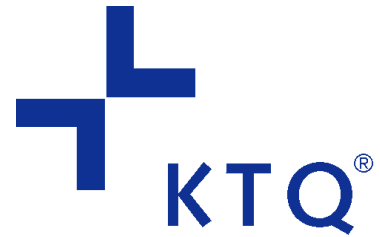




Heinrich-Braun-Klinikum
gemeinnützige GmbH



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Einrichtung:	Heinrich Braun Klinikum Standort Zwickau der Heinrich-Braun-Klinikum gGmbH
Institutionskennzeichen:	261400379
Anschrift:	Karl-Keil-Straße 35 08060 Zwickau
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer: durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	2014-0033 KH LGA InterCert GmbH, Nürnberg
Gültig vom:	01.07.2014
bis:	30.06.2017

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 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), der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) und der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e. V. (HB). 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 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, das das **Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau**, 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

Dr. med. M. Vogt

Für den Hartmannbund



Ihr Krankenhaus in Westsachsen

www.heinrich-braun-klinikum.de

Vorwort der Einrichtung

Liebe Leserinnen und Leser,

niemand ist gern krank. Und doch ist man als Patientin oder Patient froh, wenn man sich vertrauensvoll zur Behandlung in ein Krankenhaus begeben kann. Das Heinrich-Braun-Klinikum gehört zum Landkreis Zwickau und ist seit Generationen für Sie da, wenn Sie Hilfe, Pflege und medizinische Betreuung benötigen.

Als hochmodernes Klinikum mit den beiden Standorten Kirchberg* und Zwickau sind wir Schwerpunktversorger für die Stadt und den Landkreis Zwickau. Für Ihre Gesundheit halten wir alle wesentlichen Fachbereiche – von der Augenheilkunde bis zur Wirbelsäulenchirurgie – vor. Dabei steht stets der Mensch im Mittelpunkt. Unser Ziel ist es, mit medizinischer Kompetenz, herzlicher Fürsorge und einem ansprechenden Umfeld zu einer schnellen Genesung beizutragen, Schmerzen zu lindern oder im schönsten Fall: neuem Leben auf die Welt zu helfen.

Wir möchten das in uns gesetzte Vertrauen unter Beweis stellen und mit dem veröffentlichten Qualitätsbericht Transparenz für unsere Arbeit herstellen. Qualität ist kein Zufall, sondern eine immerwährende Herausforderung, der wir uns gern stellen. Davon zeugen mehrere zertifizierte Organzentren und Prädikate wie „ausgezeichnet für Kinder“ und „Mitglied im Aktionsbündnis Patientensicherheit“.

Für detaillierte Informationen zu den einzelnen medizinischen Verfahren können Sie gern Kontakt zu den betreffenden Kliniken aufnehmen. Bei Themen die pflegerische Leistungen betreffen, wenden Sie sich bitte an die Pflegedirektion. Besuchen Sie doch auch unsere Website www.heinrich-braun-klinikum.de, um aktuelle Informationen über das Leistungsspektrum unseres Klinikums zu erhalten sowie über kleine Geschichten aus dem Krankenhausalltag zu lesen. Bei allgemeinen Fragen zum Klinikum können Sie sich vertrauensvoll an unseren Patientenservice oder den Bereich Unternehmenskommunikation wenden.

Als Leitung des Heinrich-Braun-Klinikums wünschen wir Ihnen alles Gute, das Beste für Ihre Gesundheit und eine interessante Lektüre des Qualitätsberichtes.

Dipl.-Kfm. Rüdiger Glaß
Geschäftsführer

Privatdozent Dr. med. habil. Siegfried Zielmann
Ärztlicher Direktor

Eva Brockel
Pflegedirektorin

* nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

1. Patientenorientierung

1.1 Rahmenbedingungen der Patientenversorgung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das Heinrich-Braun-Klinikum gemeinnützige GmbH (HBK) ist durch den öffentlichen Nahverkehr und mit dem PKW sehr gut erreichbar. Es stehen öffentliche und kostenlose Parkplätze zur Verfügung. Die Aufnahme unserer Patienten erfolgt in der zentralen Aufnahme bzw. über den Servicepunkt. Notfallpatienten werden nach Erstversorgung in der Rettungsstelle in die entsprechende Fachrichtung weitergeleitet. Vorstationäre Leistungen werden in den prästationären Sprechstunden erbracht. Über unser Leistungsangebot informieren wir z.B. mittels Homepage, Flyer der einzelnen Fachabteilungen sowie Imagebroschüre.

1.1.2 Leitlinien

Wissenschaftlich begründete Leitlinien für Diagnostik und Therapie sind die Grundlage der medizinischen Behandlung im Klinikum. Die Leitlinien und einzelne Behandlungspfade oder auch Pflegestandards spiegeln den aktuellen Stand des Wissens wider und berücksichtigen dabei den individuellen Zustand des Patienten. Die anerkannten Pflegevorgaben und die nationalen Expertenstandards finden Anwendung und werden unter Einbeziehung der Pflegedirektion regelmäßig aktualisiert. Im Qualitätsmanagementhandbuch sind die Leitlinien, Pflegestandards und Behandlungspfade für Mitarbeiter immer einsehbar.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Unsere Patienten werden in die Behandlungsschritte und Maßnahmen der Betreuung/Versorgung einbezogen. Unter Beachtung der Intimsphäre finden Aufnahme- und Aufklärungsgespräche in separaten Räumen statt. Patientenverfügungen werden bereits bei der Aufnahme erfragt und im Behandlungsverlauf berücksichtigt. Die Patienten, bei Bedarf auch deren Angehörigen, erhalten umfassende Informationen sowohl zum Behandlungsverlauf (über das ärztliche Personal) als auch über Beratungsangebote (Sozialdienst, Selbsthilfegruppen). Weiter gibt es regelmäßig Veranstaltungen für interessierte Patienten sowie die Öffentlichkeit.

1.1.4 Service, Essen und Trinken

Es stehen überwiegend Ein- und Zweibettzimmer mit eigener Nasszelle zur Verfügung. Auf allen Stationen können Paravents als Sichtschutz aufgestellt werden. Nahezu überall gibt es separate Untersuchungszimmer und Aufenthaltsräume sowie Sitzgruppen. Schon bei der Aufnahme legt der Arzt einen Ernährungsplan für den Patienten fest. Innerhalb dieser Kostform können sich Patienten mit Hilfe der Menüassistenten ihre Mahlzeiten zusammenstellen. Eine Diätberatung bzw. Einbeziehung von Diätassistenten bei der Menüplanung ist jederzeit möglich. Eine Versorgung mit speziellen Ernährungslösungen erfolgt auf ärztliche Anordnung. Religiös und kulturell motivierte Bedarfe werden beim Speisenangebot individuell nach den Möglichkeiten berücksichtigt.

1.1.5 Kooperationen

Die Kooperation der Beteiligten in der Patientenversorgung wird durch Fall-, Tumor- und Mortalitätskonferenzen sowie Qualitätszirkel und Arbeitsgruppen sichergestellt. In zahlreichen Fachdisziplinen werden interdisziplinäre Konferenzen durchgeführt, insbesondere in den zertifizierten Kompetenzzentren, wie z.B. Darm- und Schlaganfallzentrum. Der Prozess der Zentrenbildung wird durch die Krankenhausleitung, die Klinikleitungen und Fachabteilungen gesteuert. Durch diese Maßnahmen soll eine möglichst optimale Patientenversorgung sichergestellt und kontinuierlich verbessert werden. Über Kooperationsvereinbarungen und die enge Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten kann ein reibungsloser Behandlungsverlauf erreicht werden.

1.2 Notfallaufnahme

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Das Klinikum verfügt auf Grund des Leistungsspektrums über eine zentrale Rettungsstelle. Diese wird regelmäßig durch alle Rettungsdienste des Rettungszweckverbandes Westsachsen angefahren. Ambulante Notfallpatienten werden ebenso wie die Notfallpatienten der Rettungsdienste durch den diensthabenden Arzt der Rettungsstelle untersucht. Je nach medizinischer Indikation und Dringlichkeit kann immer ein Arzt einer anderen Fachrichtung hinzugezogen werden. Außerdem gewährleisten wir immer eine fachärztliche Notfallversorgung von Kindern, Schwangeren und Patienten mit Augenverletzungen. Diese Rettungsstellen sind direkt an die benannten Fachabteilungen angeschlossen und örtlich von der zentralen Notfallaufnahme getrennt.

1.3 Ambulante Versorgung

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

In den Ambulanzen und Sprechstunden werden frühestmögliche Termine nach Dringlichkeit und in Absprache mit dem zuweisenden Arzt vergeben. Qualifiziertes Personal sichert eine fachgerechte Untersuchung und Behandlung unserer Patienten. Die gute Vernetzung stationärer und ambulanter Bereiche ermöglicht eine adäquate Befundung und Behandlung. Unsere Rettungsstellen gewährleisten rund um die Uhr eine umfassende Versorgung von Notfallpatienten. Die erforderlichen Unterlagen werden den Patienten zur Entlassung (zeitnah) bereitgestellt.

1.3.2 Ambulante Operationen

Die Einberufung von Patienten zu ambulanten Operationen erfolgt in den fachspezifischen Sprechstunden. In diesen erhalten sie unter Wahrung der Aufklärungsfristen die Operationsaufklärung. Für ambulante Operationen gilt ebenso der Facharztstandard. Die Terminvergabe zur Operation erfolgt nach Abstimmung zwischen den Fachabteilungen und dem OP-Koordinator. Patientenwünsche werden dabei möglichst berücksichtigt. Die Überwachung des Patienten ist im Aufwachraum, beziehungsweise in speziellen Überwachungsbereichen, sichergestellt. Gegebenenfalls wird bei Komplikationen der Patient stationär aufgenommen. Mit jedem Patienten

werden eine Abschlussuntersuchung und ein Abschlussgespräch geführt. Dabei werden die weiteren Verhaltensweisen aufgezeigt und festgelegt.

1.4 Stationäre Versorgung

1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Die Durchführung und Dokumentation von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erfolgt entsprechend hausinternen Regelungen und Standards. Eine Koordination der an der Behandlung Beteiligten ist daher gewährleistet. Klinische Daten und Befundergebnisse werden datenschutzgerecht mittels spezieller Standardformulare bzw. intern per PC übermittelt. Für jeden Patient wird ein diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmenplan aufgestellt. Diese Aspekte werden im Arztgespräch mit den Patienten besprochen.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

In unserem Klinikum ist der Facharztstandard ganztägig gewährleistet. Nach Indikationsstellung durch den Facharzt und einer vielfach gemeinsamen Therapieplanung erfolgt die Umsetzung durch die im Haus integrierten Abteilungen unter Anwendung diagnosebezogener ärztlicher Behandlungsleitlinien, pflegerischer Standards sowie standardisierter diagnostischer und therapeutischer Stufenpläne. Für alle Patienten steht nach ärztlicher Verordnung die Physiotherapie zur Verfügung. Auch Therapieformen, wie Ergotherapie, sozialpsychiatrische-, Kunst- oder Psychotherapie sind u.a. für die Patienten der Klinik für Neurologie und für Psychiatrie und Psychotherapie sichergestellt. In anderen Kliniken stehen ebenfalls multiprofessionelle Therapeutenteams zur Verfügung.

1.4.3 Operative Verfahren

Damit alle OP-relevanten Vorgänge koordiniert ablaufen, ist die Stabsstelle eines OP-Managers eingerichtet. Die OP-Planung, die Sicherstellung einer geordneten Ablauforganisation und die Integration von Notfällen sind Aufgaben des OP-Managers. Die Kooperation aller an der Operation beteiligten Berufsgruppen ist durch eine hauseigene Dienstanweisung klar geregelt. Alle Maßnahmen zur Vor- und Nachbereitung einer OP erfolgen nach hausinternen Standards. Die Operationsbereitschaft ist rund um die Uhr gewährleistet.

1.4.4 Visite

Für jeden Patienten erfolgt montags bis freitags täglich mindestens eine Visite durch den Stationsarzt. Zudem wird wöchentlich mindestens eine Chefarzt- oder Oberarztvisite durchgeführt. In vielen Kliniken erfolgen auch am Wochenende und an Feiertagen Visiten für die Patienten.

Das Ziel der Visite, das weitere medizinische Vorgehen patientenspezifisch festzulegen, erfolgt nicht nur unter Berücksichtigung der Vorschläge der teilnehmenden Ärzte, Schwestern und des Fachpersonals, sondern ebenfalls unter Beachtung der Hinweise, die sich aus der Patientenbefragung zur Visite und aus allgemeinen Hinweisen ergeben.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Das HBK bietet neben der vollstationären Behandlung auch teilstationäre, prästationäre und poststationäre Behandlungsformen an. Zur Ablaufplanung erfolgen regelmäßige interne Abstimmungen der verschiedenen Berufsgruppen und Fachabteilungen. Die Einbestellung der Patienten wird direkt über Station oder durch Chefarztsekretariate organisiert.

1.5 Übergang in andere Bereiche

1.5.1 Entlassung

Die Entlassungsplanung beginnt, als ein Teil des koordinierten Behandlungsprozesses, bereits bei Aufnahme des Patienten. Sie sind abhängig vom diagnostischen und therapeutischen Verlauf. Der zuständige Arzt führt mit jedem Patienten ein Entlassungsgespräch durch. Bei allen Patienten, bei denen nach Entlassung besondere Pflegebedürftigkeit besteht, wird frühzeitig der Pflegeaufwand besprochen und die Nachbehandlung organisiert. Hierzu erfolgt eine intensive Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Unser Klinikum arbeitet systematisch mit nachbetreuenden Einrichtungen und niedergelassenen Ärzten zusammen. Der Übergang in Pflegeeinrichtungen und Rehabilitationseinrichtungen erfolgt durch das Pflegepersonal zusammen mit dem Sozialdienst. Vor Verlegungen in andere Krankenhäuser erfolgt eine telefonische Vorankündigung mit Übermittlung von Informationen zum aktuellen Krankheitsstand. Bei Entlassung nach Hause kann der telefonische Kontakt ausdrücklich angeboten werden. Erforderliche Kontrolluntersuchungen werden mit dem weiterbehandelnden Arzt abgestimmt.

1.6 Sterben und Tod

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Im HBK werden Patientenverfügungen respektiert und eingehalten. Alle Mitarbeiter betreuen Sterbende und Angehörige pietätvoll und in angemessener Atmosphäre. Einige Pflegekräfte haben eine spezielle Palliativ-care-Zusatzausbildung absolviert. Lebenspartner oder Angehörige können auf Station aufgenommen werden. Es wurde ein spezieller Pflegeleitfaden zur Betreuung von sterbenden Patienten erstellt.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

In unserem Haus gibt es Regelungen zum Umgang mit Verstorbenen und deren Angehörigen. Individuell wird auf jeden einzelnen Fall eingegangen, damit sichergestellt bleibt, dass die Angehörigen angemessen Abschied nehmen können. Würdevolle Abschiedsräume stehen zur Verfügung. Oftmals wird im Anschluss an das Abschiednehmen von den Angehörigen noch ein Gespräch mit Arzt oder Pflegekraft gewünscht, was in jedem Fall gewährt wird.

2 Mitarbeiterorientierung

2 Mitarbeiterorientierung

2.1 Personalplanung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Wir planen unseren Personalbedarf und -einsatz nach leistungsgerechten und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Ebenso werden entsprechende Qualifizierungen berücksichtigt. Dabei werden die Leiter der betreffenden Abteilungen (Ärztlicher Direktor und Pflegedirektion, Abteilungsleiter) einbezogen. Die Bereitstellung einer angemessenen Anzahl von qualifizierten Mitarbeitern ist demnach sichergestellt. Jährlich und bei Personalveränderungen überprüft die Personalabteilung in Zusammenarbeit mit der Krankenhausleitung den Personalbedarf nach anerkannten Kennzahlen.

2.2 Personalentwicklung

2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Die systematische Personalentwicklung im Heinrich-Braun-Klinikum gemeinnützige GmbH verknüpft die Interessen des Klinikums mit den Bedürfnissen der Mitarbeiter. Die gemeinsame Entwicklung beruflicher Perspektiven wird durch Mitarbeitergespräche und Mitarbeitersprechstunden umgesetzt. Als weitere Elemente der Personalentwicklung in unserem Klinikum sind die Karriereplanung und ein Beurteilungssystem zu nennen. Verantwortlich für Personalentwicklung ist die Personalabteilung in Zusammenarbeit mit der Krankenhausleitung. Eine exakte Festlegung der Qualifikation ist in entsprechenden Stellenbeschreibungen durch den jeweiligen Vorgesetzten in Zusammenarbeit mit der Personalabteilung festgeschrieben. Die umfassende Planung von Fort- und Weiterbildungen im Rahmen des internen Weiterbildungsprogramms unterstützt die Umsetzung spezifischer Leistungsanforderungen. Ebenso kann nach entsprechender Genehmigung an externen Fortbildungen teilgenommen werden. Die sich daraus ergebenden Festlegungen der Qualifikation stellen sicher, dass Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiter ihren beruflichen Anforderungen entsprechen.

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Neue Mitarbeiter werden nach dem übergeordneten Einarbeitungskonzept des Klinikums eingearbeitet, das durch weiterführende abteilungsspezifische Einarbeitungskonzepte ergänzt wird. Die Einarbeitungskonzepte sind für alle Mitarbeiter im zentralen QM-H einsehbar. In den Abteilungen stehen den neuen Mitarbeitern benannte Mentoren/Praxisanleiter, die Abteilungsleiter oder deren Stellvertreter als Ansprechpartner zur Verfügung.

2.2.3 Ausbildung

Dem Bildungsträger HBK ist eine medizinische Berufsfachschule für die Bereiche Gesundheits- und Krankenpflege, Physiotherapie und Krankenpflegehilfe angegliedert. Die praktische Ausbildung durch qualifiziertes Personal ist gewährleistet. Dem

Klinikum stehen in der Krankenpflege hauptamtliche, weitergebildete Praxisanleiter zur Verfügung. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Vernetzung von Theorie und Praxis.

2.2.4 Fort-und Weiterbildung

Auf die Fort- und Weiterbildung unserer Mitarbeiter, die durch die „Dienstanweisung zur [...] Durchführung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen“ geregelt sind, wird großer Wert gelegt. So wird, entsprechend den gesetzlichen Anforderungen und der Zielplanung des Klinikums, die Fort- und Weiterbildung unter Verantwortung der Krankenhausleitung geplant. Es existiert ein umfassendes internes Jahresfortbildungsprogramm für den Pflege- und Funktionsdienst. Zudem werden Veranstaltungen für die interessierte Öffentlichkeit angeboten.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Unsere Vorstellungen eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles definieren sich in der Organisationsstruktur des Qualitätsmanagements im TQM-Konzept und über die Führungsgrundsätze unseres Unternehmens. Die Eigenverantwortung unserer Mitarbeiter wird gefördert, z.B. können sie im Rahmen unseres „Betrieblichen Vorschlagswesens“ Vorschläge, Anregungen und Kritik anbringen.

Als weitere Maßnahmen sind hier die Mitarbeiterbefragungen, die Mitarbeitergespräche und die Mitarbeitersprechstunden, die die Mitglieder der Krankenhausleitung anbieten, zu nennen. Ebenso ist der Aspekt "Mitarbeiter" als ein Schwerpunkt im Leitbild hinterlegt. Das Beschwerdemanagement ist außerdem für Mitarbeiterbeschwerden zuständig.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Die Arbeitszeit wird prinzipiell durch das Arbeitszeitgesetz und durch den Tarifvertrag Ärzte/HBK geregelt. Der jeweilige Vorgesetzte ist für die Erstellung des Dienstplanes und die Einhaltung der Arbeitszeit verantwortlich, dabei steht ein elektronisches Dienstplanprogramm als Hilfs- und Kontrollmittel zur Verfügung. Soweit es die Gewährleistung der umfassenden Patientenversorgung zulässt, werden Mitarbeiterwünsche dabei weitgehend berücksichtigt. Moderne Arbeitszeitmodelle, zum Beispiel Gleitzeit, finden dabei Anwendung.

2.3.3. Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Zum Umgang mit Mitarbeitervorschlägen und -beschwerden sind strukturierte Vorgehensweisen etabliert. Im Rahmen des betrieblichen Vorschlagswesens werden Verbesserungsideen gesammelt und bewertet. Umgesetzte Vorschläge werden mit Geldprämien honoriert. Des Weiteren sind Maßnahmen bezüglich Mitarbeiterbefragung, Mitarbeitersprechstunden, Gespräche im Betriebsrat und persönliche Gespräche mit dem direkten Vorgesetzten vorgesehen.

3 Sicherheit

3. Sicherheit im Krankenhaus

3.1 Schutz- und Sicherheitssysteme

3.1.1 Arbeitsschutz

Das Heinrich-Braun-Klinikum gemeinnützige GmbH hat zur Verhütung von Arbeitsunfällen Anordnungen und Maßnahmen getroffen, die den Bestimmungen der geltenden Unfallverhütungsvorschriften und den allgemein anerkannten sicherheitstechnischen und arbeitsmedizinischen Regeln entsprechen. Die Abteilung Sicherheit führt eine Unfallstatistik, die der Krankenhausleitung vorgelegt und im Arbeitssicherheitsausschuss ausgewertet wird. Die Dokumentation und Meldung von Arbeitsunfällen erfolgt entsprechend einer Dienstanweisung.

3.1.2 Brandschutz

Zur Gewährleistung eines optimalen Brandschutzes ist in Abstimmung mit der oberen und unteren Brand- und Katastrophenschutzbehörde eine Brandschutzordnung (inklusive der Sammel- und Evakuierungsplätze) erarbeitet worden. Alle Flucht- und Rettungswege sind gekennzeichnet. Regelmäßig finden Brandverhütungsschauen und interne Brandschutzbegehungen statt. Für Mitarbeiter erfolgen jährlich dokumentierte Belehrungen zum Brandschutz.

3.1.3 Umweltschutz

Unser Klinikum macht sich für die konsequente Einhaltung von Umweltzielen stark. Dazu gehören neben dem sparsamen Umgang mit Wasser und Strom vor allem die Vermeidung von Abfällen. Seit dem Jahr 2005 liegt ein Abfallwirtschaftskonzept vor. Bereits bei der Produktbeschaffung werden umweltrelevante Aspekte, z.B. Recyclingfähigkeit berücksichtigt. Neubauten und Rekonstruktionen auf dem Klinikumsgeleände werden energie- und umweltgerecht geplant und umgesetzt.

3.1.4 Katastrophenschutz

Das HBK ist als Krankenhaus der Schwerpunktversorgung in den Katastrophenschutz nach Landesrecht eingebunden. Die Sicherheitskonzeption gewährleistet eine sichere Umgebung und Versorgung der Notfallpatienten in medizinischen Notfallsituationen und in Katastrophenfällen. Unsere Mitarbeiter nehmen regelmäßig an Belehrungen zur Sicherheitskonzeption teil. Das Klinikum verfügt über mehrere Notstromaggregate, die monatlich überprüft werden.

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Verschiedene Maßnahmen zu nichtmedizinischen Notfallsituationen wurden bereits bei den baulichen Gegebenheiten berücksichtigt (zum Beispiel Gasabsperrvorrichtung, Notstromversorgung, Rauchschutztüren).

Der Umgang mit nichtmedizinischen Notfallsituationen ist ebenfalls Bestandteil der Sicherheitskonzeption, auf die jederzeit in allen Bereichen zugegriffen werden kann. Die Aufgaben der Mitarbeiter sind in der Sicherheitskonzeption hinterlegt. Der Be-

reich Sicherheit inkl. Brandschutz ist eindeutig strukturiert und die Mitarbeiter werden regelhaft in der Anwendung der Verfahren geschult. Die Flucht- und Rettungspläne sind gekennzeichnet.

3.2 Patientensicherheit

3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Durch Regelungen zur Aufsichtspflicht und dem Einsatz spezialisierter Fachschwestern, zum Beispiel in der Psychiatrie, gewährleisten wir die Einhaltung der Aufsichtspflicht gegenüber den Patienten, die der Aufsicht bedürfen.

Hausinterne Regelungen zur Patientensicherheit stellen sicher, dass gefährdende Situationen rechtzeitig erkannt beziehungsweise vermieden werden können und dass durch die Mitarbeiter angemessen reagiert wird. Außerdem können bei Notwendigkeit Deeskalationstechniken angewendet werden. Es wurde ein Mitarbeiter als Deeskalationstrainer ausgebildet. Um unsere Patienten vor Eingriffsverwechslungen während einer Operation zu schützen, wurde im gesamten Klinikum eine Checkliste eingeführt. Ebenso ist in mehreren Kliniken das CIRS implementiert, um Beinahefehler registrieren zu können und entsprechende Maßnahmen abzuleiten.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Für das medizinische Notfallmanagement gibt es klar geregelte Ablaufschritte und Verantwortlichkeiten. Ein interner Notruf mit einheitlicher Nummer ist eingerichtet. Der dort benachrichtigte Mitarbeiter informiert unter anderem sofort den Notarzt und den Haustransport. Notfallkoffer sind auf den Stationen vorhanden und werden regelmäßig überprüft. Für Mitarbeiter werden theoretische Fortbildungen und praktische Übungen durchgeführt, die Teilnahme wird dokumentiert. Es ist eine spezifische Rufnummer zur Anforderung des Reanimationsteams vorhanden.

3.2.3 Hygienemanagement

Auf die Einhaltung hygienischer Regeln mit dem Ziel, die Sicherheit von Patienten und Mitarbeitern zu gewährleisten, wird großer Wert gelegt. Erreicht wird dies durch die Umsetzung der Hygiene- und Umweltordnung (HUO). In Form der HUO liegt ein Hygieneplan für das gesamte Heinrich-Braun-Klinikum gemeinnützige GmbH vor. Für Risikobereiche gibt es spezielle Hygienepläne. Der Ärztliche Direktor (auch Vorsitzender der Hygienekommission) ist für die Sicherstellung der Krankenhaushygiene verantwortlich. Ihm untersteht dafür ein Krankenhaushygieniker, zu dessen Abteilung zwei Hygienefachkräfte und ein Desinfektor/Schädlingsbekämpfer gehören. Zusätzlich gibt es in jeder Fachabteilung hygienebeauftragte Ärzte und Pflegekräfte.

3.2.4 Hygienerrelevante Daten

Die Erfassung hygienerrelevanter Daten aus den Bereichen unseres Klinikums ist durch die HUO geregelt. Dort sind ebenfalls die Handlungsabläufe und Meldewege beim Auftreten von Infektionskrankheiten festgeschrieben.

Es werden kumulative Keimresistenzstatistiken und Statistiken über die Anzahl von Infektionen geführt, die vom Krankenhaushygieniker ausgewertet werden. Maßnahmen werden in der Hygienekommission abgestimmt.

3.2.5 Infektionsmanagement

Alle hygienesichernden Maßnahmen sind umfassend in der HÜO, in Desinfektionsplänen und gesonderten Hygieneplänen für Risikobereiche geregelt.

Durch Belehrungen aller betreffenden Mitarbeiter sowie durch zusätzliche Fortbildungsveranstaltungen unter Verantwortung von Hygiene/Umweltschutz (HYGU) werden aktuelle Kenntnisse vermittelt. Die HÜO ist sowohl im Qualitätsmanagementhandbuch als auch in schriftlicher Form in den Abteilungen verfügbar.

3.2.6 Arzneimittel

Die Bereitstellung der Arzneimittel erfolgt durch die hauseigene Apotheke. Für die einzelnen Bereiche unseres Klinikums sind Arzneimittelbeauftragte berufen, die, unter Aufsicht der Chefärzte, verantwortlich sind für die Qualitätssicherung beim ordnungsgemäßen Umgang mit Arzneimitteln. Der Umgang mit Betäubungsmitteln ist geregelt. Der ordnungsgemäße Gebrauch mit Medikamenten wird in regelmäßigen Begehungen durch die Apotheke überprüft und protokolliert. Die Ergebnisse werden an den Stationsarzt, den Chefarzt und die Krankenhausleitung weitergeleitet.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Der Umgang mit Blut und Blutprodukten ist im HBK durch ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem geregelt. Das Ziel dieser Regelungen sind die Vermeidung von Komplikationen beim Einsatz von Blut und Blutprodukten.

Im Klinikum sind eine Transfusionsverantwortliche, ein qualitätsbeauftragter Arzt Hämotherapie und für die Bereiche Transfusionsbeauftragte berufen. Jede Anwendung von Blut und Blutprodukten wird in der Patientenakte und im Transfusionsbuch/-hefter der Stationen dokumentiert.

3.2.8 Medizinprodukte

Die medizinischen Geräte werden von Anwendern betrieben, die im Umgang mit dem Gerät eingewiesen sind und die die Einweisung im Gerätebuch dokumentiert haben. Dafür gibt es konkrete Festlegungen. Die in allen medizinischen Bereichen vorhandenen Medizingerätebeauftragten unterstützen die Anwender bei der Geräteinbetriebnahme und -einweisung. Bei Funktionsstörungen wird das Gerät bis zur Klärung außer Betrieb genommen. Alle Instandsetzungsarbeiten werden durch entsprechend qualifizierte Mitarbeiter unserer klinikumsinternen Biomedizintechnik oder von Fachfirmen durchgeführt.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1 Informations- und Kommunikationstechnologie

4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Das HBK nutzt moderne vernetzte Informationstechnologien, um allen berechtigten Nutzern jederzeit den Zugriff auf die Patientendaten zu ermöglichen und um mittelfristig die elektronische Patientenakte vollständig einzuführen. Es liegen sowohl ein Rahmenkonzept für das EDV-System sowie ein EDV-Ausfallkonzept vor. Havarieverträge mit externen Firmen und die Doppelauslegung kritischer Servertechnik gewährleisten einen uneingeschränkten Datenzugriff.

4.2 Patientendaten

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientenakten

Die Patientendokumentation ist ein wichtiges berufsübergreifendes Arbeits- und Informationsmittel. Schriftliche Patientendaten werden durch unsere Mitarbeiter in einem einheitlichen System dokumentiert. Unser Klinikum hat eine verbindliche Regelung zur Führung der Dokumentation und zur Archivordnung eingeführt.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Die klinikinternen Regelungen gewährleisten für berechtigte Nutzer jederzeit den Zugriff auf die digital gespeicherten Patientendaten, z.B. Labor-, Röntgen-, EKG-Befunde. Die Krankenakten werden im Zentralarchiv gesammelt. Verschiedene Krankenhausaufenthalte werden in patientenbezogenen Krankengeschichten zusammengefasst. Bei neu aufgenommenen Patienten erfolgt eine systematische Überprüfung auf vorausgegangene Aufenthalte. Ein schneller Zugriff auf die Akten ist auch außerhalb der regulären Dienstzeit gegeben.

4.3 Informationsmanagement

4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Die Krankenhausleitung wird regelmäßig und strukturiert über Projekte und die wirtschaftliche Entwicklung sowie deren Abweichungen in den einzelnen Bereichen von der Planung informiert. Dies geschieht durch Aufarbeitung der Kennzahlen durch die Abteilung Controlling, Berichte der Abteilungsleiter und Sitzungsprotokolle der Gremien und Kommissionen. Ein klinisches Risikomanagement ist eingerichtet, dieses berichtet jährlich an die Krankenhausleitung.

4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

In unserem Klinikum ist gewährleistet, dass wichtige Informationen allen beteiligten Mitarbeitern zur Verfügung stehen. Dies wird über das Krankenhausinformationssystem, das Intranet und ein Mailingsystem sowie über Hauspost, Telefon oder persönliche Gespräche erreicht. Neben dem Informationsweg von oben nach unten, aus den Krankenhausleitungssitzungen über Chefarztdienstbesprechungen, regelmäßige Beratungen der Pflegedienstleitung usw. an die Mitarbeiter, gibt es für Mitarbeiter auch die Möglichkeit, wichtige Informationen direkt an übergeordnete Leitungen weiterzugeben.

4.4 Telefonzentrale und Empfang

4.4.1 Organisation und Service

Ziel ist es, allen Patienten und Besuchern eine schnelle Orientierung im Klinikum und damit eine gute Erreichbarkeit aller Bereiche zu ermöglichen. Die Hauptanlaufpunkte des Klinikums sind die Pforte und die zentrale Aufnahme sowie der Servicepunkt. Die Funktionen, die diese Anlaufstellen tagsüber getrennt ausführen (Pforte und Servicepunkt), werden Montag bis Freitag ab 19.00 Uhr und am Wochenende von 8.30-11.00 Uhr und ab 16.00 Uhr vom Servicepunkt übernommen. Der Zugriff auf die aktuellen Dienstpläne und das Telefon- und Personenverzeichnis in der aktuellen Form erlaubt eine zügige Auskunftserteilung unter Beachtung der festgelegten Datenschutzbestimmungen. Die Erreichbarkeit der einzelnen Fachabteilungen sowie ein Lageplan können über die Website aufgerufen werden und werden in Form einer Patientenmappe bei Aufnahme ausgehändigt.

4.5 Datenschutz

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Grundlage unserer Planungen sind die geltenden gesetzlichen Bestimmungen. Zentrale Regelungen bilden Dienstanweisungen, welche die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften zum Schutz aller personenbezogenen Daten regeln. Für die EDV besteht ein Berechtigungskonzept mit entsprechenden Zugriffsrechten der Mitarbeiter für die Programme mit Patienten- und Mitarbeiterdaten. Die Nutzung von E-Mail- und Internetdiensten sowie der Umgang mit Faxgeräten sind ebenfalls in Dienstanweisungen geregelt. Alle neuen Mitarbeiter verpflichten sich schriftlich auf das Datengeheimnis sowie zur Wahrung des Patientengeheimnisses und die Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorschriften.

5 Führung

5. Führung

5.1 Unternehmensphilosophie und -kultur

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Im Leitbild ist die grundsätzliche Unternehmensphilosophie für die nächsten Jahre für alle Mitarbeiter und Kunden ersichtlich dargestellt. Grundlegende Inhalte des Leitbildes sind die optimale Betreuung unserer Patienten, die Qualifizierung und Motivation der Mitarbeiter und die wirtschaftliche Nutzung der personellen, materiellen und organisatorischen Ressourcen unserer Einrichtung. Basis dafür bildet u.a. das implementierte und dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess unterliegende Qualitätsmanagement.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Mitarbeiterorientierung ist Bestandteil unseres Leitbildes und somit Unternehmensgrundsatz. Die Mitarbeiter können sich im Intranet jederzeit über aktuelle Trends im Haus informieren. Zweimal jährlich finden Personalversammlungen statt. Im HBK sind ein Mobbingbeauftragter der Dienststelle und weitere des Betriebsrates, eine Schwerbehindertenvertretung sowie ein Seelsorger tätig.

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Bei ethischen Besonderheiten werden durch die behandelnden Ärzte und Pflegekräfte individuelle, auf den Patienten und seine Angehörigen abgestimmte Maßnahmen festgelegt und umgesetzt. Die Krankenhausseelsorge und externe Angebote wie der Hospizdienst und der Kriseninterventionsdienst können in die Lösung ethischer Probleme eingebunden werden. Ein Ethikkomitee ist vorhanden und steht bei ethischen Fragestellungen sowohl Patienten und Angehörigen als auch Mitarbeitern zur Verfügung.

5.2 Strategie- und Zielplanung

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Grundlegendes Ziel unserer Planungen ist die optimale medizinische Versorgung der Bevölkerung. Die Zielplanung erfolgt unter ministerieller Abstimmung und umfasst die Einführung neuer moderner Behandlungsmethoden unter Nutzung des wissenschaftlich-technischen Fortschrittes, den Aufbau neuer Zentren, den vermehrten Einsatz moderner Informationstechnologien, zum Beispiel Telemedizin, die Nutzung von Methoden des umfassende Qualitätsmanagements und die Verbesserung der Behandlungsumgebung im Interesse des Patienten.

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Als Krankenhaus der Schwerpunktversorgung sehen wir unsere Aufgabe darin, unsere medizinischen Schwerpunktfälle fachübergreifend optimal zu versorgen. Unser Leitbild und unsere Zielplanung sind die Grundlage für eine gut abgestimmte Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern.

Neben öffentlichen Informationsveranstaltungen werden regelmäßig überregionale Fachvorträge und Weiterbildungen für den ärztlichen und pflegerischen Bereich durchgeführt. Zusätzlich bieten wir Kindergärten und Schulen die Möglichkeit von Klinikbegehungen an. Außerdem können Praktika in den verschiedensten Bereichen sowie das Freiwillige Soziale Jahr und der Bundesfreiwilligendienst durchgeführt werden. Es werden Ausbildungsplätze in verschiedenen Berufen angeboten.

5.3 Organisationsentwicklung

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Die Organisationsstruktur des Klinikums ist in einem Organigramm abgebildet und den Mitarbeitern bekannt. Die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten sind bereits in der Satzung/Geschäftsordnung festgelegt. Durch das umfassende Qualitätsmanagement werden Veränderungsprozesse in berufsgruppen- und hierarchieübergreifenden Arbeitsgruppen und Qualitätszirkeln erarbeitet.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Die Grundlage für die Arbeitsweise in Leitungsgremien und Kommissionen bilden Geschäftsordnungen. Die Arbeit in Kommissionen und der Steuergruppe des umfassenden Qualitätsmanagements sind durch Verfahrensanweisungen eindeutig geregelt. Zu allen Sitzungen wird mit einer Tagesordnung eingeladen und es werden Protokolle geführt. Im zentralen Qualitätsmanagementhandbuch sind für alle Mitarbeiter eine Aufstellung der Mitglieder und deren Funktion in den verschiedenen Leitungsgremien und Kommissionen einsehbar. Zeitnah und zielgruppenorientiert werden gefasste Beschlüsse und Beratungsergebnisse über die Leitungspyramide und teilweise über das Intranet an die betreffenden Mitarbeiter weitergeleitet.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

Innovationen werden im Klinikum, sofern diese vom Nutzer als günstig bewertet und zudem hinsichtlich der Kosten-Nutzen-Relation als ökonomisch vertretbar einzustufen sind, sowie nach guter Gesamteinschätzung in die Investitionsplanung aufgenommen.

Maßnahmen des Wissensmanagements und Möglichkeiten der kollektiven Nutzung von wissenschaftlichen Arbeiten und betrieblichem Know-how bieten wir zum Beispiel im zentralen Qualitätsmanagementhandbuch an. Ebenso ist eine Bibliothek vorhanden in der eine entsprechende Fachlektüre ausgeliehen bzw. angefordert werden kann. Einige Zeitschriften werden über einen festgelegten Verteiler innerhalb des Unternehmens an die Leiter der betreffenden Bereiche zugestellt. Es besteht darüber hinaus die Möglichkeit für Mitarbeiter elektronische Zugänge zu Zeitschriften zu erhalten.

Zudem besuchen Mitarbeiter regelmäßig externe und interne Weiter- und Fortbildungen. Das hier gewonnene Wissen wird dann in den einzelnen Kliniken/Bereichen weitergegeben. Die Erfassung und Bewertung von Vorschlägen und Ideen erfolgen über das kontinuierlich geführte betriebliche Vorschlagswesen.

5.4 Marketing

5.4.1 Externe Kommunikation

Die zentrale Steuerung der Öffentlichkeitsarbeit wird von der Stabsstelle Unternehmenskommunikation, welche direkt dem Geschäftsführer untersteht, geregelt.

Unser Klinikum nimmt regelmäßig Kontakt zu Schulen auf und beteiligt sich an Messen und Publikationen. Ebenso werden regelmäßig Tage der offenen Tür und z.B. Veranstaltungsreihen durchgeführt. Zusätzlich erfolgt eine umfassende Presse- und Medienarbeit sowie Werbung und Publikationen. Außerdem werden Informationen auch im Internet auf der Homepage unseres Klinikums veröffentlicht.

Die externe Kommunikation umfasst enge Kontakte mit den niedergelassenen Kollegen, z.B. im Rahmen von Veranstaltungen, Stammtischen sowie Befragungen.

5.5 Risikomanagement

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Das Risikomanagement ist ein fester Bestandteil der Unternehmensführung.

Jährlich und bei Bedarf wird eine Risikoinventur angefertigt.

Seit 2010 haben wir in verschiedenen Bereichen das Critical Incident Reporting System (CIRS) aufgebaut. Unsere Zielsetzung ist die Gewährleistung und Erhöhung der Sicherheit der Patienten und Mitarbeiter in allen Prozessen. Dazu zählen wir auch das Lernen aus unerwünschten Ereignissen und „Beinahe-Fehlern“.

6 Qualitätsmanagement

6. Qualitätsmanagement

6.1 Qualitätsmanagementsysteme

6.1.1 Organisation

Die Gesamtverantwortlichkeit für unser klinikumsinternes Qualitätsmanagement liegt bei der Krankenhausleitung.

Für die täglichen Aktivitäten gibt es eine Stabsstelle, die vom Qualitätsmanagementbeauftragten geleitet wird. Neben vielen anderen Aufgaben leitet er die Steuergruppe des umfassenden Qualitätsmanagements, welche sich aus einer Vielzahl engagierter Mitarbeiter aus unterschiedlichsten Bereichen zusammensetzt. Dazu gehört auch der qualitätsbeauftragte Arzt der einzelnen Kliniken.

In allen Kliniken/Bereichen gibt es Qualitätsmanagementbeauftragte der Abteilungen (QMBA), die klinik-/bereichsspezifisch Qualitätsmanagementmaßnahmen umsetzen bzw. überwachen und für ihren Bereich für das zentrale Qualitätsmanagementhandbuch zuständig sind.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Die regelmäßige Überprüfung und Verbesserung bestehender und die Etablierung neuer Prozesse trägt dazu bei, neben den Arbeitsbedingungen unserer Mitarbeiter auch die Betreuung unserer Kunden (Patienten, Angehörige, Kooperationspartner usw.) durch funktionierende Abläufe weiter zu optimieren.

Das trägt dazu bei, dass die vereinbarten Zielplanungen unter einheitlicher Gesamtbetrachtungsweise des Klinikums erreicht werden.

Der reibungslose und effiziente Klinikbetrieb wird durch Ablaufbeschreibungen und Handlungsanweisungen zu Kernprozessen sichergestellt. Eine Prozesslandkarte mit Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozesse wurde erarbeitet.

Durch die gezielte und effektive Nutzung von Personal- und Sachressourcen in enger Zusammenarbeit mit den Fachabteilungen ist eine optimale Patientenversorgung gewährleistet.

6.2 Befragungen

6.2.1 Patientenbefragung

Im Mittelpunkt unseres Handelns stehen die Patienten mit ihren Interessen und Bedürfnissen. Um die Qualität im Bereich der Patientenversorgung messbar zu machen, Stärken und Schwächen herauszufiltern sowie um ein aussagekräftiges Ergebnis zu erhalten, wird eine kontinuierliche Patientenbefragung durchgeführt. In einzelnen Bereichen erfolgen außerdem fachspezifische Befragungen.

Die Ergebnisse dieser Befragungen werden monatlich ausgewertet und an die Abteilungen weitergeleitet. In diesen werden die Ergebnisse der Befragungen im Rahmen von z.B. Qualitätszirkeln oder Dienstbesprechungen ausgewertet und notwendige Maßnahmen abgeleitet. Unsere Mitarbeiter nehmen zudem jederzeit andere schriftliche oder mündliche Meinungsäußerungen entgegen.

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Für das Heinrich-Braun-Klinikum gemeinnützige GmbH zählen neben den Patienten und Angehörigen auch andere Kooperationspartner (z.B. niedergelassene Ärzte) zu seinen Partnern. Unter der Initiative der Krankenhausleitung führen wir regelmäßig Befragungen der niedergelassenen Ärzte durch, um die Zufriedenheit sowie Problemfelder im Sinne einer nachhaltigen Zusammenarbeit zu ermitteln und zu optimieren. Hierbei wird mit einem externen Unternehmen zusammengearbeitet.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Regelmäßig werden Mitarbeiterbefragungen durchgeführt. Für die Umsetzung ist der Qualitätsmanagementbeauftragte nach Abstimmung mit der Geschäftsführung, dem Betriebsrat, dem Datenschutzbeauftragten und der Personalabteilung verantwortlich. Die Mitarbeiterbefragungen werden anonym durchgeführt. Die Vorstellung der Ergebnisse erfolgt über das Intranet.

6.3 Beschwerdemanagement

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Die Meinung unserer Patienten und ihrer Angehörigen ist uns sehr wichtig. Ein den Mitarbeitern bekanntes strukturiertes Beschwerdemanagement regelt die Erfassung, Bearbeitung und Auswertung von Beschwerden und Anregungen. Die Patienten werden u. a. bereits im Aufnahmegespräch motiviert, ihre Wünsche und Beschwerden zu äußern.

6.4 Qualitätsrelevante Daten

6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Die vom AQUA-Institut zur Verfügung gestellten Ergebnisse der externen Qualitätssicherung werden in den Kliniken und Fachbereichen diskutiert und hinsichtlich möglicher Verbesserungsmöglichkeiten analysiert, damit zukünftig Fehler vermieden werden können.

Die landes- und bundesweiten Vergleiche werden in den Kliniken ausgewertet.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Wir beteiligen uns an den gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung. Die Dokumentation erfolgt durch dafür geschulte Ärzte, die Überprüfung geschieht EDV-gestützt durch den Bereich Controlling. Die erhobenen Datensätze werden termingerecht an die Landes- bzw. Bundesgeschäftsstelle übermittelt.