



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Thoraxklinik-Heidelberg
Institutionskennzeichen:	269724026
Anschrift:	Röntgenstraße 1 69126 Heidelberg
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2018-0007 KH
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbh, Bramsche
Gültig vom:	05.03.2018
 bis:	04.03.2021
Zertifiziert seit:	05.03.2009

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	7
1. Patientenorientierung	8
2. Mitarbeiterorientierung	12
3. Sicherheit - Risikomanagement	14
4. Informations- und Kommunikationswesen	17
5. Unternehmensführung	19
6. Qualitätsmanagement	21

Vorwort der KTQ®

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren ist ein spezifisches Zertifizierungsverfahren des Gesundheitswesens für die Bereiche Krankenhaus, Arztpraxen, MVZ, Pathologische Institute, Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Hospize und alternative Wohnformen und Rettungsdiensteinrichtungen.

Gesellschafter der KTQ® sind 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 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 die **Thoraxklinik Heidelberg** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter www.ktq.de abrufbar.

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

F. Wagner

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung

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

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

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

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

Leistungsspektrum

Im Jahr werden in der Klinik ca. 10.500 stationäre Fälle und ca. 30.000 ambulante Fälle versorgt. Die Patienten kommen überwiegend aus dem nördlichen Teil des Landes Baden-Württemberg sowie aus den benachbarten Kreisen der Länder Rheinland-Pfalz und Hessen. Für besondere diagnostische und therapeutische Fragestellungen kommen Patienten aus der gesamten Bundesrepublik in die Thoraxklinik.

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

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

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

Geschichte

Die Wurzeln der Thoraxklinik liegen im Jahr 1772 von Erbprinz Carl August von Pfalz Zweibrücken errichteten Rohrbacher Schlösschen.

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

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

Qualitätsziel

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

Umfeld

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

Anschrift

Thoraxklinik-Heidelberg gGmbH
Röntgenstraße 1
69126 Heidelberg

Tel: 06221/396-0

Fax: 06221/396-2102

Internet: www.thoraxklinik-heidelberg.de

Die KTQ-Kategorien

1. Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Die zentrale Auskunft- und Informationsstelle ist rund um die Uhr mit geschultem Personal besetzt; an ihr können sich Patienten und Besucher informieren und erhalten Unterstützung in Form von Begleitung, Rollstühlen oder Gepäckhilfen. An allen Haupt- und Verbindungswegen befinden sich Orientierungsschilder.

Die administrative Aufnahme verfügt über drei Aufnahmeplätze und erledigt Aufnahmeformalitäten, informiert über Wahlleistungsangebote, schließt Verträge mit Patienten.

Auf Station nimmt qualifiziertes Fachpersonal den Patienten auf und informiert ihn über den Stationsablauf. Es folgen möglichst kurzfristig und zeitlich abgestimmt die ärztliche und pflegerische Aufnahme des Patienten.

Die Aufnahme von Weaning-Patienten ist zentral organisiert. Hierzu steht im Internet-Auftritt der Klinik ein Übernahmeanfragebogen zur Verfügung.

1.1.2 Leitlinien und Standards

Durch die Nutzung medizinischer Leitlinien und evidenz-basierter Medizin stellen wir die Behandlung nach aktuellen medizinischen Erkenntnissen sicher. Leitlinien und berufsgruppen-spezifische Standards liegen vor. Diese unterliegen ständiger Aktualisierung. Die Klinik ist an der Erstellung von mehreren S2- und S3-Leitlinien beteiligt. Die Pflegenden orientieren sich an den Nationalen Expertenstandards. Durch Literaturstudium und ein breit gefächertes Fortbildungsprogramm ist der Zugang zur evidenzbasierten Medizin sichergestellt.

Eine "Sektion Translationale Forschung" ist eingerichtet, welche zur Aufgabe hat, in Zusammenarbeit mit Industrie und anderen Forschungseinrichtungen die Prognose und Diagnostik bei Patienten mit Lungenkrebs zu verbessern.

Die Indikationskonferenz dient der leitlinienbasierten Fallbesprechung.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Jede operative und invasive Maßnahme wird erst nach Aufklärung und schriftlicher Zustimmung des Patienten durchgeführt. Die Patienten werden in einem persönlichen Gespräch ausführlich aufgeklärt, bei Bedarf auch mit Dolmetscher und fremdsprachigen Aufklärungsbögen. Gegebenenfalls werden Angehörige/gesetzliche Betreuer mit einbezogen.

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

Es besteht eine Zusammenarbeit mit vielen Selbsthilfegruppen. Patientenverfügungen und Betreuungsstatus werden berücksichtigt.

1.1.4 Ernährung und Service

Die Zimmer sind behindertengerecht mit einer Waschmöglichkeit, einer Patientenrufanlage, Tresor, Fernsehen und auf Wunsch Telefon ausgestattet. Unseren Patienten stehen Aufenthaltsräume, ein Andachtsraum, ein Bistro mit Innen- und Außenbereich sowie ein Pavillon im Park mit Klangoase zur Verfügung. Ernährungs- und Diätstandards gewährleisten, dass Patienten die für sie medizinisch richtige Verpflegung bekommen. Es werden mehrere Menüs sowie nach Erkrankung spezielle Kostformen angeboten. Bei Bedarf wird der Speiseplan individuell für jeden Patienten mit den Diätassistenten nach ärztlicher Rücksprache zusammengestellt und in der Küche durch einen diätetisch geschulten Koch zubereitet. Sonderwünsche sowie kulturelle oder religiöse Aspekte werden ebenfalls berücksichtigt.

Das Essen wird über Komponentenwahl bestellt. Es wird fast ausschließlich auf regionale Lieferanten zurückgegriffen.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

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

Der diensthabende Arzt entscheidet nach ärztlicher Untersuchung über die Aufnahme des Patienten oder die gegebenenfalls ambulante Behandlung. Die Patienten werden zeitnah ärztlich und pflegerisch mit standardisierten Aufnahmebögen aufgenommen. Hierbei wird der Status des Patienten, zum Beispiel Risiken, Probleme, Fähigkeiten, Entwicklungsstand, soziales Umfeld, Wünsche und Erwartungen, Aktivitäten des täglichen Lebens erhoben und besprochen. Die Informationen werden im Dokumentationssystem erfasst. Angehörige und Betreuer werden - nach Rücksprache mit dem Patienten - in die Behandlungsplanung integriert.

1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung

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

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

Die ambulanten Patienten werden zu den geplanten Terminen einbestellt und von einem Facharzt behandelt. Die niedergelassenen Kooperationsärzte haben Zugriff auf den Terminkalender. Für die großen Ambulanzen sind die Abläufe in eigenen Verfahrensanweisungen geregelt. Zusätzlich liegen ambulanzspezifisch eigene Arbeitsanweisungen und Patienteninformationen vor.

1.3.2 Ambulante Operationen

Ambulante Operationen sind in die Gesamtplanung aller Operationen eingebettet. Die dort vorhandenen Strukturen und Ressourcen werden auch für die Planung, Durchführung und Nachsorge ambulant operierter Patienten genutzt.

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

1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlungsplanung

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

Neu aufgenommene Patienten werden in der mittäglichen Indikationskonferenz von der Ambulanzärztin vorgestellt und die Behandlungsplanung gemeinsam mit den zuständigen Chef-/Oberärzten der Abteilungen festgelegt; Ausnahme sind Patienten, die zur Beatmungskontrolle bzw. zur wiederholten Chemotherapie einbestellt sind. Bei diesen Patienten ist der Behandlungsplan aus dem Voraufenthalt festgelegt.

Täglich finden Absprachen zwischen Ärzten und Pflegenden statt. Bei gemeinsamen Visiten am Patienten und Kurvenvisiten werden Behandlungs- und Pflegeprozess vom zuständigen Arzt und Bereichspflegenden festgelegt. Weitere Bereiche (Sozialdienst, Ernährungsberatung) werden bei Bedarf hinzugezogen. Alle Patienten mit relevanten Pflegeproblemen erhalten innerhalb von 24 Stunden einen individuellen Pflegeplan durch die verantwortliche Pflegefachkraft.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

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

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

Im Pflegeanamnesebogen werden die Wünsche und Erwartungen des Patienten abgefragt.

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

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

Durch tägliche Visiten durch Stations-/Fachärzte ist eine zeitnahe Festlegung des Behandlungsprozesses gewährleistet. Bei den Visiten getroffene Anordnungen (diagnostische, therapeutische und pflegerische Maßnahmen) werden dokumentiert.

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

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

In allen Abteilungen liegen Standards zur Schmerzbehandlung vor, bei Bedarf werden Ärzte der Anästhesie hinzugezogen.

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

1.4.3 Operative Prozesse

Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Eingriffe sind in Form mehrerer Verfahrensanweisungen und verbindlicher Standards geregelt; in allen Regelungen wurde auf die enge Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen besonders geachtet. Die Operationsbereitschaft ist rund um die Uhr gewährleistet. Hohe Bedeutung hat für uns die Gewährleistung der Patientensicherheit im OP (z.B. Patientenidentifikation, Zählkontrollen, Einhaltung der Hygienerichtlinien). Die in der Thoraxklinik implementierten Abläufe berücksichtigen die Empfehlungen des "Aktionsbündnisses Patientensicherheit" und der "Safe Surgery Saves Lives"- Initiative der WHO. Das Team time out wird umgesetzt.

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

1.4.4 Visite

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

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

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

1.5.1 Entlassungsprozess

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

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

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

Im Rahmen der Nachsorge werden Patienten in die Ambulanz einbestellt.

Für alle Patienten besteht die Möglichkeit, sich bei Problemen telefonisch mit der Klinik in Kontakt zu setzen.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung

Bei allen Tätigkeiten steht der Patientenwille im Vordergrund. Sterbende Patienten werden nach Möglichkeit in Einzelzimmer verlegt, damit die Angehörigen angemessenen Abschied nehmen können. Angehörige / Bezugspersonen können im Zimmer des Patienten bleiben. Im Gästebereich gibt es darüber hinaus Übernachtungsmöglichkeiten.

Insgesamt werden 24 Palliativbetten vorgehalten, davon 12 Betten auf einer rein palliativmedizinischen Station, jeweils mit speziell ausgebildeten Ärzten und Pflegenden sowie spezieller räumlicher und inhaltlicher Ausstattung. Unterstützung erfolgt auch durch protestantische, katholische und islamische Seelsorger, sogenannte Klinikseelsorger.

Bei Patienten, die eine Patientenverfügung mitbringen, wird das Ausmaß der therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen entsprechend dem Patientenwillen ausgerichtet.

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

Mitglieder des Hospizdienstes werden auf Wunsch des Patienten zur Begleitung eingesetzt. Mit zwei Hospizdiensten besteht ein sehr enger Kontakt.

Das "Heidelberger Meilensteinkonzept" ermöglicht eine vorausschauende Versorgungsplanung.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

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

2. Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Personalbedarf

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

2.1.2 Personalentwicklung

Die Förderung der fachlichen und persönlichen Kompetenzen bildet den Schwerpunkt der Personalentwicklungsmaßnahmen. Diese orientieren sich an den gegenwärtigen und künftigen Anforderungen. Gewährleistet wird dies durch eine breite Angebotspalette an Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten (mit ei-

nem besonders hohen Anteil an Fachweiterbildungen). Die vielfältigen Maßnahmen zur Personalentwicklung finden ihren Niederschlag auch in der hohen Zufriedenheitsrate im Rahmen der Mitarbeiterbefragung.

Ein strukturiertes Mitarbeitergespräch wird einmal im Jahr vom Vorgesetzten verbindlich angeboten.

2.1.3 Einarbeitung

In fast allen Bereichen bestehen schriftliche Konzepte zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter, in mehreren Bereichen erfolgt die Einarbeitung zudem anhand bereichsspezifischer Handbücher. Während und nach der Einarbeitungsphase finden im Pflege- und Funktionsdienst dokumentierte Mitarbeitergespräche statt. Alle neuen Mitarbeiter werden am ersten Arbeitstag in einer Einführungsveranstaltung begrüßt. Dabei werden auch Pflichtschulungen zum Thema Datenschutz, Brandschutz, Arbeitssicherheit, Hygiene und Reanimation durchgeführt. Die neuen Mitarbeiter werden während ihrer Einarbeitung durch einen Mentor begleitet. Für alle patientennahen Bereiche wird ein Mindestsprachniveau verlangt.

2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

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

Die Fort- und Weiterbildung in unserer Klinik wird systematisch geplant und umgesetzt. Die Inhalte richten sich nach dem betrieblichen Bedarf und berücksichtigen Änderungen der Rahmenbedingungen, des Leistungsspektrums und die Wünsche der Mitarbeiter. Pflichtfortbildungen sind definiert und werden evaluiert. Es findet ein wöchentliches "wissenschaftliches Kolloquium" statt, in welchem fachlich relevante Themen vorgestellt und diskutiert werden.

Die Mitarbeiter werden für Bildungsmaßnahmen freigestellt, Ärzte im Rahmen der Weiterbildung.

Das Fortbildungsbudget wurde in den letzten Jahren stetig erhöht. Die Fortbildung wurde von den Mitarbeitern sehr positiv bewertet.

Der Zugang zu Fachliteratur ist durchgehend gewährleistet (Internetzugang, Fachzeitschriften, Bibliotheken).

2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance

Die Arbeitszeiten entsprechen den tariflichen Vereinbarungen und werden vom Mitarbeiter selbst durch das elektronische Zeiterfassungssystem dokumentiert. Sämtliche Regelungen sind zwischen Betriebsrat und der Geschäftsführung in einer Betriebsvereinbarung geregelt. Mitarbeiterwünsche werden im Rahmen der Möglichkeiten berücksichtigt. So existieren mehrere auf die Bedürfnisse des Unternehmens und der Mitarbeiter ausgerichtete Arbeitszeitmodelle. Von nahezu allen Mitarbeitern wird ein Arbeitszeitkonto geführt. Ein betriebliches Gesundheits- und Eingliederungsmanagement ist implementiert. Das Allgemeine Gleichstellungsgesetz wird eingehalten.

2.1.6 Ideenmanagement

Der Umgang mit Mitarbeiterideen und Mitarbeiterwünschen ist in einer Betriebsvereinbarung geregelt. Das Vorschlagswesen soll jede Mitarbeiterin und jeden Mitarbeiter ermutigen, Ideen und Anregungen einzubringen. Eine Bewertungskommission ist eingerichtet, sie entscheidet in Abstimmung mit der Geschäftsführung über Umsetzungsmöglichkeiten des Vorschlages.

3. Sicherheit - Risikomanagement

3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements

Eine Geschäftsordnung für das Risikomanagement wurde bereits 2011 erstellt. Aufgabe des klinischen Risikomanagements war es, im ersten Schritt für die klinischen Bereiche Risikoanalysen durchzuführen. Wichtige Instrumente des klinischen Risikomanagements sind das Meldewesen für Beinahe-Fehler (CIRS), Risikoaudits in den klinischen Bereichen sowie Mortalitäts- / Letalitätskonferenzen. Das anonyme Fehlermeldesystem (CIRS) wird seit dem Jahr 2010 genutzt. Seit 2012 wird jährlich ein "Risikomanagement-Bericht" erstellt.

3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung

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

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

Bei freiheitsentziehenden Maßnahmen erfolgt eine Abwägung zwischen Patientensicherheit und persönlicher Freiheit.

Im OP wird eine Sicherheitscheckliste eingesetzt. Eine Vielzahl an Schulungsmaßnahmen zur Patientensicherheit wird durchgeführt.

3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement

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

3.1.4 Organisation der Hygiene

Durch die Hygienekommission, die Hygiene-AG, Hygienepläne und Beratung durch ein externes Hygieneinstitut ist die Gewährleistung eines hohen Hygienestandards gesichert. Die Hygienekommission verabschiedet Hygienemaßnahmen, -pläne und Standards. Diese werden regelmäßig aktualisiert, liegen den Mitarbeitern über das Intranet vor und werden fortlaufend geschult. Durch protokollierte Begehungen und Umgebungsuntersuchungen der Hygienefachkraft wird die Einhaltung der Hygienepläne und Standards geprüft. Für alle Stationen wurden hygienebeauftragte Ärzte und Pflegenden geschult.

Die Thoraxklinik nimmt an der Aktion "Saubere Hände" teil und erhielt das Gold-Zertifikat.

Das HACCP-Konzept wird in der Krankenhausküche umgesetzt.

Die Prozesse im Bereich Sterilisation sind festgelegt und werden lückenlos umgesetzt.

3.1.5 Hygienerrelevante Daten, Infektionsmanagement

Auf den Stationen und in entsprechenden Bereichen werden die Vorgaben des Robert-Koch-Institutes zur Überprüfung hygienerelevanter Daten durchgeführt.

Die Erfassung der im Krankenhaus erworbenen Infektionen sowie meldepflichtiger Erkrankungen und Erreger ist fest etabliert. Meldepflichtige Erreger werden erfasst, die statistische Auswertung an den hygienebeauftragten Arzt und die Hygienefachkraft geliefert und analysiert. So werden Probleme erkannt und gezielt bearbeitet. Eine Infektionsstatistik wird geführt. Im Intensivbereich gibt es eine wöchentliche infektiologische Visite.

In Hygieneplänen und Hygienestandards ist festgelegt, wie mit Patienten umzugehen ist, die mit bestimmten Infektionserregern besiedelt oder erkrankt sind. In Desinfektionsplänen ist die fortlaufende Desinfektion und Reinigung festgelegt.

3.1.6 Arzneimittel

Die Arzneimittel der Hausliste werden durch die Arzneimittelkommission nach medizinischen und wirtschaftlichen Aspekten ausgewählt. Zur Anwendung von Antibiotika ist eine Antibiotika-Kommission eingerichtet. Der Umgang mit Arzneimitteln, Zytostatika und Betäubungsmitteln ist verbindlich geregelt.

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

Durch viele Maßnahmen werden Risiken und Fehlern beim Stellen und Anwenden von Arzneimitteln vermieden.

Die Apotheke überprüft in regelmäßigen Stationsbegehungen z.B. Verfallsdatum, korrekte Lagerung sowie die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben.

Es gibt eine sehr hohe Anzahl an Schulungen zum Umgang mit Arzneimitteln.

3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin

In der Thoraxklinik ist die Anwendung von Blut und Blutprodukten durch Verfahrensanweisungen im Transfusionshandbuch geregelt. Alle Details von der Beschaffung bis zur Dokumentation sind beschrieben und werden umgesetzt.

Für besondere Fragen im Zusammenhang mit Blutübertragungen sind Transfusionsbeauftragte benannt.

Verbrauch und Verfall werden fortlaufend dokumentiert, Zwischenfälle werden unmittelbar an den Transfusionsverantwortlichen gemeldet. Dieser leitet entsprechende Maßnahmen ein.

Einmal jährlich wird eine Fortbildung transfusionsmedizinischen Inhalts für alle Ärzte durchgeführt.

3.1.8 Medizinprodukte

Das Verfahren zum Umgang mit Medizinprodukten ist in einem Medizinprodukte-Handbuch festgelegt. Der Beauftragte für Medizinproduktesicherheit ist benannt. In jeder Abteilung sind Medizinprodukte-Verantwortliche und -Beauftragte benannt. Diese stellen die dokumentierte Einweisung der Anwender sicher und sind für den fehlerfreien Betrieb der Medizinprodukte verantwortlich.

Das elektronische Bestandsverzeichnis wird laufend durch die Medizintechnik aktualisiert. Die Mitarbeiter der Medizintechnik sind staatlich geprüfte Medizintechniker mit langjähriger Erfahrung. Gerätebücher und Bedienungsanleitungen liegen durchgehend vor.

3.2.1 Arbeitsschutz

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

3.2.2 Brandschutz

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

3.2.3 Datenschutz

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

3.2.4 Umweltschutz

Eine AG "Umwelt, Energie, Nachhaltigkeit" bearbeitet die Themen des Umweltschutzes. Die Umsetzung der Umweltziele und Umweltprogramme wird im Rahmen von technischen Begehungen und Rückmeldungen der Mitarbeiter aus der Entsorgung an den technischen Leiter überprüft. Zusätzlich achtet die Hygienefachkraft im Rahmen ihrer Begehungen auf die korrekte Abfallentsorgung.

Im Rahmen von Baumaßnahmen werden ökologische Aspekte berücksichtigt.

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

Ein Energiesparkonzept wird umgesetzt. Ein Gefahrstoffkataster liegt vor.

3.2.5 Katastrophenschutz

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

3.2.6 Ausfall von Systemen

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

Es existieren detaillierte Verfahrensbeschreibungen im Bereitschaftsordner der Technik zum:

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

Es werden besondere Schulungsmaßnahmen für bestimmte Funktionen und die Pforte angeboten.

4. Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Es besteht ein vernetztes IT-System, zu dem alle Bereiche der Klinik zeitlich uneingeschränkter Zugang haben. Darin eingeschlossen sind neben Verwaltung, Ärzten, pflegerischen und Funktionsdiensten auch alle nichtmedizinischen Dienste. Berechtigte Mitarbeiter erhalten durch ihr Anwenderkonto und ein individuelles Passwort Zugang zum IT-System. IT-Probleme können kurzfristig vor Ort oder per Fernzugriff gelöst werden.

Ein IT-Board wurde eingerichtet, welches die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung IT-gestützter Prozesse am Patientenversorgungs-, aber auch an den Lehr- und Forschungs- sowie des Verwaltungs- betriebs sichern soll.

Ein umfangreiches IT-Ausfallkonzept stellt den Betrieb sicher. Das IT-Netzwerk ist gegen Zugriffe von außen geschützt. Eine externe Prüfung ("kritische Infrastruktur") wurde durchgeführt.

4.2.1 Klinische Dokumentation

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

Alle behandlungsrelevanten Patientendaten werden zeitnah von den Verantwortlichen dokumentiert, damit ist das ärztliche und pflegerische Handeln jederzeit nachvollziehbar. Administrative Daten, Diagnosen, Leistungen, Befunde, Arztbriefe werden zusätzlich im Krankenhausinformationssystem dokumentiert.

4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

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

4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Ein strukturiertes Berichtswesen des Controllings stellt sicher, dass die Krankenhausführung regelmäßig anhand von Kennzahlen über Kostenentwicklung und Entwicklung des Leistungsgeschehens in unserer Klinik informiert ist. Ergebnisse von Patienten-, Einweiser- und Mitarbeiterbefragungen ergänzen diese Informationen. In Besprechungen der Leitungsgremien, der Verwaltung und der Abteilungen erhält die Geschäftsführung wichtige Informationen über das Betriebsgeschehen und die Umsetzung der beschlossenen Maßnahmen. Damit ist über alle Bereiche, Berufsgruppen und Funktionen ein steter Informationsfluss von und zur Geschäftsführung gewährleistet. Zusätzlich sind der Geschäftsführer und/oder weitere Mitglieder der Krankenhaus-Leitung in den Gremien und Kommissionen vertreten.

4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Die Informationsweitergabe erfolgt hauptsächlich durch das strukturierte Besprechungswesen mit protokollierten abteilungs- und berufsgruppeninternen sowie -übergreifenden Besprechungen. Als zentrales Informationsmedium dient den Mitarbeitern das Intranet. Neben Intranet, Rundschreiben, Aushängen, Sitzungsprotokollen werden berufsgruppenübergreifende Informationen via E-Mail weitergegeben.

Ein regelmäßiger Meinungsaustausch mit niedergelassenen Ärzten findet statt.

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

5. Unternehmensführung

5.1.1 Philosophie/Leitbild

Das Leitbild ist Leitlinie für das Handeln aller Berufsgruppen, Hierarchieebenen und damit Maßstab für das Handeln der Mitarbeiter gegenüber den Patienten, Angehörigen und Kollegen sowie der Öffentlichkeit. Schwerpunkte sind Aussagen zu Patienten, Mitarbeitern, Kompetenz aus Tradition, Qualität, Innovation, Forschung und Lehre und dem Unternehmen selbst.

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

5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Die gegenseitige Wertschätzung sowie das Praktizieren eines kooperativen Führungsstils sind im Leitbild verankert und werden durch vielfältige Maßnahmen im Alltag umgesetzt. Alle Mitglieder der Krankenhausleitung sind für die Mitarbeiter ansprechbar. Es findet ein regelmäßiger Austausch mit dem Betriebsrat statt. Zur Förderung der sozialen und fachlichen Kompetenz, des Einbringens eigener Ideen der Mitarbeiter und des Umgangs mit Beschwerden werden vielfältige Maßnahmen umgesetzt. Ein Personalentwicklungskonzept ist implementiert. Supervision und (Team-) Coaching werden angeboten. Das Gleichstellungsgesetz wird durchgehend umgesetzt.

5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Wir erwarten von unseren Mitarbeitern, dass sie dem Patienten mit Respekt begegnen und ihn in seiner Gesamtheit sehen. Innerhalb des Konzerns gibt es eine Ethik-Kommission, die Klinische Ethik-Beratung und ein Ethik-Komitee.

Ethische Problemstellungen werden vor allem im Rahmen im Umgang mit sterbenden Patienten und der Seelsorgerlichen Betreuung interdisziplinär mit dem behandelnden Arzt und den betreuenden Pflegenden bearbeitet.

Zwei Palliativbereiche mit mehreren fachweitergebildeten Ärzten und Pflegenden sind eingerichtet. Zusätzlich stehen als Ansprechpartner Klinikseelsorger zur Verfügung. Für die Betreuung von Patienten in Krisensituationen kann zudem die Psychologin hinzugezogen werden. Im "Onko-Netz" beraten fachweitergebildete Pflegende einmal wöchentlich Patienten und Angehörige.

5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

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

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

Klinikbroschüren und Aushänge am Infobrett informieren die Patienten. Die Bevölkerung und das Fachpublikum werden über die öffentliche Berichtserstattung in Tageszeitungen und Fachpresse sowie durch

die fachliche Öffentlichkeitsarbeit seitens der Chefärzte über aktuelle Geschehnisse informiert. Mit der Mitarbeiterzeitung und dem Intranet werden alle Mitarbeiter eingebunden. Regelmäßig werden medizinische Symposien in der Klinik durchgeführt. Ein Corporate Design liegt vor. Die Kommunikation in Krisensituationen ist geregelt.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung

In die Erstellung der inhaltlichen strategischen Rahmenplanung sind alle Chefärzte und Abteilungsleitungen verantwortlich mit eingebunden. Auf verschiedenen Ebenen (wie z.B. "Weiterentwicklung Leistungsspektrum", "Weiterentwicklung Ausstattung" u.a.) wurde eine Stärken-Schwächen-Analyse erstellt, die in 21 Projekten detailliert ausgearbeitet wird. Auf dieser Grundlage werden strategische und operative Ziele auf Hausebene erstellt und bis auf Abteilungsebene heruntergebrochen.

In die Zielplanung fließen neben betriebswirtschaftlichen Daten und Leistungszahlen auch Ergebnisse aus Befragungen, Begehungen und dem Beschwerdemanagement ein. Der Umsetzungsstand der Zielplanung wird regelmäßig durch die Geschäftsführung geprüft.

5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement

Ziel ist die Sicherstellung der Kostendeckung durch die entsprechenden Erlöse, Liquiditätssicherung und rechtzeitige Reaktion auf die Veränderungen der wirtschaftlichen und gesetzlichen Rahmenbedingungen. Eine zeitnahe Information der Klinikleitung über alle relevanten Entwicklungen und Vorgänge, die als Steuerungsinstrumente benötigt werden, ist umgesetzt.

Regelungen zum Umgang mit Drittmitteln sind festgelegt. Es liegt eine Compliance-Richtlinie vor. Es erfolgt eine jährliche Prüfung durch die Wirtschaftsprüfer.

5.2.3 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

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

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

Zur Raucherprävention wurden innerhalb des Projektes "ohne Kippe" in den letzten 17 Jahren mehr als 230.000 Schüler aus der Region auf Risiken und Gefahren des Rauchens mittels Vorträgen, Gesprächen mit Betroffenen, Live-Videoteilnahme an Bronchoskopien hingewiesen.

Die "Thoraxstiftung Heidelberg" bietet interessierten Förderern die Möglichkeit, ganz gezielt für Projekte an der Thoraxklinik zu spenden. Den Anstoß für die Stiftung gab ein Patient der Thoraxklinik.

5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

In der Thoraxklinik ist die Organisations- und Hierarchiestruktur für alle Mitarbeiter anhand von Organigrammen geregelt. Oberste Entscheidungsinstanz ist die Geschäftsführung (nur der Gesellschafterversammlung unterstellt). Die Geschäftsführung setzt sich aus dem kaufmännischen Geschäftsführer und dem medizinischen Geschäftsführer zusammen.

Die Koordination der Gremien- und Kommissionsarbeit erfolgt durch die Geschäftsführung. Alle gesetzlich

geforderten Gremien und Kommissionen sind eingerichtet, darüber hinaus existieren weitere Kommissionen. In Geschäftsordnungen und Verfahrensanweisungen sind die Aufgaben und Kompetenzen der einzelnen Gremien und Kommissionen geregelt. Alle geforderten Beauftragten sind benannt.

5.3.2 Innovation und Wissensmanagement

In den Gremien sowie den Strategieworkshops werden die Erweiterung des Behandlungsspektrums, neue Arbeits- und Arbeitszeit-Modelle, bauliche Veränderungen und die Teilnahme an Kooperationen geprüft und entschieden. Der Strategieworkshop entscheidet über den Handlungsbedarf, um die Kernkompetenzen der Klinik zu stärken, die Prozesse zu optimieren und die Effizienz zu steigern, sowie Schwächen zu kompensieren und entscheidet über die Innovationen.

Es existiert ein umfangreiches QM-Handbuch, in dem zu allen Kern- und Unterstützungsprozessen die Regelungen hinterlegt sind.

Die internen Audits dienen ebenfalls zum innerbetrieblichen Wissensmanagement und zur Ermittlung von Optimierungspotentialen.

Fachtagungen, innerbetriebliche Fortbildungen, das "Wissenschaftliche Kolloquium" u.a. bilden eine wesentliche "Drehscheibe" für die Vermittlung von Kompetenz und Wissen.

Die Mitarbeiter werden aktiv im Rahmen von Projekten, Fortbildungen, Informationsveranstaltungen und Zertifizierungsprozessen mit eingebunden. Die Projektplanung legt die Grundlagen für die Projektdurchführung. Insbesondere werden die Projektziele, die Zeitorganisation, der Projektablauf und die benötigten Ressourcen festgelegt.

Die Thoraxklinik ist federführend an der Entwicklung von S3-Leitlinien sowie einer Vielzahl von Forschungsprojekten beteiligt. Es existiert ein onkologisches und pneumologisches Studienzentrum. Wir sind einer der Träger des NCT (Abkürzungen bitte Ausschreiben) und Mitbegründer des DZL (Abkürzungen bitte Ausschreiben).

6. Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

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

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

Neben der KTQ-Zertifizierung ist die Klinik als Lungenkrebszentrum sowie als Weaningzentrum zertifiziert. Das Schlaflabor und die Mucoviszidose-Ambulanz sind akkreditiert.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung

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

Grundlage ist eine prozessorientierte Betrachtungsweise der gesamten Abläufe in der Klinik, entsprechend wurde unser QM-Handbuch aufgebaut. Im Handbuch sind zu allen relevanten Führungs- Kern- und Unterstützungsprozessen die Regelungen mit den mitgeltenden Dokumenten hinterlegt. Die Optimierung der Prozesse, insbesondere der Schnittstellen, wird in gemeinsamen Besprechungen durchgeführt. Es werden regelhaft die Mitarbeiter, die an dem Prozess beteiligt sind, einbezogen. Es ist definiert, welches normative Dokument für welchen Arbeits- oder Personenbereich gilt.

6.2.1 Patientenbefragung

Die Thoraklinik führt regelmäßig Befragungen für Patienten durch. Die Ergebnisse werden mit anderen Kliniken verglichen (Benchmark). Die Ergebnisse der Befragungen werden in allen Bereichen kommuniziert. Bei Bedarf werden geeignete Maßnahmen entwickelt. Die Befragung erfolgt anonym mit Fragebogen mit neutralem Rückumschlag durch ein externes Institut und wird statistisch ausgewertet. Bei den meisten Aspekten liegen wir im Bereich der im Vergleich besten Kliniken.

Neben der temporär alle drei Jahre stattfindenden Befragung durch ein externes Institut wird eine fortlaufende Patientenbefragung durchgeführt.

6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Im Rahmen der 360°-Befragung erfolgte im Jahr 2017 die insgesamt fünfte Befragung Niedergelassener. Die Ergebnisse werden statistisch ausgewertet und mit den Chefarzten sowie in den Abteilungen besprochen. Maßnahmen werden je nach Bedarf abgeleitet.

Über das "Rohrbacher Kolloquium" besteht ein ständiger Kontakt zu und Austausch mit dem niedergelassenen Bereich.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Ebenso erfolgte in der 360°-Befragung eine Mitarbeiterbefragung. Auch diese erfolgte anonym durch ein externes Institut und lieferte einen Benchmark mit 49 Kliniken. Dabei erreichten wir in fast allen Parametern sehr gute bis exzellente Zufriedenheitswerte.

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

Das Beschwerdemanagement ist in einer Verfahrensanweisung geregelt. Mit einem standardisierten Bogen, der in allen Abteilungen und Bereichen verfügbar ist, werden Patientenbeschwerden und -anregungen (auch anonym) aufgenommen. Zudem werden Beschwerden über den "Lob und Tadel"-Bogen oder direkt über das Share Center geäußert.

Es erfolgt eine systematische Bearbeitung, Auswertung und Rückmeldung an den Beschwerdeführer (so weit bekannt) sowie an die beteiligten Bereiche und die Ableitung von Maßnahmen. Die Beschwerdestatistik ermöglicht einen Überblick hinsichtlich auftretender Schwerpunkte.

Mitarbeiterbeschwerden können über den Betriebsrat, die Vorgesetzten oder die Geschäftsführung abgegeben werden.

6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren

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

Die Thoraxklinik beteiligt sich an allen gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen der Qualitätssicherung. Die Dokumentationsquote von 100% zeigt, dass die systematische Erfassung der medizinischen Ergebnisse eine hohe Priorität hat.

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

In allen Fachbereichen erfolgen regelmäßig Morbiditäts-/Mortalitätskonferenzen.