

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus: Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH

Hochwaldkrankenhaus	Bürgerhospital	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	Kreiskrankenhaus Schotten-Gedern	Schlossbergklinik
260641722	260641722	260641722	260611748	260641722
Chaumontplatz 1	Ockstädter Str. 3-5	Joh.-Peter-Schäfer-Str. 3	Wetterauer Platz 1	Schlossberg36
61231 Bad Nauheim	61169 Friedberg	61169 Friedberg	63679 Schotten	63688 Gedern

Ist zertifiziert nach KTQ®

mit der Zertifikatnummer:

2015-0096 KHVB

durch die von der KTQ-GmbH

zugelassene Zertifizierungsstelle:

BSI Management Systems und Umweltgutachter
Deutschland GmbH, Frankfurt/Main

Gültig vom:

07.08.2015

bis:

06.08.2018

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	7
1 Patientenorientierung	8
2 Mitarbeiterorientierung	11
3 Sicherheit	13
4 Informations- und Kommunikationswesen	17
5 Führung	19
6 Qualitätsmanagement	22

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 Visitorteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

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

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

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 das **Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH in Bad Nauheim** 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

In den Leitsätzen verpflichtet sich die Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH eine patientenorientierte, dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechende, medizinische und pflegerische Versorgung für die Menschen in der Region anzubieten. Im Mittelpunkt unseres Handelns stehen der Patient sowie deren Angehörige. Professionalität und Zuwendung sowie Kommunikation und Kooperation bestimmen unser Handeln. Impulse für neue Vernetzungskonzepte bzw. Kooperationen erarbeiten wir mit unseren bestehenden Partnern oder versuchen mit weiteren Gesundheitsanbietern neue Wege / Kooperationen einzugehen.



Unsere Vorreiterrolle im Versorgungscluster Mittelhessen beweist die zukunftsorientierte Strategie der Kooperation. Insbesondere ist hier die Vernetzungsstrategie ambulanter und stationärer Versorgung zu nennen. Durch die Facharzt- und Servicezentren an den Standorten Bad Nauheim, Friedberg und Schotten findet eine vernetzte medizinische Versorgung ambulanter und stationärer Patienten statt. Hierdurch profitieren nicht nur unsere Patienten sondern Synergieeffekte werden konsequent genutzt. Wir stellen uns die Aufgabe, ein kompetenter Ansprechpartner in Fragen der Gesundheit und Krankheit für die Menschen in der umliegenden Region zu sein. In unseren Spezialbereichen betreuen wir Patientinnen und Patienten über die Region hinaus. Unser Versorgungsauftrag ist für uns eine gesellschaftliche Verpflichtung. In der Arbeit mit Menschen, insbesondere mit Erkrankten, sehen wir eine sinnvolle und verantwortungsvolle Tätigkeit.

Als Krankenhaus und Gesundheitszentrum bieten wir Information, Beratung, Prävention, Behandlung, Pflege und Rehabilitation an. Für Menschen in gesundheitlichen Krisensituationen sind wir ständig erreichbar. Wir berücksichtigen grundsätzlich die körperlichen, seelischen und sozialen Bedürfnisse unserer Patientinnen und Patienten. Wir begleiten Menschen von den ersten bis zu den letzten Momenten des Lebens. Wir möchten das in uns gesetzte Vertrauen erfüllen und die bestmögliche Qualität erbringen. Dabei ist die kontinuierliche Verbesserung der Qualität unserer Arbeit ein vorrangiges Ziel. Hierbei berücksichtigen wir die neuesten Erkenntnisse unter kritischer Würdigung der Wirksamkeit, Angemessenheit und Wirtschaftlichkeit der Maßnahmen. Den Wandel unseres Umfeldes und der Rahmenbedingungen nehmen wir als Herausforderung an. Wir sehen darin eine Chance zur Weiterentwicklung. Wir betrachten es als unsere Aufgabe, an der wirtschaftlichen Förderung sowie an der Erhaltung eines attraktiven und gesunden Lebensraumes aktiv mitzuwirken.

Als Unternehmen bieten wir vielen Menschen einen Arbeitsplatz und sichern ihre Existenz, ebenso wie die ihrer Familien und Partner. Dadurch leisten wir einen Beitrag zum Wohlergehen der Bevölkerung in unserem Einzugsgebiet. Als Ausbildungsstätte tragen wir die Mitverantwortung für Inhalt und Gestaltung verschiedener Berufe im Gesundheitswesen. Bei der Gestaltung unseres Hauses und des Geländes versuchen wir Gastlichkeit, Ästhetik und Funktionalität zu verbinden. Unser Selbstverständnis ist verbunden mit einem achtsamen und verantwortungsvollen Umgang mit Mensch und Umwelt. Jeden Menschen respektieren wir als einzigartig und begegnen ihm unvoreingenommen. Gesundheit verstehen wir als die Gesamtheit seelischen, körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens. Der Patient steht im Mittelpunkt unseres Handelns. Wir achten seine Würde, akzeptieren ihn als Persönlichkeit und respektieren seine Rechte und eigenen Entscheidungen. Wir berücksichtigen die Wünsche unserer Patienten und respektieren die Traditionen und Bräuche anderer Kulturen und Religionen im Rahmen unserer Möglichkeiten. Damit möchten wir unseren Teil dazu beitragen, Vorurteile und Schranken in unserer Gesellschaft abzubauen.

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Die elektive stationäre Aufnahme erfolgt über die interdisziplinären Notaufnahmen (IDA). Bei Patienten aus den Bereichen Gynäkologie, Schmerztherapie, Geriatrie, Palliativ und HNO erfolgt die Anmeldung und Aufnahme direkt über Station. Der Aufnahme geht eine Abklärung mit dem einweisenden Hausarzt/Facharzt voraus. Ein Belegungsmanagement ist in den somatischen Kliniken implementiert und wird über die IDA gesteuert.

1.1.2 Leitlinien

Es liegen Leitlinien, Dienstanweisungen, Verfahrensanweisungen und individuelle Hygienepläne vor. In der Fort- und Weiterbildungsplanung werden die Aktualisierungen der Leitlinien oder neue Standards berücksichtigt. Alle relevanten Dokumente werden im Intranet, dem "Nexus Curator", gespeichert.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Patientenrechte werden generell berücksichtigt, ebenfalls im Bereich Ausbildung, Forschung und Lehre. Bei der Aufnahme eines Patienten wird dieser über seine Rechte insbesondere im Hinblick auf Einwilligung in diagnostische und therapeutische Maßnahmen hingewiesen und befragt, ob eine Patientenverfügung vorliegt. Der Patient erhält auf Wunsch eine Kopie der Aufklärungsunterlagen und des Entlassungsbriefs. Angehörige werden, falls es der Wunsch des Patienten ist, einbezogen.

1.1.4 Service, Essen und Trinken

In der Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH (Gourmet-Werkstatt) wird das "Cook and Chill" System angewendet. Die Essen werden in die Stationsregenerationswägen verteilt und nach Fertiggarung auf die Stationen gefahren und dort von den Pflegekräften ausgeteilt. Die Erfassung der Speisenwünsche erfolgt durch Servicekräfte über ein Handheld. Patientenwünsche und Anregungen werden beim Erstellen des Speiseplans berücksichtigt.

1.1.5 Kooperationen

Die Anforderung und Koordinierung der Behandlung erfolgt interdisziplinär (Pflege, Ärzte, Funktionsdienst) durch den behandelnden Arzt und Pflegepersonal. Im Rahmen dieser Zertifizierungen bestehen die geforderten Kooperationsverträge und regelmäßige Qualitätszirkel. Hausinterne Konsile werden in schriftlicher Form weitergeleitet und innerhalb von 24 Stunden bearbeitet.

1.2 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Das pflegerische Personal der Notaufnahme ist interdisziplinär geschult. Die pflegerische Erstein-schätzung (Anamnese, Expertenstandards) erfolgt mittels Checklisten. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit erfolgt unbürokratisch und auf kurzem Wege. Die Umsetzung medizinischer und pflegerischer Ziele erfolgt in der interdisziplinären Aufnahme (IDA). Hier ist durch den engen Kontakt der Disziplinen, sowie der räumlichen Nähe der diagnostischen Abteilungen eine schnelle Erstdiagnostik und Einleiten des weiteren Behandlungsprozedere gewährleistet. Nach ärztlicher Anamnese erfolgt die weitere Behandlungsplanung.

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Ambulante-Notfall-Patienten werden in Reihenfolge der Dringlichkeit behandelt. In der Chirurgie werden die Allgemeinchirurgische Sprechstunde und die Endoprothesensprechstunde angeboten. Die Planung der Abläufe obliegt den jeweiligen Fachabteilungen und MVZs. Somit ist die zeitliche Planbarkeit, sowie die entsprechende Fachkompetenz gewährleistet. Ambulante Patienten werden, soweit bekannt, im elektronischen Terminplaner koordiniert. Die Dokumentation erfolgt im KIS, somit stehen Vorbefunde zur Verfügung. Jedem Patienten wird nach Behandlung ein Arztbrief ausgehändigt. Ambulante Leistungen außerhalb der Klinik werden durch Kooperationen mit niedergelassenen Fachärzten bzw. Fachkliniken durchgeführt.

1.3.2 Ambulante Operationen

Ambulante Operationen und Untersuchungen werden grundsätzlich im GZW nach Facharztstandard durchgeführt. Ebenso halten wir einen hohen Anteil an Fachpflegepersonal für die Assistenz bereit.

1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Für jeden Patienten wird im Rahmen der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung eine vorläufige Behandlungsdiagnose u. die voraussichtliche Verweildauer durch den aufnehmenden Arzt festgelegt u. im KIS dokumentiert.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die Indikationsstellung für eine diagnosebezogene Planung wird entweder durch oder nach Rücksprache einen Facharzt getroffen. Anschließend bestimmt der Stationsarzt den weiteren Behandlungsplan, der zeitnah mit dem Ober- oder Chefarzt besprochen wird. Bei komplexeren Krankheitsbildern erfolgt die gemeinsame oder primäre Erstellung des Behandlungsplanes durch die Fachärzte.

1.4.3 Operative Verfahren

Im Rahmen der präoperativen Sprechstunden erfolgt zunächst eine gründliche Untersuchung des Patienten. Im Anschluss kann eine diagnosebezogene Indikationsstellung für eine leitlinienkonforme operative Maßnahme durch einen Facharzt gestellt werden. Die Patienten werden über den operativen Eingriff sowie der möglichen Risiken genau aufgeklärt. Sie erhalten einen OP-Termin und werden anschließend anästhesiologisch vorgestellt.

1.4.4 Visite

Während der Visite wird das Wohlbefinden der Patientin erfragt, sowie die therapeutische Maßnahme (konservativ, operativ) überprüft. Zusätzlich wird auf mögliche Komplikationen geachtet.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Die Planung einer diagnosebezogenen Indikationsstellung erfolgt entweder durch oder nach Rücksprache mit einem Facharzt. Im Rahmen der prästationären Sprechstunde wird die organisatorische Planung durch den aufnehmenden Arzt koordiniert. Die weitere Organisation erfolgt dann durch den betreuenden Stationsarzt.

1.5.1 Entlassung

Entlassung und Verlegung eines Patienten in andere Versorgungsbereiche erfolgt geplant und ggf. unter Einbeziehung der Angehörigen. Der Patient wird von Beginn an in diesen Prozess integriert und erhält alle erforderlichen Informationen.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Während des stationären Verlaufs wird der Weiterversorgungsbedarf einer Patientin durch den betreuenden Arzt sowie der Pflegekraft eingeschätzt, besprochen und rechtzeitig organisiert. Weiterbetreuende Einrichtungen (z.B. ambulante Pflegedienste) werden schon während des stationären Aufenthaltes im Rahmen des Entlassungsmanagements kontaktiert und in die Behandlung einbezogen.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Durch die Seelsorger wird eine angemessene Atmosphäre in Absprache mit dem Sterbenden und/oder seinen Angehörigen hergestellt. Es gibt eine Liste möglicher Ansprechpartner (Seelsorger/Pfarrer/Priester), die den Mitarbeitern ermöglicht, eine angemessene Atmosphäre zu schaffen. Jeder Zeit besteht für die Angehörigen die Möglichkeit bei dem Sterbenden zu bleiben, auch in der Nacht. Gestalten einer würdevollen, auf individuelle Bedürfnisse abgestimmten Situation, respektieren von Wünschen, die sich aus Lebensumständen, Konfession, Spiritualität, kulturellen Gewohnheiten und dem Wunsch nach menschlicher Nähe und Distanz ergeben.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Die Angehörigen haben die Möglichkeit, im Patientenzimmer angemessen und in Ruhe vom Verstorbenen Abschied zu nehmen. Wenn gewünscht, begleitet ein Seelsorger die Patienten und ihre Angehörigen. Es gibt in jedem Haus einen Raum der Stille.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Unser Ziel ist eine ausreichende Zahl qualifizierter Mitarbeiter je Dienstgruppe zu beschäftigen, damit eine optimale Patientenversorgung gewährleistet ist. Ausgangskriterium ist die derzeitige "Ist Besetzung". Im Rahmen der Wirtschaftsplanung erfolgen eine Überprüfung des Stellenplans und eine dienstgruppenbezogene Planung des Personalbedarfes für das Folgejahr. Darüber hinaus erfolgt eine Analyse des Personalbedarfs in Abhängigkeit der Leistungsentwicklung sowie der allgemein gültigen gesetzlichen und tariflichen Anforderungen.

2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Durch eine systematische Personalentwicklung fördern wir die Effektivität und Effizienz unserer Mitarbeiter und ermuntern sie zu sachgerechtem Handeln. Wir möchten die fachliche und soziale Kompetenz aller Mitarbeiter steigern und zusätzlich möchten wir die Arbeitszufriedenheit fördern. Durch Mitarbeitergespräche in allen Berufsgruppen erfolgt eine direkte Einbindung in die Personalentwicklung. Dabei fließen die Vorstellungen unserer Mitarbeiter über ihre persönliche Karriereplanung selbstverständlich mit ein, um vor dem Hintergrund der Abteilungsziele besprochen und mit entsprechenden Zielvereinbarungen dokumentiert zu werden.

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Durch unser strukturiertes Vorgehen und unser Einarbeitungskonzept gewährleisten wir ein einheitliches Vorgehen bei der Vermittlung der zu erlernenden Tätigkeit, um dadurch eine schnelle und qualifizierte Einsatzfähigkeit zu erreichen. Ziel ist es, dem neuen Mitarbeiter Sicherheit zu geben, damit im Team eine hohe Zufriedenheit erreicht wird. Seit 2015 gibt es standortübergreifende Einführungstage, in der Psychiatrie zusätzlich fachspezifische Einführungstage. Im Gespräch mit neuen Mitarbeitern werden individuelle Schwerpunkte zu dem Arbeitsbereich besprochen.

2.2.3 Ausbildung

Im Pflege- und Funktionsdienst wird die Theorie-Praxis-Vernetzung durch regelmäßige Mentoren- und Praxisanleitertreffen in der Ausbildungsstätte geleistet. Die Koordination erfolgt über klare und geplante Absprachen zwischen Schulleitung und Pflegedienstleitung und zusätzlich über den direkten Kontakt zwischen den Stationsleitungen, den Praxisanleitern und den Auszubildenden mit den jeweiligen Kursleitern der Krankenpflegeschule bzw. umgekehrt. Die Theorie-Praxis-Vernetzung wird sichergestellt durch regelmäßige Arbeitstreffen im Rahmen eines Schulkuratoriums zwischen Pflegedirektionen und Schulleitung und durch permanenten Austausch zwischen Pflegedirektion und Schulleitung/Kursleitung, telefonische bzw. persönliche Treffen, durch eine Praxisbegleitmappe, erstellt durch die Schule in Absprache mit der Pflegedirektion und Mentoren bzw. Praxisanleiter.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Zur Sicherung und Steigerung der Qualität nutzen die Mitarbeiter die Möglichkeiten zur Teilnahme an internen und externen Fort- und Weiterbildungen in Abstimmung mit den jeweiligen Abteilungsleitungen. Dies geschieht in allen Berufsgruppen und auf allen Ebenen. Das Spektrum erstreckt sich von Leitungslehrgängen zu Qualifizierungen für die mittlere Führungsebene bis hin zur Pflicht zum Erwerb von Fachkundenachweisen (z.B. Strahlenschutz, Rettungsdienst). Definierte Pflichtveranstaltungen werden regelmäßig für alle Mitarbeiter zentral angeboten. Außerdem finden Veranstaltungen im Stations- und Abteilungsbereich statt, an denen gezielt Mitarbeiter einzelner oder aller Berufsgruppen eines Bereiches teilnehmen können. Auch Klausuren der unterschiedlichen Leitungsebenen dienen der Fort- und Weiterbildung. Im ärztlichen Bereich wird die Hospitation zum Erwerb spezieller Kenntnisse in kooperierenden Kliniken (z. B. Kerckhoffklinik, Uniklinikum Gießen und Frankfurt) gefördert.

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Mitarbeiter sind mit ihren Ideen, ihren persönlichen und fachlichen Fähigkeiten eine wichtige Ressource für die Arbeit im Krankenhaus, für die Entwicklung von neuen Schwerpunkten oder auch der klinisch-wissenschaftlichen Tätigkeiten im Bereich des Krankenhauses. In der Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie werden in Teamtagen beispielsweise konzeptionelle Planungen zur Weiterentwicklung der Stationen unter Beteiligung aller Mitarbeiter vorgenommen. Es ist unser Bestreben, das Selbst- und Pflichtbewusstsein sowie die Kreativität und das Innovationspotenzial unserer Mitarbeiter zu fördern. Wir erarbeiten daher kontinuierlich an den Bedingungen, die einen partnerschaftlichen und kooperativen Arbeits- und Führungsstil ermöglichen, z. B. Entwicklung einer geeigneten Besprechungs- und Konferenzstruktur. Im Leitbild des Hauses werden diese Grundsätze zum Ausdruck gebracht.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Es existieren Rahmendienstpläne mit Regelarbeitszeiten für die Mitarbeiter. Hier sind die Arbeitszeitregelungen getroffen, die sich an den gesetzlichen und an den tariflichen Bestimmungen orientieren. Sie werden kontinuierlich auf Ihre Aktualität bzgl. der betrieblichen Erfordernisse, der Mitarbeiteranforderungen sowie der gesetzlichen Regelungen überprüft und dementsprechend angepasst. Die Pflege des Dienstplans wird durch die Abteilungsleiter bzw. den Zeitbeauftragten vorgenommen. Die Pflege des Dienstplanprogramms erfolgt durch die Systembeauftragte der Personalabteilung. Zum Umgang mit der Elektronischen Dienstplanung und Zeiterfassung beachten sie zudem die Arbeitsanweisung, die entsprechende Regelungen enthält. Die Urlaubsregelung orientiert sich an den tariflichen und gesetzlichen Vorgaben unter Berücksichtigung der betrieblichen Erfordernisse und den Mitarbeiterwünschen.

2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Ideen, Wünsche, aber auch Beschwerden der Mitarbeiter können jederzeit dem Vorgesetzten oder dem Qualitätsmanagement schriftlich oder mündlich mitgeteilt werden. Dazu stehen diverse Möglichkeiten zur Verfügung (Meinungskarten, Besprechungen, Ideenwettbewerb, etc.). Ziel des Ideenwettbewerbs ist es, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stärker zu motivieren, ihre Kenntnisse und Erfahrungen über ihre eigentlichen Aufgaben hinaus zum Nutzen des Gesundheitszentrums einzubringen

3 Sicherheit

3.1.1 Arbeitsschutz

Die Fachkraft für Arbeitssicherheit führt regelmäßig Begehungen an den Arbeitsplätzen durch. Mitarbeiter sind als Sicherheitsbeauftragte benannt. Arbeitsplatzbeurteilungen bzw. Belastungs- und Gefährdungsanalysen wurden Arbeitsplatz durchgeföhrt. Die Beurteilungen werden durch Mitarbeiter erstellt und von der Sicherheitsfachkraft überprüf. Wenn Belastungen angegeben sind werden diese analysiert und gegensteuernde Maßnahmen eingeleitet. Eine arbeitsmedizinische Untersuchung wird nach Einstellung von dem zuständigen Betriebsarzt durchgeföhrt und erfolgt je nach Gefährdungspotential des Arbeitsplatzes in regelmäßigen Abständen.

3.1.2 Brandschutz

An allen GZW-Standorten liegen die Brandschutzordnungen inklusive dem jeweiligen Krankenhauseinsatzplan vor. In der jeweiligen Brandschutzordnung (Brandschutzordner), bzw. Krankenhauseinsatzplan sind alle Maßnahmen (z.B. Melde- und Alarmierungswege, Sammelplätze) zum Brandschutz geregelt. Flucht- und Rettungspläne sind für alle Mitarbeiter und Patienten an zentralen Punkten aufgehängt. Ein zentraler Feuerwehrtresor (Schlüsselkasten) ist für die Feuerwehr im Brandfall zugänglich. Alle unsere Häuser sind mit entsprechenden Feuerwehrlaufkarten (Flucht- und Rettungsplänen) ausgestattet. Die Flucht- und Rettungswege sind nach der DIN 14096 erstellt (durch die vorgeschriebenen grünen Piktogramme gekennzeichnet). Die Brandschutzunterweisungen werden regelmäßig geplant und durchgeföhrt. Es erfolgen regelhaft, dokumentierte Funktionsprüfungen der Brandschutztüren und der Brandmeldezentrale (BMZ) durch die Haustechnik sowie eine jährliche Überprüfung der Rauchabzüge in den Fluren und Treppenhäusern durch eine fachkundige Firma.

3.1.3 Umweltschutz

Beim Einkauf wird auf eine umweltschonende Produktpalette geachtet. Bei der Beschaffung von Produkten wird die ökologische Unbedenklichkeit berücksichtigt. Batterien werden von der Haustechnik gesammelt. Für Entwickler- und Fixierflüssigkeiten gibt es spezielle Auffangtanks, die durch konzessionierte Entsorgungsunternehmen entsorgt werden. Im Gefahrstoffkataster sind für jeden Gefahrstoff u.a. auch die Gefährdungseinstufungen dokumentiert. Beim Neubau des Krankenhauses Schotten wurden durchgängig Bewegungsmelder eingebaut, so dass eine deutliche Senkung der Energiekosten im Bereich Stromverbrauch zu erwarten ist. Auch wurden Wasserhähne und Urinal mit Sensoren verbaut um den Wasserverbrauch zu minimieren. In einzelnen Abteilungen wird Recyclingpapier eingesetzt.

3.1.4 Katastrophenschutz

Ziel ist es, die Patienten, Mitarbeiter und Besucher des Hauses vor vermeidbaren internen und externen Schadenlagen zu schützen. Es besteht ein geregeltes Verfahren hinsichtlich des Katastrophenschutzes. Der Katastrophenschutz ist rund um die Uhr sichergestellt. Die Krankenhauseinsatzpläne sind allen Mitarbeitern über den Curator zugänglich. Inhalt betrifft folgende Regelungen:

- * Alarmauslösung
- * Einsatzleitung (Verantwortlichkeiten)
- * Raumzuweisungen
- * Verkehrsregelung Klinikgelände
- * Registrierung der Notfallpatienten, etc.

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Die nicht-medizinische Notfallversorgung ist rund um die Uhr sichergestellt. Die Krankenhauseinsatzpläne sind jederzeit im hausinternen Ordnersystem Curator zugänglich. Die Abläufe, Meldeschemata, Telefonlisten, Verantwortlichkeiten und Räumlichkeiten und Einsatzleitungen sind namentlich geregelt. Die Bereiche Brandschutz und Hygiene sind klar geregelt. Im Falle eines Stromausfalls stehen Diesel betriebene Notstromaggregate jederzeit betriebsbereit. Prüfungszyklen sind etabliert.

3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Unregelmäßigkeiten werden auch im Rahmen der Pflegeanamnese und der Pflegeplanung hinsichtlich besonderer Maßnahmen analysiert, so auch z. B. Sturzrisiken. Bei postoperativen Patienten erfolgt eine intensive Überwachung im Aufwachraum bei kontinuierlicher Anwesenheit von Pflegepersonal. Es erfolgen verschiedene Maßnahmen zur Patienten- und Eingriffsverwechslung. Hierbei kommen verschiedene Checklisten, z.B. eine an die Gegebenheiten der Klinik angepasste WHO-Checkliste sowie Verfahrens- und Arbeitsanweisungen (z.B. Markieren des Eingriffsortes) zum Einsatz. In der Psychiatrie gibt es seit Jahren ein Konzept zur strukturierten Schulung und Umsetzung der Deeskalation, das als Pflichtfortbildung eingeführt ist. Die Struktur der Umsetzung wird kontinuierlich aktualisiert. Ein Deeskalationsteam ist etabliert.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Durch unser systematisches Notfallmanagement möchten wir erreichen, dass:

- alle Mitarbeiter mit Pat.-Kontakt, durch die Teilnahme an der jährlichen Pflichtveranstaltung Reanimation für die Versorgung von Notfällen qualifiziert sind
- in allen Bereichen ausreichende, geprüfte und funktionsfähige Notfallausrüstungen bereit stehen,
- Patienten im Notfall optimal entsprechend den jeweils gültigen Richtlinien versorgt werden können.

Die Qualifikation der Mitarbeiter und somit die Durchdringung auf allen Ebenen wird durch regelmäßige Schulungsangebote gewährleistet.

3.2.3 Hygienemanagement

Dokumente, die die Organisation der Hygiene betreffen, werden im Intranet und Hygieneordner allen Mitarbeitern zur Verfügung gestellt und auf Aktualität und gesetzl. Vorgaben geprüft. Hygiene- und Desinfektionspläne sind vorhanden. Die Hygienekommission tagt regelmäßig, eine Geschäftsordnung liegt vor. Regelmäßige hygienerelevante Schulungen werden durchgeführt. Regelmäßige sowie anlassbezogene Begehungen und Audits zur Überprüfung von Dienst- und Verfahrensanweisungen finden statt. Die Hygienefachkräfte überprüfen regelmäßig (z.B. Hygienebegehung und Umgebungsuntersuchungen) ob die veröffentlichten Standards geeignet sind und Anwendung finden. Anlassbezogen werden die Regelungen überarbeitet. Diese unterliegen der Dokumentenlenkung. Mitteilungen zu Änderungen und Neuerscheinungen werden per E-Mail an alle Stationen und Funktionsbereiche sowie Pflegedirektion, den Ärztlichen Direktor und hygienebeauftragte Ärzte versandt.

3.2.4 Hygienerelevante Daten

Durch die systematische Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten:

- sichern wir die Qualität der Hygienemaßnahmen
- können wir Tendenzen erkennen und Maßnahmen ergreifen
- können wir die Ergebnisse der Hygiene strukturiert an die MA kommunizieren

Die Erfassung nosokomialer Infektionen erfolgt in Anlehnung an die Vorgaben des Nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen nach dem Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System "KISS". Auf einigen Stationen werden nosokomiale Device assoziierte Harnweg-

infektionen erfasst. Auf den Intensivstationen werden nosokomiale erworbene Infektionen in Anlehnung an ITS-KISS erfasst. Im operativen Bereich werden postoperative Wundinfektionen (Kniegelenks-Arthroskopien und Leistenhernien) nach dem Modul OP-KISS erfasst. Die notwendigen OP-Daten aus Friedberg und Schotten werden von der Hygienefachkraft an das Nationale Referenzzentrum in Berlin übermittelt.

3.2.5 Infektionsmanagement

Das Hygienehandbuch mit entsprechenden Hygieneplänen, Merkblättern, Standards bietet eine Maßnahmenübersicht zur Qualitätssicherung der Hygiene. Der Zugriff auf das Hygienehandbuch ist zu jeder Zeit im Intranet jedem Mitarbeiter möglich. Die Mitarbeiter können mit dem Intranet umgehen und sind diesbezüglich geschult. Die hygienesichernden Maßnahmen sind für Patienten und Mitarbeiter durch die standardisierten Anweisungen sichergestellt. Diese sind verbundweit gültig und werden einheitlich geschult. Vorgaben im Umgang mit infizierten Patienten sind im Hygienehandbuch verbindlich beschrieben. Sie basieren auf den Vorgaben des RKI und des MRE Netzwerks. Eine Verfahrensanweisung zum Ausbruchmanagement ist vorhanden. Hiermit wollen wir unverzüglich sofortige Maßnahmen einleiten, um ein weiteres Ausbreiten der Infektion verhindern zu können.

3.2.6 Arzneimittel

Die Arzneimittelkommission tagt regelmäßig, eine Geschäftsordnung ist vorhanden. Der Ablauf der Beschaffung ist organisatorisch geregelt, die Verantwortlichkeiten sind definiert, die Regelungen sind für die Mitarbeiter verfügbar. Die Zuständigkeiten für die Annahme und Lagerung von Arzneimitteln auf Station ist geregelt. Die Bestellung von Arzneimitteln erfolgt EDV gestützt. Die Versorgung mit Arzneimitteln ist auch außerhalb der Regelbelieferungen möglich. Die Notwendigkeit über die Einführung von neuen Arzneimitteln wird von den jeweiligen Fachkliniken vorbereitet und in der Arzneimittelkommission zur verbundweiten Diskussion vorgestellt. Die Arbeit der Arzneimittelkommission und die Umsetzung der Beschlüsse stellen sicher, dass die zu beschaffenden Arzneimittel den Anforderungen entsprechen. Die Bestellung von Medikamenten erfolgt elektronisch durch die Pflege auf Veranlassung des zuständigen Arztes. Die Anforderungen werden durch benannte Ärzte freigegeben.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Ein QM-System entsprechend gesetzlicher Vorgaben des Gesetzes zur Regelung des Transfusionswesens nach Transfusionsgesetz TFG, der Richtlinien zur Gewinnung von Blut u. -Bestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie), der Leitlinien der Bundesärztekammer zur Therapie mit Blutkomponenten u. Plasmaderivaten ist implementiert. Im Rahmen des implementierten QM-Handbuches sind alle wichtigen Regelungen für die Vorbereitung und Durchführung von Transfusionen und hämotherapeutischen Maßnahmen krankenhausesübergreifend dargestellt mit folgenden Zielen:

- * Sicherheit bei komplexen Abläufen sicherzustellen,
 - * den Mitarbeiter eigenverantwortliches Handeln im Rahmen klarer Vorgaben zu ermöglichen
 - * das Vertrauen der Patienten., Mitarbeiter, Führungskräfte und Träger in den Einrichtung zu erhöhen.
- Ziel der bestehenden Verfahrensanweisungen, ist es, die Anwendung von Blutkomponenten und Plasmaderivaten für Patienten sicher und effektiv zu gestalten. Neben der Qualität von Blutkomponenten und Plasmaderivaten ist die optimale Vorbereitung und Durchführung der Transfusionen von ausschlaggebender Bedeutung. In den jeweiligen Verfahrensanweisungen sind, basierend auf transfusionsmedizinischen Erfahrungen, Vorgehensweisen festgelegt, die die sichere Anwendung von Blutprodukten ermöglichen und die Einhaltung der einschlägigen Gesetze, Verordnungen, Richtlinien, Leitlinien und Empfehlungen sicherstellen. Die Verfahrensanweisungen sind verbindlich für alle Ärzte und das medizinische Assistenzpersonal. Von ihnen darf nur aus wesentlichem Grund abgewichen werden.

3.2.8 Medizinprodukte

Unser Ziel ist es, dass jeder Mitarbeiter den korrekten Umgang mit dem Medizinprodukt kennt, das er anwendet. Weiterhin wollen wir erreichen:

- * Sicherheit in der Anwendung
- * Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben
- * Schutz des Patienten vor defekten Geräten
- * Ständige Funktionsfähigkeit der vorhandenen Medizinprodukte

Neue Mitarbeiter werden am ersten Tag im Umgang mit Medizinprodukten sensibilisiert und in die ersten Medizinprodukte eingewiesen.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Das KIS (ORBIS) wurde im Zuge des Zusammenschlusses der Häuser zur GZW gGmbH auf einen einheitlichen Stand migriert, die Strukturen weiter zentralisiert und der Aufbau einer digitalen Patientenakte wird angestrebt. Die Digitalisierung des Archivs Patientenakten rückwirkend zum 01.01.2014 befindet sich in der Umsetzung.

Basis unseres EDV Konzept ist Citrix Xenapp. Bei dieser Technologie werden Anwendungen komplett auf zentrale Servern installiert und ausgeführt. Die Mitarbeiter arbeiten zwar mit der gewohnten Benutzeroberfläche ihrer Anwendungen, die eigentliche Programmlogik wird aber auf den Servern ausgeführt. Zwischen dem Arbeitsplatzrechner und den Servern müssen lediglich Tastatureingaben, Mausclicks und Bildschirm-Updates über das Netzwerk übertragen werden. Wichtige Server Systeme sind redundant bzw. mehrfach redundant.

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Je nach Aufnahmeart, wie zum Beispiel als Notfall, als elektive Aufnahme etc., ist die Vorgehensweise des Aufnahmeverfahrens klar geregelt. Die Rahmenerfassung findet in der Aufnahme statt. Es wird eine Ausfertigung des stationären Krankenblattes mit den Formularen zur Aufnahmeuntersuchung vorbereitet. Nach erfolgter Aufnahmeuntersuchung geht der Patient mit den bereits erfolgten Untersuchungsergebnissen im KB gesammelt auf seinen Station und gibt diese im Stationszimmer ab. Bei Verlegungen bleibt die Patientenakte beim Patient. Untersuchungsergebnisse, die erst nach der Entlassung des Patienten vorliegen, werden über die jeweiligen Sekretariate der Akte zugeordnet. Nach Abschluss der Akte wird diese archiviert.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Der Zugriff auf elektronische Patientenakten ist jederzeit über das KIS (Orbis) möglich. Die archivierten Akten können über die MA des Archivs oder die Chefarztsekretariate angefordert werden. Außerhalb der üblichen Dienstzeiten ist das Archiv auch über den AvD jederzeit zugänglich. Das GZW befindet sich zurzeit in der Implementierung eines digitalen Archives, das nach Digitalisierung der Akten die Verfügbarkeit deutlich erhöht.

4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Zum dauerhaften internen Informationsaustausch ist eine feste Besprechungsstruktur implementiert. Die Besprechungsstruktur wird ständig optimiert. Die Geschäftsführung kommuniziert Mitteilungen, Neuerungen und Besonderheiten des Gesundheitswesens unverzüglich und je nach Dringlichkeit persönlich, telefonisch, per Email oder als Mitteilung. Das Verteilersystem für Fachzeitungen wird per Laufzettel an ausgewählte Mitarbeiter der Verwaltung, des ärztlichen und pflegerischen Dienstes verteilt. Des Weiteren sind Lizenzen für Onlinezeitschriften für unsere Chef- und Oberärzte sowie CNE-online für die Pflege im Einsatz. Durch einen weiteren Lizenzerwerb sowie die enge Zusammenarbeit mit einer ext. Marketingagentur erhalten wir täglich aktuelle Pressemitteilungen rund um die Gesundheitsbranche, landes- und bundesweit.

4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

Es existiert eine schriftlich festgelegte Besprechungsstruktur. In jeder Führungsebene und in jedem Bereich finden regelmäßige Sitzungen bzw. Besprechungen statt. Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit werden in der Sitzung der zentralen Abteilungsleiter und in den Chefarztkonferenzen besprochen. Vorschläge und Wünsche werden aufgenommen und mit Hilfe einer

externen PR-Agentur der Geschäftsführung vorgestellt. Ist das Konzept angenommen, wird die Ausführung vom Kommunikationsbeauftragten koordiniert.
Es existieren ebenfalls Flyer jeder Abteilung und ein Internetauftritt.

4.4.1 Organisation und Service

Aufgabenrelevante Informationen fließen sofort an den Empfang weiter (Telefon, Mail). Ebenso erhält der Empfang einen Plan der Bereitschaftsdienste (ärztlicher Dienst, EDV, technischer Hausdienst). Da keine Tätigkeiten außerhalb des Empfangsbereiches den Mitarbeitern zugeordnet sind, ist die ständige Anwesenheit der Mitarbeiter gewährleistet. Gegenseitige Vertretung bei Ausfall findet innerhalb des Rezeptionsteams statt; bei Engpässen stehen Mitarbeiterinnen des Ambulanzsekretariates zur Verfügung.

Patientendaten können aus dem ORBIS entnommen werden. Die Mitarbeiter sind hier nur in dem für sie relevanten Modul berechtigt, wenn der Patient dem nicht widersprochen hat.

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Grundsätzlich und vorrangig gelten im Krankenhaus die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen. Zusätzlich wurde vom Datenschutzbeauftragten der Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH ein Datenschutzkonzept erstellt. Der Datenschutzbeauftragte schult die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der GZW gGmbH.

5 Führung

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Unsere Mitarbeitergespräche sind an den Richtlinien unseres Leitbildes ausgerichtet und werden von allen Hierarchieebenen gelebt. Unsere Qualitätsziele sind aus dem Leitbild abgeleitet. Sie gelten als verbindliche, einheitliche Orientierung für alle Arbeitsabläufe der tägl. Arbeit in unseren Krankenhäusern.

- Die Stationen – und Abteilungsleitungen, der Pflegedienst und die Patientennahe Dienste haben Leitlinien zu den Führungsgrundsätzen gemeinsam erarbeitet und verabschiedet.
- Es finden Einführungsveranstaltungen für neue Mitarbeiter statt.
- In den Einführungsveranstaltungen wird auch das Leitbild der Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH erläutert und an alle neuen Mitarbeiter weitergegeben.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Wichtigste Grundlage unserer Arbeit ist das gegenseitige Vertrauen, das sich auch in Krisensituationen bewähren muss. Neben der kooperativen und kollegialen Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitern und der Geschäftsführung zählt auch die Einführung vertrauensfördernder Maßnahmen zu unseren Aufgaben. Mitarbeiterorientierung ist ein Teil der Unternehmensgrundsätze. Gute Krankenversorgung setzt ein gutes Betriebsklima voraus. Ebenso die Unterstützung durch Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie der Supervision in der Weiterentwicklung der Professionalität und die Förderung innovativer Ideen.

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

„Im Mittelpunkt unseres Handelns stehen der Patient, sowie seine Angehörigen“. Alle unsere Handlungen werden unter Betracht ethischer Problemstellungen vorgenommen.

Unsere diesbezüglichen Strukturen sind folgendermaßen organisiert.

- Enge Zusammenarbeit mit der Patientenfürsprecherin des Wetteraukreises
- Eingerichtete Krankenhausseelsorge (ev., kath.) in allen Häusern
- Enge Zusammenarbeit mit dem Hospizdienst und der Hospizhilfe Wetterau e.V.
- Enge Zusammenarbeit mit den „Grünen Damen Wetterau e.V.“

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Die mit dem Leitbild korrespondierende Zielsetzung einer qualitätsgerechten, hochwertigen medizinischen Versorgung findet sich in der strukturierten Zielplanung als Kernstrategie eines effizienten Einsatzes volks- und betriebswirtschaftlicher Ressourcen wieder. Jährlich präsentiert die Geschäftsführung ihren Bericht an die Gesellschafter, den Aufsichtsrat, die Chefarzte und die Haupt- und Abteilungsleiter. In unterjährigen Sitzungen kommunizieren die Haupt- und Abteilungsleiter die Zielplanungen an ihre Mitarbeiter und die Zielerreichung bzw. die Maßnahmenumsetzung werden geprüft. Zudem bietet die Mitgliedschaft im CLINOTEL-Krankenhausverbund die Möglichkeit des Benchmarks auf unterschiedlichen Ebenen mit anderen leistungsstarken und innovativen Krankenhäusern aus ganz Deutschland.

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Wann immer möglich, unterstützt die Geschäftsführung Hilfsorganisationen sowie

engagierte Mitarbeiter z.B. durch Spenden von medizinischen Geräten dabei, die Gesundheitsversorgung in Krisenregionen bzw. Entwicklungsländern auf- und auszubauen. In unseren Krankenhäusern organisieren wir in Kooperation mit der Krankenhausseelsorge bzw. Patientenverbänden fortlaufend soziale und kulturelle Veranstaltungen wie z.B. wechselnde Kunst-Ausstellungen auf der Onkologischen Tagesklinik bzw. im Rahmen des Patientinnenseminars unserer gynäkologischen Abteilung. Im Frühjahr 2015 fand am Standort Bad Nauheim darüber hinaus die Mitmachaktion „Herz-Kissen“ statt, in deren Rahmen organisiert durch die Frauenselbsthilfe nach Krebs Herzkissen für unsere Brustkrebspatientinnen genäht und später an sie übergeben wurden.

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Die Organisation des GZW ist im Organigramm eindeutig festgelegt. Das Organigramm wurde durch die Geschäftsführung erarbeitet und wird jährlich überarbeitet. Das Organigramm beinhaltet die Übersicht aller Abteilungen mit deren Verantwortlichkeiten, Fachkräften sowie hausintern benannte Beauftragte. Das Organigramm ist im Curator (Intranet) hinterlegt und allen Mitarbeitern zugänglich. Die Gremienarbeit, d.h. die terminliche Koordination mit Gesellschaftern und dem Aufsichtsrat, obliegt der Abteilung für Beteiligungssteuerung in Absprache mit der Geschäftsführung. Feste Ansprechpartner für Patienten, Angehörige, Mitarbeiter und externe Partner sind festgelegt. Durch die Implementierung des Beschwerdemanagements sowie die Anbringung von Feedback-Briefkästen (mit Kontaktnummer) kann jederzeit Kontakt mit dem zuständigen Mitarbeiter aufgenommen werden. Anregungen, Verbesserungsvorschläge und Beschwerden werden durch das Beschwerdemanagement unverzüglich bearbeitet.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Gremien und Kommissionen arbeiten koordiniert. Besprechungen werden protokolliert und im Ordnersystem abgelegt. Eine Protokollkontrolle gewährleistet die tatsächliche Umsetzung der besprochenen bzw. beschlossenen Maßnahmen im Sinne einer effektiven Arbeitsweise. Die Koordination der Gremienarbeit sichert die effiziente Arbeitsweise in der Form ab, dass relevante Ergebnisse, Aufträge und Infos in nachgeordnete Gremien weitergegeben werden, ebenso wie die Festlegung von Verantwortlichkeiten und Terminierungen. Die protokollierten Ergebnisse und Entscheidungen werden von den leitenden Mitarbeitern der jeweiligen Abteilungen an die Mitarbeiter ihres Bereichs kommuniziert.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

In den Leitsätzen verpflichtet sich das GZW eine patientenorientierte, dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechende, medizinische und pflegerische Versorgung für die Menschen in der Region anzubieten. Im Mittelpunkt unseres Handelns stehen der Patient sowie deren Angehörige. Professionalität und Zuwendung sowie Kommunikation und Kooperation bestimmen unser Handeln. Impulse für neue Vernetzungskonzepte bzw. Kooperationen erarbeiten wir mit unseren bestehenden Partnern oder versuchen mit weiteren Gesundheitsanbietern neue Wege/Kooperationen einzugehen. Unsere Vorreiterrolle im Versorgungscluster Mittelhessen beweist die zukunftsorientierte Strategie der Kooperation. Insbesondere ist hier die Vernetzungsstrategie ambulanter und stationärer Versorgung zu nennen. Durch die Facharzt- und Servicezentren an den Standorten Bad Nauheim, Friedberg und Schotten findet eine vernetzte medizinische Versorgung ambulanter und stationärer Patienten statt. Hierdurch profitieren nicht nur unsere Patienten sondern die Nutzung von Synergieeffekten steht ebenfalls im Mittelpunkt. Die Geschäftsführung ist ständig damit betraut neue Kooperationskonzepte zu erarbeiten.

5.4.1 Externe Kommunikation

Das Marketingkonzept wurde mit unserem externen Dienstleister erarbeitet und identifiziert zunächst die zur Verfügung stehenden Marketingmaßnahmen, -ziele und -instrumente. In regelmäßigen Besprechungen werden aktuelle und anstehende Events und Projekte besprochen. Unsere Zielgruppe, die mit den verschiedenen Marketingmaßnahmen der externen Presse- und Öffentlichkeitsarbeit erreicht werden soll, ist in erster Linie die regionale Bevölkerung des Vogelsberg- und Wetteraukreises, Patienten und Niedergelassene Ärzte. Die interne Kommunikation zielt auf unsere Mitarbeiter ab. Die Verantwortlichkeiten im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit im GZW sind im Organigramm aufgeführt. Die Öffentlichkeitsarbeit ist als Stabstelle der Geschäftsführung ausgewiesen. Verantwortlich für die Öffentlichkeitsarbeit ist die Stabstelle Öffentlichkeitsarbeit, die der Geschäftsführung angegliedert ist. Sie arbeitet eng mit dem Ärztlichen Dienst und dem externen Dienstleister sowie mit Pressevertretern zusammen.

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Eine umfassende Risikoanalyse wurde bei Implementierung und von unserem Haftpflichtversicherer durchgeführt. Die Mitarbeiter haben die Möglichkeit den Risikoerfassungsbogen anonymisiert einzureichen. Der Risikoerfassungsbogen ist im Curator (Intranet) hinterlegt. Von dort wird der Erfassungsbogen direkt an die zuständigen Mitarbeiter weitergeleitet. Es gibt die Möglichkeit den Bogen anonym oder namentlich abzugeben. Die Mitarbeiter werden kontinuierlich im Rahmen einer internen Fortbildung über den Prozess informiert. Der Prozess der Analyse und der Maßnahmenüberwachung wird im Risikomanagement-Handbuch beschrieben. Ein Frühwarnsystem über wirtschaftliche Risiken erfolgt über das Reporting des kaufmännischen- sowie des Medizincontrollings.

6 Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation

Der Leiter der Stabstelle verfügt über die Qualifikation als DGQ Auditor und KTQ-Visitor. Der Leiter der Stabstelle bekommt jährlich mehrere externe Fortbildungen sowie ein externes Coaching finanziert. Die Mitarbeiter der Stabstelle sind durch ihre berufliche Qualifikation, durch interne Fortbildungsmaßnahmen und externe Schulungen (Interne Visitoren) für die Aufgaben im QM umfassend vorbereitet. Im Rahmen verschiedener Projektes wurde durch Beschluss der Geschäftsführer Stabsstellen für das Qualitätsmanagement eingerichtet. Auf Initiative von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie hin sind dafür eigens Qualitätssteuerungsgruppen (QSG) an jedem Standort eingerichtet worden. Die Mitglieder der einzelnen QSG arbeiten berufsgruppenübergreifend und "achten dabei insbesondere auf als kritisch zu bewertende Punkte, um sie für ihr jeweiliges Haus optimieren zu können". Die Ergebnisse der Beratungen reicht die QSG inklusive der geplanten Änderungen dann an die Stabstelle Qualitätsmanagement weiter. Damit soll eine doppelte Bearbeitung bei Überschneidungen mit anderen Häusern vermieden werden. Schulungen zum Thema QM finden in dezentralen Strukturen, z. B. im Rahmen von Teambesprechungen, Fortbildungsveranstaltungen, Klausurtagungen, statt. Im Jahr 2011 nahmen 17 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an der Fortbildung zu KTQ-Coaches teil.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Der Stabstelle Qualitätsmanagement fallen in diesem Gesamtkontext u. a. folgende Obliegenheiten zu:

- Gesamtkoordination aller Qualitätsmanagementaktivitäten
- Begleitung der Kliniken und Bereiche bzw. der Qualitätsmanagementbeauftragten bei der Planung, Vorbereitung, Durchführung und Kontrolle der Projekte und Maßnahmen
- Unterstützung der einzelnen Abteilungen und Bereiche bei der Beantwortung von Fragen zum Qualitätsmanagement sowie bezüglich einzusetzender Techniken und Instrumente
- Dokumentation der Qualitätsarbeit
- Beratung und Berichtserstattung an die Leitung der Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH
- Information der Mitarbeiter nach Maßgabe und im Auftrag der Geschäftsführer

Sowohl in den jeweiligen Kliniken als auch im Verantwortungsbereich der Pflegedirektion sind Qualitätsmanagementbeauftragte benannt. Qualitätsbeauftragte haben die Aufgabe, die Ansätze des Qualitätsmanagements zu verbreiten und unter Erzielung von Akzeptanz in der Mitarbeiterschaft zu vertiefen. Hierbei ist von den Qualitätsmanagementbeauftragten die Mittlerrolle zwischen der Stabsstelle Qualitätsmanagement und den einzelnen Mitarbeitern zu übernehmen und die Umsetzung von Qualitätsmanagementprojekten und -maßnahmen maßgeblich zu fördern und zu vollenden.

6.2.1 Patientenbefragung

Das Gesundheitszentrum Wetterau führt eine fortlaufende Patientenbefragung durch. Der dafür entwickelte Fragebogen besteht aus vorgegebenen Fragen sowie einer offenen Frage zu Verbesserungsvorschlägen. Bei der Aufnahme wird dem Patienten dieser Fragebogen, der in drei weiteren Sprachen vorhanden ist, persönlich ausgehändigt. Sobald das Datum der Entlassung feststeht wird der Patient nochmals an die Möglichkeit der Teilnahme an der Patientenbefragung erinnert und bei Bedarf mit einem neuen Fragebogen versorgt. Die Auswertung erfolgt zwei monatlich in anonymisierter Form. Die Ergebnisse werden besprochen und unter anderem dem Aufsichtsrat zur Verfügung gestellt. Zum 01. Mai 2015 erfolgte eine Umstellung der etablierten Fragebögen auf die Bögen der Fa. Anaquesta, um am Clinotel Benchmark der Mitgliedshäuser teilnehmen zu können und einen weiteren Schritt nach vorne zu gehen.

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Es finden mit den unterschiedlichsten Zielgruppen regelmäßig Kontakte statt. Beispielsweise gibt es in

der Psychiatrie turnusgemäße Treffen mit Betreuern, Richtern, Polizei, niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten sowie Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie. Im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen für niedergelassene Ärzte, Informationsveranstaltungen für Patienten, Tage der offenen Tür und Seniorenmessen findet der Informationsaustausch statt. Dessen Inhalte werden in den Besprechungen der einzelnen Bereiche kommuniziert.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Ziel ist es, alle 3 Jahre eine Mitarbeiterbefragung als Vollerhebung durchzuführen. Verantwortlich für die Durchführung von Mitarbeiterbefragungen ist die Stabstelle Qualitätsmanagement. Verantwortlich für die Ergebnispräsentation ist die Stabstelle QM. Die Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen liegt im Verantwortungsbereich der Geschäftsführung sowie der Abteilungsleiter. Die Stabstelle QM führt einen zentralen Maßnahmenplan und übernimmt das Umsetzungscontrolling. Der Betriebsrat ist umfassend in die Vorbereitung der Mitarbeiterbefragung eingebunden. Sowohl der Fragebogen als auch die konkrete Projektplanung werden mit dem Betriebsrat abgestimmt.

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Ziel ist es, Patientenwünsche und -beschwerden zur kontinuierlichen Verbesserung zu nutzen. Dazu werden sie systematisch erfasst, bearbeitet und ausgewertet. Alle Mitarbeiter des Gesundheitszentrums Wetterau sind für einen verantwortungsvollen Umgang mit den Wünschen und Beschwerden der Patienten verantwortlich. Die Erfassung und Auswertung liegt in der Verantwortung der Stabstelle QM. Ein Beschwerdemanagementkonzept liegt ebenfalls vor. Ablaufrelevante Regelungen sind in der VA Beschwerdemanagement beschrieben. Diese beinhaltet:

- * Abgrenzung zu weiteren Verfahren
- * Informationsmaterial und Meinungsdokumente
- * Vorgangsbearbeitung
- * Kontakt zum Beschwerdeführer

6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Alle Häuser nehmen an den gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung teil. Die Durchführung und Dokumentation erfolgt in der jeweiligen Abteilung durch einen Delegierten. Die Auswertungen werden über eine vernetzte Software erhoben und der hessischen Auswertungsstelle übersandt. Ergebnisse der Auswertung werden den Abteilungen zur Verfügung gestellt. Zusätzlich wird an der freiwilligen Aktion "Saubere Hände" sowie am MRE-Netz teilgenommen. Die Psychiatrie ist der Basisdokumentation psychiatrischer Abteilungen angeschlossen. Außerdem werden kontinuierlich Daten, die für die Qualität psychiatrischer Behandlung wichtig sind, erhoben, die Auswertungen werden kontinuierlich im Intranet zur Verfügung gestellt. Art und Weise der Datenerhebung wurde auf Leitungsebene abgestimmt.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Ziel ist die Sicherstellung der Beteiligung des Krankenhauses an der externen Qualitätssicherung nach §137 SGB V mit einer Dokumentationsrate über 90%. Die Dokumentation ist in den Abteilungen geregelt. In der QS-Software sind aktuelle Fehlerlisten erfasst, so dass nicht dokumentierte Fälle und Plausibilitätsmängel zeitnah erkannt werden. Verantwortlich für die Dokumentation ist der behandelnde Arzt, die Validierung erfolgt durch den Oberarzt und die Kontrolle durch das Medizin-Controlling. Um die Erfüllung der im Rahmen der externen QS existierenden Zielkriterien zu sichern, wurden Therapiestandards und "clinical pathways" zu den entsprechenden Standardabläufen entwickelt. Diese werden regelmäßig gecheckt und aktualisiert. Die EDV-Abteilung pflegt die QS-Erfassungssoftware regelmäßig. Die Dokumentationsrate wird zeitnah durch die verantwortlichen Ärzte der jeweiligen Abteilung und das Controlling überwacht.