit Beschwerden dem jeweiligen Vorgesetzten vortragen. Es besteht für jeden Mitarbeiter die Möglichkeit, seine Beschwerden schriftlich über das Intranet zu kommunizieren.

3 Sicherheit

3.1.1 Arbeitsschutz

Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben ist in unserer Klinik ein Arbeitsschutzausschuss eingerichtet. Er arbeitet nach einer gültigen Geschäftsordnung und tagt quartalsweise. Unsere Klinik verfügt über ausgebildete Sicherheitsbeauftragte für die Bereiche Pflege, Funktionsdienst, Küche und Haustechnik. Die Fachkraft für Arbeitssicherheit wird von einem externen Dienstleister gestellt. Medizinisch werden unsere Mitarbeiter durch ein ebenfalls externes Werksarztzentrum betreut. Der Meldeweg für Arbeitsunfälle ist klar geregelt und kommuniziert. Die geführte Unfallstatistik wird halbjährlich erstellt und im Arbeitsschutzausschuss analysiert. Entsprechende Maßnahmen zur Sicherheit unserer Mitarbeiter werden ergriffen. Der Arbeitsschutzausschuss begeht regelmäßig die Abteilungen des Krankenhauses. Er überprüft dabei unter anderem die Einhaltung der Vorgaben zum Schutz vor Gefahrstoffen und Strahlung. Alle Mitarbeiter werden von ihren Vorgesetzten entsprechend der gesetzlichen Regelungen für die Tätigkeiten an ihrem Arbeitsplatz unterwiesen.

3.1.2 Brandschutz

Verantwortlich für die Planung des Brandschutzes ist die Geschäftsführung. Ziel der Planung ist es im Rahmen des vorbeugenden Brandschutzes Brände zu vermeiden. Ein weiteres Ziel besteht darin das Personal für das richtige Verhalten im Brandfall bestmöglich zu qualifizieren. Zu diesem Zweck werden mehrmals jährlich stattfindende Fortbildungen durchgeführt, die Teilnahme an diesen Veranstaltungen ist für die Mitarbeiter verpflichtend. Gesetzliche Vorschriften werden umgesetzt, aktuelle Änderungen schnellstmöglich berücksichtigt. Der Brandschutzbeauftragte der Klinik führt regelmäßige Begehungen durch und stellt die Überprüfung von Brandmeldezentrale, Brandschutzklappen und Feuermeldern sicher. In Absprache mit der Feuerwehr und der Aufsichtsbehörde wird der bauliche Brandschutz konzeptionell eingebunden. Im Rahmen einer umfassenden Baumaßnahme wurde die Klinik in 2011 auf den geltenden Stand brandschutztechnisch ertüchtigt. Es existiert ein umgesetztes Brandschutzkonzept und eine flächendeckende Brandmeldeanlage.

3.1.3 Umweltschutz

Die Abfallentsorgung wird in der Klinik entsprechend der gesetzlichen Forderungen durchgeführt. Im Entsorgungsbereich sind die Abfallsammlung, -trennung und -entsorgung von speziellen Klinikabfällen eingebunden. Dabei existieren verschiedene Richtlinien, nach denen dies zu erfolgen hat. Die Einhaltung wird regelmäßig von der Betriebsbeauftragten für den Abfall und dem technischen Dienst überprüft. Wasser-, Strom- und Gasverbrauch werden monatlich durch das Controlling überprüft, eine Abfallbilanz wird regelmäßig erstellt. Durch gezielte Renovierungsarbeiten wurde in den letzten Jahren eine deutliche Verbesserung der Umweltbilanz erreicht.

3.1.4 Katastrophenschutz

Das Krankenhaus ist in den Katastrophenschutzplan des Landes Hessen eingebunden. Der Prozess im Katastrophenfall wird durch umfangreiche Regelungen im Krankenhauseinsatzplan, der in Absprache mit der zuständigen Behörde erstellt wurde, geregelt. Er wird einmal jährlich durch die Katastrophenbeauftragte, die auch Mitglied der Krankenhausleitung ist, überarbeitet. Eine Krankenhauseinsatzleitung ist benannt, sie übernimmt im Katastrophenfall die Organisation der notwendigen Abläufe. Zur sicheren Alarmierung der Krankenhauseinsatzleitung besteht ein definiertes Verfahren, das eine automatisierte telefonische Alarmierung sicherstellt.

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Der Umgang mit hausinternen Notfällen ist im Krankenhauseinsatzplan definiert, dieser wird regelmäßig durch die Katastrophenschutzbeauftragte aktualisiert. Für nichtmedizinische Notfallsituationen bestehen unterschiedliche Verfahrensanweisungen für die Mitarbeiter. Regelmäßige Schulungen und Unterweisungen zur Beherrschung der Notfallsituationen finden statt. Für den Fall eines Stromausfalls stehen ein Notstromaggregat und eine Batterieanlage zur Verfügung. Es finden regelmäßige Überprüfungen der vorhandenen technischen Anlagen statt.

3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Die Sicherheit von besonders schutzbedürftigen Patienten ist in unserem Krankenhaus geregelt. Das geschieht durch eine patientenindividuell geplante Überwachung auf den Stationen und im Säuglingszimmer. Durch spezielle Konzepte wird im besonderen Maße auf die Sicherheit von Säuglingen geachtet. Darüber hinaus tragen pflegerische Standards dazu bei, dass die Patientensicherheit gewährleistet wird. Die Patienten werden individuell in geplante Maßnahmen eingebunden. Um Patientenverwechslungen zu vermeiden wird allen ambulanten und stationären Patienten ein Identifikationsarmband angeboten. Darüber hinaus werden zur Steigerung der Patientensicherheit weitere Maßnahmen entsprechend den Empfehlungen des "Aktionsbündnisses Patientensicherheit" durchgeführt.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Für die Planung des medizinischen Notfallmanagements ist die Krankenhausleitung in enger Zusammenarbeit mit den Belegärzten verantwortlich. Für die Notfallaufnahme (inkl. geburtshilflicher Notfälle) besteht ein Standard. Das Notfallequipment (Notfalltrolleys- und wagen, 6 Laiendefibrillatoren) steht an zentralen Punkten der Klinik zur Verfügung. Es wird regelmäßig von verantwortlichen Mitarbeitern anhand einer Checkliste überprüft und instandgehalten. Die Mitarbeiter werden regelmäßig in der Reanimation und in der Ersten Hilfe geschult, so dass jederzeit qualifiziertes Personal zur Beherrschung von medizinischen Notfallsituationen zur Verfügung steht. Zur Alarmierung des Notfallteams ist eine einheitliche Telefonnummer kommuniziert, die einzelnen Mitglieder des Notfallteams werden automatisiert alarmiert.

3.2.3 Hygienemanagement

Für die hygienerelevanten Belange in der Klinik ist die Hygienekommission zuständig. Sie arbeitet nach einer strukturierten Geschäftsordnung und tritt mindestens zweimal im Jahr zusammen. Alle Bereiche der Klinik werden mindestens zweimal jährlich von der Hygienefachkraft begangen. Für alle hygienisch relevanten Bereiche im Krankenhaus existiert ein Hygieneplan. Für die hygienischen Sonderbereiche wie bspw. OP oder Endoskopie bestehen individuelle Hygienepläne. Zur Abbildungen besonderer hygienischer Regelungen bestehen zahlreiche verbindliche Regelungen. Es finden für alle Mitarbeiter Schulungen zu hygienischen Themen statt, die Teilnahme daran ist für die Mitarbeiter verbindlich. Durch das Hy-

gieneinstitut des betreuenden externen Krankenhaushygienikers werden nach den geltenden Richtlinien definierte mikrobiologische Untersuchungen durchgeführt.

3.2.4 Hygienerrelevante Daten

Verantwortlich für die Erfassung, Nutzung und Übermittlung hygienerrelevanter Daten ist die Krankenhausleitung in enger Zusammenarbeit mit der Hygienekommission. Die Daten werden analog der gesetzlichen Vorschriften EDV- gestützt erhoben. Die Ergebnisse werden in der Hygienekommission bewertet und mit den Ergebnissen des Robert-Koch-Institutes verglichen. Gegebenenfalls werden entsprechende Maßnahmen eingeleitet. Eine Reihe von abgesprochenen Ergebnissen werden in regelmäßigen Abständen dem zuständigen Gesundheitsamt mitgeteilt.

3.2.5 Infektionsmanagement

Für die Einhaltung von Hygienerichtlinien in unserer Klinik sind die Belegärzte, die Krankenhausleitung und die Hygienekommission verantwortlich. Neue hygienerrelevante Erkenntnisse und Richtlinien werden durch die Hygienefachkraft und den Krankenhaushygieniker im Rahmen von Begehungen und Fortbildungen kommuniziert und zeitnah implementiert. Zur Verbesserung der Händedesinfektion nimmt unser Krankenhaus an der bundesweiten "Aktion saubere Hände" teil. Für die Aufbereitung von Medizinprodukten und Sterilgut sind speziell ausgebildete Fachkräfte zuständig, die die Aufbereitung nach umfangreichen und verbindlichen Handlungsanweisungen vornehmen. Die Geräte zur Aufbereitung von Medizinprodukten sind validiert.

3.2.6 Arzneimittel

Die jeweils gültige Arzneimittelliste wird durch die Arzneimittelkommission, die 2-3 Mal jährlich tagt, festgelegt. Zu dieser Kommission lädt der leitende Krankenhausapotheker der kooperierenden Zentralapotheke alle Belegärzte und die Geschäftsführung ein. Zudem besteht ein enger Kontakt zwischen dem Apotheker und den Belegarztpraxen. Die Versorgung mit Medikamenten ist über ein elektronisches Bestellportal, die mehrmals wöchentliche Belieferung der Apotheke und einen Grundbestand von Arzneimitteln sichergestellt. Zudem können dringend benötigte Medikamente jederzeit in der Zentralapotheke abgeholt werden. Die Lagerung von Arzneimitteln erfolgt sachgerecht und wird regelmäßig von der Apotheke überprüft.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Eine Transfusionskommission ist nach den gesetzlichen Vorgaben eingerichtet. Vorsitzende der Kommission ist die Transfusionsverantwortliche Ärztin. Jede Abteilung verfügt über einen Transfusionsbeauftragten Arzt. Ein Facharzt ist für die Qualitätssicherung zuständig. Es wurde ein Qualitätsmanagementhandbuch verfasst, in dem verbindlich für alle Mitarbeiter Verfahrensanweisungen in der Anwendung von Blut- und Blutprodukten definiert sind. Das Handbuch liegt in allen Abteilungen bereit und ist zudem im hausinternen Intranet verfügbar. Es finden regelmäßige Fortbildungen statt.

3.2.8 Medizinprodukte

Im Kaiserin-Auguste-Victoria Krankenhaus besteht ein geregelteres Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten. In jeder Abteilung sind geschulte Mitarbeiter als verantwortliche Gerätebeauftragte benannt. Die im Haus zur Anwendung kommenden Medizinprodukte werden von ausgewiesenen Mitarbeitern bedient. Alle Mitarbeiter besitzen einen Gerätepass, in dem die Geräte aufgeführt sind, die er bedienen darf. Es besteht eine umfassende Dienstweisung im Umgang mit Medizinprodukten, die für alle Mitarbeiter verbindlich ist. Es liegt ein elektronisch geführtes Bestandsverzeichnis vor, in dem alle in der Klinik befindlichen Medizingeräte aufgeführt sind.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Verantwortlich für den Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie ist die Geschäftsführung. Innerhalb der jährlichen Wirtschaftsplanung wird der Ausbau des EDV - Netzwerkes, der Hardware und entsprechender Softwarekomponenten konsequent fortgeführt. Wichtige Hardwarekomponenten sind

redundant vorhanden. Alle Abteilungen im Haus haben mit dem Computer Zugang zum einheitlichen Krankenhausinformationssystem, zum hauseigenen Intranet und dem Internet. Die Ausfallsicherheit der Datenbanken ist über eine Festplattenspiegelung und eine werktägliche Gesamtsicherung gewährleistet.

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Die Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientenakten erfolgt nach einem einheitlich festgelegten Muster im Haus. Die Erfassung der relevanten Daten wird in einem standardisierten Dokumentationssystem vorgenommen. Der Aufbau der Patientenakte ist abteilungsübergreifend einheitlich geregelt. Für die Dokumentation im Krankenhausinformationssystem besteht ein vom System vorgegebener standardisierter Ablauf. Die Archivierung von Patientenakten erfolgt zentral über die Verwaltung. Eine Überprüfung der Dokumentation findet regelmäßig im Rahmen von Dokumentations- und Qualitätsmanagementaudits statt. Für diese Aufgabe wurde ein Qualitätszirkel eingerichtet.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Die Patientenakten werden von den Mitarbeitern des Patientenmanagements verwaltet. Falls der Patient bereits in der entsprechenden Belegarztpraxis behandelt wurde, steht für den behandelnden Belegarzt zusätzlich die ambulante Akte während der stationären Behandlung zur Verfügung. Der Zugriff auf archivierte Patientenakten ist zu jeder Zeit uneingeschränkt durch autorisiertes Personal sichergestellt. Der Verlauf der Akten wird durch ein EDV – gestütztes Verfahren dokumentiert. Bei Verlegungen innerhalb der Klinik wird die gesamte Patientenakte mit auf die aufnehmende Station gegeben. Somit wird sichergestellt, dass dort alle wichtigen Informationen umfassend zur Verfügung stehen.

4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Es existiert ein systematisches und strukturiertes Berichtswesen, welches in klar geregelten Abständen vom Controlling und Medizincontrolling des Hauses der Geschäftsleitung vorgelegt wird. Abweichungen werden analysiert und hinterfragt und erforderlichenfalls mit den Verantwortlichen besprochen. Für den zulässigen Grad einer Abweichung bestehen klare Regelungen. Definierte Kennzahlen und Zielgrößen werden der Krankenhausleitung in der Kennzahlenmatrix und den unterschiedlichen Reports regelmäßig zur Verfügung gestellt. Durch diese Vorgehensweise wird sichergestellt, dass die Klinikleitung anhand der etablierten Meldesysteme zu jeder Zeit umfänglich informiert ist. Ergänzt wird der Prozess durch ein Meldesystem (CIRS) für Beinahefehler, das Beschwerdemanagement und das System zur Meldung von Schäden.

4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

Im Kaiserin-Auguste-Victoria Krankenhaus finden regelmäßige hierarchie-, berufsgruppen-, und abteilungsübergreifende Besprechungen statt. Es werden regelmäßige Stationsleitungs- und Abteilungsleitungsbesprechungen durchgeführt. Die Abteilungen führen eigene Teamsitzungen durch. Die Krankenhausleitung trifft sich zu einer täglichen Besprechung. Alle Besprechungen werden übersichtlich in einer Matrix dargestellt. Diese ist für alle Mitarbeiter im Intranet abgelegt. Zur Sicherstellung der Patientenbehandlung findet eine angemessene und nachvollziehbare Informationsweitergabe durch gemeinsame Visiten, Dienstübergaben, standardisierte Dokumentationen und Übergabeprotokolle statt.

4.4.1 Organisation und Service

Die zentrale Auskunftsstelle am Tag stellt der Empfang dar. Dort stehen alle relevanten Informationen zur Verfügung. Die im Empfangsbereich tätigen Mitarbeiter sind besonders im Umgang mit Patienten geschult. Unter Berücksichtigung des Datenschutzes können die Mitarbeiter am Empfang auf notwendige Patientendaten zugreifen, um ausreichend Auskunft geben zu können. Falls ein Patient diese Informationsweitergabe nicht möchte, wird diesem Wunsch durch eine entsprechende Kennzeichnung zur Nichtweitergabe entsprechender Daten genüge getan. Die Brandmeldezentrale und die Anlage für andere zentrale Alarmer (Sauerstoff, Heizung, Klima etc.) befinden sich in dieser Abteilung. Außerhalb der normalen Dienstzeiten werden das Telefon und alle Alarmer auf eine Station umgeleitet. Alle relevanten Informationen übergibt der Mitarbeiter des Empfangs zum Dienstschluss an die diensthabende Station.

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Eine Anzahl von verbindlichen Regelungen sichert die Einhaltung des Datenschutzes in der Klinik. Für die Überprüfung der Einhaltung des Datenschutzes ist der externe Datenschutzbeauftragte zuständig. Jeder Mitarbeiter des Hauses hat eine Datenschutzerklärung unterschrieben. Für alle Mitarbeiter, Belegärzte und Beleghebammen des Krankenhauses besteht ein abgestuftes Berechtigungskonzept innerhalb der EDV. Es finden regelmäßige Fortbildungen zum Datenschutz statt. Die Teilnahme ist für alle Mitarbeiter verpflichtend. Der Datenschutzbeauftragte führt regelmäßige Begehungen in den Abteilungen durch.

5 Führung

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Das bestehende Leitbild unserer Klinik wurde nach dem letzten Eigentümerwechsel in Absprache mit den Mitarbeitern überarbeitet und verabschiedet. Auf dieser Basis wurden weitere dezentrale Leitbilder für die Berufsgruppen Pflege und Hauswirtschaft und verbindliche Führungsgrundsätze abgeleitet. Zentrale Inhalte des Leitbildes sind die Patienten- und Kundenorientierung, Mitarbeiterorientierung und Führung, Qualität, Wirtschaftlichkeit und Umwelt. Die Leitbilder sind im Internet und im Intranet abrufbar und hängen an zentralen Stellen der Klinik aus. Sie werden regelmäßig im Rahmen der strukturierten Mitarbeitergespräche inhaltlich überprüft. Neue Mitarbeiter bekommen das Leitbild bei der Einstellung ausgehändigt.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Die Planungen zur Durchführung vertrauensbildender Maßnahmen beruhen auf dem Leitbild und den Führungsgrundsätzen der Klinik. Eine große Anzahl von festgeschriebenen vertrauensfördernden Maßnahmen wurden zwischen dem Betriebsrat und der Geschäftsführung vereinbart. Die Maßnahmen werden unter anderem in der Mitarbeiterbefragung und in regelmäßig stattfindenden Mitarbeitergesprächen überprüft.

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Ethische Ziele sind im Unternehmensleitbild sowie im Pflegeleitbild und im Leitbild des Hauswirtschaftsdienstes der Klinik festgeschrieben. Unsere Mitarbeiter respektieren grundsätzlich persönliche, religiöse, kulturelle und ethische Einstellungen der Patienten. Auf Wunsch stehen dem Patienten und seinen Angehörigen Seelsorger zur Verfügung. Eine Ethikbeauftragte überwacht die Einhaltung der ethischen Grundsätze. Sie ist Ansprechpartnerin für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter in ethischen Fragestellungen. Ein Ethikkomitee ist eingerichtet.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Übergeordnetes Ziel ist der Erhalt eines preisgünstigen Grundversorgerspektrums im Rahmen der integrierten Versorgung unter Ausbildung diverser spezieller Leistungen als ortsnahe Versorgungsform für die Bevölkerung. Dazu entwickelt die Klinik in einzelnen Arbeitsbereichen Schwerpunkte in der medizinischen Versorgung, die zwischen den Belegärzten und der Geschäftsleitung in enger Abstimmung festgelegt werden. Dabei wird ein Ausbau der bereits vorhandenen engen Verzahnung mit dem niedergelassenen Bereich und den externen Kooperationspartnern angestrebt. Zur systematischen Überwachung der Zielerreichung wurde ein umfassendes Kennzahlensystem aufgebaut.

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Unserer gesellschaftlichen Verantwortung werden wir auf verschiedenen Ebenen gerecht. Dazu pflegt unsere Klinik vielfältige Kooperationen mit Kooperationspartnern, umliegenden Hausärzten und nachbetreuenden Einrichtungen (bspw. Rehabilitationseinrichtungen, Sozialstationen, Pflegeeinrichtungen etc.) Darüber hinaus ist es uns wichtig durch unterschiedliche Maßnahmen humanitäre Hilfe zu leisten. Unseren Mitarbeitern bieten wir einen sicheren und attraktiven Arbeitsplatz an. Es werden regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen und individuelle Regelungen zur Arbeitszeit angeboten. In der Zusammenarbeit mit umliegenden Schulen bieten wir Praktika für die Schüler an.

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Die Klinikstruktur ist durch ein Organigramm abgebildet, welches regelmäßig von der Krankenhauslei-

tung aktualisiert wird. Alle aktuellen Funktionsträger sind innerhalb des Organigramms namentlich benannt. Jeder neue Mitarbeiter bekommt im Rahmen der Einarbeitung das Organigramm vorgestellt, es ist darüber hinaus im Intranet veröffentlicht. Für die einzelnen Berufsgruppen wurden Stellenbeschreibungen erstellt, die ebenfalls jedem neuen Mitarbeiter im Rahmen der Einarbeitung zur Kenntnis gebracht werden. Eine umfassende Besprechungsmatrix stellt die Kommunikation und Koordination der bestehenden Gremien dar.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Eine effiziente und effektive Arbeitsweise der Leitungsgremien und Kommissionen wird durch die entsprechende Zusammensetzung, ein geeignetes Verteilersystem, die Regelung von Verantwortlichkeiten und die klare Übermittlung von Ergebnissen unterstützt. Die Sitzungstermine der verschiedenen Gremien sind koordiniert, an jeder Sitzung nimmt mindestens ein Mitglied der Geschäftsleitung teil. Geschäftsordnungen existieren für die wesentlichen Konferenzen im Krankenhaus, die Ergebnisse der Sitzungen werden dokumentiert. Die Klinikleitung kooperiert und kommuniziert eng miteinander. Eine täglich stattfindende, gemeinsame Besprechung sichert den ungefilterten Informationsaustausch. Bei Bedarf werden weitere Mitarbeiter zu den Besprechungen hinzu gezogen. Die Entscheidungen werden in den routinemäßigen nachgeordneten Leitungssitzungen und über das Protokollverteilersystem an die Leitungsebenen vermittelt bzw. über Rundschreiben und Dienstanweisungen weitergegeben. Es finden regelmäßige Treffen der Geschäftsführung mit allen Abteilungsleitern statt.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

Innovationen werden auf unterschiedlichen Wegen (externe Fortbildungen, Besuche anderer Einrichtungen, etc.) erfasst und innerhalb der Klinikleitung unter Absprache mit den Belegärzten diskutiert und ggf. implementiert. Das eingerichtete Intranet dient als Wissensdatenbank der Klinik. Jeder Mitarbeiter bekommt auf Antrag einen Internetzugang. Fachzeitschriften sind vorhanden, es werden regelmäßige Fort- und Weiterbildungen angeboten. In unserer Klinik ist ein Innerbetriebliches Vorschlagswesen etabliert. Mitarbeiter haben die strukturierte Möglichkeit, ihre Ideen zur Verbesserung von Prozessabläufen zu kommunizieren. Darüber hinaus besteht für jeden Mitarbeiter strukturiert die Möglichkeit im Rahmen des Mitarbeitergesprächs seine Wünsche und Ideen einzubringen.

5.4.1 Externe Kommunikation

Unseren Patienten und der interessierten Öffentlichkeit werden viele Informationen über den Internetauftritt der Klinik zur Verfügung gestellt. Die Homepage des Krankenhauses wird regelmäßig aktualisiert. Verantwortlich für die Öffentlichkeitsarbeit ist die Geschäftsführung. Es bestehen systematische Kontakte zur örtlichen Presse, eine kontinuierliche Pressearbeit wird durch unterschiedliche Maßnahmen sichergestellt. Zu jedem Event wird die Presse eingeladen. Es finden Veranstaltungen für die Öffentlichkeit und für interessiertes Fachpublikum statt.

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Im Rahmen des bestehenden Risikomanagements werden in unterschiedlichen Bereichen unserer Klinik regelmäßig Kennzahlen erhoben und mit definierten Zielwerten verglichen. Durch das etablierte Frühwarnsystem wird die Geschäftsführung in die Lage versetzt, zeitnah auf sich ankündigende Problemstellungen zu reagieren. Seit 2010 besteht als Ergänzung zum bestehenden Risikomanagement ein System zur Erfassung und Bearbeitung von anonym gemeldeten "Beinahe Fehlern" (Critical Incident Reporting System). Die entsprechenden Meldungen werden durch die CIRS-Beauftragten initial bearbeitet und durch ein Risikomanagementteam bewertet. Entsprechende Maßnahmen zur Verbesserung von Prozessabläufen werden initiiert und überwacht.

6 Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation

Für das Qualitätsmanagement trägt die Krankenhausleitung die Gesamtverantwortung.

Der Qualitätsmanagementbeauftragte ist Mitglied der Geschäftsführung. Es sind für alle Abteilungs- Qualitätsbeauftragte benannt, diese werden regelmäßig im Qualitätsmanagement geschult. Die enge Zusammenarbeit zwischen dem Qualitätsmanagementbeauftragten und den Qualitätsbeauftragten der Abteilungen gewährleistet die Koordinierung aller Projekte im KAV Krankenhaus. Projektgruppen werden abteilungs-, berufsgruppen- und hierarchieübergreifend zusammengesetzt.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Alle wesentlichen Haupt-, Unterstützungs-, Mitarbeiter-, und Managementprozesse sind in unserer Klinik festgelegt. Die geltenden Dokumente werden unter der Beteiligung der betroffenen Mitarbeiter in den jeweiligen Bereichen erstellt. Unser Intranet, zu dem jeder Mitarbeiter Zugang hat, wird als Wissensdatenbank genutzt. Hier können zu jeder Zeit alle Dokumente in der geltenden Fassung abgerufen werden. Unsere Prozesse werden mit Begehungen, Befragungen und festgelegten Kennzahlen regelmäßig überprüft und gegebenenfalls angepasst.

6.2.1 Patientenbefragung

In unserer Klinik ist eine permanente Patientenbefragung etabliert. Die Ergebnisse aus der Befragung und die entsprechende Rücklaufquote werden monatlich ausgewertet und an die Mitarbeiter und Belegärzte weitergegeben. Darüber hinaus werden sie für unsere Patienten, einweisende Ärzte und weitere interessierte Personengruppen im Internet veröffentlicht. Externe Befragungen der Krankenkassen werden ebenfalls für Verbesserungsmaßnahmen genutzt.

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Seit 2010 findet eine regelmäßige Befragung externer nachbehandelnder Einrichtungen statt. Durch die Belegarztstruktur stellen die Belegärzte selbst die weitaus größte Gruppe der Einweiser dar. Die Wünsche und Bedürfnisse unserer Belegärzte erfassen wir in persönlichem Kontakt. Es besteht ein regelmäßiger persönlicher Kontakt der Geschäftsführung mit den ansässigen Hausärzten. Es werden gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

In regelmäßigen Abständen befragen wir unsere Mitarbeiter zur Zufriedenheit mit ihrer Arbeitssituation. In der Befragung haben die Mitarbeiter die Möglichkeit allgemeine Themen (bspw. interne Kommunikation, Umgang mit Vorschlägen und Ideen, etc.), Fragestellungen in Bezug auf den Vorgesetzten (Einhaltung der Führungsgrundsätze, Ermutigung zur Zusammenarbeit, etc.) und die eigene Arbeit (beispielsweise Motivation, Einhaltung von Arbeitszeiten, etc.) zu bewerten. Die Ergebnisse werden veröffentlicht. Anhand der Ergebnisse werden Maßnahmen zur Verbesserung der Mitarbeiterorientierung initiiert.

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Patienten können Ihre Beschwerden auf vielfältige Art und Weise zum Ausdruck bringen. Innerhalb der Patientenbefragung besteht die Möglichkeit sich über bestimmte Umstände schriftlich zu beklagen. Bei projektbezogenen Befragungen werden die Patienten aktiv aufgefordert ihre Meinung zu äußern. Zudem haben alle Patienten jederzeit die Möglichkeit sich bei Wünschen oder Beschwerden an das Pflegepersonal oder an die Ärzte zu wenden. Darüber hinaus ist ein Beschwerdemanagement eingerichtet, mit dem Patienten, Angehörige und Besucher ihre Beschwerden und Wünsche äußern können. Die Bearbeitung der Beschwerden erfolgt strukturiert durch ein Mitglied der Krankenhausleitung. Zusätzlich ist ein ehrenamtlicher Patientenfürsprecher tätig.

6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Zur externen und internen Qualitätssicherung wird eine große Anzahl von Kennzahlen erhoben. Neben den gesetzlich verpflichtend zu erhebenden Daten gibt eine interne Kennzahlenmatrix, in der zu jeder einzelnen Kennzahl auch eine entsprechende Zielgröße definiert ist. Die Ergebnisse geben Aufschluss über die Ergebnisqualität der Klinik. Die Kennzahlen werden in regelmäßigen Abständen durch zuständige Mitarbeiter erfasst, die Einhaltung der Zielwerte wird für die Geschäftsführung durch eine Ampelfunktion übersichtlich dargestellt.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Die Klinik nimmt an der externen vergleichenden Qualitätssicherung teil. Die Daten der externen Qualitätssicherung werden in allen Fachabteilungen durch den behandelnden Arzt, bzw. die verantwortliche Pflegekraft direkt EDV-gestützt erfasst. Für die Übermittlung der Daten an die Landes- oder Bundesgeschäftsstelle ist der Qualitätsmanagementbeauftragte zuständig. Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung werden in allen Fachabteilungen jährlich durch die Belegärzte analysiert und diskutiert. Bei Auffälligkeiten werden Ergebnisse auch unterjährig diskutiert und beurteilt, sie werden zur Diskussion und Optimierung der Patientenversorgung genutzt.