



Städtische Kliniken Mönchengladbach

Akademisches Lehr- und Kooperationskrankenhaus
der RWTH und des Universitätsklinikums Aachen



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Städtische Kliniken Mönchengladbach GmbH
Institutionskennzeichen:	260510644
Anschrift:	Hubertusstraße 100 41239 Mönchengladbach
Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer:	2015-0103 KH
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	SAMA Cert GmbH, Stuttgart
Gültig vom:	25.11.2015
 bis:	24.11.2018
Zertifiziert seit:	25.11.2009

Inhaltsverzeichnis:

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	7
1 Patientenorientierung	8
2 Mitarbeiterorientierung	12
3 Sicherheit	14
4 Informations- und Kommunikationswesen	17
5 Führung	19
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) 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.

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

Wir freuen uns, dass die **Städtischen Kliniken Mönchengladbach** 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 Städtische Kliniken Mönchengladbach GmbH ist Rechtsträgerin des Elisabeth-Krankenhauses Rheydt mit insgesamt 577 Betten und ca. 1120 Beschäftigten. Alleini-
ge Gesellschafterin ist die Stadt Mönchengladbach.

Das Elisabeth-Krankenhaus Rheydt, 1967 als Neubau des alten Rheydter Krankenhauses am heutigen Standort eröffnet, ist ein Schwerpunktkrankenhaus mit den Fachabteilungen Allgemein-, Viszeral- und Endokrine Chirurgie; Gefäßchirurgie und endovaskuläre Chirurgie; Unfall- und Gelenkchirurgie; Innere Medizin mit den Schwerpunkten Gastroenterologie und Kardiologie; Gynäkologie und Geburtshilfe; Senologie; Pädiatrie und Neonatologie (Perinatalzentrum Level I); Urologie mit Kinderurologie; Zentrum für Geriatrie mit Tagesklinik; Radiologie, Gefäßradiologie und Nuklearmedizin; Anästhesiologie und Intensivmedizin sowie der Belegabteilung HNO. Darüber hinaus betreibt das Krankenhaus eine eigene Apotheke. Ein Sozialpädiatrisches Zentrum versorgt Kinder und Jugendliche mit Auffälligkeiten und Störungen aus allen Teilbereichen der Entwicklung ambulant. Für die Kinder von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern steht eine Kindertagesstätte mit einer U3-Betreuung zur Verfügung.

Das Elisabeth-Krankenhaus Rheydt bildet ein modernes, zukunftsorientiertes und spezialisiertes Dienstleistungsunternehmen von überregionaler Bedeutung. Die Kliniken sind Akademisches Lehr- und Kooperationskrankenhaus der RWTH und des Universitätsklinikums Aachen. Im Elisabeth-Krankenhaus Rheydt werden jährlich mehr als 26.000 Patienten stationär und rund 49.000 Patienten ambulant versorgt. Die Anzahl der Patienten ist in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen.

Die medizinische Kompetenz der Klinik zeichnet sich u.a. durch Bündelung der Leistungsfähigkeit und Spezialisierung in medizinischen Zentren aus.

Ein Schwerpunkt der gemeinsamen Versorgung der Frauen- und Kinderklinik ist die Betreuung von Risikoschwangerschaften sowie Früh- und Risikogeburten im Perinatalzentrum der höchsten Versorgungsstufe (Level 1). Mit 2.255 Geburten (2014) ist die Mutter-Kind-Klinik die stärkste Geburtsklinik in Nordrhein-Westfalen.

Die Gefäßchirurgie und endovaskuläre Chirurgie, die Klinik für Radiologie, Gefäßradiologie und Nuklearmedizin sowie die Kardiologie sind gemeinsam von der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie als Gefäßzentrum Mönchengladbach zertifiziert.

Das von der Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V. zertifizierte Kontinenz- und Beckenbodenzentrum Mönchengladbach-Niederrhein setzt sich zusammen aus den Fachabteilungen Urologie, Frauenheilkunde sowie Allgemein-, Viszeral- und Endokrine Chirurgie.

Darüber hinaus bestehen weitere, zum Teil fachgesellschaftsspezifische Zertifizierungen.

Gemeinsam mit einem Nachbarkrankenhaus betreibt die Städtische Kliniken Mönchengladbach GmbH das Schulzentrum für Gesundheitsberufe am Niederrhein GmbH (SGN) mit 165 Auszubildenden der Gesundheits- und Kranken- sowie Kinderkrankenpflege.

Patientenferne Dienstleistungen werden in der Kliniken-Service-Gesellschaft Mönchengladbach mbH, einer 100%igen Tochter der Städtische Kliniken Mönchengladbach GmbH, erbracht.

Zusätzlich bestehen Kooperationen mit auf dem Krankenhausgelände ansässigen niedergelassenen Ärzten* (Dialyse, Laboratoriumsmedizin, Onkologie, Diabetologie). Die Städtische Kliniken Mönchengladbach GmbH wurde im Oktober 2009 nach KTQ®
erstzertifiziert und 2012 erfolgreich re-zertifiziert. Für die Projekte „Gründung und Im-

plementierung des Klinischen Ethik-Komitees“ und „Integrative Versorgung von Patienten mit altersbedingten kognitiven Einschränkungen“ wurde die Klinik als bislang einziges Krankenhaus in Deutschland mit zwei KTQ-Awards (2012 und 2014) ausgezeichnet.

* nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

1.1 Rahmenbedingungen der Patientenversorgung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Unsere Patienten können sich im Vorfeld eines geplanten Aufenthaltes über das Leistungsspektrum auf der Internetseite, über Printmedien oder persönlich informieren. Terminabsprachen für elektive Eingriffe/ Behandlungen erfolgen in der Regel mit den Einweisern unter Berücksichtigung der Wünsche der Patienten. Die Patienten werden von den Mitarbeitern der administrativen Patientenaufnahmen sowie der Mitarbeiter in den Ambulanzen bzw. Stationen empfangen. Die administrative Aufnahme erfolgt grundsätzlich am Aufnahmetag. Notfälle werden bei der Aufnahme vorgezogen. Über den Ablauf der Aufnahme werden die Patienten durch die Mitarbeiter des ärztlichen und pflegerischen Dienstes informiert.

Die Klinik ist verkehrstechnisch gut zu erreichen und an den öffentlichen Nahverkehr angebunden. Ein Parkhaus und zusätzliche Parkplätze sind vorhanden. Ein Taxistand befindet sich vor dem Haus. Ein Wegeleitsystem ist eingerichtet.

1.1.2 Leitlinien

Die Behandlung und Pflege erfolgt aufgrund wissenschaftlich begründeter Leitlinien und Standards. Die Leitlinien der einzelnen Fachgesellschaften sind über das Internet einsehbar. Abteilungsinterne Leitlinien stehen den Mitarbeitern über das Intranet und in Handbüchern zur Verfügung und sind verbindlich. Sie werden regelmäßig überprüft, aktualisiert und geschult.

Das Qualitätsniveau der Pflege basiert auf den Experten- und Pflegestandards. Die Expertenstandards im Bereich Dekubitus, Sturz, Ernährung, Schmerz und Entlassung sind umgesetzt.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Wir planen Diagnostik, Therapie und Entlassung sowie Weiterbehandlung gemeinsam mit dem Patienten bzw. der Bezugsperson. Zur Umsetzung werden explizit Wünsche, Erwartungen, Ressourcen und Fähigkeiten der Patienten bei der Aufnahme nachgefragt und aufgenommen, analysiert und bei der Behandlungsplanung entsprechend berücksichtigt. Für Informationen stehen Flyer, Print-Informationen, die Homepage und die Mitarbeiter zur Verfügung.

Ein hausinterner Dolmetscherdienst ist eingerichtet. Aufklärungsdokumente stehen in verschiedenen Sprachen zur Verfügung. Eine seelsorgerische Betreuung ist jederzeit sichergestellt. Neurologe/Psychiater kann hinzugezogen werden.

Patientenbezogene Schulungen und Beratungen werden angeboten.

1.1.4 Service, Essen und Trinken

Um Service, Essen und Trinken so angenehm wie möglich zu gestalten, sind alle Patientenzimmer mit Telefon und TV ausgestattet. Viele Patientenzimmer verfügen über eine Nasszelle incl. WC und über einen Tresor zur Aufbewahrung von Wertgegenständen. Auf allen Stationen sind offene Bereiche eingerichtet, um sich jederzeit zusätzlich mit kostenlosen Getränken (Tee, Kaffee und Wasserspender) versorgen zu können. Frühstück, Mittag- und Abendessen wählen die Patienten über den wöchentlichen Speiseplan. Kulturelle und religiöse Besonderheiten sowie Diäten werden berücksichtigt. Diätassistenten und eine Ernährungsberaterin können zur Ernährungsberatung hinzugezogen werden. Mitarbeiter des Pflegedienstes sind bei Bedarf bei der Nahrungsaufnahme behilflich.

Das Betreuungsangebot wird durch die Tätigkeit von Ehrenamtlichen ergänzt. Ein Konzept "Ehrenamtliche Mitarbeit" ist vorhanden. Für kognitiv eingeschränkte Patienten gibt es spezielle Angebote.

1.1.5 Kooperationen

Die Bildung von Zentren unterstützt die Effizienz der Prozesse und das Behandlungsergebnis.

Es existiert ein durch die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie zertifiziertes Gefäßzentrum in Kooperation mit einer niedergelassenen Praxis. Durch diese und weitere Kooperationen mit Niedergelassenen werden Kompetenzen gebündelt und fachübergreifend eingesetzt.

Über die Zusammenarbeit innerhalb unserer weiteren Zentren (Traumazentrum, Kontinenz- und Beckenbodenzentrum) sowie über Abteilungsbesprechungen, berufsgruppenübergreifende Konferenzen und Teambesprechungen interdisziplinäre Fallbesprechungen und das Konsilwesen wird dafür Sorge getragen, dass den Patienten die bestmögliche Behandlung und Therapie zukommt und alle beteiligten Mitarbeiter über Zustand und Befinden des Patienten informiert sind.

Die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen wird durch die Klinik aktiv unterstützt.

1.2 Notfallaufnahme

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Notfälle werden in der Notfall-Ambulanz aufgenommen. Die Dringlichkeit der Behandlung von Notfällen orientiert sich an der akuten Gefährdung des Patienten und der vorliegenden Verdachtsdiagnose. In Abhängigkeit vom Zustand des Patienten werden Diagnostik und Therapie gemeinsam mit dem Patienten bzw. der Bezugsperson geplant. Die Übernahme internistischer und chirurgischer Patienten vom Rettungsdienst erfolgt nach telefonischer Ankündigung durch den diensthabenden Arzt und das Pflegepersonal. In der Kinderklinik werden lebensbedrohliche Notfälle nach telefonischer Ankündigung durch den Rettungsdienst direkt auf der Intensivstation aufgenommen.

Die Behandlung von Arbeitsunfällen unterliegt den Vorgaben der gesetzlichen Unfallversicherung. Eine D-Arzt-Zulassung ist vorhanden.

Im Hause früher erstellte Vorbefunde und Behandlungsunterlagen stehen rund um die Uhr zur Verfügung. Verbleibt der Patient stationär im Krankenhaus, so wird die aufnehmende Abteilung rechtzeitig informiert.

1.3 Ambulante Versorgung

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Ambulante Diagnostik und Behandlung werden über die Ambulanzen (auch Notfall-Ambulanz) angeboten. Bei jedem Patienten findet eine fachärztliche, körperliche und evtl. apparative Untersuchung statt, um entscheiden zu können, ob eine ambulante Versorgung ausreicht oder aber eine stationäre Aufnahme notwendig ist. In den Ambulanzen finden wöchentliche Sprechstunden statt. Es kann auch eine Terminverabredung erfolgen.

Die Diagnostik und Behandlung von Arbeitsunfällen (BG) erfolgt 24h in der Notfall-Ambulanz.

Es werden vor- und nachstationäre Leistungen entsprechend § 115a SGB V angeboten. Ein Sozialpädiatrisches Zentrum ist eingerichtet.

1.3.2 Ambulante Operationen

Ambulante Operationen werden von den Fachabteilungen geplant, koordiniert und durchgeführt. Prästationär wird die Durchführbarkeit der OP als ambulante OP geprüft, z.B. Untersuchung, Nutzung von Vorbefunden und Abklärung der Lebensumstände des Patienten. Die Aufklärung und Einwilligung des Patienten erfolgt fristgerecht anhand von Aufklärungsbögen. Am OP-Tag erfolgt die Aufnahme und Betreuung erwachsener Patienten in der Regel über die Kurzlieger-Station, Kinder werden im Zentrum für Kinder und Jugendliche altersentsprechend aufgenommen. Die OP erfolgt im Zentral-OP, die postoperative Überwachung im Aufwachraum. Im Bedarfsfall wird eine postoperative Schmerztherapie durchgeführt. Im Rahmen einer Abschlussuntersuchung erfolgt eine Feststellung der Entlassungsfähigkeit durch die operierende Fachabteilung und die Anästhesie. Informationen zur notwendigen Nachbehandlung und Verhaltensempfehlungen werden gegeben. Dem Patienten werden die Unterlagen bei der Entlassung ausgehändigt. Erforderliche Nachuntersuchungen erfolgen in den Sprechstunden.

1.4 Stationäre Versorgung

1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Die stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung beginnt mit den Aufnahmeformalitäten und der ärztlichen Anamnese. Der Behandlungsprozess und die Festlegung der Behandlungsziele werden entsprechend den ärztlichen Anordnungen und der pflegerischen Anamnese gestaltet. Die Steuerung des individuellen Behandlungsablaufs erfolgt unter Beteiligung der Patienten durch den verantwortlichen Arzt in Absprache mit dem zuständigen Ober- bzw. Chefarzt. Die Behandlung und Pflege erfolgt aufgrund wissenschaftlich begründeter Leitlinien und Standards. Neben der Behandlung in den zur Klinik gehörenden Funktionsbereichen ist eine erweiterte Versorgung durch eine externe Dialyseabteilung möglich. Konsiliarärzte können bei Bedarf hinzugezogen werden. Eine eigene Apotheke sichert die schnelle Versorgung mit Medikamenten. Röntgen-, MRT- und CT-Bilder stehen den behandelnden Ärzten zur Befundung elektronisch zeitnah zur Verfügung.

Erhobene Befunde aus dem im Hause ansässigen externen Labor und den Funktionsabteilungen stehen ebenfalls elektronisch zeitnah zur Verfügung.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen ist Voraussetzung bei der qualitativ hochwertigen Patientenversorgung. Die Steuerung des individuellen Behandlungsablaufs erfolgt durch den verantwortlichen Arzt in Absprache mit dem zuständigen Ober- bzw. Chefarzt. Die Planung erfolgt unter Einbeziehung des an der Behandlung beteiligten therapeutischen und sonstigen Personals.

Die Schmerztherapie erfolgt abgestuft, leitlinienkonform und individuell angepasst. Die Mobilisation der Patienten erfolgt unter kinästhetischen Aspekten diagnosebezogen nach ärztlicher Anordnung bzw. Standard und orientiert sich an den Ressourcen. Medizinische und therapeutische Prophylaxen werden bei der Therapie berücksichtigt. Zur Meldung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen ist ein Verfahren etabliert.

1.4.3 Operative Verfahren

In einer OP-Geschäftsordnung sind die OP-Organisation und die Verantwortlichkeiten geregelt. Derzeit stehen acht OPs zur Verfügung. Die OP-Koordination wird durch den OP-Manager in enger Zusammenarbeit mit den Fachabteilungen und Anästhesisten vorgenommen. Durch Anwesenheits- und Bereitschaftsdienste steht das OP-Personal rund um die Uhr zur Verfügung. Die Dokumentation erfolgt elektronisch. Die Vorbereitung auf die OP erfolgt auf den Stationen. Die Aufklärung der Patienten findet in der Regel spätestens am Vortag statt.

Bei schmerztherapeutischen Problemfällen steht ein anästhesiologischer Schmerzkonsiliardienst zur Verfügung. Zur OP müssen OP- und Narkoseeinwilligung des Patienten schriftlich vorliegen, ausgenommen sind Notfälle. Die OP-Planung und Dokumentation erfolgt elektronisch.

1.4.4 Visite

In allen Fachabteilungen finden tägliche Visiten statt (größtenteils auch an Wochenenden und Feiertagen), überwiegend gemeinsam mit Ärzten und Pflegekräften. Andere an der Behandlung beteiligte Berufsgruppen, z. B. Physiotherapeuten, werden regelmäßig hinzugezogen. Zusätzlich erfolgen Oberarzt- und Chefarztvisiten. Die Visiten am Bett dienen dem Austausch mit dem Patienten und erfolgen strukturiert. Alle Anordnungen und Befunde werden während der Visite dokumentiert.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Neben der stationären kann eine prä- u. poststationäre sowie eine teilstationäre Versorgung erfolgen. Ziel der prä-, teil- oder poststationären Behandlungsplanung ist ein reibungsloser Diagnose- und Therapieablauf unter Berücksichtigung der Ressourcen und der Lebensumstände des Patienten, um einen notwendigen stationären Aufenthalt so kurz wie möglich zu gestalten.

Die vorstationäre Versorgung der Patienten wird in den Sprechstunden der Fachabteilung nach Einweisung des niedergelassenen Arztes zur Vorbereitung auf den stationären Aufenthalt durchgeführt. Dabei wird die Indikation zur Behandlung überprüft, Vorsorgeuntersuchungen angeordnet und Risikofaktoren erfasst.

Nach dem stationären Aufenthalt erfolgt ggf. die Nachsorge über die Sprechstunden.

Teilstationäre geriatrische Patienten werden nach Einweisung durch den Hausarzt in der Tagesklinik betreut.

1.5 Übergang in andere Bereiche

1.5.1 Entlassung

Die Entlassung eines Patienten wird möglichst früh geplant. Um Versorgungslücken zu vermeiden, erfolgt frühzeitig nach der Aufnahme die dokumentierte Pflegebedarfsermittlung über den Patienten, damit auf dieser Grundlage die Bereitstellung von Medikamenten und Hilfsmitteln organisiert wird. Der Sozialdienst bzw. der Mitarbeiter für die Pflegeüberleitung werden bei Bedarf hinzugezogen und ggf. eine Pflegeüberleitung (in eine Einrichtung oder nach Hause) durchgeführt. Ggf. erfolgt die Initiierung einer notwendigen Pflegeeinstufung durch den MDK.

Ein Entlassungsbericht wird dem Patienten grundsätzlich am Entlassungstag mitgegeben. Der zuständige Arzt führt ein Entlassungsgespräch und gibt Anleitungen zur weiteren Versorgung. Die Weiterversorgung durch nachbetreuende Einrichtungen ist gewährleistet.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Der hausinterne Sozialdienst bzw. die Mitarbeiter der Pflegeüberleitung werden rechtzeitig im Vorfeld der Entlassung in die Planung und zur Koordination einbezogen, so dass eine auf den Gesundheitszustand angepasste Patientenversorgung gewährleistet ist. Die Hilfsmittelversorgung wird sichergestellt. Wenn erforderlich, leistet ein Mitarbeiter der Pflegeüberleitung bzw. die Casemanagerin des Zentrums für Kinder und Jugendliche Hilfestellung zur Organisation der häuslichen Pflege. Gespräche finden ebenfalls im Vorfeld der Entlassung mit dem Patienten und ggf. den Angehörigen statt. Es besteht Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen, ambulanten Pflegediensten und Rehabilitationseinrichtungen. Wiedervorstellungen zur Nachsorge sind möglich. Bei der Entlassung wird der Arztbrief/Entlassungsbericht/Pflegeüberleitungsbogen mitgegeben.

1.6 Sterben und Tod

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Ziel der Planungen ist es, dem sterbenden Patienten ein menschenwürdiges, angst- und schmerzfreies Sterben zu ermöglichen. Unsere Leitsätze zur ethischen Werthaltung finden Beachtung. In der Sterbephase werden die Patienten i.d.R. in ein Einzelzimmer verlegt und durch Arzt und Pflegedienst betreut. Es stehen in Palliative Care weitergebildete Pflegekräfte als Ansprechpartner zur Verfügung. Ein Ethik-Komitee ist etabliert. Kulturelle, religiöse u. spirituelle Bedürfnisse, Rituale und Wünsche des Patienten finden Berücksichtigung. Seelsorger der christlichen Kirche sind in Rufbereitschaft und begleiten die Patienten auf Anforderung. Bei Bedarf werden Vorsteher anderer Religionsgemeinschaften einbezogen.

Angehörige werden auf Wunsch zeitlich unbegrenzt in die Versorgung und Begleitung mit einbezogen.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Im würdevollen Umgang mit Verstorbenen wird darauf geachtet, dass sie nach Möglichkeit auf der Station verbleiben, bis sich Familienangehörige unter Begleitung der Pflegekraft verabschieden konnten. Angehörige werden auf Wunsch in die Versorgung des Verstorbenen mit einbezogen.

Ein Verabschiedungsraum steht zusätzlich zur Verfügung.

Bei der Versorgung des Verstorbenen werden persönliche, kulturelle u. religiöse Wünsche des Verstorbenen u. seiner Angehörigen berücksichtigt.

Für Angehörige werden Hilfen für die Trauerbewältigung angeboten.

Ein Konzept zum Umgang mit Fehl- und Totgeburten ist vorhanden.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1 Personalplanung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Um das hohe Qualitätsniveau der Behandlung der Patienten sicherzustellen, erfolgt die Personalbedarfsplanung grundsätzlich bedarfsgerecht mittels anerkannter Anhaltszahlen. Die Anhaltszahlen dienen dabei als Hilfsmittel für eine leistungsgerechte Stellenverteilung. Bei Organisations-, Leistungs- und Erlösveränderungen wird unter Berücksichtigung der Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes die Personalausstattung kontinuierlich den aktuellen Bedürfnissen und Anforderungen angepasst. In kleineren Bereichen ist eine Mindestbesetzung festgelegt. Auf den Stationen und im Bereich der Tagdienstspringer wird ein Anteil von 3-jährig examinierten Pflegenden von ca. 90% angestrebt.

2.2 Personalentwicklung

2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Durch die Personalentwicklung werden Kenntnisse und Fähigkeiten der Mitarbeiter an sich stetig wachsende Anforderungen angepasst. Wir fördern die Potentiale und Fähigkeiten unserer Mitarbeiter durch gezielte Maßnahmen. Die Qualifikations- und Karriereplanung erfolgt in den jährlichen Mitarbeitergesprächen sowie im Rahmen der regelmäßig stattfindenden Sitzungen. Als Kriterien für die Personalentwicklung im ärztlichen Bereich dienen insbesondere die Facharztquoten und/oder die Anzahl der Ärzte in Weiterbildung sowie die Anzahl der Medizinstudenten im praktischen Jahr. Für die Planung der Fort- und Weiterbildung stehen neben gesetzlichen Vorgaben fachspezifische Themen im Vordergrund, die ergänzt werden um Angebote zur Stärkung der Kompetenzen der Mitarbeiter. Zudem stehen externe Qualifizierungsmöglichkeiten zur Verfügung. Wir fördern den beruflichen Aufstieg durch bevorzugte Berücksichtigung interner Bewerber. Ein Beurteilungssystem ist umgesetzt. Die Reflexion der Zufriedenheit mit der Personalentwicklung erfolgt über Mitarbeiterbefragungen, in persönlichen Gesprächen und in offiziellen Mitarbeitergesprächen.

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Zur Einführung neuer Mitarbeiter existiert ein berufsgruppenübergreifendes und krankenhausweites schriftliches Konzept. Ein Pate betreut die neuen Mitarbeiter während der Einarbeitung. Bei den eintägigen Einführungsveranstaltungen für neue Mitarbeiter werden umfassende Informationen gegeben. Gleichzeitig erfolgt die Vermittlung vorgeschriebener Unterweisungsinhalte. Die Veranstaltung wird durch die Abteilungen Personalservice, Qualitätsmanagement, Öffentlichkeitsarbeit, Arbeitsschutzmanagement, Brandschutz, Datenschutz, Reanimation und Hygienemanagement sowie dem Abfallbeauftragten durchgeführt. Die Mitarbeiter erhalten zusätzlich eine Info-Mappe.

2.2.3 Ausbildung

Träger des Schulzentrums für Gesundheitsberufe am Niederrhein (SGN) sind die SK-MG und der Johanniter GmbH Evangelisches Krankenhaus Bethesda Mönchengladbach. Das Schulzentrum ist beauftragt, die Ausbildung in der Gesundheits- u. Krankenpflege sowie in der Gesundheits- u. Kinderkrankenpflege durchzuführen.

Um die Theorie-Praxis-Vernetzung zu gewährleisten, nehmen Mitarbeiter der SGN regelmäßig an den Stationsleitersitzungen und Gesprächen mit der Pflegedirektorin teil.

Jedem Schüler wird ein verantwortlicher weitergebildeter Mentor (Praxisanleiter) zugeordnet. Fest installierte Reflexionsgespräche mit den Praxisanleitern und Beurteilungen der Auszubildenden sollen dazu beitragen, den Ausbildungserfolg zu sichern. Regelmäßige Praxisanleitertreffen, in denen die Arbeitsthemen des laufenden Jahres reflektiert werden, finden statt.

In der Verwaltung werden zudem Bürokaufleute und Fachinformatiker ausgebildet.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Die fortlaufende Qualifizierung der Mitarbeiter und damit der Erhalt der fachlichen Expertise stellt eine entscheidende Basis der Personalentwicklung dar. Eine interdisziplinär besetzte Arbeitsgruppe plant gemeinsam die berufsübergreifenden durchzuführenden Pflichtfortbildungen sowie Fortbildungen zur Handlungs-, Fach-, Methoden und Sozialkompetenz unter Einbeziehung der Wünsche der Abteilungen. Für die Facharztweiterbildung gibt es eine abteilungsspezifische Planung in Form von Curricula. Jede Fortbildungsveranstaltung wird anhand eines standardisierten Rückmeldebogens schriftlich evaluiert und statistisch ausgewertet.

Das Jahresprogramm der Fort- und Weiterbildungen wird im Intranet und Internet veröffentlicht.

Die Statistik über das Anmeldeverhalten der Teilnehmer wird halbjährig und bei Bedarf ausgewertet und bei der Erstellung des neuen Jahresprogramms berücksichtigt.

Ein PC-Schulungsraum steht zur Verfügung.

Darüber hinaus haben die Mitarbeiter auch Gelegenheit, an externen Fort- und Weiterbildungen teilzunehmen. Die Kosten hierfür werden angemessen berücksichtigt. Die Fachabteilungen bieten zusätzlich Fortbildungen für niedergelassene Ärzte an.

Die Verfügbarkeit von Medien und entsprechenden Räumlichkeiten ist praxisorientiert geregelt. Die Mitarbeiter haben Zugriff auf das Intranet und Internet. Den Mitarbeitern wird der Zugang zu Fachzeitschriften und -bibliotheken ermöglicht. Die Mitarbeiter können das elektronische LISS-Portal nutzen. Eine arbeitsplatzbezogene Ausstattung mit der notwendigen Fachliteratur steht zur Verfügung.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Das Leitbild und die Führungsgrundsätze sind Grundlage für den Führungsstil in unserem Haus. Interne und externe Fortbildungsveranstaltungen sowie Coaching- u. Supervisionsangebote qualifizieren die Führungskräfte fortlaufend für ihre verantwortungsvolle Aufgabe.

Jährliche Mitarbeitergespräche bieten ein wichtiges mitarbeiterorientiertes Führungsinstrument.

Es liegt ein Konzept zur Mitarbeitergewinnung, -bindung und zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie vor. Hierzu ist auch eine U3-Kindertagespflegeeinrichtung vorhanden.

Zur Förderung des direkten Austausches und Wegfall von Hierarchieebenen finden mehrmals jährlich Mitarbeiterdialoge mit dem Geschäftsführer statt. Alle Fragen und Antworten sind anschließend in einem Protokoll im Intranet für jeden Mitarbeiter einsehbar.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Die Planungen der Arbeitszeit-Regelungen verfolgen auf der einen Seite das Ziel, Patientenbedürfnisse zu befriedigen und auf der anderen Seite das Ziel, die Wünsche und Bedürfnisse der Mitarbeiter in größtmöglichem Umfang durch Schaffung unterschiedlichster Arbeitszeiten, zu erfüllen. Es werden zahlreiche Teilzeitmodelle angeboten. Zur Förderung der Flexibilität werden außerdem Springer und Aushilfen eingesetzt.

Grundlage für die Zeitplanung und -erfassung ist das elektronische Zeitwirtschaftssystem. In ihm werden die Dienstzeiten der Mitarbeiter in den jeweiligen Abteilungen geplant und verwaltet. Die Arbeitszeitmodelle sind an gesetzliche und abteilungsspezifische Erfordernisse und Mitarbeiterwünsche angepasst. In verschiedenen Berufsgruppen schließt sich - unter Beachtung des Arbeitszeitgesetzes - an die Regelarbeitszeit Bereitschafts- bzw. Rufdienst an.

2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -Beschwerden

Ein betriebliches Vorschlagswesen ist unternehmensweit etabliert, mit dem gute Ideen von Mitarbeitern belohnt werden sollen. Lösungsideen und Vorschläge werden durch eine Bewertungskommission geprüft und bei Eignung prämiert und umgesetzt. Die Festsetzung der Prämie für den Verbesserungsvorschlag erfolgt nach einem Punkt-System. Die Prämiensumme wird über die Gehaltszahlung an den Vorschlagenden ausgezahlt.

Die Anlaufstelle für Beschwerden und Wünsche von Mitarbeitern ist in der Regel die direkte Führungskraft. Beschwerden können auch direkt an den Betriebsrat oder an die Geschäftsführung gerichtet werden.

Für Beschwerden, die das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz betreffen, ist ein geregeltes Verfahren etabliert.

3 Sicherheit

3.1 Schutz- und Sicherheitssysteme

3.1.1 Arbeitsschutz

In der Grundsatzerklärung zum Arbeitsschutz hat die Betriebsleitung grundlegende Arbeitsschutzziele zur kontinuierlichen Verbesserung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes definiert, die durch kurzfristig umzusetzende Jahres-Arbeitsschutzziele ergänzt werden.

Ziel unseres etablierten Arbeitsschutzmanagementsystems ist es, das Risiko von Unfällen u. gesundheitlichen Belastungen für alle Beschäftigten sowie negative Auswirkungen auf andere Personen, Sachgüter und die Umwelt zu minimieren. Entsprechende Gremien sind eingerichtet. Die erforderlichen Funktionsträger sind bestellt und aktiv tätig.

Arbeitsplatzbegehungen zur Gefährdungsbeurteilung und Unterweisungen werden regelmäßig durchgeführt. Die durch den Arbeitsschutzausschuss festgestellten notwendigen Maßnahmen zum Arbeitsschutz und zur Gesundheitsförderung werden in Absprache mit der Geschäftsführung umgesetzt. Die Mitarbeiter werden durch den Betriebsärztlichen Dienst untersucht und beraten.

Zur Förderung des Gesundheitsschutzes werden regelmäßig Veranstaltungen zur Gesundheitsförderung geboten, z.B. Gesundheitstage, Thementage durchgeführt und die Teilnahme an Betriebssportgemeinschaften ermöglicht. Um neueste Erkenntnisse im Arbeitsschutz umzusetzen, erfolgt eine enge Zusammenarbeit mit der Berufsgenossenschaft.

3.1.2 Brandschutz

Ein Brandschutzkonzept ist in Zusammenarbeit mit externen Experten erarbeitet und wird laufend umgesetzt. Bei Notwendigkeit wird es fortgeschrieben. Ein Alarm- und Notfallplan für externe und interne Schadensfälle ist in Abstimmung mit der örtlichen Berufsfeuerwehr erstellt und den Mitarbeitern bekannt. Er beinhaltet auch die Regelungen des gesamten Brandschutzes. Ein Brandschutzbeauftragter ist bestellt. Die vorgeschriebenen Prüfintervalle der Brandmeldeanlage, Feuerlöscher etc. werden eingehalten. Die sicherheitstechnischen Einrichtungen sind vorhanden. In allen Bereichen existieren Flucht- und Rettungswegepläne. Für den Alarmfall bei Feuer ist eine Krankenhaus-Einsatzleitung etabliert, die der Feuerwehr und der Polizei als Ansprechpartner zur Verfügung steht und alle Notfallmaßnahmen des Krankenhauses koordiniert. Regelmäßig werden dienstverpflichtende Brandschutzunterweisungen angeboten.

3.1.3 Umweltschutz

Durch die Betriebsleitung wurde eine Grundsatzerklärung zum Umweltschutz definiert. Sie enthält Rahmenvorgaben für die zu erreichenden Umweltziele. Auf der Grundlage der Ziele werden die erforderlichen Maßnahmen abgeleitet.

Die gesetzlichen Vorgaben zum Umweltschutz, die sich auch in der Energieeinsparverordnung wiederfinden, werden von den extern eingesetzten Fachplanern umgesetzt und berücksichtigt. Bauvorhaben werden unter Einbeziehung ökologischer Gesichtspunkte geplant und realisiert. Bei Neubauten finden die gesetzlichen Vorgaben zum ressourcenschonenden Bau und Betrieb Berücksichtigung. Abfallstoffe werden - soweit möglich - getrennt gesammelt. Es existiert ein zukunftsorientiertes Energieeinsparkonzept. Die Einhaltung wird über die Verbrauchsdaten für Betriebsmittel, Energie, Wasser und Abfallmengen sowie anhand von Begehungen kontrolliert und Optimierungspotential aufgezeigt.

3.1.4 Katastrophenschutz

Ziel ist es, für interne und externe Gefahrenlagen abgestimmte Handlungskonzepte vorzuhalten, die es ermöglichen, den Betrieb des Hauses auf diese Notlagen einzustellen. Die erstellten Einsatz- und Alarmpläne sind nach landesweit einheitlich geregelten Vorschriften erstellt, werden bei Bedarf aktualisiert und spiegeln die Einbindung des Krankenhauses in den Katastrophenschutz nach Landesrecht. Entsprechend der Vorgaben der Landesregierung wurde für das Haus - in enger Zusammenarbeit mit der örtlichen Berufsfeuerwehr - ein Alarm- und Notfallplan erstellt. Er umfasst sowohl medizinische als auch nichtmedizinische Notfallsituationen. Außerdem enthält er Regelungen zum Ausbruch von Seuchen und Influenza-Pandemie. Detaillierte Verfahrensanweisungen zum Vorgehen bei Alarmfällen sowie die Regelung der Verantwortlichkeiten einschließlich Ablaufschema und Prüflisten ergänzen den Alarm- und Notfallplan. Das Alarmierungsverfahren ist automatisiert und den Mitarbeitern bekannt.

Eine Krankenhaus-Einsatzleitung ist etabliert, die Verantwortlichkeiten sind geregelt, die Struktur entspricht der Einsatzleitungsgliederung bei Polizei und Feuerwehr. Durch Abstimmung der Krankenhaus-Alarmpläne aller Mönchengladbacher Krankenhäuser mit Gesundheitsamt u. Feuerwehr wird eine Vereinheitlichung erreicht. Die Mitarbeiter des Hauses sind mit den Aufgaben vertraut, die Einsatzpläne und Handlungsanweisungen sind an den entsprechenden Stellen in "Notfallordnern" sowie

im Intranet einsehbar. Ein geregeltes Verfahren stellt mit technischer Unterstützung die Alarmierungskette im Notfall sicher.

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Ziel ist es, die Risiken im Falle nichtmedizinischer Notfallsituationen zu vermeiden bzw. auf ein Minimum zu reduzieren. Eine entsprechende Organisation ist geschaffen, um notwendige Maßnahmen umzusetzen.

Das Haus ist bei Ausfall externer Versorgungsstrukturen (Elektrizität, Gas) über einen definierten Zeitraum in der Lage, durch entsprechende Vorsorgemaßnahmen wesentliche Betriebsfunktionen aufrecht zu erhalten. Für den Fall technischer Betriebsstörungen existiert ein festgelegtes Alarmierungsverfahren, das den zeitnahen Einsatz der Haus- bzw. Betriebstechnik und der zuständigen Servicefirmen gewährleistet. Die technischen Anlagen werden regelmäßig den vorgeschriebenen Überprüfungen unterzogen.

Im EDV-technischen Bereich werden mögliche Ausfallsituationen und einzuleitende Maßnahmen mit den jeweils verantwortlichen Mitarbeitern besprochen. Hier existiert ebenfalls ein Notfallplan. Die Abläufe sind insgesamt geregelt und ein Rufbereitschaftsdienst etabliert. Ein zentrales Überwachungssystem zeigt kritische Betriebszustände bzw. -ausfälle an und informiert automatisiert die EDV-Mitarbeiter.

3.2 Patientensicherheit

3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Ziel ist es, den Patienten mit Hilfe aller beteiligten Berufsgruppen vor Eigen- oder Fremdgefährdung zu bewahren. Dazu soll eine Minimierung der Risiken erreicht werden, die den Patienten potentiell gefährden. Nach der Aufnahmeuntersuchung erfolgen konkrete Informationen über mögliche Risiken an die Mitarbeiter des ärztlichen u. pflegerischen Dienstes.

Durch bauliche und organisatorische Maßnahmen wird den Bedürfnissen und Erfordernissen der jeweils betreuten Patientengruppe entsprochen. Patienten, die einer besonderen Aufsicht bedürfen, werden z. B. durch erhöhte Fürsorge der Mitarbeiter sowie teilweise durch technische Vorrichtungen geschützt. Überwachungspflichtige Patienten werden entsprechend der jeweiligen Erfordernisse überwacht, z.B. über Monitoring auf den Intensivstationen oder im Aufwachraum sowie ggf. über zusätzliche Sitzwachen. Prämedizierte Patienten werden durch examinierteres Personal transportiert. Nicht orientierte Patienten - z.B. der Geriatrie - erhalten bei Bedarf einen elektronischen Clip, der beim ungeplanten Verlassen der Station einen Warnruf abgibt. In allen anderen Fachabteilungen tragen nicht vollständig orientierte Patienten - unabhängig der Diagnose Demenz - bei Bedarf ein grünes Patienten-Armband, um einen erhöhten Aufmerksamkeitsbedarf für alle Mitarbeiter zu kennzeichnen. Um Eingriffsverwechslungen im OP zu vermeiden, erhalten die Patienten ein weißes Patienten-Armband. Patienten unter 14 Jahren dürfen die Station nur in Begleitung Erwachsener verlassen. In den Aufenthaltsbereichen der Kinderklinik müssen Erzieher, Pflegedienstmitarbeiter oder Eltern anwesend sein. Das Neugeborenenzimmer ist nur für Personal zugänglich.

Durch die Übertragung von Verantwortlichkeiten wird die Erfüllung der Aufsichtspflicht generell sichergestellt. Zum Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung wurde u.a. ein Standard zur Sturzprophylaxe entwickelt.

In der Kinderklinik wird das Mobiliar kindersicher ausgewählt und die Räumlichkeiten entsprechend gestaltet. Für den OP wurde eine Verfahrensanweisung zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen erstellt. Bei Patienten mit Anzeichen von Fremd- oder Selbstgefährdung werden der psychiatrische Konsiliardienst hinzugezogen und evtl. weitere Maßnahmen eingeleitet.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Qualifizierte Mitarbeiter in den Bereichen gewährleisten rund um die Uhr die Sicherstellung eines effizienten Notfallmanagement. Die Mitarbeiter werden regelmäßig in dienstverpflichtenden Reanimations-schulungen durch Fachärzte bzw. Rettungsassistenten geschult, um ein kontinuierlich hohes Qualifikationsniveau der Mitarbeiter für den Ernstfall sicherzustellen.

Handlungsanweisungen zur standardisierten Vorgehensweise bei medizinischen Notfällen sind erstellt und den Mitarbeitern bekannt. Über den 24-h-Reanimationsfunk kann ein gesondertes Reanimations-Team jederzeit erreicht werden. Der Standort der Notfallkoffer bzw. Notfallwagen ist den Mitarbeitern bekannt.

3.2.3 Hygienemanagement

Eine Hygienekommission ist etabliert, hygienebeauftragte Ärzte, hygienebeauftragte Pflegekräfte und Hygienefachkräfte sind bestellt. Der externe Krankenhaushygieniker unterstützt die Hygienekommission und die Fachkräfte des Hauses. Es existiert ein Hygieneplan, der für alle relevanten Bereiche ver-

bindlich ist. Um die Sicherung der hygienischen Verhältnisse zu gewährleisten, werden regelmäßig Schulungen, Begehungen und Überprüfungen durchgeführt. Die Ergebnisse werden rückgemeldet und notwendige Konsequenzen abgeleitet.

3.2.4 Hygienerelevante Daten

Hygienerelevante Daten werden klinikweit auf gesetzlicher sowie freiwilliger Basis erhoben, zum Teil mit dem KISS-Modul des Nationalen Referenzzentrums. Infektionsstatistiken und laborärztlich kommentierte Keimresistenzstatistiken werden regelmäßig erstellt und abteilungsbezogen, z.B. durch die Hygiene- und Arzneimittelkommission, analysiert. Die Meldewege sind festgelegt.

Zur Optimierung der Händehygiene beteiligt sich das Haus regelmäßig an Maßnahmen wie z.B. die Aktion "Keine Keime" im Krankenhaus.

3.2.5 Infektionsmanagement

Die Festlegungen zur Planung der hygienischen Untersuchungen erfolgt durch die Hygienekommission.

Alle Handlungsanweisungen zur Durchführung von hygiesichernden Maßnahmen und das Vorgehen bei meldepflichtigen Erkrankungen stehen den Mitarbeitern über das Intranet zur Verfügung. Durch die Hygienefachkräfte werden regelmäßige Schulungen angeboten. Die Hygienefachkräfte, und die hygienebeauftragten Ärzte und die Hygienebeauftragten der Pflege stehen den Mitarbeitern als Ansprechpartner beratend zur Verfügung. Neue Mitarbeiter werden im Rahmen der Einführungsveranstaltung unterwiesen.

3.2.6 Arzneimittel

Die Beschaffung erfolgt über die Abteilung Apotheke/Einkauf und über das Blutdepot. Die Versorgung rund um die Uhr mit Arzneimitteln ist gesichert. Dienstanweisungen zum Umgang mit Arzneimitteln, Medizinprodukten und Betäubungsmitteln liegen umfassend vor. Das Bestellwesen und die Belieferung der Stationen sind effektiv organisiert. Bei der Auswahl der Produkte werden sowohl die Anforderungen der Anwender als auch hygienische und ökologische Aspekte berücksichtigt.

Die Anwendung von Arzneimitteln erfolgt aufgrund ärztlicher Anordnung und unter Beachtung der gesetzlichen Vorschriften. In der Arzneimittelkommission werden die für das Haus geeigneten Arzneimittel in einer Arzneimittelliste festgelegt. Spezielle Medikamente werden in Absprache mit dem verantwortlichen Arzt durch die Apotheke zeitnah beschafft. Individuelle Patientenzubereitungen werden zentral in der Apotheke angefertigt.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Ein transfusionsverantwortlicher Arzt sowie transfusionsbeauftragte Ärzte in den Fachabteilungen sind bestellt. Alle Regelungen zur Anwendung von Blut- und Blutprodukten sind in einem Qualitätsmanagementhandbuch mit Handlungsanweisungen schriftlich festgelegt und jederzeit im Intranet einsehbar. Das etablierte Hämotherapie-Qualitätssicherungssystem gewährleistet die Einhaltung der Forderungen des Transfusionsgesetzes und der Hämotherapie-Richtlinien der Bundesärztekammer.

Der Transfusionsverantwortliche organisiert die dienstverpflichtenden Schulungen für die Mitarbeiter. Die Qualitätskontrollen führt die bestellte Qualitätsbeauftragte für das Transfusionswesen durch. Die Möglichkeit der Eigenblutspende ist für geeignete Patienten grundsätzlich gegeben.

3.2.8 Medizinprodukte

Zur Umsetzung des Medizinproduktegesetzes und der Medizinproduktebetreiberverordnung liegen diverse Handlungsanweisungen vor, in denen Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten sowie die Erfordernisse für die Dokumentation geregelt sind. Herstellereinweisungen werden durch die Abteilung Medizintechnik organisiert. Das Verfahren von Einweisungen neuer Mitarbeiter und Wiederholungseinweisungen ist geregelt und kann über eine Dokumentationsmatrix jederzeit überprüft werden. Die Organisation und ggf. die Durchführung der Wartung und Instandhaltung obliegt der Medizintechnik.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1 Informations- und Kommunikationstechnologie

4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Die IT-Rahmen-Strategie wird bedarfsgerecht kontinuierlich den Anforderungen entsprechend angepasst. Ein Sicherheitskonzept ist vorhanden und ein entsprechendes Ausfallsystem ist installiert. Gegen externe Angriffe ist das System mehrfach gesichert. Die Zugriffsrechte sind in Berechtigungskonzepten geregelt.

Ein umfassendes Krankenhausinformationssystem ist eingesetzt. Ergänzend stehen ein E-Mail-Programm, Intranet und Internet und spezifische Software zur Verfügung.

Die permanente Verfügbarkeit wird durch ein Überwachungssystem inklusive Alarmierung und den 24h-Rufdienst sichergestellt. Die IT hat ein Notfallkonzept für den Ausfall elementarer Funktionen eingerichtet.

Eine Hotline für Hilfestellungen und Lösung von Problemen steht zur Verfügung. Regelmäßige Schulungen werden angeboten. Bei Einführung neuer Systeme/Software werden Führungskräfte und Mitarbeiter projektbezogen beteiligt und geschult.

Den Patienten steht bei Bedarf ein WLAN-Zugang zur Verfügung.

Die Klinik ist Mitglied des Traumanetzwerkes, das eine eFallakte bereitstellt. Über diese werden bei gemeinsamen Behandlungen nach Zustimmung durch den Patienten Daten ausgetauscht.

4.2 Patientendaten

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Die Dokumentation der Krankenhausbehandlung sehen wir als Pflicht und Teil der Leistungen gegenüber unseren Patienten an. Die Dokumentation der Krankenhausbehandlung ist in einer Dienstweisung geregelt und bezieht sich auf die Verantwortlichkeiten, die Aufzeichnung der ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten, insbesondere auf Anamnese, Diagnose, Therapie, Krankheitsverlauf, getroffene Maßnahmen und deren Wirkung.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Für Berechtigte ist ein zeitlich uneingeschränkter Zugriff auf die Patientendokumentation (Patienten-Akte) gewährleistet. So ist eine hohe und zeitnahe Verfügbarkeit der Daten gesichert. Für jeden stationären Aufenthalt wird grundsätzlich ein neuer Fall angelegt. Mit dem Bildverwaltungs- und Archivierungssystem der Radiologie werden auch Röntgen-, MRT- und CT-Bilder und -befunde im Krankenhausinformationssystem zeitnah zur Verfügung gestellt. Die Langzeitarchivierung erfolgt rechts- u. revisionsicher entsprechend der geltenden Vorschriften des Datenschutzes und der Aufbewahrungsfristen. Die digitale Langzeitarchivierung erweitert und beschleunigt die Zugriffsmöglichkeiten auf benötigte Befunde und bietet als redundantes System zum KIS eine erhöhte Ausfallsicherheit.

4.3 Informationsmanagement

4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Ein umfassendes Besprechungs- und Berichtswesen ist etabliert. Die Geschäftsführung informiert in regelmäßigen Besprechungsrunden zu Strategien, Zielsetzungen, aktuellen Entwicklungen und allen Daten, die zur Steuerung der Klinik notwendig sind. Der Meldeweg über außergewöhnliche Ereignisse ist definiert. Über wichtige Daten wird die Geschäftsführung regelmäßig durch die zuständigen Führungskräfte informiert (z.B. Zunahme Infektionen, Schadensfälle). Weiterhin erhält die Krankenhausleitung interne Informationen durch Auswertungen, z.B. von Einweiserstatistiken, Patienten- und Mitarbeiterbefragungen, OP-Plänen sowie aus dem Beschwerdemanagement.

Wichtige Informationen aus der örtlichen und überörtlichen Presse werden täglich ausgewertet und der Geschäftsführung zur Verfügung gestellt.

4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern).

Wichtige Informationen werden innerhalb des Hauses über Rundschreiben, durch Protokolle, das Intranet oder über das Mitarbeitermagazin "INTERN" bekannt gegeben.

In vielen Abteilungen finden regelmäßige interdisziplinäre Besprechungen statt (z. B. Tumorkonferenzen), die einen patientenbezogenen hohen Informationsgrad sichern. Ein Mailsystem steht den Mitarbeitern zur Kommunikation zur Verfügung. Bei internen Verlegungen oder Anforderung von Konsilen sind Informationen über den Zustand des Patienten durch die digitale Akte den Beteiligten jederzeit zugänglich.

Die Öffentlichkeit wird kontinuierlich über Presseartikel, TV-Beiträge, Internetseiten (www.sk-mg.de), YouTube, Flyer, Geschäfts- und Qualitätsberichte informiert. Für die interessierte Öffentlichkeit finden Vortragsveranstaltungen statt.

Über die Website haben alle Online-User Zugang zu umfassenden Informationen zum gesamten Leistungsspektrum und allgemeinen Informationen sowie zu Wissenswerten für Ärzte, Patienten, Besucher und Kooperations-Partnern. Auf der Website finden sich u.a. Veranstaltungshinweise, Pressemitteilungen, ein medizinisches Glossar sowie ein Körperatlas und auch eine Babygalerie. Der Qualitätsbericht und eine Anzahl Flyer stehen zum Download bereit.

4.4 Telefonzentrale und Empfang

4.4.1 Organisation und Service

Die Mitarbeiter der Information/Telefonzentrale sind oft erster Ansprechpartner für Patienten und Angehörige und zentrale Auskunftsstelle. Eine 24-Stunden-Besetzung ist gewährleistet. Die Mitarbeiter haben einen definierten Zugriff auf aktuelle Daten aus dem Krankenhausinformationssystem.

Sie sind auch zuständig für die sofortige Alarmierung im Falle einer technischen Störmeldung sowie internen und ggf. externen Gefahrenlage. Entsprechende Notfalleinsatzpläne mit den Verantwortlichkeiten liegen den Mitarbeitern hierzu vor.

4.5 Datenschutz

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Ziele sind die Gewährleistung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung, die Abwehr von Gefahren des Missbrauchs von Daten und das Gebot zur Datenvermeidung und -sparsamkeit.

Der Datenschutzbeauftragte ist Ansprechpartner für alle datenschutzrechtlichen Angelegenheiten von Patienten und Mitarbeitern und verantwortlich für die Durchführung von dienstverpflichtenden Unterweisungen für Mitarbeiter. Jeder Mitarbeiter wird bei seiner Einstellung gegen Unterschrift auf das Datengeheimnis verpflichtet. Die Dienst- und sonstigen Anweisungen zum Datenschutz sind allen Mitarbeitern bekannt und stehen im Intranet zur Verfügung.

Das Berechtigungskonzept für das Krankenhausinformationssystem wird über die EDV entwickelt und umgesetzt.

Bei der Übermittlung von Daten an Dritte werden die datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten.

5 Führung

5.1 Unternehmensphilosophie und -kultur

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Ziel ist, mit den Aussagen zu Mission und Vision intern wie extern die ethische Grundhaltung und gemeinsame Werteordnung sowie Identität unseres Unternehmens, die Zielrichtung, Rahmenbedingungen und die Wettbewerbssituation zu verdeutlichen.

Das Leitbild wurde - entsprechend der Entwicklungen des Unternehmens und des Slogans "SK-MG in Bewegung" - aktualisiert. Es zeigt in verschiedenen Rubriken unseren Umgang mit Patienten, Mitarbeitern, Kooperationspartnern und der Umwelt und gibt Informationen zu unserer ethischen Werthaltung, unserer Qualität und unserer Führungskultur. Führungsgrundsätze sind erarbeitet.

Aushänge und die Veröffentlichungen im Intranet sollen zusätzlich dazu beitragen, dass das Leitbild gelebt wird. Neue Mitarbeiter erhalten das Leitbild bei der Einführungsveranstaltung.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Zwischen dem Betriebsrat und der Geschäftsführung finden regelmäßige Gespräche statt. Betriebsversammlungen dienen insbesondere der Transparenz bezüglich der aktuellen Situation unseres Hauses. Bei Bedarf erfolgt der Abschluss von Betriebsvereinbarungen. Wir pflegen eine kooperative Informationskultur. Durch Rundschreiben und das regelmäßig erscheinende Mitarbeitermagazin "INTERN" werden u.a. aktuelle Informationen der Geschäftsführung veröffentlicht.

Jeder Mitarbeiter hat auch Gelegenheit, sich mit persönlichen Anliegen an die Geschäftsführung zu wenden. Über das Betriebliche Vorschlagswesen finden Mitarbeitervorschläge Berücksichtigung.

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Es ist unser Anspruch, religiöse Bedürfnisse sowie ethische und kulturelle Problemstellungen zu berücksichtigen. Ethische Problemstellungen werden vorrangig durch ein Ethikkomitee sowie durch die im Haus tätigen Krankenhausseelsorger bearbeitet.

Alle Mitglieder des Ethikkomitees vertreten Belange der Patienten, Angehörigen und Mitarbeiter. Die Pflegemitarbeiter sind im Umgang mit Schwerstkranken, Sterbenden und Verstorbenen geschult. Eine Kapelle steht den Patienten und Angehörigen zum Rückzug zur Verfügung.

5.2 Strategie und Zielplanung

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Aufbauend auf Ziel und Anspruch von Mission, Vision und Leitbild wird eine bauliche, medizinische und wirtschaftliche Zielplanung mit mehrjährigem Planungshorizont durch die Geschäftsführung und Betriebsleitung erstellt und durch den Aufsichtsrat freigegeben, die den aktuellen medizinischen Entwicklungen Rechnung trägt und das Unternehmen zukunftsfähig macht. Um die hieraus und aus den neuen Angeboten der zwischenzeitlich am Haus beschäftigten Chefärzten resultierende Leistungsplanung umsetzen zu können, wurden bzw. werden Neubauten errichtet und die technischen bzw. medizinischen Einrichtungen modernsten Anforderungen angepasst.

Ziel der baulichen Planung ist es, den Standort an die aufbau- u. ablauforganisatorischen, medizinischen und wirtschaftlichen Notwendigkeiten anzupassen und auf die Anforderungen der nächsten Jahrzehnte vorzubereiten.

Die Geschäftsführung definiert in Abstimmung mit der Betriebsleitung jährlich in einem Strategieworkshop mit Führungskräften die strategischen Schwerpunkte. Der Finanz- und Investitionsplan wird für einen Zeitraum von fünf Jahren von der Geschäftsführung erstellt. Die Gesamtverantwortung für die Umsetzung des Wirtschaftsplans obliegt dem Geschäftsführer. Im Controlling werden laufende Soll/Ist-Vergleiche erstellt und zur unterjährigen Steuerung verwendet. Die Entwicklung des medizinischen Leistungsspektrums wird in Absprache mit den Chefärzten geplant. Neue Ausrichtungen erfordern dabei auch ein ständiges Beobachten und ggf. auch ein Update der schriftlich festgelegten Aussagen zu Unternehmenskultur und Führungsgrundsätzen.

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

In Erfüllung unseres gesetzlichen Versorgungsauftrags stellen wir uns unserer gesellschaftlichen Verantwortung als Gesundheitsdienstleister auch gegenüber unseren Vertrags- und Kooperationspartnern. Bei den Zielplanungen werden die Rahmenbedingungen der kommunalen Krankenhausplanung sowie die landesweite Krankenhausbedarfsplanung berücksichtigt. Die Ausrichtung der Leistungsplanung erfolgt unter Berücksichtigung der Schwerpunktsetzung benachbarter Kliniken, um ein bedarfsgerechtes, wirtschaftliches Angebot vorzuhalten.

Durch Kooperationspartner wird die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses gesichert und effizient ausgebaut.

Die Klinik hat einen Förderverein, der die verantwortungsvollen Aufgaben des Krankenhauses aktiv unterstützt.

5.3 Organisationsentwicklung

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Zur Vermeidung von Redundanzen bzw. Organisationsmängeln sind Zuständigkeiten und die Zuordnung von Verantwortlichkeiten im gesamten Unternehmen geregelt.

Zur Visualisierung der Organisations-, der Aufbau- und Führungsstruktur sind diverse Organigramme erstellt. Die Kompetenzen der Mitarbeiter sind u.a. in den hausweit eingeführten Stellenbeschreibungen definiert.

Übersichten über Gremien, Kommissionen und Beauftragte finden sich ebenfalls im Intranet. Über laufende Projekte wird in den Gremien und über das Intranet berichtet. Die einzelnen Funktionsträger sind mit ihrem Zuständigkeitsbereich für Externe im Internet dargestellt.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Ziel der im Hause etablierten Organisationsentwicklung ist, im Rahmen einer effizienten Prozess-Steuerung eine offene, ehrliche und vertrauensvolle Unternehmenskultur im Unternehmen entstehen zu lassen und Vernetzung aktiv zu pflegen.

Es existiert ein Leitfaden für die Durchführung von Besprechungen. In den gesetzlich vorgeschriebenen Gremien gelten Geschäftsordnungen. Die regelmäßig stattfindenden Sitzungen der Gremien erfolgen grundsätzlich mit Einladung und Tagesordnung und werden protokolliert. Je nach Erfordernis werden die Ergebnisse der Sitzungen der Leitungsgremien den Führungskräften und Mitarbeitern durch Intranet, das Mitarbeiter-Magazin INTERN oder in Mitarbeiter-Info-Veranstaltungen bekannt gemacht.

Ein Projektmanagement ist eingerichtet. Es existiert ein Leitfaden zur Durchführung von Projekten. In vielen Bereichen des Krankenhauses sind Projekt- oder Arbeitsgruppen eingerichtet, die im Rahmen des Entwicklungs- und Problemlösungsprozesses arbeiten.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

Die Unternehmensentwicklung ist geprägt durch zielgerichtete Gestaltung von Lern-, Entwicklungs- und Veränderungsprozessen. Die Mitarbeiter werden an Veränderungsprozessen aktiv beteiligt. Die notwendigen Qualifikationen und Befähigungen werden über Fort- und Weiterbildungsangebote intern und extern gefördert.

Es ist erklärtes Ziel der Geschäftsführung, Möglichkeiten für eine moderne, familiengerechte Arbeitszeitgestaltung zu ermöglichen (z.B. Kindertagesstätte ist vorhanden). Die SK-MG ist Mitglied des Netzwerks "Erfolgsfaktor Familie". Die familiengerechte Arbeitszeitgestaltung wird in unserem Unternehmen immer mehr zum Schlüsselthema einer zukunftsorientierten Personalpolitik.

5.4 Marketing

5.4.1 Externe Kommunikation

Durch die etablierte Öffentlichkeitsarbeit wollen wir die Qualität unserer Leistungen stetig transparent machen. Die Öffentlichkeit wird deshalb kontinuierlich über Presseartikel, TV-Beiträge, Internetseiten (www.sk-mg.de), Informationsmaterial, Flyer, Geschäfts- und Qualitätsberichte sowie einem eigenen You-Tube-Kanal informiert. Zusätzlich finden Vortragsveranstaltungen für die interessierte Öffentlichkeit und Niedergelassene statt. Die Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit werden in regelmäßig stattfindenden Redaktionssitzungen festgelegt.

5.5. Risikomanagement

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Durch unser effektives Risikomanagement gewährleisten wir nicht nur für Patienten, Besucher und Mitarbeiter, sondern auch für das gesamte Unternehmen ein hohes Sicherheitsniveau.

Wir unterscheiden zwischen wirtschaftlichen und medizinischen Risiken. Die wirtschaftlichen Risiken werden in einer Software erfasst und bewertet. Der Identifikation von Risiken liegt ein mittel- und langfristiger Betrachtungszeitraum zu Grunde.

Mittelfristige Strategie ist es, in dieser Software auch den medizinischen Bereich abzubilden. Ziel ist, die identifizierten Risiken aller medizinischen und nicht-medizinischen Fachabteilungen zu erfassen, reporten und zu kontrollieren.

Im OP-Bereich führt der etablierte Trouble Report schon seit Jahren zu einer hohen Patientensicherheit.

6 Qualitätsmanagement

6.1 Qualitätsmanagementsystem

6.1.1 Organisation

In der Klinik ist eine interdisziplinäre Qualitäts-Konferenz etabliert. Mitglieder der Qualitätskonferenz sind der Geschäftsführer, die Betriebsleitungs-Mitglieder, der OP-Manager und die Leitung der Abteilung Qualitätsmanagement. Das Qualitätsmanagement-Netzwerk ist in einem Organigramm dargestellt.

In der Abteilung Medizincontrolling werden die Maßnahmen der externen Qualitätssicherung koordiniert und durchgeführt.

Zur medizinischen und pflegerischen Qualitätssicherung finden regelmäßig Gespräche mit den Leitungskräften bzw. Fachabteilungsgespräche statt.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Zielsetzung ist es, die standardisierten Abläufe in den Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozessen zu identifizieren und im Sinne einer zeitgemäßen, medizinischen, sozialen und ökonomischen Patientenversorgung zu optimieren.

Zur Verbesserung des Prozessmanagements wurde u.a. die Funktion Logistik und Prozessmanagement eingerichtet.

In vielen Handlungsanweisungen werden die notwendigen Prozesse zur Erfüllung der Anforderungen verbindlich dargestellt. Die Handlungsanweisungen sind im elektronischen Qualitätsmanagement-Handbuch mit einem Gültigkeitsdatum hinterlegt. Sollten Prozesse bereichsübergreifend optimiert oder angepasst werden müssen, wird dies in entsprechenden Projekt- und Arbeitsgruppen erarbeitet. Initiiert werden die Projekte - je nach Zielsetzung und Aufgabenstellung - durch die Qualitätskonferenz, die Betriebsleitung, die Geschäftsführung oder die verantwortlichen Führungskräfte. Geeignete Tools/Softwareprodukte kommen zum Einsatz.

Für Führungskräfte und Mitarbeiter werden im Rahmen des Prozess- und Projektmanagements qualifizierte Fort- und Weiterbildungen (intern, extern) angeboten.

6.2 Befragungen

6.2.1 Patientenbefragung

Um Stärken und Schwächen in der Versorgungsqualität aufzuzeigen und Verbesserungspotentiale zu identifizieren, werden auf der Grundlage eines Konzeptes in regelmäßigem Abstand standardisierte und zielgruppenspezifische Patienten-Befragungen durchgeführt. Zur Wahrung der Neutralität und Vertraulichkeit erfolgt die Durchführung mit Unterstützung eines externen Instituts. Die Ergebnisse werden den Verantwortlichen und Mitarbeitern präsentiert. Zur Bearbeitung der identifizierten Problembereiche werden Projekt- und Arbeitsgruppen eingesetzt. Die Arbeitsaufträge werden durch die Geschäftsführung erteilt. Aus den Ergebnissen werden Maßnahmen zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung abgeleitet. Für die Umsetzung sind die Führungskräfte verantwortlich.

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Um Stärken und Schwächen in der Kooperation zwischen dem ambulanten und stationären Bereich sowie Beweggründe, die zur Nichteinweisung führen, identifizieren zu können, werden auf der Grundlage eines Konzeptes Befragungen durchgeführt, z.B. bei niedergelassenen Ärzten oder ambulanten Pflegediensten.

Zur Wahrung der Neutralität und Vertraulichkeit erfolgt die Durchführung teilweise mit Unterstützung eines externen Instituts. Die Ergebnisse verdeutlichen die Wichtigkeit der persönlichen Kontakte. Ergänzend zu den Einweiserbefragungen pflegen die Chefarzte persönliche Kontakte zu den Einweisern.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Die Durchführung von Mitarbeiterbefragungen erfolgt auch als eine Maßnahme zur Umsetzung der strategischen Zielsetzungen. Die Geschäftsführung und die Betriebsleitung möchten sich über diesen Weg ein Bild verschaffen, wie die Beschäftigten ihre Arbeit und ihr Umfeld einschätzen und welche Erwartungen sie haben.

Zur Wahrung der Neutralität und Vertraulichkeit erfolgt die Durchführung mit Unterstützung eines externen Instituts. Die Ergebnisse werden den Führungskräften und Mitarbeitern präsentiert.

Anhand einer Prioritätenmatrix, in der die Haupteinflüsse auf die Arbeitszufriedenheit dargestellt sind, lässt sich die Dringlichkeit des Handlungsbedarfs ableiten. Hier finden u.a. Berücksichtigung: die Arbeitsbelastung und -vergütung, das Verhältnis zu direkten Vorgesetzten und zur Krankenhausleitung und die Zufriedenheit mit der Patientenversorgung.

Die Führungskräfte haben die Aufgabe, die Ergebnisse zu analysieren, Verbesserungspotentiale zu identifizieren und notwendige Maßnahmen zu ergreifen.

6.3 Beschwerdemanagement

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Im Rahmen der Patientenorientierung hat der Umgang mit Wünschen und Beschwerden eine hohe Bedeutung. Primäre Zielsetzung des Beschwerdemanagements ist es, die Zufriedenheit des Beschwerdeführers wiederherzustellen. Das etablierte strukturierte Beschwerdemanagement beinhaltet standardisierte Prozesse für die zügige Bearbeitung. Die Geschäftsführung wird über alle Beschwerden informiert. Prinzipiell können Beschwerden an jeden Mitarbeiter, an die Interne Beschwerdestelle, aber auch direkt an die Geschäftsführung gerichtet werden. Darüber hinaus ist jederzeit die Kontaktaufnahme zu der unabhängigen Beschwerdestelle möglich. Bei schriftlichen Beschwerden erfolgt unverzüglich eine Eingangsbestätigung, nach interner Recherche durch die Interne Beschwerdestelle werden die Beschwerdeschreiben zeitnah beantwortet. Wenn gewünscht, werden mit dem Beschwerdeführer und den Verantwortlichen zur Klärung des Sachverhaltes persönliche Gespräche geführt. Die Auswertungen der Beschwerden bildet die Basis für Verbesserungsmaßnahmen.

6.4 Qualitätsrelevante Daten

6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Mit der Zielsetzung die administrativen und klinischen Ablaufstrukturen zu analysieren und die Prozessqualität zu optimieren, werden Kennzahlen und Vergleichsgrößen definiert, erhoben und ausgewertet. Anspruch ist, weitestgehend auf Routinedaten zurückzugreifen und zusätzlichen Dokumentationsaufwand zu vermeiden. Die Veröffentlichung der Ergebnisse sorgt für Transparenz. Intern erfolgen zur externen Qualitätssicherung EDV-gestützte unterjährige Auswertungen, um eine zeitnahe Steuerung zu ermöglichen. Neben der Pflichtdokumentation der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V, beteiligen sich diverse Fachabteilungen an freiwilligen Qualitätssicherungsmaßnahmen und Zertifizierungen. Die Datenqualität patientenbezogener Leistungen wird fortlaufend geprüft und Abweichungen mit den Verantwortlichen besprochen. Verbesserungsmaßnahmen werden abgestimmt und eingeleitet.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Die vergleichende bzw. externe Qualitätssicherung ermöglicht eine wertvolle Standortbestimmung. Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung werden genutzt, um die Qualitätsansprüche unseres Hauses zu prüfen. Aussagekräftige und wichtige Parameter werden im gesetzlichen Qualitätsbericht veröffentlicht. Die Verantwortung für die Teilnahme an der externen Qualitätssicherung liegt bei der Geschäftsführung. In jeder Fachabteilung kümmern sich Qualitäts-Beauftragte um die Überprüfung. Für die Umsetzung und inhaltliche Richtigkeit sind die Chefarzte der beteiligten Fachrichtungen verantwortlich. Die Organisation und zeitnahe Kontrolle der Erfassung obliegt dem Medizincontrolling. Intern erfolgen zur externen Qualitätssicherung EDV-gestützte unterjährige Auswertungen, um eine zeitnahe Steuerung zu ermöglichen.