



KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

Einrichtungen:	Klinikum Bad Hersfeld	Häusliche Krankenpflege des Klinikums Bad Hersfeld	MVZ Hersfeld- Rotenburg Fachbereich Nuklearmedizin	MVZ Hersfeld- Rotenburg Fachbereich Chirurgie	Orthopädie Bad Hersfeld
Institutions- kennzeichen:	260620271	460661453			260660668
Anschrift:		Seilerweg 29 36251 Bad Hersfeld		Nürnberger Straße 48+50 36179 Bebra	Am Hopfen- garten 16 36251 Bad Hersfeld

**Sind zertifiziert nach KTQ®
mit den Zertifikatnummern:** 2016-0033 KHVN / 2016-0033 NBVN / 2016-0033 PFVN
durch die KTQ-GmbH, Berlin

Gültig vom: 24.06.2016
bis: 23.06.2019

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	10
1. Patientenorientierung	11
2. Mitarbeiterorientierung	18
3. Sicherheit - Risikomanagement	20
4. Informations- und Kommunikationswesen	29
5. Unternehmensführung	33
6. Qualitätsmanagement	38

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,
- Sicherheit - Risikomanagement,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Unternehmensführung 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.

Während 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

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

Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Dieser KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 55 Kriterien des KTQ-Kataloges Version 2015.

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 **Klinikum Bad Hersfeld** inklusive der **Häuslichen Krankenpflege des Klinikums Bad Hersfeld**, die **Orthopädie Bad Hersfeld** und die **MVZ Hersfeld-Rotenburg** 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

Klinikum Bad Hersfeld

Das Klinikum Bad Hersfeld ist als Akademisches Lehrkrankenhaus der Justus-Liebig Universität Gießen und der Hochschule Fulda angeschlossen. Des Weiteren hat es die Funktion einer Lehrereinrichtung der Technischen Hochschule Mittelhessen für Krankenhaus-Hygiene und Krankenhaus-Technik. Es ist ein modernes Krankenhaus der Schwerpunktversorgung mit 600 Betten verteilt auf 18 Kliniken und Fachabteilungen in Osthessen.

Als regionales Kompetenzzentrum für Medizin und Gesundheit bieten wir medizinische Versorgung, umfassende Diagnostik und Therapie auf höchstem Niveau, sowohl stationär als auch ambulant an. Unser Ziel ist es, für Sie da zu sein und unsere Aufgabe ist die Wiederherstellung Ihrer Gesundheit.

Deshalb möchten wir Ihnen den Aufenthalt so angenehm wie möglich gestalten. Dafür sorgen unsere qualifizierten Ärzte, examiniertes Pflegepersonal und alle übrigen engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unseres Hauses.

Neben der überregionalen Patientenversorgung fördern und engagieren wir uns in die Ausbildung unserer Nachwuchskräfte: Als Akademisches Lehrkrankenhaus der Universitätsklinik Gießen und der Hochschule Fulda bilden wir regelmäßig Studentinnen und Studenten im praktischen Jahr (PJ) aus und begleiten diese bis zum Examen. 130 weitere Ausbildungsplätze stehen in der hauseigenen Schule für Krankenpflege und Kinderkrankenpflege sowie in der Diätlehreanstalt zur Verfügung.

Pro Jahr behandeln wir mehr als 86.000 Patienten, davon über 26.000 stationär und 60.000 ambulant.



Foto: Heike Volkert

Orthopädie Bad Hersfeld

Die Orthopädie Bad Hersfeld, akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Gießen, ist auf Erkrankungen und Verletzungsfolgen am Bewegungsapparat spezialisiert. Seit 15 Jahren hat sie sich im Bereich der orthopädischen Knie- und Hüftgelenkchirurgie, insbesondere der Endoprothetik (künstlicher Gelenkersatz), weit über die Grenzen Hessens hinaus einen hervorragenden Ruf erarbeitet.



Jährlich werden in drei modernen Operationssälen rund 750 Operationen an Hüfte, Knie, Schulter und Sprunggelenk durchgeführt. Von den ca. 1.800 weiteren orthopädischen Eingriffen nehmen wir knapp die Hälfte als besonders schonende Schlüsselloch-Operationen (Arthroskopien) vor.



Eine ebenso große Bedeutung wie der fachlichen Qualifikation messen wir der Zuwendung unserer Patienten bei. Für den Patienten ist ein Krankenhausaufenthalt – insbesondere bei einer anstehenden Operation – eine Ausnahmesituation. Seine Sorgen haben für uns hohe Priorität. Ein vertrauensvolles Verhältnis zum Arzt ist uns ein wichtigstes Anliegen.



Qualifizierte therapeutische und pflegerische Angebote für die Patienten ergänzen die orthopädische Versorgung. Ein erfahrenes Team von Physiotherapeuten und Pflegekräften betreut die Patienten nach individuellen Therapie- und Pflegeplänen. Ob zur kurzen ambulanten Versorgung oder einem stationären Aufenthalt – das gesamte Klinik-Team bietet professionelle Versorgung in einer modernen Ausstattung und ruhigen Lage.



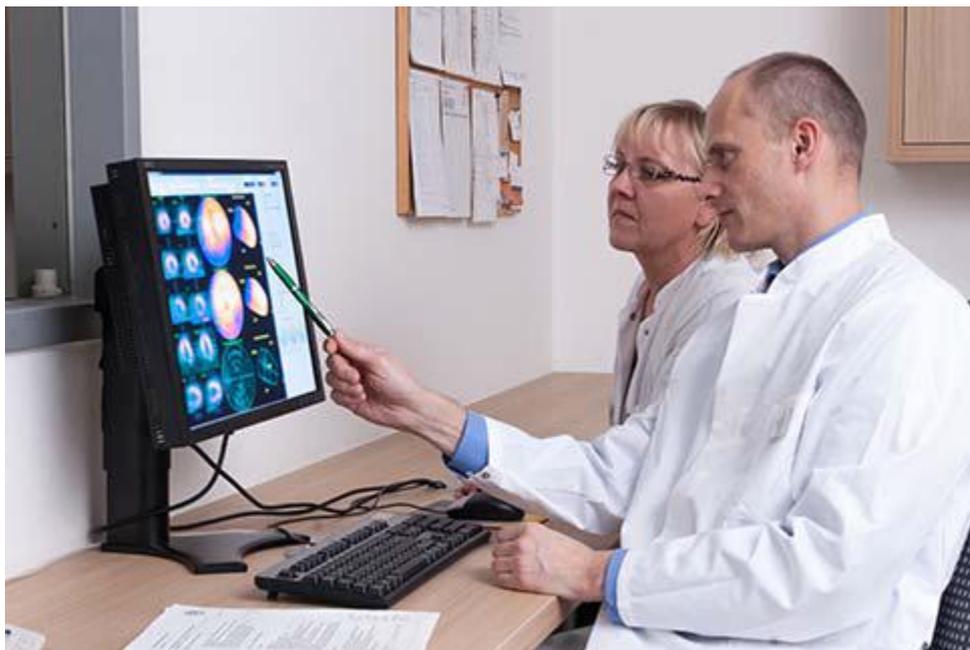
Medizinisches Versorgungszentrum Hersfeld-Rotenburg

Träger des Medizinischen Versorgungszentrums ist die Klinikum Bad Hersfeld – Gruppe. Diese ist ein Zusammenschluss von acht Gesundheitseinrichtungen in Osthessen. Hierzu zählen ein Haus der Schwerpunktversorgung mit 600 Betten, ein Fachkrankenhaus für Orthopädie, eine Rehabilitationsklinik und drei medizinische Versorgungszentren sowie ein Physiotherapiecenter. Insgesamt betreut die Klinikum-Gruppe im vergangenen Jahr mit über 1800 Beschäftigten 101.000 Patienten, davon 72.000 ambulant und 29.000 stationär.

Die Medizinische Versorgungszentrum Hersfeld-Rotenburg GmbH erbringt an vier Standorten ambulante fachärztliche Leistungen für sowohl gesetzlich als auch privat versicherte Patientinnen und Patienten in den Fachbereichen Augenheilkunde, Anästhesie, Hals-Nasen- und Ohrenheilkunde, Onkologie, Orthopädie, Gynäkologie, Chirurgie, Innere Medizin, Spezielle Schmerztherapie, Psychotherapie, Nuklearmedizin, Neurochirurgie, Kinder- und Jugendmedizin, Neurologie und Psychiatrie.

Wir bieten eine ganzheitliche, fundierte und umfassende Versorgung im ambulanten Bereich. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit steht dabei im Vordergrund.

Erklärtes Ziel ist die „patientenorientierte Versorgung aus einer Hand“.



Häusliche Krankenpflege

Wir bieten eine Rund-um-Versorgung an 365 Tagen im Jahr. Wir sind Vertragspartner aller Kranken- und Pflegekassen und rechnen direkt mit diesen ab. Wir sind Tag und Nacht erreichbar, auch an Sonn- und Feiertagen. Versorgung ist auch mehrmals täglich und auf Stundenbasis möglich.

Unsere Einrichtung besteht seit 1996. Die Häusliche Krankenpflege wendet sich mit ihren Angeboten und Leistungen an Menschen in jedem Lebensalter. Unabhängig von Konfession, Kultur und Herkunft versorgen die Mitarbeiter der Häuslichen Krankenpflege bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, kranke Menschen, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit al-

tersbedingten Einschränkungen. Im Mittelpunkt der Arbeit stehen der pflegebedürftige Mensch, seine Bezugspersonen sowie sein soziales und kulturelles Umfeld. Darüber hinaus berät und informiert die Häusliche Krankenpflege zu Fragen der Gesundheitsfürsorge und Auswirkungen von Pflegebedürftigkeit sowie hinsichtlich entsprechender Finanzierungsmöglichkeiten.

Neben den pflegerischen Hilfen bieten wir unseren Kunden und deren Bezugspersonen bzw. Angehörigen, aber auch der Bevölkerung fachspezifische Informationen, Beratung und ggf. die Vermittlung entsprechender Hilfen an. Zufriedene, engagierte und motivierte Mitarbeiter sind die Grundlage, um unsere Kunden und Kooperationspartner zufrieden zu stellen.



Häusliche Krankenpflege
im Landkreis Hersfeld-Rotenburg

Wir sind das ganze Jahr rund um die Uhr für Sie im Einsatz!

Behandlungspflege **Grundpflege** **Betreuungsgruppe „Zeit für Momente“**
Beratung **Hauswirtschaftliche Versorgung**
Pflegeberatung
Verhinderungspflege

Klinikum Bad Hersfeld
www.klinikum-bad-hersfeld.de
Seilerweg 29 · 36251 Bad Hersfeld · Tel. 0 66 21 88-0

Sie erreichen uns ...
Tel.: 0 66 21 88-10 50 Mobil: 01 60 8 84 77 41
Fax: 0 66 21 88-10 60 E-Mail: hkp@klinikum-hef.de

Die KTQ-Kategorien

1. Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das Klinikum ist zentral gelegen und sehr gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen. Parkplätze stehen in ausreichender Zahl zur Verfügung. Die administrative Aufnahme gewährleistet eine zügige Erfassung aller Patientendaten und stellt Informationsmaterial über das Leistungsspektrum des Klinikums zur Verfügung.

Die Kliniken und Abteilungen bieten regelmäßige Vortragsreihen und Informationsveranstaltungen für Patienten an. Zentrale Anlaufstelle im Eingangsbereich ist die Information bzw. die Patientenaufnahme. Hier werden durch persönlichen Kontakt mit den Mitarbeitern die Patienten und Besucher in die entsprechenden Bereiche verwiesen.

Ein neu gestaltetes Wegeleitsystem weist die einzelnen Kliniken und Abteilungen in den unterschiedlichen Gebäudeteilen aus. Hilfsbedürftige Patienten werden von Mitarbeitern der Pflege in die Abteilungen gebracht.

Der Aufnahmeprozess orientiert sich individuell an der klinischen Situation des Patienten. Patienten mit Voranmeldung, Einweisungsschein, oder gezielter Einbestellung werden von der administrativen Aufnahme direkt an die entsprechenden Ambulanzen oder Stationen weitergeleitet. Die Patienten werden zunächst von den Mitarbeitern des Pflegedienstes im Rahmen der Pflegeanamnese aufgenommen. Dann folgt die ärztliche Anamneseerhebung, ergänzt durch die Festlegung erster diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen.

Die Orthopädie Bad Hersfeld ist in ruhiger Lage am Kurpark von Bad Hersfeld gelegen. Die Klinik ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln und PKW durch eine weitläufige Beschilderung gut zu erreichen. Vor der Klinik stehen ausreichend kostenlose Parkplätze sowie Sonderparkplätze zur Verfügung.

Die MVZ-Fachrichtung Nuklearmedizin ist am Klinikum gelegen und gesondert ausgeschildert. Die MVZ-Fachrichtung Chirurgie liegt im Stadtzentrum von Bebra. Beide Standorte sind gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen, öffentliche Parkplätze stehen jeweils zur Verfügung.

Die Häusliche Krankenpflege ist am Klinikum gelegen und gesondert ausgeschildert.

1.1.2 Leitlinien und Standards

Über alle Versorgungsformen (Klinikum, Orthopädie, MVZ, Häusliche Krankenpflege) sind Therapie-schemata und Leitlinien durch die Vorgaben der Fachgesellschaften geprägt. Ergänzt werden diese durch hausinterne Standards, Pflegeleitlinien und Verfahrensregelungen. Neuerungen bei diagnostischen oder therapeutischen Verfahren werden kontinuierlich in die hausinternen Leitlinien aufgenommen. Fachübergreifende Verfahrensweisungen sind in einigen Abteilungen unter Einbeziehung der am Versorgungsprozess des Patienten beteiligten Berufsgruppen erarbeitet.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Die Integration der Patienten in die Behandlungsplanung basiert auf einem umfassenden Informationsaustausch während der Aufnahmeuntersuchung, der die Gesichtspunkte des individuellen Krankheitsbildes berücksichtigt. Tägliche Visiten gewährleisten die Aktualität des Informationsstandes und dienen als Forum für kritische Diskussionen oder Fragen. So kann der Patient in die Versorgungs- und Behandlungsschritte einbezogen werden. Sprachliche Probleme werden durch mehrsprachige Infor-

mationsbögen bzw. durch mehrsprachige Mitarbeiter berücksichtigt.

Besondere Beachtung finden Patientenverfügungen, sowie ein kontinuierlicher Austausch mit den Angehörigen.

Für Beratungsgespräche stehen außer den ärztlich und pflegerisch tätigen Mitarbeitern u. a. die Pflegeüberleitung, der Sozialdienst, Klinikseelsorge und Psychologen zur Verfügung. Zum Schutz der Privatsphäre der Patienten gibt es für vertrauliche Gespräche und Untersuchungen spezielle Räume auf den Stationen oder Ambulanzen.

Die Kunden / Klienten der Häuslichen Krankenpflege und deren Angehörige / Betreuer erhalten entsprechend ihres Krankheitsbildes und zur Vorbeugung von Folgeerkrankungen Informationsbroschüren und werden von den Pflegefachkräften systematisch beraten und angeleitet, welches dokumentiert wird.

1.1.4 Ernährung und Service

Beim Neubau der Küche hat man sich für das Verfahren Cook and Chill entschieden. Die EDV-gestützte Erfassung der gewünschten Speisen erfolgt über Servicekräfte. Sie sind Ansprechpartner bei der Auswahl und Zusammenstellung der einzelnen Komponenten. aus verschiedenen Menüvorschlägen. Grundsätzlich werden alle Kostformen ärztlich angeordnet.

Bei Patienten. mit spezieller Ernährungsform wird eine Ernährungsberatung angeboten. Die Diätassistentinnen bieten Kurse und Vorträge zu ernährungsrelevanten Themen an.

Religiöse und kulturelle Aspekte sind durch die genannten Wahlmöglichkeiten oder durch Wunschkost abgedeckt. Auf einigen Stationen besteht die Möglichkeit, das Essen in Aufenthalts- und Speiseräumen einzunehmen.

In den Wartebereichen der Abteilungen und Ambulanzen aller Versorgungsbereiche (Klinikum, Orthopädie, MVZ) stehen für die Patienten heiße und kalte Getränke zur Verfügung.

Die Pflegedienstleitung der Häuslichen Krankenpflege oder die zuständige Pflegekraft bestellt, nach Absprache mit dem Kunden / Klienten und dessen Angehörigen /Betreuer, nach dem Erstbesuch in der häuslichen Umgebung oder bei Veränderung der Pflegesituation die notwendigen Hilfsmittel (z.B. Toilettenstuhl, Badewannenlifter, Pflegebett usw.) bei dem zuständigen Hausarzt und leitet das Rezept an das von Kunden / Klienten gewünschte Sanitätshaus bzw. Krankenkasse weiter. Die Häusliche Krankenpflege unterstützt den Kunden bei der Vermittlung und Planung von Terminen. Des Weiteren bietet die Häusliche Krankenpflege eine Betreuung zu Hause oder in der Betreuungsgruppe "Zeit für Momente" an.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Anhand der standardisierten ärztlichen und pflegerischen Aufnahmebögen wird ein umfassendes Risikoprofil, Fähigkeiten und Entwicklungsstand, sowie der soziale (auch Sorgerechts- und Betreuungsfragen) und kulturelle Status des Patienten erfasst. Wünsche und Erwartungen des Patienten und der Angehörigen hinsichtlich medizinischer und pflegerischer Leistungen sowie Unterbringungssichtspunkten werden erfasst. Im ärztlichen Aufnahmebogen werden zusätzlich zur Anamnese die Ergebnisse der körperlichen Untersuchung dokumentiert.

MVZ Fachbereiche Nuklearmedizin und Chirurgie

Im Bereich der Rezeption ist durchgehend, im Umgang mit Kunden/Patienten geschultes, Personal anwesend.

Der Umgang mit infektiösen Patienten ist über eine Verfahrensregelung organisiert. Es wird bei Risikopatienten bereits während der Terminvergabe aktiv nach Infektionen gefragt.

Der Rezeptions- und Anmeldebereich ist räumlich getrennt und wird unter Berücksichtigung der geltenden Datenschutzvorschriften genutzt. Für Wünsche und Anliegen unserer Patienten sind unsere Mitarbeiter stets offen.

In den Wartebereichen hängt eine Information aus, die auf Umgang und Haftung des persönlichen Eigentums hinweist.

In dem Wartebereiche befinden sich ausreichend Sitzgelegenheiten, Zeitschriften, Getränke, Patienteninformationsbroschüren und Formulare/ Schreibmaterialien zur Weitergabe der Patientenmeinung über unser MVZ. Darüber hinaus existiert in den Wartebereichen eine Spielecke für Kinder.

Über Störungen im Praxisablauf werden die Patienten persönlich informiert. Alternativtermine werden angeboten.

Für Patienteninformation stehen Flyer, Wartezimmer-TV und die Homepage zur Verfügung.

Im den Wartebereichen stehen Sitzgelegenheiten und Spielzeug zur Verfügung.

Die Pflegedienstleitung der Häuslichen Krankenpflege erhebt im Erstgespräch eine kurze Anamnese, um daraus gemeinsam mit dem Kunden /Klienten und dessen Angehörigen /Betreuer den Versorgungsbedarf zu ermitteln. Der Biographiebogen wird im Verlauf der Versorgung von den Kunden / Klienten und deren Angehörigen /Betreuern eigenständig ausgefüllt. Für Kunden / Klienten, mit denen zusätzliche Betreuungsleistungen in der Häuslichkeit und in der Betreuungsgruppe vereinbart wurden, steht ein erweiterter Biografiebogen zur Verfügung, der von den Mitarbeitern der Betreuung gemeinsam mit dem Kunden /Klienten und dessen Angehörige / Betreuer ausgefüllt wird.

Entsprechend des im Erstgesprächs ermittelten Pflege- und Versorgungsbedarfs, des Wohnorts des Kunden / Klienten und der Wünsche / Vorlieben legt die PDL gemeinsam mit der entsprechenden Tourenverantwortlichen oder deren Vertretung die Uhrzeiten und Intervalle fest. Außerdem gibt sie dem Mitarbeiter eine Übergabe über die Wünsche und Bedürfnisse des Kunden / Klienten, das Krankheitsbild und die vereinbarten Leistungen. Die Erstellung des Leistungsnachweises erfolgt entsprechend der Leistungen, die bei Vertragsabschluss vereinbart wurden.

Die Mitarbeiter arbeiten nach einem einheitlichen Pflegekonzept und einer einheitlichen Pflegeleitlinie, welche die Bedingungen, Werte und Ziele, die die Arbeit der HKP beeinflussen oder bedingen, festlegen.

Die Häusliche Krankenpflege bietet den Kunden / Klienten die Möglichkeit eine Betreuung zu Hause und in der Betreuungsgruppe "Zeit für Momente" in Anspruch zu nehmen, um die Angehörigen zu entlasten. Diese Betreuung wird von speziell weitergebildeten Hilfskräften durchgeführt. Die Terminabsprache erfolgt nach Kapazitäten und den Bedürfnissen der Kunden /Klienten und deren Angehörigen / Betreuern.

1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung

Die Notfallversorgung ist durch Fachpersonal durchgängig gewährleistet. Eigenständige Ambulanzen mit unterschiedlichem Ermächtigungsumfang bestehen für alle im Klinikum vertretenen Abteilungen. Die Einbestellung der Patienten erfolgt über die Chefarztsekretariate und richtet sich nach der Bettenkapazität, dem zeitnahen Zugriff auf diagnostische Verfahren, sowie nach den Vorgaben des OP-Managements. Patientenwünsche werden nach Möglichkeit berücksichtigt.

Bei der Anmeldung der Patienten durch die einweisenden Ärzte wird darauf hingewiesen, dass Vorbe-

funde den Patienten mitzugeben oder per Fax zu übermitteln sind. In besonderen Fällen wird telefonischer Kontakt mit dem Hausarzt oder der überweisenden Klinik aufgenommen. Hauseigene Vorbefunde stehen über die EDV zur Verfügung. Bei hausinternen Verlegungen oder Übergang in andere Versorgungsbereiche werden sämtliche Unterlagen zur Verfügung gestellt.

Die Orthopädie Bad Hersfeld verfügt über eine Fachambulanz. Die Sprechstunden in der Orthopädischen Fachambulanz sind fest geplant. Kontaktdaten, Sprechstundenzeiten und das gesamte Leistungsspektrum sind auf der Klinikeigenen Homepage sowie im Qualitätsbericht ausgewiesen.

Die Vorgehensweise in der Ambulanz sind in einer Verfahrensanweisung geregelt. Termine für die Fachambulanz werden von dem Sekretariat vergeben und in der Terminliste im EDV - System hinterlegt. Die Einbestellzeiten sind fest geregelt.

Die PDL der Häuslichen Krankenpflege und deren Vertretungen sind für die Erstinformationen und -Absprachen mit den Haus- und Fachärzten zuständig. Sie bestellt entsprechende häusliche Verordnungen und das notwendige Material. Die Planung der medizinisch-therapeutischen Versorgung wird von ihr an die zuständige PFK delegiert. Notwendige Hausbesuche werden entweder von der zuständigen PFK oder dem Kunden / Klienten oder seinen Angehörigen / Betreuern veranlasst.

Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst, der Pflegeüberleitung, der Geriatrie der Klinikum Bad Hersfeld GmbH und den Hausärzten.

1.3.2 Ambulante Operationen

Die operative Versorgung ambulanter Patienten findet vorzugsweise über das neu eingerichtete ambulante OP-Zentrum am Standort Klinikum Bad Hersfeld statt. Die Patienten werden im Vorfeld in der jeweiligen Sprechstunde gesehen und ausführlich über den geplanten Eingriff informiert.

Bei Anmeldung der Patienten durch die einweisenden Ärzte werden diese gebeten, Vorbefunde per Fax zu senden oder diese dem Patienten mitzugeben.

Die ambulanten Patienten werden vor Entlassung vom zuständigen Facharzt gesehen. Der Abschlussbericht enthält alle relevanten Informationen zur Weiterbehandlung für niedergelassene Kollegen bzw. Ärzte in nachbetreuenden Einrichtungen.

1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung

In den Versorgungsformen Akutklinik und MVZ plant und steuert der zuständige Arzt den Behandlungsprozess in Zusammenarbeit mit der Pflege. Diagnostische und therapeutische Maßnahmen werden im Dialog mit dem Patienten festgelegt. Leitlinien, Standards und Verfahrensregelungen steuern den Behandlungsprozess. In regelmäßigen Teambesprechungen werden sämtliche Behandlungsschritte mit allen am Behandlungsprozess beteiligten Personen festgelegt und dokumentiert.

Bei planbaren diagnostisch/therapeutischen Maßnahmen erfolgt eine Abstimmung bezüglich Anforderung und Durchführung nach klaren Kapazitätsvorgaben.

Der Facharztstandard ist in allen Kliniken sichergestellt. In unserer Schmerzambulanz werden stationäre und ambulante Patienten betreut. In der Klinik findet ein klinikübergreifendes Schmerzkonzept Anwendung. Ein hausübergreifendes Wundmanagementkonzept wird kontinuierlich weiterentwickelt. Die Patienten der MVZ-Fachrichtungen Nuklearmedizin und Chirurgie erhalten einen selbst auszufüllenden Anamnesebogen, mit dem Risiken, Vor- und Nebenerkrankungen, Medikamente, Allergien etc. abgefragt werden. Während des Arztgespräches werden die Daten überprüft und ergänzt. Bei Untersuchungen werden stets auch psychische und soziale Aspekte berücksichtigt. Untersuchungsergeb-

nisse anderer Ärzte werden so weit als möglich mit genutzt, u. a. um eine ganzheitliche Versorgung zu gewährleisten und Doppeluntersuchungen möglichst zu vermeiden.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die Therapieplanung orientiert sich an den Leitlinien der Medizinischen Fachgesellschaften und den Nationalen Expertenstandards in der Pflege. Hausinterne Standards für alle Fachabteilungen werden kontinuierlich erarbeitet bzw. angepasst. Die Behandlungsplanung der Kliniken findet in enger Abstimmung mit internen (Intensivstationen, Physiotherapie u.a.) und externen Partnern (Pathologie, Strahlentherapie, Dialyse) statt. Im Rahmen der Verlaufsdokumentation, der täglichen Visiten, Teambesprechungen und Röntgenbesprechungen findet durch kollegiale Gespräche und fachliche Diskussionen eine Überprüfung des Therapieverlaufes statt.

Für die Diagnostik und Therapie in der MVZ Nuklearmedizin und den Teilgebieten der Endokrinologie kommen die einschlägigen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Nuklearmedizin, der Sektion Schilddrüse der deutschen Gesellschaft für Endokrinologie so wie des Dachverbandes deutschsprachiger Osteologen zur Anwendung.

Für die Diagnostik in der MVZ Chirurgie kommen Leitlinien der Allgemein- und Visceralchirurgie, der Adipositaschirurgie, der Gefäßchirurgie und der Unfallchirurgie zur Anwendung.

Die Häusliche Krankenpflege hat eine Pflegeleitlinie, die für alle Mitarbeiter im pflegerischen Bereich verpflichtend und regelhafter Bestandteil von internen Schulungen ist. Sie legt die Bedingungen, Werte und Ziele, die die Arbeit der HKP beeinflussen oder bedingen, fest. Die Planungen zur Durchführung der aktivierenden Pflege beziehen sich auf die AEDL's nach Krohwinkel, wobei immer gilt "Hilfe zur Selbsthilfe".

1.4.3 Operative Prozesse

In den operativen Kliniken liegen Standards, Leitlinien, Verfahrensanweisungen und Arbeitsanweisungen vor. Um eine optimale Ablauforganisation im OP-Bereich zu gewährleisten, wurde die Funktion eines OP-Managers geschaffen. Wichtigste Ziele sind die optimale organisatorische und qualitative Versorgung der Patienten unter bestmöglicher Ausnutzung der OP-Saalkapazitäten und die Vermeidung von Leerzeiten.

Verantwortlichkeiten, Ablaufplanung und Qualitätssicherungsmaßnahmen sind verbindlich geregelt.

1.4.4 Visite

Die ärztliche Visite erfolgt täglich gemeinsam mit dem zuständigen Pflegepersonal. Bei Patienten mit hohem Risikopotential gibt es zusätzlich eigenständige nur vom Pflegepersonal durchgeführte Pflegevisiten. Im persönlichen Gespräch zwischen Patient, Arzt und Pflegekraft werden diagnostische Befunde, Änderungen der Medikation und anstehende Untersuchungen eingehend besprochen. In einigen Kliniken finden vorvisitäre Besprechungen mit allen am Versorgungsprozess der Patienten beteiligten Berufsgruppen statt.

Die Pflegevisiten werden von der PDL der Häuslichen Krankenpflege regelhaft durchgeführt. Der Ablauf und die Durchführung sind durch eine Prozessbeschreibung geregelt. Die Ergebnisse werden auf dem entsprechenden Formblatt dokumentiert. Das Ergebnis wird auch auf dem entsprechenden Formblatt dokumentiert. Die Pflegekraft erhalten die Protokolle, nach einem gemeinsamen Gespräch mit der PDL, zur Weiterbearbeitung und geben die Protokolle, wenn alles bearbeitet wurde, wieder der

PDL zurück.

Notwendige Hausbesuche werden entweder von der zuständigen Pflegekraft oder dem Kunden / Klienten oder seinen Angehörigen / Betreuern veranlasst.

Der Hausarzt hat die Möglichkeit seinen Befund und ggf. neue ärztlich-therapeutische Anordnungen auf ein gesondertes Formblatt, das in allen Kunden- / Klientenmappen vorhanden ist, zu dokumentieren. Die Hausarztpraxen setzen sich überwiegend persönlich mit der PLD in Verbindung und geben die Anweisungen weiter. Die schriftliche Anordnung erfolgt dann per Telefax.

1.5.1 Entlassungsprozess

Entlassung und Verlegung erfolgt strukturiert und systematisch. Dabei liegt der Schwerpunkt auf der frühzeitigen Beteiligung von Patienten und Angehörigen. Dies wird unter anderem durch die rechtzeitige Einbindung der Pflegeüberleitung oder des Sozialdienstes gewährleistet. Es wird mit jedem Patienten ein Entlassungsgespräch geführt. Weiterhin gibt es einen Pflegebrief für Patienten, die ambulant oder vollstationär weiter pflegerisch betreut werden müssen. Es besteht ein regelhafter Kontakt zu den nachbetreuenden Einrichtungen. Im Vorfeld einer Entlassung werden bedarfsweise Befunde und Therapieverlauf Arztpraxen und Einrichtungen zugefaxt, z.B. Dialyseverlaufsprotokoll und Kurzarztbrief.

In den jeweiligen MVZ-Fachrichtungen existiert eine systematische Vorgehensweise bei der Überweisung von Patienten zur Mit- und Weiterbehandlung durch andere Ärzte/Psychotherapeuten.

Im Pflegevertrag der Häuslichen Krankenpflege ist geregelt, dass der Vertrag mit dem Ende der Behandlungspflege oder einer Kündigung endet. Er ruht, wenn der Kunde sich in einem kurzfristigen stationären Aufenthalt (z.B. Kurzzeitpflege, Krankenhaus usw.) befindet. Weitere Kündigungsmöglichkeiten sind ebenfalls im Pflegevertrag geregelt. Nach Beendigung der Versorgung wird über eine Checkliste die Abwicklung geregelt.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung

Gemeinsam mit den Ärzten sorgen die Mitarbeiter der Pflege für das größtmögliche Wohlbefinden des sterbenden Patienten. Jede Handlung wird durch Zuwendung und Einfühlungsvermögen begleitet. Bei der Gestaltung der letzten Stunden werden Wünsche, unterschiedliche Religionen und Weltanschauungen berücksichtigt. Angehörige bekommen ihren Aufenthalt so angenehm wie möglich gestaltet. Es existieren schriftlich fixierte Anweisungen zum Umgang mit letzten Willensäußerungen, Testament- und Nottestamentstellungen. Die Abteilung für Palliativmedizin besteht aus der Palliativstation mit 8 Betten sowie dem ambulanten Palliativteam Waldhessen.

Es besteht eine enge Zusammenarbeit zwischen der Häuslichen Krankenpflege und dem ambulanten Palliativ Care Team der Klinikum Bad Hersfeld GmbH. Wenn Kunden / Klienten zur palliativen Versorgung übernommen werden, werden diese möglichst in den Touren geplant, in denen die Mitarbeiter arbeiten, die eine entsprechende Zusatzqualifikation haben. Außerdem werden entsprechende Zeitfenster zur Versorgung eingeplant.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Im Klinikum und in der Häuslichen Krankenpflege gibt es eine Verfahrensregelungen zum Umgang mit Verstorbenen. Jeder Verstorbene wird individuell unter Respektierung seiner Würde und Berücksichtigung der religiös/kulturellen Vorgaben versorgt. Die Angehörigen haben die Möglichkeit, in angemessener Form auf Station oder in einem angemessen gestalteten Abschiedsraum im Klinikum Abschied zu nehmen. In der Klinik für Geburtshilfe existiert ein Konzept zum Umgang mit Tod- und Fehlgeburten, welches einen besonderen Schwerpunkt auf eine ganz persönliche Abstimmung auf die psychische Situation und Bedürfnisse der Eltern legt.

2. Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Personalbedarf

Die Personalplanung ist ein kontinuierlicher Prozess, der einen regelmäßigen Ist-Sollabgleich unter den Aspekten Leistungsspektrum und Leistungsmengen, aber auch der strategischen Entwicklung des Klinikums und deren Tochtergesellschaften (MVZ, Orthopädie, Häusliche Krankenpflege), erfordert. Personalbedarfsberechnungen erfolgen anhand von Anhaltszahlen des Deutschen Krankenhausinstituts oder anderen Vergleichswerten aus anderen Einrichtungen. Die Planung erfolgt unter Einbeziehung der Mitarbeiter und der Personalvertretung. Bei der Planung von neuen Arbeitsbereichen werden dazu regelmäßig Arbeitsgruppen gebildet.

2.1.2 Personalentwicklung

Die Geschäftsführung ist in Zusammenarbeit mit den Direktoren, Abteilungsleitern, Chefärzten und kaufmännischen Leitungen für die Personalentwicklung zuständig, die sich an den strategischen Entscheidungen und an der fachlichen Weiterentwicklung orientiert. Auf Initiative der Mitarbeiter vorgeschlagene Maßnahmen zur beruflichen Weiterentwicklung werden durch die Geschäftsleitung aktiv unterstützt. Die jeweilige Einordnung der Stellen wird in Organigrammen abgebildet, die zum Teil auch abteilungsspezifisch vorliegen. Für die Verwaltung legt ein Geschäftsverteilungsplan Einordnung und Kompetenzen fest. Im Pflege- und Funktionsdienst liegen Stellenbeschreibungen vor. Der Fort- und Weiterbildungsbedarf wird abteilungsbezogen ermittelt.

2.1.3 Einarbeitung

Neuen Mitarbeitern wird ein Mentor/Praxisanleiter für die Einarbeitungsphase zur Seite gestellt. Informationen zu abteilungsübergreifenden Aspekten werden in einer Einarbeitungsmappe zusammengefasst und in der Einführungsveranstaltung (jeweils am 1. eines Monats) vorgestellt. Alle Dienstanweisungen, Verfahrensregelungen und Arbeitsanweisungen sind für alle Mitarbeiter jederzeit im QM-Handbuch im Intranet einzusehen.

2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Das Klinikum ist akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Gießen, der Hochschule Fulda sowie der Technischen Hochschule Mittelhessen. Das Institut für Gesundheitsberufe bietet Ausbildung für Diätassistenten, Gesundheits- und Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Weiterbildungskurs Fachkrankenpflege Anästhesie- und Intensivpflege (gemeinsam mit der Tochtergesellschaft Herz-Kreislaufzentrum Rotenburg) an.

Für den Bereich des Pflege- und Funktionsdienstes werden verschiedene Fortbildungsveranstaltungen in einem jährlichen Fortbildungsprogramm angeboten. Ein Verantwortlicher koordiniert die innerbetrieblichen Angebote mit externen Veranstaltungen und Kursen. Die Bekanntgabe der Fortbildungsveranstaltungen erfolgt im Intranet, Internet, und im papiergebundenen Seminarplänen. Der Fortbildungskalender wird an 50 externe Gesundheitsanbieter (Pflegedienste) versandt. Dieses Angebot wird rege wahrgenommen.

Im jährlichen Wirtschaftsplan sind für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen Mittel eingeplant. I

Für den akademischen Lehrbetrieb steht ein Hörsaal mit allen notwendigen technischen Ausstattung-

gen zur Verfügung. Entsprechende Medien sind vorhanden. Ein EDV-Schulungsraum mit 12 PC-Arbeitsplätzen bietet optimale Möglichkeiten für interne, aber auch externe EDV-Schulungsmaßnahmen.

Dieses Angebot steht allen Mitarbeitern der Klinikum-Gruppe zur Verfügung.

2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance

In der Klinikum-Gruppe wird ein elektronisches Arbeitszeitplanungs- und Erfassungsprogramm genutzt. Für jede Abteilung sind Arbeitszeitverantwortliche als Ansprechpartner für die Mitarbeiter benannt. Durch unterschiedlichste Arbeitszeitmodelle ist gewährleistet, dass die Wünsche der Mitarbeiter weitgehend berücksichtigt werden. Geleistete Mehrarbeit wird in Freizeit ausgeglichen. Verantwortlich für die Umsetzung sind die Abteilungsleiter.

2.1.6 Ideenmanagement

Regelmäßige Besprechungen tragen zu einem effektiven Dialog in der Klinikum-Gruppe bei und ermöglichen den Mitarbeitern das Vorbringen von Ideen, Wünschen und Beschwerden: die immer offene Tür der Geschäftsleitungen, zwei-wöchentliche Betriebsleitungssitzungen, Chefarztkonferenzen, regelmäßige Stationsleitungsbesprechung, Kontakt zwischen den Mitarbeitern und der Pflegedirektion, vierwöchige Besprechung aller Abteilungsleiter. Mitarbeiterleistung und besonderes Engagement werden von der Geschäftsleitung durch Genehmigung von Fort- und Weiterbildung honoriert. Im Rahmen der letzten Mitarbeiterbefragung wurden die Mitarbeiter aktiv zur Formulierung von Ideen und Vorschlägen motiviert.

3. Sicherheit - Risikomanagement

3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements

Ein Risikomanagementsystem mit festgelegten Kriterien, Meldewegen und zuständigen Personen ist in der Klinikum-Gruppe etabliert. Durch Melde- bzw. Frühwarnsysteme sind Fehlerquellen und Risiken in medizinischen, wie auch ökonomischen Bereich zu erkennen. Durch die Ableitung geeigneter Verbesserungsmaßnahmen können derartige Situationen in Zukunft vermieden oder in der Häufigkeit deutlich reduziert und trägt zu einer sichereren Patientenversorgung bei.

Risikoaudits wurden bereits in bestimmten Abteilungen in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft für Risikoberatung (GRB) durchgeführt. Im Clinotelverbund und im Klinikverbund Hessen sind Arbeitsgruppen etabliert, die sich jeweils mit dem Stand des Risikomanagements der Mitgliedshäuser beschäftigen. Innerhalb der Verbünde werden "CIRS-Fälle des Monats" vorgestellt.

Die Arbeitsgruppe "AG CIRS", 32 Mitarbeiter aus allen Berufsgruppen, ist mit der flächendeckenden Umsetzung des CIRS beauftragt. Ein CIRS-EDV-Tool ist eingeführt. Das Verfahren ist in einer Betriebsvereinbarung festgelegt. Zusätzlich zu den Schulungen erhält jeder Mitarbeiter einen Info-Flyer. Die Ausweitung des Risikomanagements auf alle Tochtergesellschaften ist in Umsetzung. Eine konzernübergreifende "Risikostrategie" ist formuliert.

3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung

Zur Thematik Eigen- und Fremdgefährdung werden regelmäßig Begehungen durch die Fachkraft für Arbeitssicherheit und Technische Leitung durchgeführt.

Besondere Patientengruppe wie z.B. in der Psychiatrie werden durch bauliche Maßnahmen (Schließsysteme, gut einsehbare Räumlichkeiten, ein kameraüberwachtes Zimmer pro Station, Time-out-Maßnahmen oder besonderes Patientenklintel) und besonders geschultes Personal daran gehindert, für andere Patienten ein Sicherheitsrisiko darzustellen.

In der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin sind sämtliche Einrichtungen, Ausrüstungen und Anschlüsse kindgerecht. Aufenthalts- und Spielzimmer sind so in die Kinderstationen integriert, dass Sicherheitsrisiken minimiert werden können.

MVZ Fachbereiche Nuklearmedizin und Chirurgie

Zur Beurteilung potentieller Risiken werden die Standorte von der Fachkraft für Arbeitssicherheit begangen, die dann die Beurteilung (auch aus Patientensicht) vornimmt. Im Fachbereich der Nuklearmedizin werden die den Patienten gefährdeten Bereiche (Kontrollbereich) mit Hinweisschildern gesondert gekennzeichnet. Im Fachbereich der Chirurgie ist der Röntgenbereich mit Hinweisschildern gesondert gekennzeichnet.

Im Bereich der Häuslichen Krankenpflege werden im Rahmen des Erstgespräches die Wünsche und Bedürfnisse des Kunden / Klienten und seiner Angehörigen /Betreuer erfragt. Die Ergebnisse des Erstgespräches werden auf speziellen Formblättern (Erstgespräch und Anamnesebogen) und im Pflegebericht vermerkt, ebenso die Inhalte von Beratungen und Empfehlungen auf einem gesonderten Formblatt. Die patientenbezogenen Risiken werden dann von der PFK im Laufe der ersten Versorgung erhoben und auf dem entsprechenden Formblatt dokumentiert, ebenso die notwendigen Prophylaxen. Die Einschätzungen werden nach einem festgesetzten Rhythmus und bei langfristiger Veränderung des Gesundheitszustandes evaluiert.

Zur Sturzprophylaxe wird von der PFK eine separate Gefährdungsanalyse erhoben, die auf dem entsprechenden Formblatt dokumentiert wird. Der Kunde / Klient und seine Angehörigen / Betreuer be-

kommt einen Flyer "Information Sturz" ausgehändigt.

Dem Kunden / Klienten und seinen Angehörigen / Betreuern wird im Rahmen des Erstgesprächs die Benutzung eines Hausnotrufs bei entsprechender Gefährdung empfohlen und das entsprechende Informationsmaterial ausgehändigt.

3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement

Die Organisation für das Notfallmanagement liegt in den Händen der Chefärzte Anästhesie und Kardiologie. Unterstützung und Ablauforganisation durch festbenannte Oberärzte beider Abteilungen. Ausstattung aller Organisationseinheiten im Klinikum mit identischen Notfallwägen und AEDs. Ausstattung der Reanimationsteams mit Rucksack, Defibrillator, Beatmungsmöglichkeit.

Jährliche dokumentierte Teilnahme aller an der Patientenversorgung teilnehmenden Mitarbeiter des Hauses. Teilnahmebescheinigung wird beim Abteilungsleiter hinterlegt und von diesem ausgewertet. Teilnahme aller Trainer an einer ERC-Reanimationschulung. Jährliches Megacode-Training für die Reanimationsteams mit Dokumentation.

Zuordnung der Stationen, Ambulanzen, Verwaltungstrakte, (Frei-)Flächen zu einem der beiden Reanimationsteams. Direkte Alarmierung über die zugewiesene Telefonnummer. Alarmierung ist Teil der jährlichen Schulung.

Ausstattung aller Telefone im Haus mit der zugeordneten Notfallrufnummer. Kenntnis aller Ärzte und Pflegenden über die Ihnen zugewiesene Telefonnummer. Regelkonforme Alarmierung und leitliniengerechte Erstversorgung nach BLS und ALS an der Einsatzstelle.

Bewertung eines jeden Einsatzes durch das Reanimationsteam. Zentrale Bearbeitung dieser Meldungen durch Oberarzt Anästhesie. Auffälligkeiten, Statistiken und Verbesserungsvorschläge werden in regelmäßig stattfindenden QM-Zirkeln besprochen.

MVZ Fachbereiche Nuklearmedizin und Chirurgie

Im Fachbereich Nuklearmedizin gilt die Regelung des Klinikums.

Für den Fachbereich Chirurgie ist ein dezentral organisiertes Notfallmanagement etabliert.

Die Mitarbeiter/innen nehmen an den zentral organisierten Notfallschulungen des Klinikums teil. Die Teilnahme wird dokumentiert. Die Überprüfung der Teilnahme erfolgt über das Sekretariat der kaufm. Leitung, bei Nichtteilnahme erfolgt eine schriftliche Aufforderung zur Teilnahme durch die kaufm. Leitung.

Häusliche Krankenpflege

Für den Umgang mit medizinischen Notfällen in der häuslichen Umgebung und wenn ein Kunde ohne Grund nicht öffnet, wurde eine Arbeitsanweisung erstellt, die allen Mitarbeitern bekannt ist.

Das Hausnotrufsystem wird von einem externen Anbieter angeboten. Die Mitarbeiter der Häuslichen Krankenpflege stehend beratend zur Seite und achten darauf, dass der Kunde / Klient immer seinen Hausnotrufknopf angelegt hat.

3.1.4 Organisation der Hygiene

In der Klinikum-Gruppe ist ein systematisches Hygienemanagement etabliert. Eine Krankenhaushygienikerin leitet in enger Kooperation mit dem Beratungszentrum für Hygiene in Freiburg (BZH) die Abteilung Krankenhaushygiene.

Als Fachpflegekräfte mit abgeschlossener Weiterbildung werden eine leitende Hygienefachkraft und

zwei weitere Hygienefachkräfte in Vollzeit beschäftigt. Diese sind in ihrer Tätigkeit der Krankenhaus-hygienikerin unterstellt.

Für alle klinischen Bereiche sind Hygienebeauftragte Pflegekräfte benannt, in Risikobereichen und festgelegten Bereichen mit erhöhtem Infektionsrisiko wurden Hygienebeauftragte Ärzte qualifiziert. Geschult wurden Hygienebeauftragte Ärzte als auch Pflegekräfte in einer gemeinsamen Inhouse-Schulung (40 h Kurs) durch das Beratungszentrum für Hygiene (BZH).

Eine Hygienekommission tagt mindestens halbjährlich. Die Kommission erfüllt eine beratende Funktion des Leiters der Einrichtung in Belangen der Infektionsprävention. Der Vorsitz der Kommission obliegt dem Ärztlichen Direktor.

3.1.5 Hygienerelevante Daten, Infektionsmanagement

Ein umfangreiches MRSA- Screening wird in nahezu allen relevanten Kliniken und Abteilungen durchgeführt. Es erfolgt ein generelles Screening ohne Abfrage der Risikogruppen. Die Patienten werden nicht präemptiv isoliert. Patienten mit positivem MRSA- Nachweis werden isoliert und in Sanierungsmaßnahmen eingebunden. Alle Maßnahmen werden dokumentiert. Die Sanierung erfolgt gemäß Sanierungsprotokoll. Ein besonderer Focus liegt auf dem prästationären Screening, insbesondere in den Ambulanzen mit operativem Schwerpunkt. Bei Verlegungen wird der Besiedlungs- bzw. Sanierungsstatus den weiterbehandelnden Einrichtungen mitgeteilt.

Die KRINKO- Empfehlungen zum Mikrobiellen Kolonisationsscreening bei intensivmedizinisch behandelten Früh- und Neugeborenen sind umgesetzt und werden im klinikinternen mikrobiologischen Labor durchgeführt.

Das Screening auf MRGN erfolgt seit Anfang 2016 risikoadaptiert, anhand einer Checkliste bei Patienten, die voraussichtlich länger als 72h stationär aufgenommen werden.

Im Falle von viral induzierten Ausbruchsgeschehen (gastroenteritische Erreger, respiratorische Erreger) werden Rettungsdienst und Notaufnahme umgehend angewiesen die Vorgaben dieser speziellen Aufnahmesituation zu beachten:

- ggf. Sichtung der Patienten durch ÄD im NAW
- ggf. Anfahren der Klinik durch den Rettungsdienst über definierte Wege

Für die konservative Notaufnahme gibt es eine schriftlich fixierte Ablaufplanung zur Aufnahme von Patienten mit V.a. auf eine Infektionserkrankung, oder eine Besiedlung mit Multiresistenten Erregern. Die Aufnahme erfolgt in einem Raum mit Schleusenbereich und entsprechender Raumlufttechnik. Patienten, ohne direkte Zuweisung werden durch spezielle Beschilderungen und Maßnahmen im Klinikbereich gelenkt. Ausreichend Schutzkittel und andere Schutzmaßnahmen werden in Depots vorgehalten. Falls möglich erfolgt eine zeitnahe Ausschlussdiagnostik mittels Schnellteste in der Abteilung Mikrobiologie. Ausbruchsgeschehen durch bakterielle Erreger werden zeitnah im klinikinternen mikrobiologischen Labor identifiziert und mittels Befundkopie an die Abteilung Klinikhygiene weitergeleitet. Die MA der Klinikhygiene besprechen vor Ort die Isolations- und Hygienemaßnahmen mit dem ärztlichen und pflegerischen Dienst. Differenziert nach den unterschiedlichen Keimspezies werden ggf. Umgebungsuntersuchungen unter besonderer Berücksichtigung auch von Biofilmbildung durchgeführt. Der Pandemieplan basiert auf den Erfordernissen der Gefahrenabwehr und richtet sich nach folgenden Kriterien:

- Fachliche Zuständigkeit von medizinischer Versorgung und Verwaltung
- Räumliche Ausbreitung der Patientenaufnahme
- Personelle und/oder materielle Ressourcenverfügbarkeit für die Abwehrmaßnahmen
- Ausweitung bei eskalierender Schadenslage

Das klinikinterne mikrobiologische Labor erkennt auffällige Erreger, Resistenzmuster und Infektionsfälle zeitnah. Die Mitarbeiter der Klinikhygiene kontaktieren sofort die betroffenen Stationen und leiten alle Maßnahmen ein.

Das Klinikum beteiligt sich an nachfolgend genannten Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systemen des NRZ:

- ITS- KISS
- OP- KISS
- NEO- KISS
- HAND- KISS
- CDAD- KISS
- MRSA- KISS

Die Erfassung erfolgt durch die Hygienefachkräfte im Dialog mit den für den Behandlungsprozess verantwortlichen Ärzten und Pflegekräften.

Die Ergebnisse werden in den Hygienekommissionssitzungen, den CA- Konferenzen, aber auch abteilungs- bzw. klinikintern vorgestellt und diskutiert. Durch die enge Kommunikation zwischen den MA der Klinikhygiene und den MA der Mikrobiologie werden nosokomiale Infektionen zeitnah identifiziert. Bei Auffälligkeiten werden hygienerelevante Tätigkeiten durch die Hygienefachkräfte unterstützend begleitet und ggf. modifiziert.

MVZ Fachbereiche Nuklearmedizin und Chirurgie

Im Fachbereich Nuklearmedizin gilt die Regelung des Klinikums.

Im Fachbereich Chirurgie erfolgt eine monatliche Meldung über postoperative Wundinfektionen (bei Leistenbrüchen) an das Gesundheitsamt Bad Hersfeld.

Häusliche Krankenpflege

Die übergebende Einrichtung teilt der HKP im Arztbrief, Pflegeüberleitungsbogen oder telefonisch mit, wenn der Kunde / Klient mit einem multiresistenten Erreger oder einem anderen Infektionserreger infiziert ist.

Für die Pflege von Kunden/Klienten mit Besiedelung oder Infektion mit Multiresistenten Erregern existieren spezifische Verfahrensanweisungen. Diese sind im Hygieneplan hinterlegt.

Der Kunde / Klient wird an der Stecktafel rot markiert und mit den Mitarbeitern der Tour werden die entsprechenden Schutzmaßnahmen, ggf. Sanierungsmaßnahmen und Abstrichroutinen besprochen.

Bei Problemen und Rückfragen steht die Hygieneabteilung des Klinikums zur Verfügung.

Bei Kunden / Klienten, wo der Verdacht besteht, dass z.B. eine Wunde infiziert ist, wird nach Rücksprache mit dem Hausarzt / Facharzt dann ein Abstrich vorgenommen. Je nach Abstrichergebnis werden dann die entsprechenden Maßnahmen durchgeführt.

Die Mitarbeiter erhalten jährliche Schulungen zu den Maßnahmen der Basishygiene als auch zu erweiterten Hygienemaßnahmen. Die Teilnahme an den Schulungen ist für jeden Mitarbeiter verpflichtend und wird durch die Leitung dokumentiert.

3.1.6 Arzneimittel

In der zentralen Apotheke der Klinikum-Gruppe arbeiten 4 Apotheker, 5 PTA und 5 PKA. Es ist sichergestellt, dass immer ein Apotheker anwesend ist. Bei Neueinstellung einer Mitarbeiterin wird diese von den Kolleginnen des jeweiligen Fachbereichs eingearbeitet (z.B. Apotheker durch Apotheker), verantwortlich für die Durchführung ist die Apothekenleitung. Die Durchführung der Stationsbegehungen ist an eine Apothekerin delegiert worden und wird halbjährlich durchgeführt und dokumentiert. Die AMK-Sitzungen finden ebenfalls halbjährlich statt, hierbei werden die Verbrauchszahlen und neu aufzunehmende Arzneimittel diskutiert.

In der Öffnungszeit von Montag bis Freitag werden die Abteilungen 4x wöchentlich mit Arzneimitteln, Verbandstoffen und Infusionslösungen versorgt, für Notfälle stehen Depots mit verschiedenen Arzneimitteln, Antidota und Blutprodukten zur Verfügung sowie ein Notdienst am Samstag, in dringenden Fällen existiert für Chef- und Oberärzte eine Telefonliste an der Pforte, über welche die Apotheker erreichbar sind.

MVZ Fachbereiche Nuklearmedizin und Chirurgie

Für die Bestellung und Lagerung von während der Diagnostik eingesetztem Medikamente ist am jeweiligen Standort ein Mitarbeiter/in verantwortlich.

Sprechstundenbedarf wird über niedergelassene Apotheken, Verbandsstoffe, Verbrauchsgüter und Praxisbedarf über die Klinikapotheke und Wirtschaftsabteilung des Klinikums bezogen. (VA Umgang Arzneimittel, Bestellung).

Im Bereich Nuklearmedizin werden Medikamente zur Diagnostik unter Reinraumbedingungen zusammengestellt. (Arbeitsanweisung).

Applikation erfolgt entsprechend des Strahlenschutzes.

Verordnung und Bestandskontrolle unter der Verantwortung des jeweiligen Arztes.

Häusliche Krankenpflege

Die Bedarfsmedikation wird vom Arzt angeordnet. Die Anordnung umfasst das Medikament, die Indikation, die Einzeldosis und die Tageshöchstdosis. Diese Anordnung wird auf dem entsprechenden Formblatt dokumentiert. Die Bedarfsmedikation befindet sich beim Kunden / Klienten in einer verschlossenen Medikamentenbox. Die PFK händigt dem Kunden / Klienten auf Nachfrage die Bedarfsmedikation aus und dokumentiert dies im Berichteblatt, auf dem Leistungsnachweis und auf der Durchführungskontrolle.

3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin

Das Klinikum verfügt über ein Blutdepot und ein Immunhämatologisches Labor. Ein QM-System Hämotherapie ist etabliert. Eine Transfusionskommission bestehend aus Transfusionsverantwortlichem, Transfusionsbeauftragten Ärzten, Leitung Blutdepot, Geschäftsführung, Pflegedirektion, Leitung Technik, Qualitätsbeauftragtem Hämotherapie, Leitung Apotheke tagt mindestens zwei Mal jährlich. Anhand einer standardisierten Auditcheckliste werden durch die Transfusionsbeauftragten Ärzte Begehungen in den transfundierenden Einheiten durchgeführt. Im Immunhämatologischen Labor/Blutdepot erfolgt ein Mal jährlich eine ausführliche Selbstinspektion.

Diese Regelung gilt für die Klinikum-Gruppe.

3.1.8 Medizinprodukte

Die Definition der Schnittstellen zwischen Medizin und Technik erfolgt anhand der Grafischen Übersicht "Verantwortliche Personenkreise" (Dienstanweisung für die Klinikum Bad Hersfeld-Gruppe). Medizinproduktbeauftragte sind auf jeder Station und in jedem Funktionsbereich benannt und dem Personal in Mitarbeiter/Teambesprechungen bekanntgegeben. Die Namen dieser Personen sind in einer Liste jeweils auf der Station, in der Abteilung Medizintechnik sowie in der Pflegedirektion hinterlegt. Bei der Beschaffung neuer Produkte werden die Klinikhygiene und die Fachkraft für Arbeitssicherheit mit einbezogen. Die Beschaffung von Medizinprodukten erfolgt nach Verfahrensanweisung (VA-Beschaffung) unter Berücksichtigung der Anforderungen des Medizinproduktegesetzes (MPG) sowie

der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV).

Die Organisation bzw. die ordnungsgemäße und fristgerechte Durchführung der sicherheitstechnischen Kontrollen liegt im Verantwortungsbereich der Abteilung Medizintechnik. Die benannten Personen halten die Anwender ihrer Bereiche dazu an, im Rahmen der Funktionsprüfungen auf gültige (nicht abgelaufene) Prüfsiegel zu achten. Bereits überschrittene Prüftermine sind der Abteilung Medizintechnik zu melden.

Leihgeräte, Geräte zur Reparaturüberbrückung und Erprobung sind der Abteilung Medizintechnik zwecks Abschluss eines Leihvertrages zu melden. Für diese Geräte gelten die gleichen Vorgaben (MP-Buch, Einweisung und Inventarisierung) wie für regulär beschaffte Medizinprodukte.

Diese Regelung gilt für die Klinikum-Gruppe, einschließlich aller Tochtergesellschaften.

Häusliche Krankenpflege

Die Pflegedienstleitung oder die zuständige Pflegekraft bestellt, nach Absprache mit dem Kunden / Klienten und dessen Angehörigen /Betreuer, nach dem Erstbesuch in der häuslichen Umgebung oder bei Veränderung der Pflegesituation die notwendigen Hilfsmittel (z.B. Toilettenstuhl, Badewannenlifter, Pflegebett usw.) bei dem zuständigen Hausarzt und leitet das Rezept an das von Kunden / Klienten gewünschte Sanitätshaus oder die Pflegekasse weiter.

Die Mitarbeiter werden in die entsprechenden Meidizingeräte eingewiesen. Die Einweiserprotokolle werden in der Medizintechnik des Klinikums elektronisch erfasst.

Die Pflegehilfsmittel der Kunden / Klienten werden auf einem Formblatt erfasst und dort stehen auch die Wartungsintervalle der Sanitätshäuser. Die Intervalle werden im Rahmen der Pflegemappenevaluation überprüft.

3.2.1 Arbeitsschutz

Die Krankenhausleitung hat zwei Fachkräfte für Arbeitssicherheit mit Zuständigkeiten für die Klinikum-Gruppe sowie zwei Betriebsärzte benannt. Ein Arbeitsschutzausschuss ist eingerichtet. Die Fachkräfte für Arbeitssicherheit begehen Arbeitsplätze der verschiedenen Berufsgruppen und prüfen diese anhand der gesetzlichen Vorgaben. Es finden jährliche Unterweisungen zu den Bereichen Brandschutz, Strahlenschutz, Biostoffverordnung und Arbeitsschutz statt. Es gibt Verfahrensregelungen zum Thema Unfallmeldungen und Umgang mit Gefahrstoffen.

Der Betriebsärztliche Dienst ist mit zwei Ärzten besetzt. Die Terminvergabe und -überwachung erfolgt über das Sekretariat des Betriebsärztlichen Dienstes und wird künftig durch die Software SAMAs unterstützt. In den Einführungsveranstaltungen für neue Mitarbeiter wird über Frequenz und Rhythmus der betriebsärztlichen Untersuchungen informiert.

Die Gefährdungsbeurteilungen werden unter Beteiligung der SiFas mit den verantwortlichen Abteilungsleitungen erstellt und in SAMAs hinterlegt. Die Fortschreibung der Gefährdungsbeurteilung soll über den WebClient von SAMAs erfolgen. Für den Umgang mit Gefahrstoffen gibt es eine Dienstweisung. Sicherheitsdatenblätter und Betriebsanweisungen werden in SAMAs hinterlegt.

3.2.2 Brandschutz

Für die Klinikum-Gruppe ist ein Brandschutzbeauftragter benannt. In den einzelnen Tochtergesellschaften sind jeweils Koordinatoren zum Thema Brandschutz benannt. Die existierenden Verfahren zum Brandschutz entsprechen den gesetzlichen Regelungen. Flucht- und Rettungswegpläne für alle Bereiche sind in den entsprechenden Fluren und an exponierten Stellen den Forderungen der Brand-

schutzbehörde gemäß ausgehängt, so dass auch ortsfremde Personen sicher die Fluchtwege finden können. Jeder Abteilungs-/ Stationsleitung ist der Katastrophenschutzplan zugänglich, in dem die Verhaltensweise bei internen und externen Katastrophen festgeschrieben ist und in dem auch Evakuierungsregelungen enthalten ist.

3.2.3 *Datenschutz*

In der Klinikum-Gruppe sind Datenschutzbeauftragte für jeden Standort benannt. Diese werden insbesondere bei neuen Konzepten in Sachen Dokumentation oder EDV-Software in den Entscheidungsprozess eingebunden.

Das Konzept zum Schutz der persönlichen Daten der Patienten und Mitarbeiter ist im Datenschutzhandbuch geregelt. Eine Dienstanweisung zur Sicherstellung des Datenschutzes liegt vor.

Alle Mitarbeiter unterliegen der Schweigepflicht. Der Mitarbeiter einer Abteilung hat nur Zugriff auf die Daten, der z. Z. auf der Abteilung liegenden Patienten. Zugriff auf Mitarbeiterdaten haben nur autorisierte Personen. Von Seiten der Betriebsärztin angeordnete Laboruntersuchungen laufen anonymisiert unter der Laborauftragsnummer. Der Zugriff über EDV auf die Patientendaten ist per Passwort und differenzierte Rechtevergabe geschützt.

Es werden regelmäßige Begehungen zusammen mit dem Betriebsrat durchgeführt. Auffälligkeiten werden zeitnah behoben. Bei Auffälligkeiten oder bei Bedarf unterrichten die Datenschutzbeauftragten die Geschäftsführung über den aktuellen Stand. Ggf. erfolgt eine Beratung im Rahmen der Betriebsleitung und notwendige Maßnahmen werden besprochen und eingeleitet.

Die abgestuften Zugriffsrechte für Mitarbeiter und deren Zugangsprofile sind in der EDV-Abteilung hinterlegt. Jeder Anwender hat Bereiche, die er nur mit seinem persönlichen Passwort nutzen kann. Es ist sichergestellt, dass jeder nur die Daten nutzen kann, die er benötigt. Die elektronischen Sicherungen vor nicht gewünschten Zugriffen ist durch Firewall, Virens Scanner gewährleistet. Die geregelten Zugriffsmöglichkeiten für externe Dienstleister auf interne Daten sind über Wartungsverträge mit festen VPN-Verbindungen und über Fernwartungsprogramme möglich. Für alle Mitarbeiter existiert bezogen auf die Funktion ein abgestuftes Berechtigungskonzept. Für Daten, die verschlüsselt versandt werden müssen, werden die gesetzlichen Vorgaben nach §§ 301 und 302 SGB V eingehalten.

3.2.4 *Umweltschutz*

Für die Klinikum-Gruppe ist übergeordnet der Technische Leiter als Umweltmanagementbeauftragter benannt. An den jeweiligen Standorten sind Ansprechpartner als Koordinatoren benannt.

Seit dem Jahr 1988 engagiert sich eine "Arbeitsgruppe Umweltschutz" für eine beständige Verbesserung des Umweltschutzes und die Einbeziehung dessen in die Klinikprozesse. Die Arbeitsgruppe setzt sich aus Mitarbeitern aller Abteilungen zusammen (Technik, Qualitätsmanagement, Betriebsrat, Apotheke, Pflege, Geschäftsführung, Leitung Hausdienste).

Der Umweltmanagement-Beauftragte koordiniert und überprüft die Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen, die aus den jährlichen Analysen in den Bereichen Abfall, Energie und Wasser abgeleitet werden. Er hat an einer Fortbildung zum Abfallbeauftragten teilgenommen. Seine Aufgaben sind in einer Stellenbeschreibung festgehalten. Zwei Abfallbeauftragte sind benannt.

Umweltschutz, Arbeitsschutz und Qualitätssicherung werden im Klinikum im Rahmen eines einzigen, integrierten Managementsystems organisiert. Neben dem Ziel, sich einen systematischen Überblick über die rechtlichen Umweltschutzverpflichtungen zu verschaffen, sollen genauso auch Kostensparpotenziale im betrieblichen Umweltschutz erschlossen werden.

Bis Herbst 2012 war unser Umweltmanagementsystem nach der DIN ISO 14001 zertifiziert. Eine Weiterführung der Zertifizierung ist hier nicht vorgesehen, das UMS wird aber trotzdem weiter betrieben und von der AG "Umweltschutz" gelenkt.

Das System beinhaltet Umweltleitlinien, jährlich fortgeschriebene Umweltziele, sowie Prozess- und Verfahrensregelungen. Mit dem Beitritt zur Umweltallianz Nordhessen und der Teilnahme an Benchmarking-Verfahren wurde eine Optimierung der Umweltziele erreicht.

3.2.5 Katastrophenschutz

Die Klinikum Bad Hersfeld GmbH hat in seine Planungen das medizinische Katastrophenschutz-Konzept des Landes Hessen wie auch den Katastrophenschutzplan des Landkreises einbezogen. Bei Änderungen/Neuerungen durch das Land oder den Landkreis werden im Klinikum die nötigen Anpassungen vorgenommen. Die Verantwortlichen/ Ansprechpartner sind im Krankenhaus-Einsatzplan hinterlegt. An den einzelnen Standorten liegen gesonderte Alarmierungs- und Einsatzpläne vor. Die jeweiligen Ansprechpartner sind benannt.

Die Aufnahmeverpflichtung ergibt sich aus dem Krankenhausrahmenplan des Landes Hessen. Weiterhin gibt es in Großschadensereignissen eine Kommunikationsstruktur zwischen der Zentralen Leitstelle des Landkreises zu allen Krankenhäusern. Hierbei werden dann im Detail Behandlungskapazitäten abgefragt. Aktuelle Belegungslisten sind über das KIS zu drucken. Die Alarmierung der Mitarbeiter erfolgt zurzeit noch über Papierlisten - die Mitarbeiter der Klinik Einsatzleitung und bei bestimmten Einsatzstichworten automatisiert.

Schulungen finden zusammen mit den Pflichtunterweisungen "Brandschutz, Datenschutz, Arbeitssicherheit und Strahlenschutz" statt.

Übungen werden durchgeführt. Im Rahmen der regelmäßigen Überprüfung des Einsatzplanes und bei Übungen der Hilfsorganisationen wird die Kommunikation überprüft.

3.2.6 Ausfall von Systemen

Nichtmedizinische Notfallsituationen wurden in Zusammenarbeit u.a. mit der technischen Abteilung und auch der EDV-Abteilung erarbeitet. Diese finden sich in dem Krankenhaus-Einsatzplan im Abschnitt 4 "Betriebsstörungen" wieder.

Die allgemeinen Handlungsanweisungen sind im Krankenhaus-Einsatzplan hinterlegt im Abschnitt 2 sowie den speziellen Abschnitten zu bestimmten Themen. Sie liegen zudem an der Information vor und werden bei Änderungen aktualisiert. Für die AEMP (Steri) liegt eine "Havarievereinbarung" mit kooperierenden Krankenhäusern vor, die Regelungen bei technischem Ausfall von RDG und Steri beinhaltet. Ein EDV-Ausfallkonzept, ein Küchengroßgeräteausfallkonzept liegt vor.

Die Gasversorgung ist durch eine Gas-Warnanlage gesichert. Bei Austritt des Gases schalten sich die Ventile automatisch ab und es erfolgt eine sofortige Alarmierung zur Gebäude-Leittechnik. Bei Ausfall der Gasversorgung können die Heizungskessel und Dampfkessel mit Heizöl betrieben werden. Störungen im EDV-System werden durch zwei getrennte Rechenzentren und einer Virtualisierungstechnologie vermieden. Ein Stromausfall wird mittels der Gebäude-Leittechnik an die Information und gleichzeitig an das Büro der Technik gemeldet. Das Notstromaggregat steht jederzeit zur Verfügung, monatlich erfolgt ein Lastprobelauf mit Überprüfung der Umschalteneinrichtung. Die Wasserversorgung erfolgt über 2 Einspeisestellen, die im Notfall über einen Bypass verbunden werden können. Regelmäßig wird das Trinkwasser durch ein akkreditiertes Labor überprüft.

Eine Information zu diesem Thema findet im Rahmen der Brand- und Katastrophenschutzunterweisung statt.

Die Kommunikation ist im Notfall über mehrere techn. Einrichtungen möglich. Neben dem Telefon existiert eine separate DECT-Anlage sowie an zentraler Stelle Funkgeräte, Piepser, Mobiltelefone und eine zentrale Rufanlage.

Für die einzelnen Standorte der Klinikum-Gruppe sind jeweils Ansprechpartner als Koordinatoren benannt.

Häusliche Krankenpflege

Auf dem Stammbblatt der Kunden / Klienten ist die Notfallnummer der entsprechenden Sanitätshäuser vermerkt. Diese sorgen umgehend für eine Reparatur oder Austausch des betroffenen Gerätes.

4. Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Basis für die flächendeckende IT-Infrastruktur in der Klinikum-Gruppe ist ein homogen aufgebautes und hochverfügbares Netzwerk. Im Backbone-Bereich wird dieses durch entsprechende Dopplung der Komponenten erreicht. Für den Bereich des Medizinischen Netzwerkes gelten die Vorgaben der MedizinproduktHersteller, die für dieses Netzwerk auch die Verantwortung tragen. Erreicht wird dieses unter anderem durch eine strikte physikalische Trennung der EDV-Netze. Für diese Netzwerke gelten jeweils die Sicherheits- und Datenschutzbestimmungen des Betreibers.

Der Aufbau einer elektronischen Patientenakte wird durch die Darstellung aller im KIS erzeugten Patientendokumente in der Krankengeschichte vorangetrieben. Externe Dokumente werden eingescannt und sind ebenso in der Krankengeschichte des Patienten im KIS hinterlegt.

In allen Bereichen der Klinikum-Gruppe stehen vernetzte Arbeitsplätze zu Verfügung. Auf der Basis verschiedener funktionspezifischer Informationssysteme hat sich ein integriertes Krankenhausinformationssystem entwickelt. Alle berechtigten Mitarbeiter können in unterschiedlichem Umfang zeitlich uneingeschränkt auf das interne Netzwerk zugreifen. Schulungen und Einweisungen in den Bereichen Patientenerfassung und -verwaltung, Office und QM-Handbuch gewährleisten einen umfassenden Sach- und Kenntnisstand der Mitarbeiter.

In der häuslichen Krankenpflege erfolgen die Pflegeablaufplanung, die Administration/Verwaltung sowie die Abrechnung digital. Die Verlaufsdokumentation der pflegerischen Versorgung erfolgt derzeit papiergestützt.

4.2.1 Klinische Dokumentation

Der Ausbau des KIS-Systems Agfa Orbis in Richtung digitale Patientenakte ist in einer Mehrjahresstufenplanung festgeschrieben. Aktuell gehören hierzu zum Beispiel: digitale Arztbriefschreibung, digitale Anamneseerhebung. Die nächsten Schritte sind die digitale Fieberkurve und Pflegeplanung. Anwenderschulungen zum KIS werden regelhaft u.a. mit Unterstützung der Firma Agfa Orbis für alle Berufsgruppen angeboten. Hierzu steht ein EDV-Schulungsraum mit 12 vernetzten Rechnern zur Verfügung.

Die Dokumentation und Archivierung von Patientendaten ist über eine Verfahrensregelung festgelegt. Die Patientendokumentation ist in unserem Haus über alle Abteilungen gleich geregelt. Es wird ein einheitliches Kurvenblatt und ein Befundsammelordner (Stocker-System) geführt. Die Verantwortlichkeit zur Führung der Patientendokumentation ist in einer Verfahrensregelung festgelegt. Pflegerische Verantwortlichkeit: Alle pflegerischen durchgeführten Maßnahmen werden pro Schicht farblich unterschiedlich (Früh-Rot, Spät-Grün, Nacht-Schwarz) dokumentiert und mit Handzeichen versehen. Verantwortlich ist die Pflegekraft. Lt. §2 Punkt H der Geschäftsordnung der Betriebsleitung ist der ärztliche Direktor als Hauptverantwortlicher zur Sicherstellung der Patientenaufklärung und zur Dokumentation von Patientendaten benannt.

MVZ Fachbereiche Nuklearmedizin und Chirurgie
Analog Klinikum. VR Dokumentation und Archivierung.

Häusliche Krankenpflege

Die Stammdaten werden von der PDL im Rahmen des Erstgesprächs erfasst und digitalisiert. Die weitere Dokumentation wird von den PFK der zuständigen Tour durchgeführt. Innerhalb von 14 Tagen nach Pflegebeginn sind die Pflegeplanung und die Erstellung eines individuellen Pflegeablaufplanes abgeschlossen. Die Kunden- / Klientenakte ist dann komplett bearbeitet. Sie wird nach einem festgelegten Rhythmus und bei langfristiger Veränderung evaluiert.

Abweichungen von der geplanten Pflege / individuellem Pflegeablaufplan werden im Pflegebericht dokumentiert.

Beratungen und Anleitungen von Kunden / Klienten und deren Angehörigen / Betreuer werden systematisch durchgeführt und dokumentiert.

Bei Kunden / Klienten, die zusätzliche Leistungen im Bereich der Betreuung eingekauft haben, erfolgt die Dokumentation der Inhalte der Betreuung im Pflegebericht.

4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

Durch das eingerichtete KIS-System stehen durchgängig Arztbriefe, Befunde und andere Daten über vorangegangene Aufenthalte, entsprechend der Zugriffsberechtigungen der Mitarbeiter, zur Verfügung. Der Zugriff auf EDV-erfasste Daten ist zeitlich uneingeschränkt sichergestellt. Die Akten werden im Archiv abgelegt und können jederzeit eingesehen werden. Auch außerhalb der Archivöffnungszeiten ist der Zugang für autorisierte Personen jederzeit möglich. Unterlagen an weiterbetreuende Einrichtungen oder für Vorstellungen und anderen Kliniken oder Praxen werden grundsätzlich nur als Kopie weiter gegeben. Die Subsysteme sind durch Schnittstellen mit dem KIS für die Patientendatenübertragung verbunden. Somit wird eine Datenübertragung entsprechend der Anforderungen und Spezifikationen für die Stammdaten-, Befund-, Diagnose- und Leistungskennziffern sichergestellt. Auch die Bögen der Externen Qualitätssicherung werden im KIS ausgefüllt, einige Patientendaten fließen direkt in die Bögen ein.

Nachkommende Befunde werden nach Sichtung durch den Arzt dem Archiv zugeleitet und entsprechend der Fallnummer zugeordnet. Auf den Stationen existieren sogenannte Wochentürme, in denen zum aktuellen Tag die aktuellen Befunde von dem jeweilig zuständigen Arzt einsortiert werden. Nach Kenntnisnahme der Befunde durch den Arzt werden die Befunde der Akte zugeordnet.

Eine digitale Archivierung von Patientendaten/befunden über das KIS, Chili-WEB, RIS/PAC, im Zentrallabor (Lauris) durchgeführt. Die Archivierung von Patientenunterlagen findet in Form der Original-Patientenakte in einem zentralen Patientenarchiv statt. Die Radiologie verfügt über ein digitales Archivierungssystem. Eine Archivordnung ist etabliert. Ein Digitales Archiv, in welchem alle patienten- und sachbezogenen Dokumente abgelegt werden, wird weiterhin ausgebaut. Hier sind auch die Patientendokumente aus dem Vorgänger-KIS CareCenter der Fa. Siemens abgespeichert.

MVZ Fachbereiche Nuklearmedizin und Chirurgie

Durch ein einheitliches digitales EDV-System ist die Verfügbarkeit jederzeit gegeben.

Die Archivierung erfolgt elektronisch und in Papierform (z. B. Anamnesebogen, OP-Aufklärungsbogen).

Die Zugriffsberechtigungen sind in einem Rollen- und Berechtigungskonzept festgelegt und mit dem hessischen Datenschutzbeauftragten abgestimmt.

Standortübergreifend befindet sich ein Radiologiekonzept (abgestufte Berechtigungen) im Aufbau.

Für den Bereich Nuklearmedizin gibt es eine Schnittstelle zum Klinikradiologie-System (abgestufte

Berechtigungen).

Zum Aktenworkflow und Aktenmonitoring existieren Verfahrensregelungen.

Häusliche Krankenpflege

Kunden- / Klientendaten werden im Rahmen von externen Qualitätsprüfungen nur mit Einverständnis der Kunden- / Klienten und / oder deren Angehörigen / Betreuer weitergegeben. Besuche des MDK in der Häuslichkeit erfolgen nur mit dem schriftlichen Einverständnis des Kunden / Klienten und / oder dessen Angehörigen / Betreuer. Kopien von Kunden- / Klientenakten werden grundsätzlich nicht weitergegeben.

Die Übermittlung ärztlicher Befunde erfolgt über den zuständigen Hausarzt.

4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Das interne Informationswesen ist über ein Organigramm Informationsstrukturen abgebildet. In allen Funktionsbeschreibungen ist die Vorgabe " der Stelleninhaber berichtet an/informiert" festgeschrieben. Durch das Berichtswesen, die Protokolle der Arbeitsgruppen und Kommissionen, die Abteilungsleiter-Besprechungen, Betriebsrat-Sitzungen und Betriebsleitungs-Sitzungen sowie Chefarzt-Konferenzen erhält die Geschäftsführung und Direktoren alle Informationen des jeweiligen Betriebsgeschehens. Durch Meldepflichten der Beauftragten ist sichergestellt, dass Abweichungen von der Soll-Struktur der Geschäftsführung bekannt werden. Zudem ist der Geschäftsführer Mitglied einiger Kommissionen und Gremien an allen Standorten.

Die Geschäftsführung erhält regelmäßig externe Informationen, die bei der Steuerung berücksichtigt werden. Dazu gehören z.B. Informationen des Gesetzgebers, der Bundes- und Landesebene, der Hessischen KH-Gesellschaft (HKG), Krankenkassen und sonstiger Verbände.

Auch Ergebnisse des Benchmarking im Klinikverbund Hessen, ab Beginn 2013 aus dem Clinotel-Krankenhausverbund sowie von Befragungen fließen ein. Zudem ist der Geschäftsführer Mitglied diverser externer Gremien und Verteilernetzwerke.

Die Geschäftsführung, die Betriebsleitung und die Direktoren leben eine Open-Door-Policy. Im Rahmen von diversen Besprechungen ist der Kontakt zur Geschäftsführung, der Betriebsleitung und den Direktoren gegeben. Die Mitarbeiter können sich jederzeit mit ihren Anliegen auch per Email an die Geschäftsführung wenden.

MVZ Fachbereiche Nuklearmedizin und Chirurgie

Es finden regelmäßig Teamsitzungen statt, in denen der Austausch ermöglicht wird (z. B. Arzthelferinnen-Treffen, Ärzte-Treffen, PM-Treffen, Abteilungsleiter-Treffen). Hierzu werden Protokolle erstellt, die im Curator für die jeweiligen Mitarbeiter einsehbar sind.

Externe Informationen werden seitens der Verwaltung durch Rundmails übermittelt und werden regelmäßig auch in den Teamsitzungen weitergegeben.

An den Rezeptionen der einzelnen Standorte existiert eine Telefonliste mit den relevanten Telefonnummern.

4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Im Klinikum ist die Information an 7 Tagen der Woche rund um die Uhr besetzt. In der orthopädischen Klinik ist die Information zu den Kernarbeitszeiten besetzt, außerhalb wird das Telefon in nachgeordnete Abteilungen weitergeleitet, sodass eine 24-stündige Erreichbarkeit gegeben ist.

Die Geschäftsführung informiert regelmäßig durch Rundschreiben/Newsletter und Betriebsversammlungen. Alle Arbeitsplätze sind mit vernetzten PC ausgerüstet. Aktuelle Informationen werden wöchentlich unter der Rubrik "Aktuelles" in das Intranet eingestellt (Tagesordnung Betriebsleitungssitzungen, Veranstaltungen u.a.). Zudem dient die Homepage als Informations-Medium. Über (Email-) Verteilerlisten werden gezielt Personengruppen zu bestimmten Themen angeschrieben. Durch Umläufe (z.B. Bundesanzeiger, Gesetz- und Verordnungsblatt, medizinische und pflegerische Fachzeitschriften) werden die verschiedenen Berufsgruppen erreicht. Neue Mitarbeiter erhalten durch die Broschüre "Klinikum kompakt" einen Überblick über das Klinikum und die jeweiligen Ansprechpartner.

Die Homepage bietet Patienten und Partnern umfassende Informationen über die Klinikum-Gruppe. Für viele Abteilungen, Krankheitsbilder und Themen wurden Flyer und Broschüren erstellt, die ausgegeben werden oder z.T. auch über die Homepage downgeloadet werden können. Regelmäßig werden Informationsveranstaltungen und Fachvorträge zu bestimmten Themen durch die Fachabteilungen organisiert. Diese werden im Programm der Volkshochschule und auch in den örtlichen Zeitungen bekannt gegeben.

MVZ Fachbereiche Nuklearmedizin und Chirurgie

Die Kommunikationsstrukturen sind über eine Auflistung "interne Kommunikation" transparent. Die Mitarbeiter der Rezeption und des Telefondienstes sind zum Thema Kommunikation mit Kunden und Datenschutz geschult. Listen mit relevanten Telefonnummern liegen an der Rezeption aus.

Dienstpläne (EUVIS) übergreifend pro Standort sind für die Praxismanagerin einsehbar, jeder Mitarbeiter kann seinen persönlichen Dienstplan (MyPEP) einsehen.

Regelungen analog Klinikum, angepasst an die Gegebenheiten der MVZ-Standorte.

Regelmässige Teilnahme an den zentral gesteuerten Pflichtveranstaltungen ist für alle Mitarbeiter bindend.

Häusliche Krankenpflege

Die Abrechnung der Leistungen erfolgt durch Mitarbeiter der Verwaltung der HKP. Diese Verfahren wurde in einer Prozessbeschreibung festgelegt.

Die Informationsweitergabe an Hausärzte erfolgt in der Regel telefonisch. Der Inhalt des Gesprächs und die daraus resultierenden Absprachen werden auf einem gesonderten Formblatt in der Kundenakte dokumentiert.

Das Vorhandensein von Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen wird auf dem Stammbblatt dokumentiert. Je eine Kopie der Vorsorgevollmacht und der Betreuungsverfügung wird in der Pflegedokumentation und der Kundenakte im Büro abgeheftet.

5. Unternehmensführung

5.1.1 Philosophie/Leitbild

Die Entwicklung des Klinikums zum Kompetenzzentrum für Medizin in der Region wird konsequent und nachhaltig verfolgt. Auch das Bekenntnis zur kommunalen Trägerschaft wird nach wie vor bestätigt, z. B. durch Kreistagsbeschlüsse zur Sicherung des Klinikums Bad Hersfeld und durch einen einstimmigen Beschluss zur kommunalen Trägerschaft. Auf dieser Grundlage eines klaren Bekenntnisses des Trägers zur kommunalen Trägerschaft und zur Philosophie unseres Hauses konnten viele wichtige Entwicklungsschritte in den letzten Jahren gegangen werden. Im Rahmen des Klinikfusionsprozesses auf Kreisebene wurden im Januar 2016 tiefgreifende Entscheidungen zur Erhaltung und zur Sicherung der kommunalen Trägerschaft durch den Kreistag beschlossen.

Das Leitbild wird mit der strategischen Zielplanung abgestimmt und umgekehrt die strategische Zielplanung mit dem Leitbild. Konflikte haben sich bisher noch nicht ergeben, da die Unternehmensphilosophie konsequent verfolgt wird und die strategischen Ziele davon abgeleitet, entwickelt und beschlossen werden.

Das Klinikum in seiner kommunalen Trägerschaft ist in seiner Unternehmensphilosophie darauf ausgerichtet, unter dem Aspekt der Daseinsvorsorge den Bürgerinnen und Bürgern im Landkreis hochwertige Medizin wohnortnah anzubieten. Um diese Unternehmensphilosophie in die Realität umzusetzen, bedarf es bei den schwierigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen und bei der gegebenen Wettbewerbssituation einer permanenten Anpassung und Neuausrichtung des Unternehmens. Dabei ist die Unternehmensphilosophie, die im Leitbild zum Ausdruck kommt, der zentrale Orientierungsmaßstab für unser Tun oder Unterlassen.

Im Rahmen der sich weiterentwickelnden Klinikum Bad Hersfeld-Gruppe ist derzeit eine Anpassung des Leitbildes auf Konzernebene in Erarbeitung.

MVZ Fachbereiche Nuklearmedizin und Chirurgie

Das MVZ orientiert sich derzeit nach dem Leitbild der Muttergesellschaft.

Häusliche Krankenpflege

Für die Häusliche Krankenpflege wurde eine Pflegeleitlinie orientierend am Unternehmensleitbild erstellt.

5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Ableitend vom Leitbild des Klinikums sind Informations- und Kommunikationsstrukturen, Führungserwartungen festgelegt, die ein vertrauenförderndes Miteinander zur Grundlage haben. Durch das Prinzip der Transparenz zu den Gremienarbeiten und Entscheidungen, den offenen Umgang mit dem Betriebsrat und den übrigen Beauftragten wird Vertrauensförderung gelebt. Abweichungen von diesen Grundsätzen werden aufgrund der Transparenz innerhalb des Unternehmens sehr schnell bei der Betriebsleitung oder der Geschäftsführung bekannt und dann dort auch im Sinne einer Regelung aufgegriffen und mit den Beteiligten besprochen.

Personalentwicklung und Karriereplanung erfolgt durch planmäßige Fort- und Weiterbildung, Entwicklungsmaßnahmen (z. B. Führungstrainings) sowie über interne Ausschreibungen. Durch die regelmäßigen Monatsgespräche und die kurzen Wege zwischen Betriebsrat und Geschäftsführung sowie Per-

sonalabteilung werden viele Prozesse in der Planung eng abgestimmt und mit den Beteiligten besprochen.. Im Rahmen von Führungsgesprächen zwischen Geschäftsführer und Abteilungsleitungen werden diese in die strategischen Planungen einbezogen. In den monatlich stattfindenden Abteilungsleiterbesprechungen, den zweiwöchentlich stattfindenden Betriebsleitungssitzungen, den Chefarztkonferenzen, den Strategiekonferenzen und in vielen einzelnen und Gruppengesprächen werden die Verantwortlichen des Hauses und sach- und fachkundige Mitarbeiter in die strategischen Planungen einbezogen.

Oben genannte Ausführungen gelten für die Klinikum-Gruppe.

MVZ Fachbereiche Nuklearmedizin und Chirurgie

Für die Standorte sind Praxismanagerinnen benannt worden, für die Aufgaben der Praxismanagerin wurden entsprechende Fortbildungen besucht.

Es finden regelmäßige Teamsitzungen, Betriebsausflüge, Weihnachtsfeiern statt.

5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Bei der Erarbeitung des Leitbildes und der Pflegeleitlinien als integrativer Bestandteil wurde ethischen Fragestellungen, die den Patienten, aber auch die Mitarbeiter betreffen, ein breiter Raum eingeräumt. Die Betriebsleitung beschäftigt sich in ihren regelmäßigen Sitzungen mit ethischen und weltanschaulichen Fragen sowie den kulturellen und religiösen Bedürfnissen der Menschen im Hause. Bei der Planung und Vorbereitung von Prozessen oder Veränderungen, die ethische oder kulturelle oder weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse betreffen, findet zunächst ein Austausch innerhalb der Betriebsleitung statt.

Erforderlichenfalls werden derartige Entscheidungen unter Hinzuziehung der Klinikseelsorge bzw. des klinischen Ethikkomitees vorbereitet. Auch externe Unterstützung wird hinzugezogen.

Der Umgang mit Patientenverfügungen und Vollmachten ist in der Leitlinie zur Ermittlung des Patientenwillens und zum Umgang mit Patientenverfügungen geregelt. Bei der Anamneseerhebung wird das Vorhandensein einer Patientenverfügung dokumentiert. Ethische Fallbesprechungen werden unter Beteiligung und Moderation eines Mitgliedes des klinischen Ethikkomitees durchgeführt.

MVZ Fachbereiche Nuklearmedizin und Chirurgie Regelungen analog Klinikum, ethische Fragestellungen aus dem Bereich MVZ können an das Ethikkomitee weitergegeben werden. Auf kulturelle und religiöse Besonderheiten wird Rücksicht genommen.

Häusliche Krankenpflege Regelungen analog Klinikum, ethische Fragestellungen aus dem Bereich Häusliche Krankenpflege können an das Ethikkomitee weitergegeben werden. Zusätzlich wird seelsorgerische Unterstützung am jeweiligen Wohnort organisiert.

5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Die Aufgaben der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, die als Stabstelle dem Geschäftsführer zugeordnet ist, umfassen die Bereiche externe sowie interne Kommunikation, Corporate Identity, Marketing, Neue Medien und Veranstaltungsmanagement. Die Klinikum-Gruppe betreibt eine zielgruppenorientierte Öffentlichkeitsarbeit/Marketing. Sie richtet sich dabei an Mitarbeiter, die einweisenden- und niedergelassenen Ärzte, die Patienten und deren Angehörige, die Medien, an die interessierte Öffentlichkeit, an Partner in der Politik, in der Wirtschaft und an Wissenschaftler, Mitarbeiter und Studierende, Schüler der assoziierten allgemeinbildenden Schulen, Universitäten und Hochschulen.

Die Marketingkernideen sind, 1. Kompetenzzentrum für Medizin, 2. Kommunale Trägerschaft und 3. Qualitätsführerschaft in den Säulen, fachliche-, menschliche- und wirtschaftliche Qualität. Für die Abteilung für Öffentlichkeitsarbeit existiert ein Konzept, welches durch die Geschäftsleitung verabschiedet wurde.

Pressearbeit und Pressemitteilungen orientieren sich an der Leitlinie Pressearbeit. Sie wird vorbereitet und ausgeführt durch die Abteilung Öffentlichkeitsarbeit und durch den Geschäftsführer freigegeben und verantwortet. Die Distribution erfolgt über selektive, dem Anlass angemessene, Presseverteiler. Im Umgang mit der Presse besteht ein intensiver Austausch, der auch regelmäßige Hintergrundgespräche ermöglicht.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung

Die strukturierte Zielplanung erfolgt in einem jährlichen Turnus, in dem in der Betriebsleitung unter Beteiligung der Chefarztkonferenz und der Abteilungsleitungen eine strategische Planung für die Klinikum Bad Hersfeld GmbH erstellt wird. Dabei werden die Planungsaspekte, die bereits erledigten Projekte, die kurzfristig für die nächsten beiden Jahre anstehenden Ziele und die mittelfristigen und langfristigen Ziele (weitere zwei Jahre und weitere fünf Jahre) zusammengetragen, abgestimmt und beschlossen.

Bei der Zielplanung gibt es eine feingliedrige Unterteilung, die sich z. B. mit der baulichen Weiterentwicklung, mit Kooperationen, Beteiligungen und Übernahmen, mit dem Qualitätsmanagement, den Abteilungs- und Versorgungsstrukturen, der Personalentwicklung, der medizinisch-ärztlichen Konzepte, der EDV-Entwicklung, der Wirtschaftlichkeit und der Unterstützung von Selbsthilfegruppen und Vereinen beschäftigt.

Die Geschäftsführung informiert regelhaft über aktuelle und geplante Maßnahmen in der monatlichen Abteilungsleitersitzung, den Chefarztkonferenzen sowie über regelmäßige Rundschreiben "Aktuelles aus der Geschäftsführung" bzw. den in 2015 eingeführten Newsletter. Die regelmäßigen Termine der Betriebsleitungssitzung sowie die Tagesordnungspunkte stehen den Mitarbeitern über das Intranet zur Verfügung.

Zielvereinbarungsgespräche werden geführt.

Auf Grundlage der o.g. Gremienarbeit wird jährlich ein Wirtschaftsplan erstellt, der aus Erfolgsplan, Vermögensplan, Investitionsplan und einer Stellenübersicht für das folgende Geschäftsjahr und im Vermögensplanbereich für die kommenden fünf Jahre besteht. Von den Abteilungsleitern werden Vorstellungen und Ideen für das Planjahr abgefragt, eine Vorausschau der anstehenden Instandhaltungsmaßnahmen wird erarbeitet und mit dem Architekturbüro und dem Kreisbauamt abgestimmt. Hauptziel ist die umfassende medizinische Versorgung im Landkreis und die Erreichung eines Zweibettzimmerstandards. Es existiert eine Raum- und Zielplanung, die mit dem hessischen Sozialministerium abgestimmt ist und die regelmäßig an die Bedürfnisse angepasst wird. Hierzu sind mehrere Arbeitsgruppen gebildet, die sich mit den Erfordernissen der Raum- und Zielplanung beschäftigen. Dieser Planung kommt im aktuellen Fusionsprozess besondere Bedeutung zu.

5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement

Das in 2013 eingeführte Reporting im Rahmen einer Monatsabschlussbesprechung unter Einbeziehung der kaufmännischen Abteilungsleiter/innen (Geschäftsführer, Verwaltungsdirektion, Kaufmännische Leitung, Personalabteilung, Finanzabteilung, Controlling, Wirtschaftsabteilung) gibt einen kom-

pakten Gesamtüberblick bzgl. Entwicklung des Betriebsergebnisses, Liquiditätsstatus, Belegungssituation und Kostenentwicklung je Kostenart.

Darüber hinaus wird diese Sitzung ergänzt durch die regelmäßige Erstellung von Übersichten bzgl. des Liquiditätsstatus, Fallzahlenübersicht, Bewertungsrelationen je Fachabteilung und Verweildauerstatistiken. Diese geben insbesondere auch einen ersten Eindruck über mögliche Prozessschwierigkeiten in Abläufen im klinischen Bereich. Darüber hinaus bietet das monatliche Reporting von Clinotell gute Einblicke in die Kodierqualität sowie in die med. Qualitätsindikatoren. In der Risikostrategie des Unternehmens sind Abgrenzung und Verbindung zum klinischen Risikomanagement formuliert. Eine interne Revision ist noch nicht als eigene Abteilung implementiert. Zurzeit wird bei Bedarf das kaufmännische Controlling, welches als unabhängige Stabsstelle der Geschäftsführung direkt zugeordnet ist, mit der Bearbeitung von einzelnen Themen beauftragt. Darüber hinaus sind auch bereits turnusmäßige Revisionsaufgaben per Verfahrensregelung dem kaufmännischen Controlling zugeordnet worden.

5.2.3 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Das Klinikum hat zahlreiche Kooperationen und Verflechtungen mit Partnern in der Region. Diese Partnerschaften und Kooperationen wurden jeweils nach der Zielsetzung des Hauses ausgerichtet und dabei auch die gesellschaftliche Verantwortung beachtet. Im Krankenhaus wird immer wieder von der "kommunalpolitischen Rendite" gesprochen, die ein Krankenhaus in der öffentlichen Trägerschaft zu erwirtschaften hat. Dies äußert sich z. B. darin, dass die Beschäftigtenquote von Behinderten deutlich übererfüllt wird und wir unsere Verantwortung z. B. auch im Rahmen des Frühförderzentrums wahrnehmen. Hier werden Kinder mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Kinder interdisziplinär und multiprofessionell versorgt. Die Finanzierung des Frühförderzentrums erfolgt aus Mitteln des Landkreises, des Landes und des Klinikums sowie Einnahmen für therapeutische Leistungen. Die Gestaltung und Schaffung von Kooperationen und Partnerschaften erfolgt jeweils in Abstimmung zwischen den Interessen der externen Partner und der sich aus der Zielplanung und dem Leitbild ergebenden Interessen des Klinikums und seiner Abteilungen.

Es besteht eine intensive Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen, die das Klinikum auch als Tagungsort und Treffpunkt nutzen (z. B. Selbsthilfegruppe "Treffpunkt Schlaganfall", Selbsthilfegruppe "Blitzlicht", Selbsthilfegruppe für Hypophysen- und Nebennierenrindenerkrankte, CI-Selbsthilfegruppe, Diabetiker-Selbsthilfegruppe Bad Hersfeld, Tinnitus-Selbsthilfegruppe Bad Hersfeld, ...).

Das Klinikum ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Justus-Liebig Universität Gießen und der Hochschule Fulda. Desweiteren hat es die Funktion einer Lehrereinrichtung der Technischen Hochschule Mittelhessen für Krankenhaus-Hygiene und Krankenhaus-Technik.

5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

Aufgaben und Kompetenzen der GmbH-Organen für die gesamte Klinikum Bad Hersfeld-Gruppe ergeben sich aus dem GmbH-Gesetz, dem Gesellschaftsvertrag, den Geschäftsordnungen und sonstigen Festlegungen. Um die Kommunikation der Abteilungen untereinander sicherzustellen und immer weiter zu verbessern, gibt es auf Leitungsebene mehrere Gremien: Die Gesellschafterversammlung tagt ca. drei bis vier Mal pro Jahr.

Die Bemessung des personellen und sachlichen Ressourcenaufwandes erfolgt über den Wirtschaftsplan, den Stellenplan und im Einzelfall auf Bewilligung durch die Betriebsleitung oder Geschäftsführung, erforderlichenfalls auch mit Zustimmung des Aufsichtsrates. Die Kernprozesse sind über die

Abteilungsverantwortlichen bzw. über spezielle Dienstanweisungen oder Stellenbeschreibungen definiert.

In den gesellschaftsrechtlichen Organigrammen sind die Beschlussgremien und die Aufgabenverteilungen festgelegt. Die Überprüfung der Strukturen erfolgt in regelmäßigen Abständen, in aller Regel jährlich bzw. bei besonderen Anlässen und Veränderungen.

Die Organigramme und die Geschäftsordnung bzw. Aufgabenbeschreibung sind im Intranet einzusehen. Aus diesen Festlegungen ergibt sich auch die Koordination der Gremienarbeit. Für das Gesamtunternehmen ist ein Aufsichtsrat gebildet, der auch die Angelegenheiten der Tochtergesellschaften mit abdeckt.

5.3.2 Innovation und Wissensmanagement

In dem komplexen System der Klinikum-Gruppe entstehen immer wieder Ideen für Innovationen, sowohl was die medizinische Versorgung angeht als auch was die Versorgungsqualität der Patienten betrifft, die Bedürfnisse der Mitarbeiter, z. B. in Bezug auf Arbeitszeitmodelle aber auch bauliche Veränderungen und Kooperationsideen mit umliegenden Partnern. Diese Ideen werden über die Chefärztkonferenz, die Abteilungsleiterbesprechung, den Betriebsrat, die Betriebsleitungssitzungen usw. zusammengetragen und dann von der Geschäftsführung sortiert und in die Betriebsleitung zur Beratung eingebracht. Je nach Projekt werden Arbeitsgruppen, Qualitätszirkel oder andere Besprechungsrunden eingerichtet, bei Bedarf auch mit externer Unterstützung.

Die Mitarbeiter haben auf verschiedenen Wegen Zugang zu aktueller Fachliteratur (z.B. Bibliothek, Fachzeitschriften, Internetrecherche) und über abteilungsinterne Fortbildungen sowie regelmäßig stattfindende Kolloquien sowie Fortbildungen/Symposien wird das Wissen an die Mitarbeiter und Interessierte weitergegeben.

Im Rahmen einer internen Befragung, einer Einzugsgebietestatistik und einer Marktpotenzialanalyse sowie aufgrund von internen Erhebungen wurde eine Stärken- und Schwächenanalyse durchgeführt, die mannigfaltige Perspektiven hatte. In der Stärken- und Schwächenanalyse fanden sich unter anderem neue Geschäftsfelder in der Medizin, Anregungen für bauliche Optimierungen, Kooperationsideen oder auch Organisationsthemen für den Bereich Mitarbeiter und Arbeitszeit. Auf Grundlage dieser Ergebnisse werden die Fachabteilungen in den kommenden Monaten Maßnahmen zur Optimierung der Marktdurchdringung ableiten.

Seit Beitritt zum Clinotelverbund besteht ein reger Austausch und Wissenstransfer in den Fachgruppen (z.B. Technik, Controlling, PDL, QM, Anästhesie etc.). In diesem Verbund finden Audits in verschiedenen Fachdisziplinen und Funktionen untereinander statt.

6. Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

In der Klinikum-Gruppe sind in allen Versorgungsbereichen (Klinikum, Orthopädie, Reha, MVZ, Häusliche Pflege) QMB/QB benannt. Für den Bereich Klinikum sind vier Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB) benannt, davon ist eine Stelle in Vollzeit. In den (zertifizierten) Teilbereichen (AEMP, Häusliche Krankenpflege, Zentrum für klinische Geriatrie, Unfallchirurgie) sind Qualitätsbeauftragte (QB) benannt. Alle QMBs und QBs haben Weiterbildungen im Qualitätsmanagement erfahren (z.B. Ärztliches Curriculum, ISO-Auditoren, EFQM-Assessoren, Fortbildung TÜV, Kenntnisse im Rahmen des Studiums erworben).

Die Abteilung Qualitätsmanagement ist als Stabsstelle der Geschäftsführung krankenhaus-/konzernweit tätig. Die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der QMB und QB sind in Stellenbeschreibungen, die Organisationsstrukturen in Organigrammen festgehalten.

MVZ Fachbereiche Nuklearmedizin und Chirurgie

Für die Klinikum-Gruppe existiert ein übergeordnetes gemeinsames Qualitätsmanagement. Für die Fachbereiche Nuklearmedizin und Chirurgie sind Qualitätsbeauftragte (siehe Organigramm "Qualitätsmanagement MVZ") benannt. Fünf Mitarbeiter aus dem MVZ-Bereich sind zu KTQ-Coaches weitergebildet. Des Weiteren haben alle Praxismanagerinnen über die KV Hessen eine Fortbildung zum Thema Qualitätsmanagement in Praxen absolviert.

In allen Bereichen wird zur QM-Dokumentenlenkung der Nexus-Curator genutzt.

Sowohl das Klinikum, als auch das MVZ sind Mitglied im Clinotel-Verbund (ca. 40 Krankenhäuser), indem regelmäßig Benchmark-Daten zu unterschiedlichsten Themen (z. B. QM, Hygiene, kaufmännische Kennzahlen) ausgewertet und ausgetauscht werden.

Häusliche Krankenpflege

In der Häuslichen Krankenpflege ist eine Qualitätsbeauftragte benannt. Die Häusliche Krankenpflege war bis zur Entscheidung der vernetzten Verbundzertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert. Die Qualitätsbeauftragte wurde aktuell zum KTQ-Coach weitergebildet.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung

Die übergeordnete Koordination aller QM-Aktivitäten liegt bei den QMB, siehe auch Stellenbeschreibung. Die Verantwortlichkeiten für das Qualitätsmanagement in den zertifizierten Teilbereichen liegen bei den jeweiligen benannten QB. Bei Mitwirken anderer Bereiche liegt die Verantwortlichkeit beider Abteilungsleitung oder beim benannten Projektleiter.

Die Weiterentwicklung des konzernweiten Qualitätsmanagements (Klinik am Hainberg, Orthopädie, Häusliche Pflege, MVZ) und der regelmäßiger Austausch werden derzeit als QM-Kernprozess definiert. Zunehmende Einbindung des MVZ im Rahmen des Aufbaus eines QM-Systems im MVZ.

Zur Umsetzung von Maßnahmen werden berufsgruppenübergreifende Projektgruppen gebildet. Mitarbeiter aus den betroffenen Abteilungen werden in die Planungen einbezogen und sind Mitglieder der Projektteams.

Der medizinische Kernprozess unseres Hauses ist die Patientenversorgung. Als Stützprozesse werden alle Prozesse definiert, die indirekt zur Patientenversorgung beitragen.

Zur Erfüllung der Kundenanforderungen sind Konzepte und organisatorische Abläufe festgeschrieben, Verfahrensregelungen regeln das Vorgehen bei einzelnen Prozessen. Im medizinischen und pflegeri-

schen Bereich werden Standards, Leitlinien und Empfehlungen von Fachgesellschaften für die Planung und die Umsetzung der Prozesse integriert. Im Rahmen der Patientenbefragungen werden Kundenanforderungen bzw. -wünsche aktiv abgefragt und in die Abläufe integriert oder Änderungen an Prozessen vorgenommen.

MVZ Fachbereiche Nuklearmedizin und Chirurgie
Regelung analog Klinikum.

Häusliche Krankenpflege

Die Optimierung von Prozessen wird angeregt durch interne Audits, Kundenbeschwerden, externe Qualitätsprüfungen und Anregungen der Mitarbeiter in Dienstbesprechungen. Diese Veränderungen werden von der PDL und der QB ausgewertet und über deren Umsetzung entschieden.

Der Zeitraum für die Umsetzung wird im Rahmen der Jahreszielplanung festgelegt oder bei Bedarf zeitnah umgesetzt. Die Zielkontrolle erfolgt immer am Ende des Jahres.

6.2.1 Patientenbefragung

Die Geschäftsführung ist als Entscheidungsträger in die Vorbereitung, Durchführung und Bewertung der Befragungen von Beginn an eingebunden. Finanzielle, personelle und sachliche Ressourcen und Entscheidungen stehen zur Verfügung. Der eigentliche Beschluss wird dann in der Betriebsleitungssitzung formuliert. Die Ergebnisse aus den Befragungen bilden die Grundlage für kundenorientierte Verbesserungsmaßnahmen. Unser Haus ist seit dem Jahr 2013 Mitglied im Klinikverbund Clinotel. Der Clinotel-Verbund bietet für seine Mitglieder seit April 2015 eine kontinuierliche Patientenbefragung an. Wir nehmen mit 19 Stationen und der Orthopädischen Klinik an dieser Befragung teil. Dadurch ist auch ein Benchmarking durch einen großen Vergleichspool möglich.

Das Zentrum für Klinische Geriatrie führt zusätzlich speziell für ihren Bereich angepasste Befragungen durch. Nach der ersten strukturierten Befragung im Jahr 2012 wurde festgelegt, diese Befragung im regelmäßigen Rhythmus zu wiederholen.

Der Befragungsbogen bietet den Patienten, durch ein Freitext-Teil, die Möglichkeit ihre Meinung, aber auch Beschwerden bzw. Verbesserungen direkt mitzuteilen.

Alle Ergebnisse der Patientenbefragungen werden hinsichtlich des Verbesserungspotential und der Stärken analysiert und den Abtlg. zugeleitet. Die Informationen werden über die Abteilungs-/Stationsbesprechungen zu den Mitarbeitern getragen. Ergebnisse, die akuten Handlungsbedarf aufzeigen, werden zeitnah in den Betriebsleitungssitzungen/Abteilungen besprochen und Maßnahmen eingeleitet.

MVZ Fachbereiche Nuklearmedizin und Chirurgie

Zum Thema Patientenbefragung wurde für den Bereich MVZ eine Prozessbeschreibung erstellt. Die nächste Patientenbefragung ist für September 2016 geplant. Bisher hat eine Befragung nicht systematisch situativ statt gefunden.

Häusliche Krankenpflege

Im Rahmen der MDK-Prüfung können die Kunden / Klienten nur sehr kurzfristig informiert werden, da die Kunden / Klienten erst am Morgen per Stichprobe ausgewählt werden. Die PDL informiert die Kunden / Klienten und deren Angehörige / Betreuer über die Auswahl und erfragt deren Einverständnis.

6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Eine Einweiserbefragung wurde bisher zwei Mal extern durchgeführt. Die Befragung ist ein Teil der Einweiserbindung und öffnet den niedergelassenen Ärzten die Möglichkeit, Anregungen auf diesem Wege strukturiert mitzuteilen. Geringen Rücklaufzahlen und folglich unzureichende Informationen haben das Klinikum zu der Entscheidung bewegt, aktuell keine Befragung durchzuführen. Vorgesehen sind kollegiale Besuche in der Praxis um evtl. Probleme direkt ansprechen zu können.

Über die Zentren-Zertifizierungen finden strukturierte Einweiserbefragung statt, z.B. Endoprothetikzentrum, Darmkrebszentrum. In der Häuslichen Krankenpflege finden strukturiert telefonische Hausarztbefragungen statt.

Die Krankenhausleitung fördert Kontakte zwischen den einweisenden Ärzten und der Klinik (gemeinsame Fortbildungen, Symposien, Kolloquien, Einrichtung fester Sprechzeiten, kostenfreie Möglichkeit der telefonischen Kontaktaufnahme, gemeinsame Freizeitaktivitäten). Somit besteht ein enger Kontakt zwischen den CA/OÄ und den Einweisern. Regelmäßig findet ein Ärzte-Stammtisch zwischen Klinikärzten und niedergelassenen Ärzten statt. In diesen Runden findet ein intensiver Austausch statt und Verbesserungspotential wird weiter gegeben.

Die Chefärzte und leitenden Abteilungsärzte führen aktiv kollegiale Praxisbesuche durch.

Kontakte zu Lieferanten werden problemorientiert durch die Mitarbeiter der Wirtschaftsabteilung gepflegt und dokumentiert.

Die Pflegeüberleitung hat sich im Laufe der letzten zehn Jahre ein weit verzweigtes Netzwerk mit Pflegeeinrichtungen, Pflegediensten und weiteren Einrichtungen aufgebaut. Der tägliche Kontakt, laufende Informationsaustausch sowie die Fall-Evaluationen erfordern keine Durchführung von schriftlichen oder speziellen Befragungen. Kritik und Verbesserungsvorschläge werden offen an die Pflegeüberleitung herangetragen und ggf. Maßnahmen eingeleitet.

Der Sozialdienst des Hauses und die Sozialdienste der Geriatrie und Neurologie pflegen regelhafte Kontakte mit nachversorgenden Einrichtungen (Pflegeheime, Rehakliniken, ambulante Pflegedienste). Das Palliativ-Care-Team des Hauses und die leitende Ärztin der Palliativstation pflegen ein intensives Netzwerk in der Palliativversorgung in der Region.

Um zu erfassen wie zufrieden die Rettungsdienste mit dem Klinikum sind und um die neue Struktur der Notaufnahme zu überprüfen, erfolgte in 2015 eine Befragung der Rettungsdienste. Die Planung, Konzeption der Fragebögen, Verteilung, Auswertung und auch anschließende Vorstellung der Ergebnisse erfolgte durch das QM. Diese Befragung soll im letzten Quartal 2016 nochmals wiederholt werden um die Ergebnisse der jetzigen Befragung zu überprüfen.

Über das kaufmännische Controlling wird derzeit eine regionale Marktanalyse und Einweiserstatistik erhoben.

Im Rahmen des Endoprothetikzentrums wurde im Jahr 2014 eine Einweiserbefragung durch die Orthopädie bundesweit durchgeführt.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Die Mitarbeiterbefragungen dienen der Identifizierung von Stärken und Verbesserungspotential und der Erarbeitung von Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen, Abbau von Belastungen, Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit, Optimierung von Arbeitsprozessen sowie der Verbesserung der Informations- und Kommunikationsprozesse im Hause. Die Mitarbeiterorientierung ist im Leitbild verankert. Der Betriebsrat wurde von Beginn an in die einzelnen Planungsschritte mit eingebunden und informiert.

Die Mitarbeiterbefragungen finden im Klinikum seit langem regelhaft statt. Sie dienen als QM-Instrument, aus den Befragungsergebnissen gewonnene Erkenntnisse umzusetzen. Die Befragung wird im 3 bis 4-jährigen Turnus durchgeführt. Sie wird anonym und auf freiwilliger Basis durchgeführt, der Datenschutz ist gewährleistet. Die Auswertung erfolgt über ein externes Institut, dessen Vorgehen nach wissenschaftlichen Standards ist und valide Ergebnisse gesichert sind. Es werden standardisierte Fragebögen, eine Mindestrücklaufquote und die Möglichkeit eines ausreichend großen repräsentativen Vergleichspools vorgegeben. Die letzte Befragung 2015 wurde durch das Klinikum QM selbst durchgeführt. Grund dafür war, dass in Zukunft zusammen mit anderen Kliniken im Klinikverbund Clinotel, wie auch schon die kontinuierliche Patientenbefragung, die Mitarbeiterbefragung durchgeführt werden soll. Ein Benchmark ist künftig in einem großen Vergleichspool gegeben.

MVZ Fachbereiche Nuklearmedizin und Chirurgie

Die Mitarbeiter der Nuklearmedizin haben an der letzten Mitarbeiterbefragung im Klinikum (Oktober 2015) teilgenommen.

Häusliche Krankenpflege

Die Mitarbeiter der Häuslichen Krankenpflege haben an der letzten Mitarbeiterbefragung im Klinikum (Oktober 2015) teilgenommen.

6.3.1 Beschwerdemanagement: Lob und Beschwerden von Mitarbeitern, Patienten und weiteren Externen

In der Klinikum-Gruppe wird ein aktives Beschwerdemanagement betrieben. Das Beschwerdemanagement ermöglicht es Patienten, Angehörigen und Besuchern auf einfache und schnelle Weise ihre Meinung zu äußern. Im Sinne einer ganzheitlichen Patientenorientierung werden alle Wünsche und Beschwerden schnellstmöglich erfasst. Sämtliche Beschwerden werden von der Geschäftsführung an die betroffenen Abteilungen, mit der Bitte um Stellungnahme, weitergeleitet. Patientenwünsche werden durch gezielte Fragestellungen im Patientenfragebogen erfasst. Ein freier Teil bietet die Möglichkeit, auf Missstände hinzuweisen, aber auch Änderungsvorschläge oder Wünsche zu formulieren. Grundsätzlich gilt, dass sämtliche Patientenbeschwerden und Anregungen sehr ernst genommen werden. Sie sind daher auch zeitnah, d.h. möglichst am selben Tag zu bearbeiten.

MVZ Fachbereiche Nuklearmedizin und Chirurgie

Der Umgang mit Beschwerden ist über die Verfahrensregelung geregelt. Des Weiteren gibt es "Feedback-Karten", die in der Steuerungsgruppe QM ausgewertet werden.

Häusliche Krankenpflege

In der Häuslichen Krankenpflege werden Patientensurveys eigens mit dem Hintergrund Beschwerden, Verbesserungspotentiale oder Lob zu erfragen durchgeführt und statistisch aufgearbeitet.

6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren

In der Klinikum-Gruppe werden neben den gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung auch andere systematische Methoden angewandt. Begehungen der einzelnen

Krankenhausbereiche, interne Audits (z.B. ZSVA), Befragungen (Patienten, Mitarbeiter, Einweiser), CIRS-Konferenzen, regelmäßige Besprechungen (Stationsleitungsbesprechungen, Abteilungsleiterbesprechungen, Tumorkonsil) sind geeignete Instrumente, um die Ist-Situation mit den Qualitätszielen abzugleichen und ggf. Korrekturmaßnahmen einzuleiten.

Strukturiert unterstützend für die interne Qualitätssicherung sind Chefarztkonferenz, Transfusionskommission, Hygienekommission, Arzneimittelkommission.

Mit dem Beitritt zum Clinotelverbund ab 2013 werden Konzepte zur gemeinsamen Nutzung qualitätsrelevanter Daten umgesetzt.

Verantwortlich für die interne und externe Qualitätssicherung sind die CÄ bzw. die Abteilungsleiter. In den Kommissionen und Gremien werden die Daten besprochen, analysiert und ggf. Maßnahmen eingeleitet.

Die Qualität der Patientenversorgung wird gestützt durch die Methoden der internen Qualitätssicherung und etablierter Standards. Die Empfehlungen der Fachverbände werden berücksichtigt und ggf. auf die Strukturen unseres Hauses eingepasst und angewandt. In den zertifizierten Teilbereichen werden die Anforderungen der Strukturhebungsbögen erfüllt und die Vorgaben der Fachgesellschaften umgesetzt.

Die Qualitätsziele werden in alle Abteilungen getragen und dementsprechend heruntergebrochen. Die aus Audits, Begehungen oder Kennzahlen abgeleiteten Ziele werden anhand von Maßnahmen umgesetzt. In einigen Bereichen werden in Zielvereinbarungen (GF, CÄ, PDL, Stationsleitung) jährliche Abteilungsziele festgelegt.

MVZ Fachbereiche Nuklearmedizin und Chirurgie

Die Wartezeiten werden in der Patientenverwaltungssoftware erfasst und ausgewertet. Zusätzlich werden die Wartezeiten auf einen Termin stichprobenartig geprüft.

Der Fachbereich Chirurgie bekommt die hygienerlevanten Daten durch die Laborleitung und Klinikhygiene vorgestellt.

Häusliche Krankenpflege

Die Ergebnisse der MDK-Prüfungen sind Bestandteil des Erstgesprächs. Sie werden den Kunden / Klienten und deren Angehörigen / Betreuer zur

Kenntnis gegeben. Die Abweichungen bei der MDK-Prüfung werden in dem festgelegten Zeitfenster bearbeitet und an den MDK weitergeleitet.

Empfehlungen werden von der PDL und der QB ausgewertet und über deren Umsetzung entschieden.