



KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2021 für Krankenhäuser

Krankenhaus	Krankenhaus Wermelskirchen
Institutionskennzeichen:	260531193
Anschrift:	Königstraße 100 42929 Wermelskirchen

Ist zertifiziert nach KTQ®	
mit der Zertifikatnummer:	2025-0002 KH
durch die von der KTQ-GmbH	
zugelassene Zertifizierungsstelle:	WIESO CERT GmbH, Köln

Gültig vom:	13.02.2025
bis:	12.02.2028
Zertifiziert seit:	13.02.2007

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	6
1. Patientenorientierung	6
2. Mitarbeiterorientierung	12
3. Sicherheit	14
4. Informations- und Kommunikationswesen	19
5. Unternehmensführung	21
6. Qualitäts- und klinisches Risikomanagement	24

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.

Im Beirat der KTQ® sind die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) vertreten. Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

Die Verfahrensinhalte, insbesondere der KTQ-Katalog, wurde hierarchie-, und berufsgruppenübergreifend in konstruktiver Zusammenarbeit zwischen der KTQ-GmbH und Praktikern aus dem Gesundheitswesen entwickelt und erprobt. Im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden die Kataloge entsprechend weiterentwickelt.

Mit dem freiwilligen Zertifizierungsverfahren und dem damit verbundenen KTQ-Qualitätsbericht bietet die KTQ® somit Instrumente an, die die Sicherung und stetige Verbesserung der Qualität in Einrichtungen des Gesundheitswesens für die Öffentlichkeit darstellen.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen Kriterien, die sich auf

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Unternehmensführung und
- das Qualitäts- und klinische Risikomanagement

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 Fremdbeurteilung 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 48 Kriterien des KTQ-Kataloges Version 2021.

Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet einen strukturierten Qualitätsbericht nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 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 **Krankenhaus Wermelskirchen** 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. Thilo Grüning, MSc.

Für die Deutsche
Krankenhausgesellschaft

Prof. Dr. med Henrik Herrmann

Für die Bundesärztekammer

Thomas Meißner

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung

Seit der Inbetriebnahme im Jahre 1961 stellen die verantwortlichen Mitarbeiter des Krankenhauses eine qualitativ hochwertige und patientennahe medizinische, pflegerische und therapeutische Behandlung in Wermelskirchen sicher. Konsequenterweise wurde mit der Umwandlung in eine GmbH im Jahre 1972 auch nach außen deutlich gemacht, dass sich das Krankenhaus als moderner Dienstleistungsanbieter im Gesundheitswesen versteht.



Unser Leitbild bildet den Orientierungsrahmen für die tägliche Arbeit mit den Patienten und Angehörigen, für die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen, die wirtschaftliche Weiterentwicklung, für die Zusammenarbeit mit externen Kooperationspartnern, für die Erreichung der Qualitätsziele und die Darstellung in der Öffentlichkeit.

Die Leitung und die Mitarbeiter der Krankenhaus Wermelskirchen GmbH stellen sich der Herausforderung, die das Gesundheitswesen Krankenhäusern unserer Zeit abverlangt.

Das Ziel der verantwortlichen Mitarbeiter ist es, durch wirtschaftliches, zielgerichtetes Handeln und den schonenden, sparsamen Umgang mit Ressourcen die Weiterentwicklung unseres Krankenhauses zu sichern. Dadurch wird es auch zukünftig Teil des modernen Gesundheitssystems für die Stadt Wermelskirchen und seiner umliegenden Region sein.

Die KTQ-Kategorien

1. Patientenorientierung

1.1.2 Leitlinien, Standards und Richtlinien

Standards und Leitlinien sind aktuell und werden angewendet.

Abweichungen von Leitlinien und VA´s werden in der Krankenakte medizinisch begründet dokumentiert.

Eine Antibiotikakommission ist gegründet. Zum Antibiotika Steward wurden die hygienebeauftragten Ärzte ausgebildet

Sollte ein Patient auf Grund seines Zustandes nicht in der Lage sein, eine Entscheidung zu treffen, so ist die Einrichtung einer Betreuung über das Amtsgericht erforderlich. Patientenverfügungen werden berücksichtigt. Bei ethischen Konflikten bei der Behandlungsplanung kann jederzeit die Ethikkommission einberufen werden.

Bei Eigen- oder Selbstgefährdung erfolgt eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik per PsychKG. Diese wird normalerweise vom Arzt über das Ordnungsamt eingeleitet.

Eine Tumorkonferenz ist etabliert.

Eine Abteilung Innere Medizin/ Geriatrische Frührehabilitation ist etabliert.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten (MeSeGe)

Der Patient/Betreuer wird in einem Gespräch vom behandelnden Arzt / OA / CA über die Notwendigkeit der Maßnahme sowie der möglichen Folgen aufgeklärt. Dem Patienten wird soweit medizinisch möglich ein Zeitfenster von mindestens 24 Std. zur Entscheidungsfindung eingeräumt..

Patienten mit infauster Prognose werden über die Möglichkeit der palliativen Behandlung durch den behandelnden Arzt informiert.

Religiös begründete Patientenwünsche werden berücksichtigt.

Die Patienten haben die Möglichkeit eine Zweitmeinung einzufordern.

Die Mitaufnahme von Begleitpersonen wird ermöglicht.

Der Umgang mit Fixierungen ist geregelt.

Kontakt zur Seelsorge und Hospizverein kann bei Bedarf hergestellt werden.

Mit verschiedenen Selbsthilfegruppen wird kooperiert.

Patienten werden durch den Sozialdienst zur erforderlichen Weiterbetreuung beraten.

1.1.4 Service und Ausstattung

Beim Frühstück/ Abendessen besteht Komponentenauswahl. Beim Mittagessen kann aus drei verschiedenen Essen gewählt werden. Wahlleistungspatienten können mittags weitere Menüs auswählen. Ethnische und / oder religiöse Besonderheiten werden berücksichtigt.

Ein Hol- und Bringdienst ist für den Patiententransport etabliert.

Für die Patienten wird kostenlos Fernsehen /WLAN angeboten.

Eine auf den Patienten adaptierte Ernährung ist sichergestellt. Parenterale Ernährung wird vom behandelnden Arzt verordnet.

Die Reinigung der Stationen erfolgt täglich.

Patienten werden bei Aufnahme über Diebstähle informiert.

Wertsachen können bei der Patientenaufnahme im Safe gegen Quittung hinterlegt werden.

Servicekräfte werden zur Unterstützung des Pflegepersonals auf der Wahlleistungsstation eingesetzt. Auf den Normalstationen wurden Pflegehilfskräfte für die Grundpflege sowie Servicetätigkeiten eingestellt.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Ein Triage-System ist implementiert.

Patienten werden bei der Aufnahme mit Identifikationsarmbändern versehen.

Die INA ist über 24 Std. mit fachlich qualifiziertem Personal besetzt. 2 Mitarbeiter sind in Notfallpflege weitergebildet. 2 weitere Mitarbeiter sind für die Weiterbildung angemeldet.

Notfälle nach erfolgter Reanimation und beatmete Patienten werden direkt von der Intensivstation aufgenommen.

Hausärzte und nachbetreuende Einrichtungen werden telefonisch, durch den Arztbrief, den Medikamentenplan und Überleitungsbögen informiert.

Die Behandlung und Erstdiagnostik erfolgt entsprechend der vorgegebenen Leitlinien. Abweichungen werden begründet und dokumentiert.

Hierbei wird die Fachrichtung für die ärztliche Ersteinschätzung bestimmt. Diese entscheidet über die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme.

1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik, Behandlung und Operationen

Es ist an allen Tagen des Jahres eine 24 Stunden-Versorgung ärztlich, pflegerisch und medizintechnisch über die Dienstplanung geregelt. Die Versorgung findet fachspezifisch in den Räumen der INA, dem Schockraum und der Intensivstation statt. Therapieleitlinien und VA's liegen vor. Es besteht ein Zugriff auf ein einheitliches EDV- System.

Die für die Versorgung der Patienten notwendigen bilddiagnostischen Untersuchungen werden im Haus durchgeführt. (Röntgen, CT, MRT)

Die gängigen Arzneimittel sind immer vorrätig und werden ambulanten Patienten nach den arzneimittelrechtlichen Vorgaben ausgehändigt.

Soweit aktuelle Vorbefunde vorliegen werden diese genutzt. Die Informationsweiterleitung an die nachbetreuenden Einrichtungen erfolgt entsprechend dem Expertenstandard Entlassungsmanagement. Die Terminkoordination und die Betreuung der ambulanten Patienten aus den Spezialambulanzen erfolgt durch die jeweiligen CA-Sekretariate.

Ambulante Operationen werden von den CA-Sekretariaten terminiert. Die Prämedikation und OP-Aufklärung erfolgt entsprechend der rechtlichen Vorgaben

Die Indikationsstellung erfolgt vorstationär durch einen Facharzt.

Die notwendigen Voruntersuchungen, die OP-Aufklärung, die Prämedikation werden vorstationär durchgeführt. Bereits vorliegende externe Befunde werden, wenn möglich genutzt.

Eine mit den beteiligten Berufsgruppen abgestimmte Terminplanung ist eingerichtet. (z.B. INA, OP, Station)

Die Entlassung erfolgt geplant. Ein Entlassungsmanagement ist etabliert. Die Angehörigen/ Betreuer werden in den Entlassungsprozess mit einbezogen.

Jeder Patient erhält zur Entlassung einen Kurzarztbrief und einen Medikamentenplan. Bei pflegerisch betreuten Patienten erfolgt eine schriftliche Pflegeüberleitung. Eine VA zum Entlassungsbrief und zur kurzfristigen Entlassung liegt vor.

1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität, Behandlung und Visite (MeSeGe).

Die multiprofessionelle Koordination wird über die tägliche Visite sichergestellt. Die Standards und Leitlinien sind verbindlich und werden beachtet. Abweichungen werden begründet und dokumentiert. Teilweise werden die Befunde über das KIS zur Verfügung gestellt.

Der Patiententransport wird patienten- und zeitgerecht von den Stationen organisiert. Eine notwendige Begleitung wird gestellt.

Am Tag der stationären Aufnahme melden sich die Patienten an der Aufnahme und werden von dort an die aufzunehmende Station weitergeleitet. Dort findet die pflegerische Aufnahme und Versorgung statt.

Die leitlinienkonforme Behandlung der Patienten durch die Stationsärzte wird beim Facharztterstkontakt am Aufnahmetag sowie bei wöchentlichen Facharztvisiten überprüft. Darüber hinaus werden täglich anhand der Kurven die stationären Patienten nachmittags mit den jeweiligen Oberärzten besprochen. Die Festlegung der notwendigen pflegerischen Maßnahmen erfolgen entsprechend dem Pflegeprozessmodell und wird patientenbezogen dokumentiert. Änderungen der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen werden bei der täglichen Visite und bei Gegebenheit aufgenommen und dokumentiert. Die diagnostischen und therapeutischen Anforderungen erfolgt mit standardisierten Formularen (z.B. Konsilanforderung) oder über das KIS.

Der aufnehmende Arzt stimmt den Behandlungsprozess mit dem jeweiligen OA ab. Die Steuerung des Behandlungsprozesses obliegt den CÄ bzw. den OÄ.

Über die Notwendigkeit und Dringlichkeit einzelner Maßnahmen entscheidet der behandelnde Arzt in Absprache mit dem zuständigen CA bzw. OA. Über den geplanten Behandlungsablauf werden die Patienten bei der Visite, bzw. die ermächtigten Angehörigen/ gesetzlichen Betreuer in Einzelgesprächen mit dem behandelnden Arzt ausführlich informiert.

Bei onkologischen Krankheitsbildern erfolgt die interdisziplinäre, multiprofessionelle Abstimmung der weiteren Behandlungsplanung explizit in einer wöchentlichen Tumorkonferenz. Zu den wichtigsten Diagnosen liegen Therapieleitlinien/ Behandlungspfade vor. Verantwortlich sind die jeweiligen CÄ. Der zeitliche Ablauf des Aufenthaltes orientiert sich unter Berücksichtigung der therapeutischen und diagnostischen Notwendigkeiten.

1.4.2 Therapeutische Prozesse und Ernährung (MeSeGe)

Für die Patienten mit geriatrischer Komplexbehandlung werden tägliche Behandlungsgespräche und einmal wöchentlich eine interdisziplinäre des gesamten Teams.

An der Behandlung eines Patienten beteiligten Berufsgruppen arbeiten nach anerkannten Standards und Leitlinien.

Eine Ethikkommission ist etabliert.

Bei Eigen- oder Selbstgefährdung erfolgt eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik per PsychKG. Diese wird normalerweise vom Arzt über das Ordnungsamt eingeleitet.

Eine multiprofessionelle Tumorkonferenz ist etabliert.

Patienten mit geriatrischer Komplexbehandlung werden durch ein multiprofessionelles Team betreut. Tägliche Besprechungen zur Anpassung der Therapiemaßnahmen sind etabliert. Wöchentlich findet eine Besprechung des gesamten multiprofessionellen Teams statt.

Antibiotikaleitlinien liegen fachübergreifend vor.

1.4.3 Operative und interventionelle Prozesse

Die OP-Indikation erfolgt durch einen Facharzt. Der Behandlungsprozess ist standardisiert. Leitlinien und OP-Standards liegen vor.

Der organisatorische Ablauf der OP-Planung und -durchführung erfolgt über die OP-Koordination und ist in dem OP-Statut definiert

Notfälle werden über die OP-Koordination in das laufende Programm eingebunden. Die Empfehlungen zur Patientensicherheit der WHO werden eingehalten. Checklisten nach WHO wurden erstellt und werden angewendet.

Eine Team-Time-Out-Regelung ist eingeführt. Das medizinische Equipment ist auf dem aktuellen medizinischen Stand und wird ständig dem Bedarf angepasst.

Die Planung der postoperativen Überwachung oder Behandlung erfolgt präoperativ bei der OP-Planung. Die intensivmedizinische Überwachung ist über die Intensivstation jederzeit gewährleistet.

Die Weiterbildung von nicht qualifiziertem Personal erfolgt kontinuierlich weiter.

1.5.1 Entlassungsprozess

Bei der Entlassung der Patienten werden die gesetzlichen Vorgaben beachtet.

Die Entlassung der Patienten erfolgt strukturiert. Es liegen unterstützenden Dokumente im QHB vor.

Die Entlassungsplanung beginnt am Tag der Aufnahme. Die Patienten werden bei Aufnahme schriftlich über den Anspruch über ein Entlassungsmanagement informiert. Am Aufnahmetag wird das Assessment für eine mögliche notwendige Entlassungsplanung erhoben. Innerhalb von 48 Std. nach Aufnahme wird das differenzierte Assessment erhoben. (Barthel-Index) Wenn eine notwendige Entlassungsplanung festgestellt wird, wird über ein Konsil elektronisch der Sozialdienst hinzugezogen. Der Sozialdienst berät den Patienten und die Angehörigen über die Möglichkeiten. Nach schriftlichem Einverständnis des Patienten/ gesetzlichen Betreuer organisiert der Sozialdienst die Entlassung. (z.B. Verordnungen Weiterbetreuung, Rehabilitation

Eine Kooperation mit weiterbetreuenden Einrichtungen wurde geschlossen.

Die Patienten werden bei Bedarf in den Ambulanzen im möglichen Rahmen weiterbehandelt.

Das Wundmanagement, Ernährungsmanagement und die Stomaversorgung ist über externe Vertragspartner (home care)sichergestellt.

Der Sozialdienst organisiert frühzeitig die Nachsorge.

Die weiterbetreuenden Einrichtungen/ Personen werden rechtzeitig über die bevorstehende Entlassung informiert.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung

Im Rahmen der täglichen Übergaben, der Visiten und Patienten- und Angehörigengesprächen wird das Handeln besprochen und angepasst.

Sterbende Menschen werden nach Möglichkeit in einem Einbettzimmer untergebracht.

Den nächsten Angehörigen wird ermöglicht, so lange und so oft sie es wünschen, die sterbenden Menschen zu besuchen. Ein Verbleiben der Angehörigen über Nacht wird immer ermöglicht. Die Verpflegung der Angehörigen wird übernommen.

Soweit es von Patienten und Angehörigen gewünscht wird, wird die Begleitung der Sterbenden durch qualifiziertes Fachpersonal übernommen. Dabei werden sie durch Geistliche oder den Hospizverein unterstützt. Eine VA zum Umgang mit sterbenden Menschen ist erstellt.

Über den Sozialdienst kann auf Wunsch des Patienten/ der Angehörigen eine Überleitung in ein Hospiz erfolgen.

Die Palliativmedizin wird durch die Abteilungsärzte sichergestellt.

Patientenverfügungen werden erfragt, erfasst und berücksichtigt. Eine VA zum Umgang mit Patientenverfügungen ist erstellt.

2. Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Personalbedarf und Akquise

Unser Ziel ist es, den Personalbedarf so zu planen, dass eine Patientenversorgung unter Wahrung ökonomischer Gesichtspunkte sichergestellt ist.

Bei der Planung des Personalbedarfs werden individuell kurzfristig folgende Kennzahlen genutzt:

- Bettenauslastung pro Abteilung / Station
- Anzahl der ambulanten Patienten / ambulanten OPs
- CM / CMI
- veränderter Personalbedarf durch neue Verfahren
- Arbeitsplatzmethode / Mindestbesetzung
- InEK-Kalkulationsdaten, (E1plus, GOÄ, EBM)
- Ermittlung von Personalbindungsminuten, Anhalts- und Kennzahlen über ein EDV-gestütztes Online-Benchmarking-Modul.

Der Betriebsrat wird regelmäßig über die wirtschaftliche Entwicklung der einzelnen Leistungsbereiche informiert und in die Personalplanung einbezogen.

Zur Personalgewinnung werden offene Stellen intern und auf der Homepage ausgeschrieben.

Alternative Arbeitszeitmodelle werden angeboten. (Muttidienste)

Für Mitarbeiter, die ihren Beruf aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausführen können, wird in Zusammenarbeit mit dem Integrationsamt eine alternative Position gesucht.

Zusätzlich wurde eine Kooperation mit der Firma Plegia und Atlantis zur Übernahme von examiniertem Pflegepersonal geschlossen.

Zur Gewinnung von Auszubildenden nimmt das Krankenhaus an der Ausbildungsbörse teil..

PPR 2.0 ist umgesetzt

Das Krankenhaus ist in den sozialen Netzwerken aktiv.

Es konnte seit Beginn 2024 eine Station geschlossen werden, Das dadurch frei gewordene Personal konnte auf den Stationen verteilt werden. ohne Patienten wegschicken zu müssen.

2.1.2 Personalentwicklung

Die Mitarbeiter sind durch gezielte Personalauswahl und durch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für ihren Aufgabenkreis befähigt.

Vor der Besetzung von Stellen werden die von dem künftigen Stelleninhaber auf dieser Stelle und in dieser Position erwarteten Qualifikationen und Kenntnisse ermittelt und fließen bei der Stellenbesetzung entsprechend ein. Das Anforderungsprofil wird in der Stellenausschreibung veröffentlicht.

Ärztliche Mitarbeiter müssen die gesetzlich vorgeschriebenen Qualifikationsnachweise erbringen.

Es liegen Kooperationen für Rotationen im Rahmen der Facharztweiterbildung vor.

2.1.3 Einarbeitung

Ein umfassendes Einarbeitungskonzept ist erstellt.

Neue Mitarbeiter werden nach einem Einarbeitungskonzept eingewiesen.

Jedem neuen Mitarbeiter wird eine Einführungsmappe ausgehändigt. In dieser werden Pflichttermine/ Schulungen festgelegt und terminiert. (Hygiene, Datenschutz, Brandschutz, Arbeitsschutz., Transfusionswesen, Strahlenschutz, Dekubitus)

Die E-Learningmodule als Pflichtschulungen sind den verschiedenen Berufsgruppen zugeordnet.

Dem neuen Mitarbeiter werden erfahrene Mitarbeiter zur Seite gestellt.

2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung (G-BA MeSeGe) RL: Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus

Durch regelmäßige Überprüfung des Lern- und Leistungsstandes im Rahmen der Semestergespräche wird sichergestellt, dass es den Auszubildenden möglich ist, das Ausbildungsziel zu erreichen. Der Ausbildungsleiter in enger Abstimmung mit der jeweiligen Kursleitung ist für die Steuerung des Leistungsstandes verantwortlich.

Die praktische Ausbildung im Haus, wie auch bei den Kooperationspartnern ist durch qualifizierter Praxisanleiter gewährleistet.

Durch die regelmäßigen Lernzielkontrollen in der Theorie und Praxis wird der Lernerfolg gemessen und gesteuert.

Jeder Mitarbeiter hat einen Internet-Zugang zur Informationsrecherche. Den Auszubildenden der Krankenpflegeschule steht eine internetbasierte Lernplattform zur Verfügung

2.1.5 Arbeitszeiten/Work Life Balance

Die flächendeckende Einführung des elektronischen Dienstplanprogramms ist umgesetzt.

Auf Hinweis der Abteilungsleiter wird das bestehende Arbeitszeitmodell überprüft und ggfls. weiterentwickelt. Der Betriebsrat wird in die Planung eingebunden.

Neue Arbeitszeitmodelle werden zunächst auf Probe umgesetzt und in Rücksprache mit den Mitarbeitern evaluiert.

Die Einhaltung der geplanten Arbeitszeiten wird dokumentiert.

Flexible Arbeitszeiten sind etabliert. (z.B. Mütterdienste)

Die Stationsleitungen können in der 5Tage-Woche arbeiten.

Den Stationsleitungen steht 1x im Monat für administrative Tätigkeiten ein Bürotag zu.

Die pflegerische Leitung OP/Anästhesie ist 25% für administrative Tätigkeiten freigestellt.

Die pflegerische Abteilungsleitung Innere Medizin (Station 5, Station 6, Station 1) stehen für die Administration 4 Bürotage im Monat zur Verfügung.

Der Dienstplan wird 4 Wochen im Voraus durch den Dienstvorgesetzten genehmigt.

Die Jahresurlaubsplanung ist in einer Betriebsvereinbarung geregelt.

In der Pflege ist zur Unterstützung in Krankheits- und Urlaubsphasen ein Springerpool eingerichtet.

3. Sicherheit

3.1.1 Eigen- und Fremdgefährdung

Für Patienten, die einer Beaufsichtigung bedürfen, können Angehörige als Begleitperson aufgenommen werden. Bei Bedarf wird zusätzliches Personal eingesetzt.

Ambulante Patienten (z.B. Augen, HNO- Kinder) werden durch eine Bezugsperson begleitet.

Zu beaufsichtigende Patienten werden in Nähe des Pflegestützpunktes untergebracht.

Die WHO Kriterien zur Patientensicherheit ist umgesetzt.

Alle Patienten tragen Identifikationsarmbänder. Die Patienten werden bei der Aufnahme auf die Notwendigkeit zum Tragen hingewiesen.

Es wird über jeden Patienten eine Pflegeplanung entsprechend des Pflegeprozessmodells erhoben und entsprechende Maßnahmen abgeleitet.

Der Expertenstandard Sturzprophylaxe, Dekubitus, Ernährung sind eingeführt.

Notwendige Fixierungsmaßnahmen werden gemäß gesetzlicher Bestimmungen umgesetzt. Sichere Fixierungssysteme stehen den Stationen zur Verfügung. Die Entscheidung zur Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen wird über den amtlich bestellten Betreuer oder das Amtsgericht genehmigt. Eine VA zur Körperlichen Fixierung ist erstellt.

Patienten, die ein Sicherheitsrisiko gegenüber ihren Mitpatienten oder Mitarbeitern darstellen, werden entsprechend Psych-KG in die Psychiatrie verlegt.

Infektiöse Patienten werden an Hand der RKI-Richtlinie isoliert bzw. in eine Spezialklinik verlegt. Das Krankenhaus ist als Projektbeteiligte dem MRE-Netzwerk Rhein/Ahr angeschlossen und wurden mit dem Qualitätssiegel ausgezeichnet.

Zur Sturzprophylaxe stehen den Patienten Niedrigbetten zur Verfügung. Antirutschsocken stehen in verschiedenen Größen zur Verfügung.

VA's und Checklisten zur Patientensicherheit nach WHO sind eingeführt. Zur Vermeidung von Verwechslungen sind Patientenidentifikationsarmbänder für alle Patienten eingeführt.

3.1.2 Medizinisches Notfallmanagement

Ein Reanimationsteam ist etabliert. Notfallkoffer stehen in ausreichender Zahl zur Verfügung.

Ein Pflichtschulungen zur Reanimation und MegaCode Training sind etabliert.

Notwendige Fixierungsmaßnahmen werden gemäß gesetzlicher Bestimmungen umgesetzt. Sichere Fixierungssysteme stehen den Stationen zur Verfügung. Die Entscheidung zur Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen wird über den amtlich bestellten Betreuer oder das Amtsgericht genehmigt. Eine VA zur Körperlichen Fixierung ist erstellt.

Patienten, die ein Sicherheitsrisiko gegenüber ihren Mitpatienten oder Mitarbeitern darstellen, werden entsprechend Psych-KG in die Psychiatrie verlegt.

Infektiöse Patienten werden an Hand der RKI-Richtlinie isoliert bzw. in eine Spezialklinik verlegt. Das Krankenhaus ist als Projektbeteiligte dem MRE-Netzwerk Rhein/Ahr angeschlossen und wurden mit dem Qualitätssiegel ausgezeichnet.

Zur Sturzprophylaxe stehen den Patienten Niedrigbetten zur Verfügung. Antirutschsocken stehen in verschiedenen Größen zur Verfügung.

3.1.3 Organisation der Hygiene, Infektionsmanagement

Eine Hygienekommission ist etabliert.

Eine Geschäftsordnung und ein Organigramm wurde erstellt.

Die Beratung durch einen Krankenhaushygieniker ist sichergestellt.

Jeder neue Mitarbeiter wird durch die HFK in das Hygienemanagement eingewiesen.

Die HFK führt regelmäßige und anlassbezogene Begehungen durch. Sie organisiert die Hygieneuntersuchungen gemäß RKI.

Ein EDV Lernprogramm zum Fachbereich Hygiene wurde etabliert. Eine Jahresplanung für Hygieneschulungen liegt vor und wurde allen Mitarbeitern per Email zugeschickt.

Nosokomiale Infektionen werden der HFK gemeldet. Zusätzlich werden mikrobiologische Befunde tagesaktuell über die Schnittstelle Hybase überwacht.

Alle mit der Aufbereitung von Medizinprodukten tätigen Mitarbeiter sind gemäß MPG ausgebildet.

Die Reinigungs- und Sterilisationsprozesse sowie die Siegelnahtgeräte werden jährlich validiert. Für die relevanten Prozesse liegen VA's im Handbuch vor.

Das HACCP-Konzept ist in der Zentralküche und auf den Stationen umgesetzt.

Die Einhaltung von Hygienerichtlinien wird durch die HFK innerhalb der Begehungen überprüft und wenn nötig durch anlassbezogene Schulungen korrigiert.

Hygienebeauftragte in der Pflege werden durch die HFK ausgebildet.

In den jeweiligen Fachbereichen sind hygienebeauftragte Ärzte ausgebildet .

Es wurde ein Antibiotika Steward ausgebildet. Es finden ABS Sitzungen unter der Leitung des Ärztlichen Direktors statt.

Das Krankenhaus nimmt an verschiedenen KISS Modulen teil.

Das Krankenhaus erfüllt die hygienerelevanten Voraussetzungen zum Erhalt des Qualitätssiegels des MRE-Netzwerkes Rhein-Ahr.

Ein Hygieneplan Ausbruchsmanagement liegt vor, wurde geschult und im Handbuch veröffentlicht. Screening zu MRSA, MRGN und Corona ist etabliert.

3.1.4 Hygienerelevante Daten

Die Auswertung der Daten für MRE und CDAD wird monatlich erstellt und bei Auffälligkeiten Interventionen eingeleitet.

Die Teilnahme an Kiss-Modulen ist etabliert.

- ITS-KISS
- OP-KISS Hüft- und Knieimplantate
- Hand-KISS
- MRSA KISS
- CDAD-KISS

Die Auswertung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt halbjährlich

3.1.5 Arzneimittel und Arzneimitteltherapiesicherheit

Für den Umgang mit Betäubungsmittel Arzneimitteln liegen VA' s vor.

Für die Zubereitung von aseptischen Lösungen ist ein Hygienestandard erstellt.

Das Vorgehen bei telefonischen Anordnungen ist in einer VA geregelt.

Die externe Apotheke ist für die Erfassung von Vorkommnissen, Unverträglichkeiten und Beinahevorkommnissen verantwortlich. Die Rückmeldung über Zwischenfälle erfolgt direkt durch den ärztlichen Dienst an die Apotheke, die weitere Schritte einleitet. Eine DA liegt vor.

Informationen zu Therapien und Nebenwirkungen werden über EDV zur Verfügung gestellt.

BTM werden im Giftschränk gelagert, Der Schlüssel ist einer Person dokumentiert zugeordnet. Ein Schlüsselprotokoll wird geführt.

Eine Kontrolle der Arzneimittel wird 2x im Jahr durch die externe Apotheke durchgeführt und protokolliert.

3.1.6 Labor- und Transfusionsmedizin

Ein Organigramm Transfusionswesen ist erstellt.

Jeder Mitarbeiter wird in seiner Einarbeitungszeit über Regeln zur Beschaffung von Arzneimitteln, Blut- und Blutprodukten sowie Medizinprodukten eingewiesen.

Die Anwendung von Blut- und Blutprodukten erfolgt nach einem standardisierten Verfahren.

Der krankenhausinterne Meldeweg bei Transfusionszwischenfällen ist in der DA geregelt.

Eine Dokumentation der serologischen Untersuchungen, der Chargenbezeichnungen von Reagenzien, Blutprodukte, Eigenblut, Datum und Uhrzeit der Anwendungen, werden durch das Transfusionsmanagement im Labor und in der Anästhesieabteilung erfasst.

Transfusionskommissionssitzungen finden regelmäßig statt.

Eine E-Learning Pflichtschulung zum Transfusionswesen für 3jähriges Pflegepersonal und ärztlichen Personal ist eingeführt.

3.1.7 Medizinprodukte

Es liegen VA's zu nicht- technischen MP vor.

Es sind beauftragte Personen gemäß MPBetreibV benannt und geschult.

Die Betreuung der technischen Medizinprodukte erfolgt durch die Firma Synthes. Die Schnittstellen sind vertraglich geregelt. Neue -, Austausch- und Leihgeräte werden durch die Firma erfasst..

Der Umgang mit Vorkommnissen und Beinahe-Vorkommnissen erfolgt nach den gesetzlichen Bestimmungen. Die Meldung erfolgt über einen strukturierten Meldebogen

Die komplette Dokumentationen über durchgeführte messtechnische Kontrollen, sicherheitstechnischen Kontrollen und Kontrollen der elektrischen Anlagen liegen in der Technik vor.

Das Gesamtbestandsverzeichnis der Firma H&K liegt vor. Das Bestandsverzeichnis der jeweiligen Stationen liegt im MP- Buch in den Abteilungen vor.

In der Probephase haben Mitarbeiter die Möglichkeit, technische und nicht technische Medizinprodukte im Umgang zu testen. Die Testphase unterliegt den entsprechenden Verordnungen.

Jeder Mitarbeiter wird in seiner Einarbeitungszeit über Regeln zur Beschaffung von Arzneimitteln, Blut- und Blutprodukten sowie Medizinprodukten eingewiesen.

In den Bereichen sind Medizinproduktebeauftragte benannt.

3.2.1 Arbeitsschutz

Beurteilungen der Arbeitsplätze liegen vor.

Arbeitsplatzbegehungen werden durchgeführt,

Arbeitsunfälle werden dokumentiert und ausgewertet,

Ein Gefahrstoffkataster ist erstellt, Betriebsanweisungen und Sicherheitsdatenblätter liegen vor.

Betriebsärztliche Untersuchungen werden regelmäßig durchgeführt

Alle Mitarbeiter des Krankenhauses werden bei Einstellung betriebsärztlich untersucht. Die Nachuntersuchungen erfolgen im vorgeschriebenen Zeitraum.

- Gefahrstoffbeauftragte Personen und Sicherheitsbeauftragte sind benannt und geschult.
- Mitarbeiter, die mit Röntgenstrahlungen umgehen, sind mit einer Plakette ausgestattet. Diese werden einmal im Monat vom Material- Prüfungsamt NRW ausgewertet. Das Auswertungsprotokoll wird an die Radiologie zurückgesendet. Ein Durchschlag des Protokolls wird an den Betriebsarzt geschickt.

Arbeitsschutzsitzungen finden regelmäßig statt

Ein E-Learning Programm für alle Mitarbeiter zum Thema Arbeitsschutz ist als Pflichtschulung etabliert

3.2.2 Brandschutz

Eine Brandschutzordnung liegt vor .

Elektrische Geräte werden jährlich überprüft und mit einem Siegel versehen. Private Elektrogeräte sind nur dann erlaubt, wenn diese durch die Technische Abteilung oder der jährlichen Geräteüberprüfung freigegeben werden.

Ein Alarmierungsplan liegt vor.

Die Flucht- und Rettungspläne werden jährlich durch den Brandschutzbeauftragten überprüft und ggf. aktualisiert.

Es werden regelmäßige Brandschutzbegehungen durchgeführt.

Die Feuerlöscher und installierte Feuerlöschschläuche werden alle 2 Jahre überprüft.

Jährliche Pflichtschulungen werden über ein EDV-gestütztes Lernprogramm durchgeführt.

Evakuierungsworkshops wurden durchgeführt.

An der Pforte im Eingangsbereich hängt das Feuerwehrinformationszentrum.

Außentüren sind mit einem Alarmsystem gesichert. Erstunterweisung neuer Mitarbeiter werden durchgeführt und dokumentiert. Generalschlüssel liegt für die Feuerwehr im Feuerwehrschränkeldepot.

Brandschutzhelfer sind ausgebildet.

3.2.3 Krankenhausalarm und -einsatzplanung inkl. Ausfall von Systemen (DAKEP)

Eine Brandschutzordnung ist erstellt

Die nicht ortsfesten Geräte werden jährlich überprüft und mit Prüfplakette versehen

Der Katastrophenschutzplan/ Alarmplan für interne und externe Schadenslagen wurde erstellt.

Ein IT-Ausfallkonzept ist im QM-Handbuch hinterlegt

Bei Ausfall der ZSVA ist die Aufbereitung der Instrumente über eine zertifizierte ZSVA sichergestellt. Die Ablaufplanung wird durch die Technik und die Hygienefachkraft gewährleistet.

Es liegt ein Ausfallkonzept vor. Sowohl im Bereich der Hard- als auch im Bereich der Software liegen Serviceverträge mit den Anbietern vor. Die technischen Voraussetzungen für eine Hochverfügbarkeit sind gegeben. Notfallpläne für die wichtigsten medizinischen Bereiche (Labor, Röntgen, Intensivstation etc.) liegen vor.

Die Meldung von Störungen erfolgt über ein Störungsmeldesystem im Intranet bzw. telefonisch direkt an die Systemadministratoren. Eine Beseitigung der Störung erfolgt möglichst sofort über Desktop-Remote oder durch persönlichen Kontakt. Die Priorisierung der Störungen erfolgt durch die Systemadministratoren.

3.2.4 Umweltschutz

Der Umweltschutz wird unter ökonomischen Gesichtspunkten betrachtet.

Die Umsetzung der Konzepte erfolgt durch Transparenz, Schulungen und Einweisungen.

Bei ökonomisch gleichwertigem Angebot werden ökologische Produkte bevorzugt.

Die Abfälle werden nach Abfallverzeichnis- Verordnung zugeordnet und gesammelt. Wertstoffe wie Glas, Pappe und Kunststoff werden dem Recycling zugeführt. (siehe Hygienestandard A -2 Abfallentsorgung)

Zur Abfallvermeidung werden die Produkte vom Einkauf auf Abfallanfall begutachtet und ausgewählt.

Zu den einzelnen Gefahrstoffen liegen Sicherheitsdatenblätter vor.

Die Gefahrstoffe sind abteilungsbezogen nach Art der Gefährdung aufgelistet.

Sicherheits- und Gefahrstoffbeauftragte sind benannt und ausgebildet.

4. Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme (APS) HE: Digitalisierung und Patientensicherheit – Risikomanagement in der Patientenversorgung

Ein zeitlich uneingeschränkter Zugang zum EDV-System ist sichergestellt. Ein Benutzer- und Berechtigungskonzept liegt vor.

Es liegt ein Ausfallkonzept vor. Die technischen Voraussetzungen für eine Hochverfügbarkeit sind gegeben. Notfallpläne für die wichtigsten medizinischen Bereiche (Labor, Röntgen, Intensivstation etc.) liegen vor.

Die Meldung von Störungen durch die Anwender erfolgt über ein Störungsmeldesystem.

4.1.2 Einsatz von Software

Die Patientendokumentation erfolgt digital.

Endoprothetikregister und Krebsregister werden geführt.

Teleradiologie ist eingeführt.

4.2.1 Klinische Dokumentation

Die Patientendokumentation entspricht den gesetzlichen Vorgaben.
Eine Dokumentationsrichtlinie ist erstellt.

Im KIS hat jeder Mitarbeiter eine eindeutige Berechtigung.
Die Patientendokumentation wird berufsgruppenübergreifend genutzt.
Der Ablauf der Dokumentation nach § 301 SGB V ist in einer Verfahrensanweisung geregelt.
Das Archiv wird strukturiert geführt. Eine Archivordnung liegt vor. Alle wesentlichen Abläufe sind in VA's festgelegt.

4.2.2 Datenschutz

Jeder Mitarbeiter wird bei Eintritt über die Einhaltung des Datenschutzes schriftlich informiert und mündlich belehrt.

Die EDV-gestützte Datensicherheit wird durch kontinuierliche Kontrollen des Datenschutzbeauftragten gewährleistet. Ein Berechtigungskonzept für alle IT-Systeme und Mitarbeiter liegt vor. Eine DA zum Umgang mit den EDV-Verfahren ist erstellt und eingeführt.
Die Mitarbeiterdaten sind im Personalbüro vor Zugriff geschützt.

Eine jährliche Unterweisung wird über eine E-Learning-Plattform sichergestellt. Neue Mitarbeiter sind angehalten, die E-Learning-Programme innerhalb von 1 Monat abzuarbeiten. Eine Kontrolle erfolgt über die Personalabteilung.

Patientendaten werden extern nur im gesetzlichen Rahmen weitergegeben (z.B. MDK, Schweigepflichtentbindung etc.). Das Einverständnis der Patienten zur Weitergabe der Daten wird grundsätzlich eingeholt.

Die Mitarbeiterdaten sind im Personalbüro vor Zugriff geschützt.

Sensible Daten werden nur durch den Einsatz einer Cloudbasierten Ende-zu-Ende Verschlüsselung gespeichert und berechtigten Empfänger zugänglich gemacht.

Eine Weitergabe von Daten zu Zwecken von Forschung und Lehre erfolgt gemäß den gesetzlichen Bestimmungen (Krebsregister usw.) oder anonymisiert.

Datenschutzrisiken für den Patienten wurden in einer Datenschutzfolgeabschätzung (PIA) bewertet. Entsprechende Maßnahmen sind beschrieben.

Mit externen Dienstleistern wurden die entsprechenden Verträge zur Verarbeitung im Auftrag (Art.28

DSGVO) geschlossen.

In der IT wurden umfassende Sicherheitsmaßnahmen in den Bereichen Firewall und externe Zugänge getroffen. Das Netzwerk wurde segmentiert.

Die Bereiche Archivierung der Patientenakten, Stationsorganisation, Personalabteilung und IT wurden durch den Datenschutzbeauftragten geprüft.

4.3.1 Einsatz neuer Medien

Eine feste Kommunikationsstruktur wird kontinuierlich weiterentwickelt. (Intranet, internen Email Kontakt, personifizierte mobile Telefone)

Videokonferenzen zum externen Austausch werden genutzt.

E-Learning Plattformen sind zu verschiedenen Themen als Pflichtschulungen etabliert.

5. Unternehmensführung

5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Ziel aller Maßnahmen ist, dass die Arbeitsplätze aller Mitarbeiter durch eine entsprechende Betriebsführung gesichert sind.

Eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Betriebsrat ist für den Erfolg des Unternehmens unerlässlich.

Regelmäßige und umfassende Information des Betriebsrates durch die Geschäftsführung ist die Grundlage des Vertrauens.

Die Motivation und die Fähigkeiten der Mitarbeiter sind das wichtigste Kapital des Unternehmens. Der individuellen Personalentwicklung kommt hierbei eine herausgehobene Bedeutung zu. Sie soll durch individuelle Fort- und Weiterbildungen transportiert werden.

In den Betriebsversammlungen werden die Mitarbeiter über den aktuellen Stand der wirtschaftlichen Lage des Krankenhauses informiert.

5.1.3 Ethische, religiöse und gesellschaftliche Verantwortung (MeSeGe)

Das Krankenhaus hat das Ziel, dass keine Mitarbeiter, keine Kunden und keine Patienten sowie deren Angehörige und Besucher durch ihre religiösen oder weltanschaulichen Einstellungen Nachteile erleiden.

Der Kontakt zu Selbsthilfegruppen wird aktiv gepflegt. Ihre Tätigkeit wird im Rahmen der Möglichkeiten unterstützt.

Ziel ist es, dass jeder Mitarbeiter, jeder Patient und jeder Angehörige bei Fragen zu ethischen Problemen eine ethische Fallbesprechung initiieren kann.

5.1.4 Unternehmenskommunikation

Der GF informiert die Mitarbeiter regelmäßig in den Betriebsversammlungen und den Abteilungsleitungen.

Eine Kommunikationsplattform ist über ein Intranet erstellt.

Alle Mitarbeiter haben Zugang ins Internet.

Pressemitteilungen werden im Intranet veröffentlicht.

Das Krankenhaus unterhält eine Homepage..

Sowohl für Patienten als auch für niedergelassene Ärzte werden in regelmäßigen Abständen Veranstaltungen zu verschiedenen Themen durchgeführt.

Die Bevölkerung wird durch die Presse über aktuelle Themen des Krankenhauses informiert.

Das Krankenhaus bietet bei dem Gesundheitstagen Vorträge zu aktuellen Themen an.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung

Wesentlicher Bestandteil der Strategieplanung sind Kooperationen mit externen Partnern. Die Zusammenarbeit ist auf einen langfristigen gemeinsamen Erfolg ausgerichtet.

Ein Berichtswesen dient zur Steuerung des finanziellen Ergebnisses.

Betriebswirtschaftliche Aspekte werden zum einen in einem wöchentlichen, monatlichen bzw. quartalsmäßigen Berichtswesen an die Verantwortlichen kommuniziert.

Die Ressourcenverteilung orientiert sich weitgehend an den erwirtschafteten Erträgen der Abteilungen.

5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement und Compliancemanagement

In der Verantwortung der Geschäftsführung wird ein mehrjähriger Finanz- und Investitionsplan erstellt und durch den Aufsichtsrat genehmigt. Durch die geplanten Maßnahmen soll erreicht werden, den seit vielen Jahren bestehenden positiven Jahresabschluss fortzuführen.

Die Finanz- und Investitionsplanung berücksichtigt die Zielsetzung der Krankenhaus Wermelskirchen

GmbH zur Weiterentwicklung der Abteilungen und der Mitarbeiter.

Budgets für einzelne Abteilungen liegen nicht vor. Auf Grund der überschaubaren Größe des Hauses erfolgt explizit keine Budgetbildung. Vielmehr erfolgt die betriebswirtschaftliche Steuerung über ein detailliertes Berichtswesen. Eine enge Kommunikation zwischen den Ergebnisverantwortlichen und der BL, in die auch weitere nachgeordnete Mitarbeiter eingebunden sind, garantiert eine hohe Identifikation mit dem Berichtsergebnis.

5.2.3 Partnerschaften und Kooperationen (MeSeGe)

Es wurden Kooperationsverträge mit verschiedenen Krankenpflegeschulen geschlossen, um den Einsatz deren Auszubildenden bei uns einzusetzen.

Durch eine Kooperation mit einer zusätzlichen Krankenpflegeschule (Hasensprungmühle) konnten weitere Ausbildungsplätze zur Pflegefachkraft geschaffen werden.

Wesentlicher Bestandteil der Strategieplanung sind Kooperationen mit externen Partnern. Ziel ist es dabei, zu beiderseitigem Nutzen und bei wirtschaftlichem Einsatz der Ressourcen die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses zu erhalten und zu erweitern, um dem Patienten eine möglichst umfassende Leistung anbieten zu können.

Die Zusammenarbeit ist auf einen langfristigen gemeinsamen Erfolg ausgerichtet.

Hauptzweck der Bildung von Kooperationen ist ein Angebot von Gesundheitsleistungen, das für den Patienten möglichst wenige Brüche in der Behandlungskette aufweist. Die Kooperationen sollen zum einen das eigene Marktangebot abrunden und zum anderen den Übergang in andere Sektoren für den Patienten vereinfachen.

Das Krankenhaus bietet Betriebspraktika für die allgemeinbildenden Schulen an. Gelenkte Pflegepraktika für den Altenpflegedienst, den Rettungsdienst sowie für Medizinstudenten werden darüber hinaus angeboten.

5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

Das übergeordnete Organigramm und die Abteilungsorganigramme liegen im QHB vor und sind jedem Mitarbeiter zugänglich. Änderungen werden zusätzlich in den Betriebsversammlungen mitgeteilt. Eine Homepage ist eingerichtet.

Die Strukturen der Zusammenarbeit in den Gremien ergeben sich aus dem GmbH Vertrag und aus den CA-Verträgen.

Weiterhin erfolgt die Information über die Krankenhausleitungskonferenz, die Abteilungsleitungssitzungen oder die Betriebsversammlung.

Zu folgenden Sitzungen wird eine Einladung mit Tagesordnung versandt und ein Protokoll erstellt:

- Aufsichtsrat,
- Gesellschafterversammlung,
- Hauptausschuss des Aufsichtsrates
- Betriebsleitungssitzung
- Krankenhausleitungskonferenz,
- Abteilungsleitungssitzung,
- Hygienekommission,
- Antibiotikakommission,
- Arbeitsschutzsitzung,
- Praxisanleitersitzung,
- Transfusionskommission,
- OP-Steuerungsgruppe

Gremien und Kommissionen werden möglichst berufsgruppen- und abteilungsübergreifend besetzt, um einen breiten Transparenz zu gewährleisten.

5.3.2 Innovation, Wissens- und Ideenmanagement

Eine Betriebsvereinbarung zum innerbetrieblichen Vorschlagswesen wurde erarbeitet.

Die Ideen und Vorschläge der Mitarbeiter werden strukturiert über das innerbetriebliche Vorschlagswesen erfasst und bearbeitet.

Beschwerden können direkt, über den direkten Vorgesetzten oder den Betriebsrat geäußert werden. Die strukturierte Bearbeitung von Mitarbeiterbeschwerden obliegt dem Betriebsrat. Ein Flowchart "Mitarbeiterbeschwerden" liegt vor.

Vorschläge für neue Behandlungsmethoden medizinisch und ökonomisch geprüft. Sollen neue Behandlungsmethoden eingeführt werden, erfolgt eine Einarbeitung und Schulung aller betroffenen Mitarbeiter. Die Einführung von Neuerungen erfolgt durch Coaching vor Ort und durch Fort- und Weiterbildung.

Die Mitarbeiter werden kontinuierlich über angebotene Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen dem aktuellen Wissensstand angepasst. (z.B. Praxisanleiter, Sachkunde Endoskopie, Stationsleitungslehrgang, Intensiv- und Anästhesie).

Pflichtfortbildungen über E-Learning Programme sind etabliert. Der Wissensstand wird über ein Zertifikat gesichert.

Die Teilnahme an externen Fortbildungen ist im Rahmen der dienstlichen Möglichkeiten möglich und wird gefördert. Interne Fortbildungen und Inhouse Schulungen werden angeboten.

6. Qualitäts- und klinisches Risikomanagement

6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitäts- und des klinischen Risikomanagements (APS) HE: Anforderungen an klinische Risikomanagementsysteme im Krankenhaus

Unser Ziel ist es, ein Qualitätsmanagementsystem quer zu allen Berufsgruppen und Abteilungen zu etablieren.

2005 wurde von dem GF festgelegt, ein umfassendes Qualitätsmanagement (UQM) einzuführen und in einem entsprechenden QHB zu dokumentieren.

Zur Einführung und Weiterentwicklung sind seit dem folgende Institutionen besetzt: ein QMB als Stabstelle der Geschäftsführung und ein interprofessionell besetztes QM-Team. Für die Weiterentwicklung des QM-Systems wird eine regelmäßige Überprüfung aller relevanten Prozesse im Rahmen einer Selbstbewertung durch die QM-Bewertungsgruppe nach dem jeweils gültigen KTQ Katalog genutzt.

Verantwortlich für das QM ist der GF.

6.1.2 Methoden des klinischen Risikomanagements zur Patientensicherheit (APS) HE: Anforderungen an klinische Risikomanagementsysteme im Krankenhaus

Über das wöchentliche, monatliche und quartalsweise Berichtswesen werden die Geschäftsführung, die BL und die verantwortlichen Mitarbeiter regelmäßig über die Risiken informiert. Eine Diskussion und Bewertung der Risiken erfolgt in der Betriebsleitung, der Krankenhausleitungskonferenz und bei Bedarf in Einzelgesprächen. Eine Liquiditätsüberwachung ist etabliert.

6.1.3 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung (MeSeGe)

Die Organisation der Projektarbeit und der Prozessgestaltung obliegt der BL.

Die Projektplanung erfolgt entsprechend der Schulungsunterlagen. Diese sind im QM-Handbuch veröffentlicht.

Ein Gesamtmaßnahmenplan wurde erstellt und wird regelmäßig auf Aktualität überprüft. Die Maßnahmen werden nach dem PDCA-Zyklus bearbeitet.

Zur Verbesserung der Abläufe werden unter Berücksichtigung der Schnittstellen die Experten der jeweiligen Bereiche hinzugezogen. Die Projekte und die Optimierung der Prozesse wird durch die QMB begleitet.

Ein elektronisches Handbuch ist erstellt und ist für die Mitarbeiter jederzeit einsehbar.

Es wurden Kooperationen mit den kommunalen Krankenhäusern eingegangen um zu bestimmten Themen gemeinsame Arbeitsgruppen zu bilden und die Themen zu bearbeiten.

6.2.1 Patientenbefragungen (MeSeGe)

Kontinuierliche anonyme Patientenbefragungen werden durchgeführt, ausgewertet, im Intranet veröffentlicht den Abteilungen zur Verfügung gestellt.

Ziel bei der Planung zur Nutzung von Befragungen ist systematische Durchführung, die zeitnahe Auswertung und die Einleitung von Verbesserungsmaßnahmen. Poststationäre Patientenbefragungen werden

durch die Krankenkassen ausgewertet.

Kontinuierliche anonyme Patientenbefragungen werden durchgeführt, ausgewertet, im Intranet veröffentlicht den Abteilungen zur Verfügung gestellt.

6.2.2 Mitarbeiterbefragungen (MeSeGe)

Geplant ist, die Abstände der Mitarbeiterbefragung auf alle 10 Jahre auszuweiten, da die bisherigen Mitarbeiterbefragungen keine neuen Erkenntnisse gebracht haben. Die Befragung erfolgt anonym mit Unterstützung einer externen Firma. (Metrik)

Die Planung und Umsetzung der Befragung erfolgt in Zusammenarbeit mit dem Betriebsrat. Eine Betriebsvereinbarung mit dem Betriebsrat liegt vor.

Die Auswertung wird den Mitarbeitern abteilungsbezogen vorgestellt.

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

Ziel ist es, Patientenwünsche und Beschwerden zeitnah zu erfassen und zu bearbeiten. Die Vorgehensweise ist in einem Flowchart festgelegt.

Die Beschwerden von Patienten werden ernst genommen. Die Patienten können ihre Beschwerde an einen Mitarbeiter ihres Vertrauens, den Patientenführsprecher, die Abteilungsleitung, das Beschwerdemanagement oder direkt an den Geschäftsführer richten.

Darüber hinaus können Beschwerden der Patienten über den Patientenfragebogen, in schriftlicher Form, telefonisch oder persönlich eingereicht werden. Alle Mitarbeiter sind angehalten Beschwerden entgegenzunehmen und weiterzuleiten. Die Stelle des Patientenführsprechers ist besetzt.

6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner/externer Verfahren

Die Erhebung der Daten findet auf unterschiedlichen Ebenen statt. Eine Rückmeldung zur Analyse erfolgt systematisch.

Im Rahmen eines Benchmark- Projektes über den Zweckverband werden Qualitätskennzahlen aus den Routinedaten nach § 301 SGB V und Personalkennzahlen erhoben, ausgewertet und verglichen.

Es erfolgen Auswertungen von

- Ausfallstatistik
- Auswertung von Krankenhausleistungsgruppen über den Krankenhauszweckverband
- Auswertung quartalsweise der Daten der Kodierung
- Auswertung der Daten zur Qualitätssicherung, sentinel events und Risikobewertung
- Erhebung und Bewertung der externen Qualitätssicherungsdaten durch das Medizin-Controlling
- Statistiken von Schadensfällen/ Dekubitusfällen
- Ringversuche im Labor