



Thoraxklinik am Universitätsklinikum Heidelberg
— Kompetenz aus Tradition —



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus: Thoraxklinik-Heidelberg
Institutionskennzeichen: 269724026
Anschrift: Amalienstraße 5
69126 Heidelberg

Ist zertifiziert nach KTQ[®]
mit der Zertifikatnummer: 2015-0008 KH
durch die von der KTQ-GmbH
zugelassene Zertifizierungsstelle: QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche

Gültig vom: 05.03.2015
bis: 04.03.2018

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	7
1 Patientenorientierung	8
2 Mitarbeiterorientierung	12
3 Sicherheit	13
4 Informations- und Kommunikationswesen	16
5 Führung	17
6 Qualitätsmanagement	19

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-Dachverband, 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 die **Thoraxklinik Heidelberg** 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

Die Thoraxklinik Heidelberg ist mit ihren 310 Betten eine der größten Lungenfachkliniken Deutschlands.

Sie ist spezialisiert auf die Behandlung von Patienten mit Erkrankungen der Lungen, der zentralen Atemwege, des Mediastinums, der Pleura und der Brustwand. Eine enge Kooperation mit den klinisch ausgerichteten Partnern des Tumorzentrums Heidelberg/Mannheim sichert den hohen Standard in Diagnostik und Therapie für Patienten insbesondere mit bösartigen Erkrankungen, welche im Spektrum der Thoraxklinik Heidelberg dominieren.

Die Thoraxklinik ist zudem Mitglied des NCT (Nationales Centrum für Tumorerkrankungen) und somit in eine enge Kooperation mit dem Deutschen Krebsforschungszentrum und dem Universitätsklinikum Heidelberg (Träger der Thoraxklinik) eingebunden. Im Hinblick auf Forschung und Lehre nimmt die Thoraxklinik-Heidelberg Aufgaben der internistischen Onkologie der Thorax-tumoren und der Thoraxchirurgie wahr. Die Fachgebiete Thoraxchirurgie und Innere Medizin-Onkologie sind daher exklusiv an der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg vertreten. In diesem Verbund stellt die Thoraxklinik Heidelberg einen gleichwertigen Partner auf Grund ihrer klinischen Kompetenz und wissenschaftlichen Ambitionen dar. Neben der unmittelbaren Patientenversorgung stellt sich die Klinik somit der Herausforderung, neue Verfahren der Diagnostik und Therapie zu entwickeln und neue Standards zu setzen.

Einer der Besonderheiten unserer Klinik ist auch die Durchführung von Präventionsveranstaltungen für Schüler und Schülerinnen im Rahmen des Projektes „ohne Kippe“ zum Thema Rauchen.

Leistungsspektrum

Im Jahr werden in der Klinik ca. 10.000 stationäre Fälle und ca. 10.000 ambulante Fälle versorgt. Die Patienten kommen überwiegend aus dem nördlichen Teil des Landes Baden-Württemberg sowie aus den benachbarten Kreisen der Länder Rheinland-Pfalz und Hessen. Für besondere diagnostische und therapeutische Fragestellungen kommen Patienten aus der gesamten Bundesrepublik in die Thoraxklinik.

Die Klinik verfügt über drei große bettenführende Abteilungen mit den Schwerpunkten Thoraxchirurgie, Innere Medizin-Onkologie und Innere Medizin-Pneumologie/Beatmungsmedizin sowie eine Anästhesie-Abteilung einschließlich Interdisziplinärer Intensivstation und eine Palliativstation (insgesamt 310 Betten). Hinzu kommen die Bereiche Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Schlaflabor, Sektion Endoskopie und eine Krankenhausapotheke.

Die Klinik ist als Haus der Maximalversorgung anerkannt und hat als eine der größten Lungenfachkliniken Deutschlands überregionale Bedeutung. Klinische Schwerpunkte sind die chirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms, minimal-invasive Verfahren am Thorax, die interventionelle Bronchoskopie und die Anwendung der anti-neoplastischen Systemtherapie.

Tägliche interdisziplinäre Konferenzen (Tumorboard) unter Anbindung an das Nationale Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) Heidelberg sichern eine leitliniengerechte Diagnostik und Therapie aller anvertrauten Patienten.

Geschichte

Ihre Wurzeln liegen in dem im Jahr 1772 von Erbprinz Carl August von Pfalz Zweibrücken errichteten Rohrbacher Schlösschen.

1898 kaufte der „Verein für Genesungsfürsorge“ das Schlösschen samt Parkgelände, auf dem im Laufe der Jahre ein Tuberkulosekrankenhaus und nach dem 2. Weltkrieg ein modernes Zentrum für die Behandlung von Lungenerkrankungen entstand. In diesem Zusammenhang hat sich die Thoraxklinik zu einem Kompetenzzentrum entwickelt, das auf die Behandlung von Erkrankungen der Thoraxorgane spezialisiert ist. Im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit hat die fachabteilungsübergreifende Abstimmung von Behandlungskonzepten in der Thoraxklinik eine langjährige Tradition.

Umfangreiche Sanierungsmaßnahmen der Klinik konnten im Jahr 2004 mit der Fertigstellung des neu gestalteten Klinikparks abgeschlossen werden.

Aktuell laufende Sanierungsmaßnahmen werden voraussichtlich im Sommer 2015 abgeschlossen sein.

Qualitätsziel

Die Thoraxklinik sieht sich als ausgewiesenes Kompetenzzentrum auf dem Gebiet der Behandlung von Lungenerkrankungen in besonderem Maße zur Qualität im Rahmen ihrer Leistungserbringung verpflichtet. Die Würde und die Lebensqualität unserer Patienten stehen im Mittelpunkt unseres Handelns. Die hierzu notwendige Menschlichkeit ist eine unverzichtbare Voraussetzung bei der Bewältigung der Krankheit. Gemeinsam verfolgen wir das Ziel einer ständigen Verbesserung der Behandlungs- und Servicequalität sowie der Patientensicherheit.

Umfeld

Die Thoraxklinik-Heidelberg liegt im Ortsteil Rohrbach der Stadt Heidelberg. Durch die öffentliche Verkehrsanbindung ist sie für Patienten und Besucher gut erreichbar. Eingebettet in die Metropolregion Rhein-Neckar verfügt Heidelberg über ein attraktives Kultur- und Freizeitangebot.

Anschrift

Thoraxklinik-Heidelberg gGmbH
Amalienstr. 5
69126 Heidelberg

Tel: 06221/396-0

Fax: 06221/396-2102

Mail: info@thoraxklinik-heidelberg.de

Internet: www.thoraxklinik-heidelberg.de

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

1.1 Rahmenbedingungen der Patientenversorgung

Im Vorfeld der stationären Behandlung besteht für unsere Patienten, Angehörige und niedergelassene Ärzte die Möglichkeit, sich auf dem Postweg, telefonisch und via Internet zu informieren. Daneben existieren ein Patientenleitfaden sowie eine Vielzahl an Sprechstunden.

Die Anmeldung und prästationäre Abklärung erfolgt dezentral und in der Regel über die Ambulanzen. Verfahrensanweisungen zum Aufnahmemanagement und ein Portalsystem für einweisende Lungenfachärzte unterstützen den Prozess.

Es erfolgt eine frühzeitige Terminvereinbarung zur Wiederaufnahme des Patienten. Für spezielle Patientengruppen (z. B. Mukoviszidose, Heimbeatmung, pulmonale Hypertonie, ILD) gibt es spezialisierte ambulante Angebote.

Die Einbestellung richtet sich nach Erkrankungsart, Dringlichkeit, Voraufenthalten und Auslastung der Stationen. Über eine Plantafel wird die Belegung gesteuert. Die Klinik ist gut ausgeschildert.

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Zentrale Anlaufstelle ist die rund um die Uhr mit geschultem Personal besetzte Auskunft- und Informationsstelle, an der Patienten und Besucher sich informieren können und Unterstützung in Form von Begleitung, Rollstühlen oder Gepäckhilfen erfahren. An allen Haupt- und Verbindungswegen befinden sich Orientierungsschilder. Die Terminierung der Aufnahme wird gemeinsam mit dem Patienten abgestimmt. Ansprechpartner sind telefonisch stets erreichbar. Der Patient erhält eine Information zum Klinikaufenthalt und wird über mögliche Wahlleistungen informiert. Auf Station nimmt qualifiziertes Fachpersonal den Patienten auf und informiert ihn über den Stationsablauf.

1.1.2 Leitlinien

Der Patientenversorgung werden Leitlinien mit, wo möglich, Evidenzbezug zugrunde gelegt.

Leitlinien und Standards liegen in allen Abteilungen und für alle Berufsgruppen vor, in einigen Fällen in Form eigener Handbücher. Diese unterliegen ständiger Aktualisierung. Die Klinik ist an der Erstellung von mehreren S2- und S3-Leitlinien beteiligt. Die Pflegenden orientieren sich an den Nationalen Expertenstandards. Durch regelmäßige interne und externe Fortbildung unserer Mitarbeiter sichern wir den aktuellen Stand unserer Leitlinien und Standards.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Die Patienten werden in einem persönlichen Gespräch ausführlich aufgeklärt, bei Bedarf auch mit Dolmetscher und fremdsprachigen Aufklärungsbögen. Gegebenenfalls werden Angehörige / gesetzliche Betreuer mit einbezogen.

Es existiert ein umfassendes Angebot an Beratungen/Schulungen und Info-Veranstaltungen. Die Besuchsmöglichkeiten auf den Stationen sind patientenorientiert geregelt, eine Besuchercafeteria ist eingerichtet. Begleitpersonen können auf Wunsch im Patientenzimmer mit aufgenommen werden.

Besondere Beratungsangebote z.B. zu Atemhilfen und Heimbeatmung gibt es für Angehörige von Patienten. Die Begleitung der Patienten ist durch einen hausinternen Patientenservice geregelt.

1.1.4 Service, Essen und Trinken

Die Zimmer sind behindertengerecht mit Waschgelegenheit, teilweise mit einer Nasszelle, einer Patientenrufanlage, Tresor, Fernsehen, und auf Wunsch Telefon ausgestattet. Unseren Patienten stehen sowohl ein Andachtsraum, eine Cafeteria sowie ein Park mit Klangoase zur Verfügung.

Es werden mehrere Menüs sowie nach Erkrankung spezielle Kostformen angeboten. Bei Bedarf wird der Speiseplan individuell für jeden Patienten mit den Diätassistenten nach ärztlicher Rücksprache zusammengestellt und in der Küche durch einen diätetisch geschulten Koch zubereitet. Sonderwünsche sowie kulturelle oder religiöse Aspekte werden ebenfalls berücksichtigt.

Direkter Ansprechpartner für den Patienten sind der Stationsarzt und die Bereichspflegenden. Schulungen und Beratungen werden angeboten.

1.1.5 Kooperationen

Im Rahmen der täglichen Indikationskonferenz und nachfolgend in den täglichen Visiten erfolgt die Festlegung der notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Die Terminplanung, Anmeldung und der Informationsaustausch zwischen den Funktionsabteilungen und den Stationen erfolgt standardisiert und patientenorientiert. Dringliche Untersuchungen haben Vorrang. Unsere diagnostischen Bereiche haben ihre Arbeitsabläufe und Prozesse in Form von Standards und Arbeitsanweisungen schriftlich fixiert, teilweise in Form eigener Handbücher.

Es finden regelmäßig interdisziplinäre und berufsgruppenübergreifende Besprechungen statt. Ein koordiniertes Konsiliarwesen ist durch einheitliche, standardisierte Konsiliaranforderungen etabliert. Sozialdienst und Physiotherapeuten werden bei Bedarf zur Visite oder zu Besprechungen hinzugezogen.

Die interne Koordination für die anzufordernden Leistungen wird in der Regel mittels eines IT-Systems vorgenommen, wobei Dringlichkeiten berücksichtigt werden. Für den Patiententransport steht ein hausinterner Patientenservice zur Verfügung.

1.2 Notfallaufnahme

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die Aufnahmebereitschaft ist rund um die Uhr gewährleistet. Notfälle werden über die Leitstelle beziehungsweise über den Notarzt den diensthabenden Ärzten angekündigt, die alle weiteren Schritte in die Wege leiten. Die Behandlung von Notfällen hat Vorrang.

Der diensthabende Arzt entscheidet nach ärztlicher Untersuchung über die Aufnahme des Patienten oder die gegebenenfalls ambulante Behandlung. Die Patienten werden zeitnah ärztlich und pflegerisch mit standardisierten Aufnahmebögen aufgenommen. Hierbei wird der Status des Patienten, zum Beispiel Risiken, Probleme, Fähigkeiten, Entwicklungsstand, soziales Umfeld, Wünsche und Erwartungen, Aktivitäten des täglichen Lebens erhoben und besprochen. Die Informationen werden im Dokumentationssystem erfasst. Ist der Patient nicht kommunikationsfähig, werden Angehörige oder der gesetzliche Vertreter hinzugezogen.

1.3 Ambulante Versorgung

Für die Versorgung ambulanter Patienten werden Termine in der Sprechstunde vergeben.

Es bestehen mehrere Ambulanzen (Interdisziplinäre Ambulanz, Mucoviszidose-Ambulanz, Heimbeatmungsambulanz, pulmonale Hypertonie-Ambulanz, Chemo-Ambulanz, privatärztliche Ambulanzen (Pneumologie, Onkologie, Thoraxchirurgie))

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Die ambulanten Patienten werden zu den geplanten Terminen einbestellt und von einem Facharzt behandelt.

1.3.2 Ambulante Operationen

Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Eingriffe sind in einer Verfahrensanweisung verbindlich geregelt.

Ambulante Operationen sind in die Gesamtplanung aller Operationen eingebettet. Die dort vorhandenen Strukturen und Ressourcen werden auch für die Planung, Durchführung und Nachsorge ambulant operierter Patienten genutzt. Hohe Bedeutung hat für uns die Gewährleistung der Patientensicherheit im OP (z. B. Patientenidentifikation, Zählkontrollen, Einhaltung der Hygienerichtlinien).

Eine gezielte Patientenaufklärung nicht nur über den Eingriff selbst und die damit verbundenen Aspekte, sondern insbesondere für die Zeit der Weiterbetreuung nach Beendigung des ambulanten Termins in der Thoraxklinik hilft, den Behandlungserfolg zu sichern.

1.4 Stationäre Versorgung

1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Die Planung der therapeutischen Maßnahmen erfolgt durch den Arzt, gegebenenfalls unter Einbezug weiterer Berufsgruppen. Diese Maßnahmen werden schriftlich in der Patientenakte bzw. auf dem Anforderungsschein dokumentiert.

Neu aufgenommene Pat. werden in der mittäglichen Indikationskonferenz von der Ambulanzärztin vorgestellt und die Behandlungsplanung gemeinsam mit den zuständigen Chef-/Oberärzten der Abteilungen

festgelegt. Hiervon ausgenommen sind Patienten, die zur Beatmungskontrolle bzw. zur wiederholten Chemotherapie einbestellt sind. Bei diesen Patienten ist der Behandlungsplan aus dem Voraufenthalt festgelegt.

Der Behandlungsprozess wird im Verlauf in Kooperation mit den Pflegenden im Rahmen ärztlicher Visiten und Arztbesprechungen sowie über den festgelegten und an Standards orientierten pflegerischen Behandlungsplan aktualisiert und bei Bedarf neu festgelegt.

Alle Patienten mit relevanten Pflegeproblemen erhalten innerhalb von 24 Stunden einen individuellen Pflegeplan durch die verantwortliche Pflegefachkraft.

In unserem Haus ist eine "Sektion Translationale Forschung" eingerichtet, welche zur Aufgabe hat, in Zusammenarbeit mit Industrie und anderen Forschungseinrichtungen die Prognose und Diagnose bei Patienten mit Bronchialcarcinom zu verbessern.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Risiken, Fähigkeiten und Entwicklungsstand sowie die Lebensumstände des Patienten werden mittels Anamnesebogen/Stammbblatt erfasst.

Allergien und Arzneimittel-Unverträglichkeiten werden auf dem Anamnesebogen dokumentiert. Bei nicht geschäftsfähigen Patienten muss die Betreuungsverfügung im Original vorgelegt werden.

Im Pflegeanamnesebogen werden die Wünsche und Erwartungen des Patienten abgefragt.

Der Arzt dokumentiert schriftlich die Diagnostik und Therapie. Die weitere Behandlungsplanung erfolgt unter Berücksichtigung bestehender Leitlinien.

Es findet ein wöchentliches Tumorboard als integrierte Veranstaltung des Nationale Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) Heidelberg unter Beteiligung der Disziplinen Thoraxchirurgie, Pneumologie, Internistische Onkologie, Strahlentherapie, Pathologie statt.

Durch tägliche Visiten der Stations-/Fachärzte ist eine zeitnahe Festlegung des Behandlungsprozesses gewährleistet. Grundlegende Änderungen des Behandlungsprozesses werden in der Krankenakte dokumentiert. Bei den Visiten getroffene Anordnungen (diagnostische, therapeutische und pflegerische Maßnahmen) werden im Anordnungsbogen dokumentiert.

Jede Indikation zur invasiven Maßnahme wird grundsätzlich durch einen Facharzt gestellt.

Maßnahmen gegen den ausdrücklichen Willen des Patienten werden grundsätzlich nicht durchgeführt.

In allen Abteilungen liegen Standards zur Schmerzbehandlung vor, bei Bedarf werden Ärzte der Anästhesie hinzugezogen (die Klinik ist zertifiziert).

Maßnahmen zur Vorbeugung von Komplikationen werden im Rahmen der ärztlichen Aufnahme (z. B. Allergien, Thrombosen) oder in der Pflegeplanung festgelegt (beispielsweise Dekubitus-, Sturz-, Pneumonieprophylaxe).

1.4.3 Operative Verfahren

Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Eingriffe sind in Form mehrerer Verfahrensanweisungen und verbindlicher Standards geregelt; in allen Regelungen wurde auf die enge Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen besonders geachtet. Die Operationsbereitschaft ist rund um die Uhr gewährleistet. Hohe Bedeutung hat für uns die Gewährleistung der Patientensicherheit im OP (z. B. Patientidentifikation, Zählkontrollen, Einhaltung der Hygierichtlinien).

Die postoperative Therapie wird sichergestellt durch die Abstimmung zwischen Operateur/Anästhesist im OP, die direkte Übergabe bei der Patientenübernahme, durch entsprechende Dokumentation sowie durch die stattfindenden Visiten.

1.4.4 Visite

Auf allen Stationen findet werktäglich eine Visite durch den Stationsarzt und die Bereichspflegenden statt. An Wochenenden und Feiertagen erfolgen Schwerpunktvisiten. Zudem finden mehrfach pro Woche Facharztvisiten statt. Die Mitarbeiter stellen sich dem Patienten bei der Visite vor. Der Patient wird über Untersuchungsergebnisse und Behandlungsverlauf informiert und das weitere Vorgehen besprochen. Die Ergebnisse werden in der Patientenakte dokumentiert, Anordnungen entsprechend umgesetzt. Vertrauliche Themen werden im persönlichen Gespräch mit dem Patienten, auf Wunsch gemeinsam mit den Angehörigen besprochen.

Es findet auf allen Stationen eine Übergabe am Patientenbett statt. Im Bedarfsfall werden die Physiotherapeuten patientenbezogen in die Visite eingebunden.

Auf der Intensivstation finden zusätzlich zur täglichen Frühvisite zweimal am Tag Durchgänge des Intensivarztes mit dem zuständigen Oberarzt statt. Einmal die Woche findet eine infektiologische Visite statt.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

In der Thoraxklinik Heidelberg findet keine teilstationäre, prästationäre und poststationäre Versorgung statt.

1.5 Übergang in andere Bereiche

1.5.1 Entlassung

Bei Entlassungen und Verlegungen in andere Versorgungsbereiche wie Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeheime usw. wird möglichst frühzeitig die Verlegung oder Entlassung geplant und mit dem Patienten und/oder den Angehörigen besprochen. Der Sozialdienst wird bei allen potenziellen Versorgungsfragen von den Mitarbeitern der Station bzw. den Stationsärzten einbezogen. Den Patienten wird der voraussichtliche Entlasstermin so früh als möglich bekannt gegeben, spätestens jedoch am Tag vor der Entlassung. Dies umfasst auch eventuelle Nachsorgetermine.

Bei Entlassung oder Verlegung erhält der Patient und gegebenenfalls die weiterbetreuende Einrichtung immer einen Entlassungsbericht und bei Bedarf alle weiteren notwendigen Unterlagen (Befunde, Pflegeüberleitungsbogen). Falls erforderlich, nimmt der Stationsarzt bereits vorab Kontakt mit dem weiterbehandelnden Arzt auf. Bei Entlassung noch nicht vorhandene Befunde werden nachgereicht.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Die Organisation der kontinuierlichen Weiterbehandlung wird vom Sozialdienst und den Stationsärzten sichergestellt.

Weiterbetreuende Einrichtungen werden frühzeitig in die Planungen mit eingebunden, z.B. werden vor Verlegung von Beatmungspatienten ambulante Dienste und Pflegeheime in die Handhabung der Geräte eingewiesen. Den umliegenden Pflegeheimen und Pflegediensten wird die Möglichkeit der gemeinsamen Fortbildung angeboten, um eine Kontinuität der Pflege zu gewährleisten. Aufgrund unseres spezifischen Patientenlientels unterhalten wir enge Kontakte zu spezialisierten Weiterversorgern (z.B. Heimbeatmungsservice, Reha-Kliniken).

1.6 Sterben und Tod

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Sterbende Patienten werden nach Möglichkeit in Einzelzimmer verlegt, damit die Angehörigen angemessenen Abschied nehmen können. Angehörige / Bezugspersonen können im Zimmer des Patienten bleiben. Im Gästebereich gibt es darüber hinaus Übernachtungsmöglichkeiten. Eine Palliativstation mit speziell ausgebildeten Ärzten und Pflegenden sowie spezieller räumlicher und inhaltlicher Ausstattung ist vorhanden. Unterstützung erfolgt auch durch die Klinikseelsorger.

Bei Patienten, die eine Patientenverfügung mitbringen wird das Ausmaß der therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen entsprechend dem Patientenwillen ausgerichtet. Besonderes Augenmerk legen wir auf palliative Maßnahmen.

Im Rahmen der Möglichkeiten wird versucht, den individuellen, religiösen und kulturellen Bedürfnissen gerecht zu werden. Der Umgang mit den unterschiedlichen Religionen ist im „Buch der Religionen“ beschrieben.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Die Versorgung der Verstorbenen und die Begleitung ihrer Angehörigen erfolgt durch die ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter mit Unterstützung durch Seelsorger. Die Ärzte und Pflegekräfte der Palliativstation sind hierzu speziell ausgebildet. Um in ruhiger und würdiger Atmosphäre Abschied zu nehmen, steht ein eigens dafür eingerichteter Abschiedsraum zur Verfügung.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1 Personalplanung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Die Personalbedarfsplanung erfolgt im Rahmen der Wirtschaftsplanerstellung durch die Geschäftsführung anhand von Leistungsstatistiken, Mindestbesetzungen und anerkannten Anhaltswerten. Der Bedarf wird gemeinsam mit den Abteilungsleitungen festgelegt. Ein umfangreiches Berichtswesen dient der fortlaufenden Evaluierung des Personalbedarfs. Im Rahmen der Mitarbeiterbefragung wurde die Ausstattung mit Fach- und Hilfspersonal äußerst positiv bewertet.

2.2 Personalentwicklung

2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Ziel ist die systematische Förderung und Entwicklung der Mitarbeiter unter Berücksichtigung der individuellen Stärken und Verbesserungsmöglichkeiten. Diese orientieren sich an den gegenwärtigen und künftigen Anforderungen. Dies wird gewährleistet durch eine breite Angebotspalette an Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten (mit einem besonders hohen Anteil an Fachweiterbildungen). Die vielfältigen Maßnahmen zur Personalentwicklung finden ihren Niederschlag auch in der hohen Zufriedenheitsrate im Rahmen der Mitarbeiterbefragung.

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

In vielen Bereichen besteht ein schriftliches Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter, in mehreren Bereichen erfolgt die Einarbeitung anhand bereichsspezifischer Handbücher. Während und nach der Einarbeitungsphase finden im Pflege- und Funktionsdienst dokumentierte Mitarbeitergespräche statt. Alle neuen Mitarbeiter werden am ersten Arbeitstag in einer Einführungsveranstaltung begrüßt und erhalten eine Informationsmappe. Die neuen Mitarbeiter werden während ihrer Einarbeitung durch einen Mentor begleitet.

2.2.3 Ausbildung

Die Klinik bietet mehrere Ausbildungen an. Eine enge Verzahnung von Theorie und Praxis bereitet die Auszubildenden / Studierenden auf ihre Berufstätigkeiten vor. Der Lernerfolg wird über mündliche, schriftliche und praktische Lernzielkontrollen und über Abschlussprüfungen sichergestellt. Für die praktische Ausbildung in der Pflege stehen auf allen Stationen Praxisanleiter zur Verfügung.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Die Fort- und Weiterbildung in unserer Klinik wird systematisch in Form eines Halbjahresplans geplant und umgesetzt. Die Inhalte richten sich nach dem betrieblichen Bedarf, berücksichtigen Änderungen der Rahmenbedingungen, des Leistungsspektrums und die Wünsche der Mitarbeiter. Pflichtfortbildungen sind definiert und werden evaluiert. Das Verfahren ist in einer Betriebsvereinbarung geregelt.

Alle Mitarbeiter werden für Bildungsmaßnahmen freigestellt, Ärzte im Rahmen der Weiterbildung. Das Budget für Fortbildungsmaßnahmen wurde in den letzten Jahren stetig erhöht. Die Zugangsmöglichkeiten zu Fortbildungen wurden von den Mitarbeitern sehr positiv bewertet.

Bei Neuanschaffungen von Fort- und Weiterbildungsmedien und Standardwerken wird auf EDV-Versionen mit Netzwerkfähigkeit vorrangig Wert gelegt. Damit wird gewährleistet, dass einzelne Werke einer möglichst großen Mitarbeiterzahl zugänglich sind. Nahezu alle Arbeitsplätze sind mit einem Internet-Zugang ausgestattet.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Der mitarbeiterorientierte Führungsstil ist im Leitbild verankert. Die Führungsgrundsätze sind in einer Betriebsvereinbarung festgelegt. Alle Führungskräfte durchlaufen eine Führungskräfte-schulung. Bei strategischen Planungen werden, abhängig von den angestrebten Maßnahmen und betroffenen Bereichen, die Mitarbeiter einbezogen. Jährliche Mitarbeitergespräche werden angeboten. In der Mitarbeiterbefragung wurden zu insgesamt 16 Fragen zum Themenkomplex Führung sehr gute bis exzellente Ergebnisse erzielt.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Die Arbeitszeiten entsprechen den tariflichen Vereinbarungen und werden vom Mitarbeiter selbst durch das elektronische Zeiterfassungssystem dokumentiert. Sämtliche Regelungen sind zwischen Betriebsrat und der Geschäftsführung eindeutig in einer Betriebsvereinbarung geregelt. Mitarbeiterwünsche werden im Rahmen der Möglichkeiten berücksichtigt. So existieren mehrere auf die Bedürfnisse des Unternehmens und der Mitarbeiter ausgerichtete Arbeitszeitmodelle.

2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Ziel der Ideenmanagements ist es, die Mitarbeiter zu motivieren, innovative Ideen zur Gestaltung von Arbeitsprozessen und zur Optimierung der Patientenbetreuung weiterzugeben, um Attraktivität und Wirtschaftlichkeit der Klinik zu steigern.

Der Umgang mit Mitarbeiterideen und Mitarbeiterwünschen ist in einer Betriebsvereinbarung geregelt. Das Vorschlagswesen soll jede Mitarbeiterin und jeden Mitarbeiter ermutigen, Ideen und Anregungen einzubringen.

In der Betriebsvereinbarung Führungsleitlinien ist der Umgang mit Konfliktsituationen geregelt. Mitarbeiterbeschwerden können über den Betriebsrat, die Vorgesetzten oder die Geschäftsführung abgegeben werden.

3 Sicherheit

3.1 Schutz- und Sicherheitssysteme

3.1.1 Arbeitsschutz

Alle gesetzlichen Vorgaben zum Arbeitsschutz werden umgesetzt. Der Arbeitsschutz wird koordiniert durch den regelmäßig tagenden Arbeitssicherheitsausschuss und durch die Sicherheitsfachkraft, den Betriebsarzt, geschulte Sicherheits-, Gefahrgut- und Strahlenschutzbeauftragte umgesetzt. Aktuelle Betriebsanweisungen und Hygienepläne sowie regelmäßige Schulungen und Arbeitsplatzbegehungen und eine Beurteilung durch die Beauftragten gewährleisten die Sicherheit der Mitarbeiter, Patienten und anderen Personengruppen. Durch jährliche Pflichtveranstaltungen wird sichergestellt, dass Änderungen zeitnah umgesetzt werden.

3.1.2 Brandschutz

In der Brandschutzordnung des Alarm- und Einsatzplans ist das mit der Feuerwehr abgestimmte Verfahren im Brandfall geregelt. Das Krankenhaus ist mit einer automatischen Brandmeldeanlage mit Rauch- und Feuermeldern, Brandschutztüren und aktuellen Flucht- und Rettungsplänen ausgestattet. Der Brandschutzbeauftragte begeht regelmäßig das Gebäude und prüft z.B. die Zugänglichkeit der Fluchtwege, Ausschilderung und Beleuchtung. Zudem erfolgen regelmäßige Unterweisungen der Mitarbeiter.

3.1.3 Umweltschutz

Es wurde eine Arbeitsgruppe Umwelt, Energie, Nachhaltigkeit“ installiert. Die Umsetzung der Umweltziele und Umweltprogramme wird im Rahmen von technischen Begehungen und Rückmeldungen der Mitarbeiter aus der Entsorgung an den technischen Leiter überprüft. Zusätzlich achtet die Hygienefachkraft im Rahmen ihrer Begehungen auf die korrekte Abfallentsorgung.

Im Rahmen von Baumaßnahmen werden ökologische Aspekte mit berücksichtigt.

Es existiert ein Abfallkonzept, das eine Abfallvermeidung, -trennung, -verwertung und -entsorgung regelt. Der Genehmigungsbescheid für die Ableitung von Wasser in die Kanalisation liegt vor. Nach Möglichkeit werden Wassersparsysteme verwendet.

Die Abfalltrennung ist in der Verfahrensanweisung Hygieneplan definiert. Ein Gefahrstoffkataster liegt vor.

3.1.4 Katastrophenschutz

Das Verfahren im Katastrophenfall sowie bei hausinternen nichtmedizinischen Notfällen ist im Alarm-, Verständigungs- und Evakuierungsplan geregelt. Er enthält Alarmierungslisten, Vorgehen bei Gefahrenlagen, im Brandfall, bei Umweltgefahren, Handlungsanweisungen für den Telefondienst, Verantwortlichkeiten und wird bei aktuellen Gegebenheiten angepasst. Der Alarm-, Verständigungs- und Evakuierungsplan liegt schriftlich vor und ist über das Intranet jederzeit einsehbar. Die verantwortlichen Mitarbeiter sind geschult und eingewiesen.

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Die technischen Einrichtungen des Hauses sind an ein Gebäudeleitsystem angeschlossen, jede relevante Störung an einem System wird sofort gemeldet. Bereitschaftspläne sind an der Pforte hinterlegt.

Es existieren detaillierte Verfahrensbeschreibungen im Bereitschaftsordner der Technik zum:

- Stromausfall
- Ausfall des Notstromaggregates
- Druckluftausfall
- Sauerstoffausfall
- Wasserrohrbruch
- Ausfall Fernwärme/Heizung/Warmwasser

3.2 Patientensicherheit

3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Nach der ärztlichen und pflegerischen Anamnese wird beim entsprechenden Patienten der Gefährdungsgrad eingeschätzt. Die Aufsichtspflicht wird über eine ständig garantierte Anwesenheitspflicht mindestens einer Pflegekraft pro Station garantiert. Patienten mit einer besonderen Betreuungsbedürftigkeit werden individuell versorgt und verstärkt beaufsichtigt.

Mehrere Verfahrens- und Handlungsanweisungen regeln die Gewährleistung der Patientensicherheit. Die Patientensicherheit wird in den zentralen Begehungen geprüft.

Bezüglich freiheitsentziehender Maßnahmen erfolgt eine Abwägung zwischen Patientensicherheit und persönlicher Freiheit.

Im OP werden die Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit umgesetzt. Eine Vielzahl an Schulungsmaßnahmen zur Patientensicherheit wird durchgeführt.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Bei medizinischen Notfällen wird über eine Notfalltelefonnummer unverzüglich das Notfallteam, bestehend aus Arzt und Intensiv-Pflegekraft, alarmiert. Dieses begibt sich mit der mobilen Notfallausrüstung sofort an den Einsatzort und übernimmt die Versorgung des Patienten. Bis zum Eintreffen wird der Patient durch die Mitarbeiter vor Ort betreut. Eine Notfallausrüstung ist auf allen Stationen und in Funktionsbereichen vorhanden und wird regelmäßig überprüft. Das Vorgehen ist standardisiert und wird jährlich in Pflichtfortbildungen geschult.

3.2.3 Hygienemanagement

Durch die Hygienekommission, die Hygiene-AG, Hygienepläne und Beratung durch ein externes Hygieneinstitut ist die Gewährleistung eines hohen Hygienestandards gesichert. Zwei- bis dreimal im Jahr tagt die Hygienekommission und verabschiedet Hygienemaßnahmen, Hygienepläne und Standards. Diese werden regelmäßig aktualisiert, liegen den Mitarbeitern über das Intranet vor und werden durch innerbetriebliche Fortbildungen geschult. Durch protokollierte Begehungen und Umgebungsuntersuchungen der Hygienefachkraft wird die Einhaltung der Hygienepläne und Standards geprüft. Für alle Stationen wurden hygienebeauftragte Ärzte und Pflegende geschult.

Das Konzept Hazard Analysis of critical control points (HACCP-Konzept) wird in der Krankenhausküche umgesetzt. Die Prozesse im Bereich Sterilisation sind festgelegt und werden lückenlos umgesetzt.

3.2.4 Hygienerelevante Daten

Die Erfassung der im Krankenhaus erworbenen Infektionen sowie meldepflichtiger Erkrankungen und Erreger ist fest etabliert.

Meldepflichtige Erreger werden im Zentrallabor erfasst, die statistische Auswertung an den hygienebeauftragten Arzt und die Hygienefachkraft geliefert und analysiert. So werden Probleme erkannt und gezielt bearbeitet. Eine Infektionsstatistik wird geführt. Im Intensivbereich gibt es eine wöchentliche infektiologische Visite. Auf den Stationen und in entsprechenden Bereichen werden die Vorgaben des Robert-Koch-Institutes zur Überprüfung hygienerelevanter Daten durchgeführt.

3.2.5 Infektionsmanagement

Für alle relevanten Bereiche sind verbindliche Hygierichtlinien und Standards definiert und mit den entsprechenden Empfehlungen vom Robert-Koch-Institut und durch die Beschlüsse der Hygienekommission abgestimmt. In Hygieneplänen und Hygienestandards ist festgelegt, wie mit Patienten umzugehen ist, die mit bestimmten Infektionserregern besiedelt oder erkrankt sind. In Desinfektionsplänen ist die fortlaufende Desinfektion und Reinigung festgelegt. Die Mitarbeiter werden systematisch zu Hygienethemen geschult. Regelmäßige Kontrollen in den Bereichen finden durch die Hygienefachkräfte statt.

3.2.6 Arzneimittel

Die Arzneimittel der Hausliste werden durch die Arzneimittelkommission nach medizinischen und wirtschaftlichen Aspekten ausgewählt. Zur Anwendung von Antibiotika ist eine Antibiotika-Kommission eingerichtet. Der Umgang mit Arzneimitteln, Zytostatika und Betäubungsmitteln ist verbindlich in Verfahrensanweisungen geregelt. Arzneimittel werden auf den Stationen entsprechend der schriftlichen Anordnung des verantwortlichen Arztes durch eine examinierte Pflegekraft vorbereitet, kontrolliert, verabreicht und dokumentiert.

Die Apotheke überprüft in regelmäßigen Stationsbegehungen z.B. Verfallsdatum, korrekte Lagerung sowie die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben. Schulungen zum Umgang mit Zytostatika werden durchgeführt.

Die Arzneimitteltherapie wird von den behandelnden Ärzten entsprechend den medizinischen Erfordernissen des Patienten und unter Beachtung möglicher Nebenwirkungen und Interaktionen festgelegt. Die Arzneimittelliste ist allen Ärzten zugänglich.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivaten

In der Thoraxklinik ist die Anwendung von Blut und Blutprodukten durch Verfahrensanweisungen zur Ablauforganisation und im Transfusionshandbuch geregelt. Aktualisiert werden diese durch die jährlich tagende Transfusionskommission.

Alle Details von der Beschaffung bis zur Dokumentation sind beschrieben und werden umgesetzt.

Für besondere Fragen im Zusammenhang mit Blutübertragungen wurden Transfusionsbeauftragte benannt. Verbrauch und Verfall werden fortlaufend dokumentiert, Zwischenfälle werden unmittelbar an den Transfusionsverantwortlichen gemeldet. Dieser leitet entsprechende Maßnahmen ein.

3.2.8 Medizinprodukte

In jeder Abteilung sind Medizinprodukte-Verantwortliche und -Beauftragte benannt. Diese stellen die dokumentierte Einweisung der Anwender sicher und sind für den fehlerfreien Betrieb der Medizinprodukte verantwortlich. Das elektronische Bestandsverzeichnis wird laufend durch die Medizintechnik aktualisiert. Das Verfahren zum Umgang mit Medizinprodukten ist in einem Medizinprodukte-Handbuch festgelegt. Gerätebücher und Bedienungsanleitungen liegen durchgehend vor.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1 Informations- und Kommunikationstechnologie

4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Es besteht ein vernetztes IT-System, zu dem alle Bereiche der Klinik zeitlich uneingeschränkter Zugang haben. Darin eingeschlossen sind neben Verwaltung, Ärzten, pflegerischen und Funktionsdiensten auch alle nichtmedizinischen Dienste. Berechtigte Mitarbeiter erhalten durch ihr Anwenderkonto und ein individuelles Passwort Zugang zum IT-System. IT-Probleme können kurzfristig vor Ort oder per Fernzugriff gelöst werden. Schulung der Mitarbeiter erfolgt im Rahmen der Einarbeitung und bei Neuinstallation. Ein PACS (Picture Archiving and Communication System) ist installiert. Ein umfangreiches IT-Ausfallkonzept stellt den Betrieb sicher. Das IT-Netzwerk ist gegen Zugriffe von außen geschützt.

4.2 Patientendaten

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Die Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten erfolgt über das Krankenhausinformationssystem sowie die Krankenakte und ist in berufsgruppenübergreifend erarbeiteten Verfahrensanweisungen geregelt. Die Pflegedokumentation wird vom Pflegepersonal unmittelbar nach der Aufnahme angelegt und ist Bestandteil der Krankenakte. Dokumentationsbeauftragte überprüfen regelmäßig die Dokumentation.

Alle behandlungsrelevanten Patientendaten wie Behandlungsverlauf, Anordnungen, Untersuchungen, Eingriffe werden zeitnah von den Verantwortlichen dokumentiert. Durch Verwendung standardisierter Erfassungsbögen ist das ärztliche und pflegerische Handeln jederzeit nachvollziehbar. Administrative Daten, Diagnosen, Leistungen, Befunde, Arztbriefe werden zusätzlich im Krankenhausinformationssystem dokumentiert.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Die Verfügbarkeit von Daten aus vorhergehenden und aktuellen Krankenhausaufenthalten ist jederzeit gegeben. Patientenakten und Röntgenbilder von stationären Voraufenthalten sind jederzeit erhältlich. Elektronische Daten (Arztbriefe, Diagnosen, Leistungen, Laborbefunde, Verwaltung) sind für Berechtigte jederzeit abrufbar. Das Archivpersonal dokumentiert alle herausgegebenen Krankenakten und stellt dadurch sicher, dass der Verbleib der Krankenakte nachvollziehbar ist.

4.3 Informationsmanagement

4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Ein strukturiertes Berichtswesen des Controllings stellt sicher, dass die Krankenhausführung regelmäßig anhand von Kennzahlen über Kostenentwicklung und Entwicklung des Leistungsgeschehens in unserer Klinik informiert ist. Ergebnisse von Patienten-, Einweiser- und Mitarbeiterbefragungen ergänzen diese Informationen. In Besprechungen der Leitungsgremien, der Verwaltung und der Abteilungen erhält die Geschäftsführung wichtige Informationen über das Betriebsgeschehen und die Umsetzung der beschlossenen Maßnahmen.

4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

Die Informationsweitergabe erfolgt hauptsächlich durch das strukturierte Besprechungswesen mit protokollierten abteilungs- und berufsgruppeninternen sowie -übergreifenden Besprechungen. Die Besprechungen sind in der Besprechungsmatrix festgelegt. Als zentrales Informationsmedium dient den Mitarbeitern das Intranet.

Die Informationsweitergabe an weiterbehandelnde Bereiche wird durch Verlegungsberichte geregelt. Ein regelmäßiger Meinungs-austausch mit niedergelassenen Ärzten findet statt.

Neben Intranet, Rundschreiben, Aushängen, Sitzungsprotokollen werden berufsgruppenübergreifende Informationen via E-Mail weitergegeben.

4.4 Telefonzentrale und Empfang

4.4.1 Organisation und Service

Die Rezeption im Eingangsbereich ist die zentrale Auskunftsstelle. Diese ist rund um die Uhr mit geschulten Mitarbeitern besetzt und steht Patienten und Besuchern jederzeit zur Verfügung. Die Mitarbeiter werden regelmäßig und zeitnah über Neuerungen sowie Änderungen informiert und haben anhand von In-foordnern, Intranet und Zugang zum Krankenhausinformationssystem Zugriff auf alle relevanten Informationen, z.B. Leistungsspektrum, diensthabende Ärzte, Telefonnummern, Sprechzeiten, Alarm- und Einsatzpläne, Betriebsbeauftragte. Auskünfte werden unter Beachtung des Datenschutzes erteilt.

4.5 Datenschutz

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Schutz der Privatsphäre des Patienten, der digitale Datenschutz im Intranet und von EDV-Programmen, sowie der Datenschutz bei Patientenakten haben eine hohe Priorität und sind in einem eigenen Datenschutzhandbuch geregelt. Jeder Mitarbeiter wird über das Datenschutzgesetz aufgeklärt und auf das Datengeheimnis verpflichtet. Die Belange des Datenschutzes werden von einem Datenschutzbeauftragten wahrgenommen, der über die notwendige Sachkenntnis im Datenschutz verfügt und regelmäßige Datenschutzaudits durchführt. Der Umgang mit Datenmüll ist geregelt.

5 Führung

5.1 Unternehmensphilosophie und -kultur

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Das Leitbild ist Leitlinie für das Handeln aller Berufsgruppen, Hierarchieebenen und damit Maßstab für das Handeln der Mitarbeiter gegenüber den Patienten, Angehörigen und Kollegen sowie der Öffentlichkeit. Die Qualitätspolitik orientiert sich am Leitbild.

Das Leitbild ist Bestandteil der Infomappe für neue Mitarbeiter und im QM-Handbuch, im Eingangsbereich und an vielen relevanten Stellen des Hauses sowie im Internet veröffentlicht. Schwerpunkte sind Aussagen zu Patienten, Mitarbeitern, Kompetenz aus Tradition, Qualität, Innovation, Forschung und Lehre und dem Unternehmen selbst.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Die gegenseitige Wertschätzung sowie die Praktizierung eines kooperativen Führungsstils sind im Leitbild verankert und werden durch vielfältige Maßnahmen im Alltag umgesetzt. In der Mitarbeiterbefragung erreichten wir im Vergleich zu anderen Kliniken einen sehr hohen Zufriedenheitswert.

Alle Mitglieder der Krankenhausleitung sind für die Mitarbeiter ansprechbar. Es findet ein regelmäßiger Austausch mit dem Betriebsrat statt. Zur Förderung der sozialen und fachlichen Kompetenz, des Einbringens eigener Ideen der Mitarbeiter und des Umgangs mit Beschwerden werden vielfältige Maßnahmen umgesetzt. Ein Personalentwicklungskonzept und ein Projekt zur Gesundheitsförderung sind implementiert. Das Gleichstellungsgesetz wird durchgehend umgesetzt.

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Wir erwarten von unseren Mitarbeitern, dass sie dem Patienten mit Respekt begegnen und ihn in seiner Gesamtheit sehen. Ethische Fragestellungen werden interdisziplinär mit dem behandelnden Arzt und den betreuenden Pflegenden besprochen. Eine Palliativstation mit mehreren fachweitergebildeten Ärzten und Pflegenden ist eingerichtet. Zusätzlich stehen als Ansprechpartner Klinikseelsorger zur Verfügung. Für die Betreuung von Patienten in Krisensituationen kann zudem die Psychologin hinzugezogen werden.

5.2 Strategie und Zielplanung

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Die Unternehmenszielplanung wird von der Geschäftsführung gemeinsam mit den Abteilungsleitungen erstellt. Sie enthält die Dimension Patient, Mitarbeiter, Wirtschaftlichkeit, Prozesse. Auf dieser Grundlage werden strategische und operative Ziele auf Hausebene erstellt und auf Abteilungsebene heruntergebrochen. In die Zielplanung fließen neben betriebswirtschaftlichen Daten und Leistungszahlen auch Ergebnisse aus Befragungen, Begehungen und dem Beschwerdemanagement ein. Der Umsetzungsstand der Zielplanung wird regelmäßig durch die Geschäftsführung geprüft.

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Kriterien zur Auswahl von Kooperationspartnern sind festgelegt. Im Strategieworkshop ist der Punkt Kooperationen/Partnerschaften fester Bestandteil. Hier werden bestehende Kooperationen überprüft bzw. fehlende/ergänzende Kooperationen definiert. Es bestehen zahlreiche Kooperationen mit weiteren Einrichtungen.

Bundesweit werden 6 Zentren zur Gesundheitsforschung eingerichtet. Die Thoraxklinik hat erfolgreich an der Ausschreibung zum Deutschen Zentrum für Lungenforschung (DZL) teilgenommen.

Zur Raucherprävention wurden innerhalb des Projektes "ohne Kippe" in den letzten 14 Jahren rund 200.000 Schüler aus der Region auf Risiken und Gefahren des Rauchens mittels Vorträgen, Gesprächen mit Betroffenen, Live-Videoteilnahme an Bronchoskopien hingewiesen.

5.3 Organisationsentwicklung

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

In der Thoraxklinik ist die Organisations- und Hierarchiestruktur für alle Mitarbeiter anhand von Organigrammen geregelt. Die erforderlichen laufenden Umstrukturierungen werden durch zahlreiche Projekt- und Arbeitsgruppen unterstützt. Die Steuerung der Projekt- und Arbeitsgruppen erfolgt über die jeweiligen Abteilungsleiter sowie die Projektverantwortlichen.

Die Koordination der Gremien- und Kommissionsarbeit erfolgt durch die Geschäftsführung. Alle gesetzlich geforderten Gremien und Kommissionen sind eingerichtet, darüber hinaus existieren weitere Kommissionen. In Geschäftsordnungen und Verfahrensanweisungen sind die Aufgaben und Kompetenzen der einzelnen Gremien und Kommissionen geregelt.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Die Aufgaben der Unternehmensleitung ergeben sich aus den Geschäftsordnungen für die Gesellschafterversammlung sowie die Geschäftsführung. Oberste Entscheidungsinstanz ist der Geschäftsführer.

Um eine bessere Einbindung und Information der Abteilungsleitungen in die Krankenhausleitung zu gewährleisten, existiert die sogenannte "erweiterte Klinikleitung".

Um zusätzlich eine bessere Einbindung und Information der mittleren Führungsebene zu erreichen, gibt es quartalsweise Besprechungen aller Oberärzte mit dem Geschäftsführer sowie den Abteilungs-JourFix der Verwaltung.

Personelle Überschneidungen in verschiedenen Gremien sorgen für gegenseitige Abstimmung und Kontinuität. Zu speziellen Themen werden Fachkräfte hinzugezogen.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

Zielplanungen berücksichtigen sowohl die gesundheitspolitischen und demografischen Entwicklungen sowie neue wissenschaftlichen Erkenntnisse oder Marktentwicklungen. Diese bilden die Grundlage für notwendige Veränderungen, einschließlich erforderlicher Kooperationen.

Die Mitarbeiter werden aktiv im Rahmen von Projekten, Fortbildungen, Informationsveranstaltungen und Zertifizierungsprozessen mit eingebunden. Zudem wurde ein umfassendes internes Auditwesen aufgebaut.

5.4 Marketing

5.4.1 Externe Kommunikation

In Absprache mit der Geschäftsführung wird jährlich ein Maßnahmenkatalog zur Öffentlichkeitsarbeit erstellt.

Die Assistentin der Geschäftsführung koordiniert alle Informationen und Aktivitäten. Ein Pressespiegel liegt vor. Die Homepage wird regelmäßig aktualisiert.

Die öffentliche Berichtserstattungen in Tageszeitungen und Fachpresse sowie die fachliche Öffentlichkeitsarbeit seitens der Chefärzte informieren die Bevölkerung und das Fachpublikum über aktuelle Geschehnisse. Klinikbroschüren und Aushänge am Infobrett informieren die Patienten. Mit der Mitarbeiterzeitung und dem Intranet werden alle Mitarbeiter eingebunden. Regelmäßig werden medizinische Symposien in der Klinik durchgeführt.

5.5 Risikomanagement

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Zielsetzung des Risikomanagements ist die Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit und der Zukunftspotenziale. Die Einhaltung gesetzlicher Regelungen dient dazu, Risiken zu vermeiden. Externe Kontrollen bestimmter Risikobereiche finden regelmäßig statt.

Die strukturellen Voraussetzungen zum Risikomanagement wurden definiert. Als Teil des klinischen Risikomanagements wurden zunächst im Jahr 2009 interne Audits implementiert.

Ein anonymes Fehlermeldesystem (CIRS) wird seit dem Jahr 2010 genutzt.

Zur Risikoabschätzung und Risikominimierung wurde ein betriebswirtschaftliches Risikomanagement implementiert. Dies erfolgt über laufende Berichterstattung.

6 Qualitätsmanagement

6.1 Qualitätsmanagementsystem

6.1.1 Organisation

Für die Umsetzung und Steuerung des Qualitätsmanagements sind die Geschäftsführung und das Qualitätsmanagement-Leitungsgremium verantwortlich. Die Koordination und Beratung erfolgt durch die Qualitätsmanagement-Kommission. In Projektgruppen werden individuelle Konzepte für die jeweiligen Problemstellungen entwickelt.

Die Qualitätsziele ergeben sich aus dem Leitbild und der strategischen sowie der operativen Planung. Ebenso fließen die Ergebnisse aus Befragungen, Begehungen und dem Beschwerdemanagement in die Erarbeitung von Qualitätszielen ein. Sie werden auf der Ebene der Geschäftsführung, der Chefärzte sowie dem Pflegemanagement entwickelt, daneben werden auch auf Abteilungs- und Stationsebene Qualitätsziele formuliert.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Das Prozessmanagement wird im Qualitätsmanagementhandbuch in Form von z.B. Prozessbeschreibungen, Verfahrensanweisungen beschrieben. Die Beteiligung der Mitarbeiter erfolgt unter anderem in Form von Projekten, Arbeitsgruppen und Qualitätszirkeln.

Die Initiierung neuer Projekte erfolgt über das Leitungsgremium bzw. über die Qualitätskommission. Hier werden auch die Informationen über den Stand der laufenden Projekte gesammelt die Projekte gesteuert. Neben dem KTQ-Zertifizierungssystem kommen weitere Zertifizierungen zum Einsatz, z.B. Zertifizierung Lungenkrebszentrum, Akkreditierung „Weaning-Zentrum“, Zertifizierung Schmerztherapie.

6.2 Befragungen

6.2.1 Patientenbefragung

Die Thoraxklinik führt regelmäßig Befragungen für Patienten durch. Die Ergebnisse werden mit anderen Kliniken verglichen (Benchmark). Die Ergebnisse der Befragungen werden in allen Bereichen kommuniziert. Bei Bedarf werden geeignete Maßnahmen entwickelt.

Die Befragung erfolgt anonym mit Fragebogen mit neutralem Rückumschlag durch ein externes Institut und wird statistisch ausgewertet.

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Im Rahmen der 360 Grad-Befragung erfolgte im Jahr 2014 die insgesamt vierte Befragung Niedergelassener. Die Ergebnisse werden statistisch ausgewertet und mit den Chefärzten sowie in den Abteilungen besprochen. Maßnahmen werden je nach Bedarf abgeleitet. Die Ergebnisse haben sich im Verlauf der drei Befragungen sukzessive verbessert.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Ebenso erfolgte in der 360 Grad-Befragung eine Mitarbeiterbefragung. Auch diese erfolgte anonym durch ein externes Institut und lieferte einen Benchmark mit über 40 Kliniken. Dabei erreichten wir in fast allen Parametern sehr gute bis exzellente Zufriedenheitswerte.

6.3 Beschwerdemanagement

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Das Beschwerdemanagement ist in einer Verfahrensanweisung geregelt. Mit einem standardisierten Bogen, der in allen Abteilungen und Bereichen verfügbar ist, werden Patientenbeschwerden und -anregungen (auch anonym) aufgenommen. Es erfolgt eine systematische Bearbeitung, Auswertung und Rückmeldung an den Beschwerdeführer (soweit bekannt) sowie an die beteiligten Bereiche und die Ableitung von Maßnahmen.

Die Beschwerdestatistik ermöglicht einen Überblick hinsichtlich auftretender Schwerpunkte.

6.4 Qualitätsrelevante Daten

6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Die Thoraxklinik erhebt über die gesetzlich vorgeschriebene Qualitätssicherung hinaus systematisch Daten, die zur Sicherung der Prozess- und Ergebnisqualität beitragen. Beispielhaft aufgezählt seien hier: Stürze und Dekubiti (mit externem Benchmark), Infektionsstatistik, Unfallstatistik, Überprüfung der Dokumentationsqualität, punktuelle Erhebung von Wartezeiten, und weitere. Die Ergebnisse werden in Besprechungen mit den beteiligten Mitarbeitern bewertet, bei Bedarf werden Verbesserungsmaßnahmen festgelegt und umgesetzt.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Die Thoraxklinik beteiligt sich an allen gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen der Qualitätssicherung. Die Daten werden per EDV erfasst. Die vollständige Dokumentationsquote zeigt, dass die systematische Erfassung der medizinischen Ergebnisse eine hohe Priorität hat.

Das Ergebnis der externen, gesetzlich definierten Qualitätssicherung wird mit anderen Krankenhäusern verglichen. In den beteiligten Abteilungen und Behandlungsteams wird das Ergebnis besprochen und kritisch analysiert. Bei Bedarf werden entsprechende Maßnahmen beschlossen und umgesetzt. Im letzten Erhebungszeitraum gab es keinen Handlungsbedarf.