



KTQ - QUALITÄTSBERICHT

Krankenhaus: Krankenhäuser Landkreis Freudenstadt gGmbH

Institutionskennzeichen: 260821376

Anschrift: Krankenhäuser Landkreis Freudenstadt gGmbH

Karl-von-Hahn Str. 120

72250 Freudenstadt

**Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer: 2009 – 0024 K
durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle SAMA Cert GmbH**

Datum der Ausstellung: 26.03.2009

Gültigkeitsdauer: 25.03.2012

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Individuelles Vorwort	5
Die KTQ-Kriterien	7
1 Patientenorientierung im Krankenhaus	7
2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung	12
3 Sicherheit im Krankenhaus	15
4 Informationswesen	18
5 Krankenhausführung	20
6 Qualitätsmanagement	23

Vorwort der KTQ®

Die KTQ-Zertifizierung ist ein krankenhausspezifisches Zertifizierungsverfahren, das getragen wird von der Bundesärztekammer (BÄK), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Deutschen Pflegerat (DPR) und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherungen¹. Darüber hinaus wurde der Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschland e. V. (HB) mit Beginn des Routinebetriebes im „Niedergelassenen Bereich“ ebenfalls Gesellschafter der KTQ-GmbH. 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 wurden ausschließlich von Krankenhauspraktikern entwickelt und erprobt.

Mit diesem Zertifizierungsverfahren bietet die KTQ® den Krankenhäusern ein Instrument an, mit dem sie die Qualität ihrer Leistungen durch die Zertifizierung und den zu veröffentlichenden KTQ-Qualitätsbericht nach außen transparent darstellen können.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen, von Krankenhauspraktikern entwickelten Kriterien, die sich auf die Patientenorientierung, die Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit im Krankenhaus, das Informationswesen, die Krankenhausführung und das Qualitätsmanagement 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.

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den Visitoren gezielt hinterfragt und durch Begehungen einzelner Krankenhausbereiche überprüft.

¹ Zu diesen zählen: der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., der AOK-Bundesverband, der BKK Bundesverband, der IKK-Bundesverband, der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Bundesknappschaft, die See-Krankenkasse.

Auf Grund des positiven Ergebnisses der Selbst- und Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Mit dem KTQ-Qualitätsbericht werden umfangreiche, durch die Fremdbewertung validierte Informationen über das betreffende Krankenhaus in standardisierter Form veröffentlicht.

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet die individuelle Einleitung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Beschreibung der insgesamt 72 Kriterien des KTQ-Kataloges. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet im zweijährigen Turnus den 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. Jedem KTQ-Qualitätsbericht ist ein Vorwort der KTQ-GmbH vorangestellt, darauf folgen eine Einleitung, in der drei bis vier innovative, patientenorientierte Leistungen beschrieben werden, die Strukturdaten sowie eine Beschreibung zu jedem der insgesamt 72 Kriterien des KTQ-Kataloges.

Wir freuen uns, dass das Krankenhaus mit diesem Qualitätsbericht allen Interessierten - in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen - einen umfassenden Überblick hinsichtlich seines Leistungsspektrums, seiner Leistungsfähigkeit und seines Qualitätsmanagements vermitteln kann.

Der Qualitätsbericht ist auch auf der KTQ-Homepage unter <http://www.ktq.de/> abrufbar.

Dr. G. Jonitz
Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann
Für die Spitzen-
verbände der Krankenkassen

Dr. med. B. Metzinger
Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

M.-L. Müller
Für den Deutschen Pflegerat

Dr.med. R. Quast
Für den Hartmannbund

Einleitung

Die Krankenhäuser Landkreis Freudenstadt gGmbH (KLF) stellen für den Landkreis Freudenstadt die Grund- und Regelversorgung sicher. In der gGmbH werden das Krankenhaus Freudenstadt, das Hospital zum Heiligen Geist Horb und die Klinik für Geriatrische Rehabilitation gemeinsam geführt.

Mit einer Gesamtzahl von 416 Betten versorgen die KLF jährlich ca. 15.000 Patienten stationär und ca. 25.000 ambulant. Ca. 900 Kinder kommen in den KLF zu Welt.

Die Patienten betreuen wir an den Standorten Freudenstadt und Horb in folgenden Fachabteilungen und Kliniken:

- § Zentrum für Chirurgie mit den Bereichen Unfall- und Wiederherstellungschirurgie sowie Viszeralchirurgie
- § Medizinische Klinik I, Medizinische Klinik II (Kardiologie), Medizinische Klinik Horb
- § Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
- § Frauenklinik
- § Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
- § Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- § Zahn-, Mund-, Kieferchirurgie
- § Klinik für Geriatrische Rehabilitation Horb

Den Patienten werden weitere Leistungen über das Institut für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie, sowie das Institut für Radiologie angeboten. An beiden Standorten sind Belegärzte in den Krankenhäusern tätig (FDS: HNO und Zahn-Mund-Kieferchirurgie, Horb: HNO und Gynäkologie).

Eine Vernetzung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung wird durch das Medizinische Versorgungszentrum insbesondere für die Bereiche der Kardiologie und Neurochirurgie praktiziert.

Weiter Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten bestehen im Rahmen der Notfallpraxis in Horb und für folgende Bereiche: Augen, Dermatologie, Urologie, Chirurgie, Gynäkologie sowie die Ästhetik-Line.

Durch den perinatalogischen und den geriatrischen Schwerpunkt sowie die Klinik für Geriatrische Rehabilitation finden auch sehr junge Patienten und Patienten im Alter eine hochqualifizierte spezialisierte Betreuung.

Die Physiotherapie unterstützt den Heilungsprozess über die Dauer des stationären Aufenthalts hinaus durch das Angebot der erweiterten ambulanten Physiotherapie.

2006 wurde die Zertifizierung nach KTQ für das Krankenhaus Freudenstadt erreicht. In die Rezertifizierung 2009 konnte nun auch der Standort Horb mit eingeschlossen werden und somit ein einheitliches QM-System für beide Standorte umgesetzt werden.

Im folgenden Bericht finden Sie eine kurze Darstellung, wie die KTQ-Kriterien in den KLF umgesetzt werden.

Weitere ausführliche Informationen zum Leistungsspektrum der KLF finden Sie unter www.klf-net.de.

Rainer Schmidhuber
Geschäftsführer

Dr. Jörg Schwegler
QM-Beauftragter

Die KTQ-Kriterien beschrieben von Krankenhäuser Landkreis Freudenstadt gGmbH

1 Patientenorientierung im Krankenhaus

1.1 Vorfeld der stationären Versorgung und Aufnahme

Die Organisation im Vorfeld der stationären Aufnahme erfolgt patientenorientiert.

1.1.1 Die Vorbereitungen einer stationären Behandlung sind patientenorientiert

Das Krankenhaus gewährleistet im Vorfeld der stationären Versorgung eine an den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Angehörigen orientierte Organisation und Gestaltung.

Die sichere medizinische Versorgung beginnt in den Ambulanzen oder Notfallaufnahmen, von denen aus alle Patienten bedarfsgerecht behandelt werden. Bereits vorliegende Befunde werden berücksichtigt. Die enge Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten ist selbstverständlich. Ein umfangreiches Angebot an Informationsschriften und -veranstaltungen steht zur Verfügung. Mit dem PKW und mit öffentlichen Verkehrsmitteln sind unsere Krankenhäuser gut zu erreichen. Zahlreiche Parkplätze stehen zur Verfügung.

1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

Innerhalb des Krankenhauses ist die Orientierung für Patienten und Besucher sichergestellt.

In unseren Krankenhäusern ist ein systematisches Wegeleitsystem installiert. Bereits im Eingangsbereich befindet sich eine große Übersichtstafel, auf der sämtliche Bereiche und ihre Lage beschrieben sind. Im gesamten Haus wird die Orientierung durch Hinweisschilder erleichtert. Der direkt am Eingang gelegene Empfang gibt Auskunft. Zur Unterstützung hilfsbedürftiger Patienten stehen Gepäckwagen, Rollstühle und der Patientenbegleitdienst bereit.

1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

Die Aufnahme erfolgt koordiniert unter Berücksichtigung der Bedürfnisse von Patienten nach Information, angemessener Betreuung und Ausstattung.

Jeder Patient ist am Aufnahmetag zu einem festen Termin einbestellt. Während der administrativen Aufnahme wird der Patient über mögliche Wahlleistungen informiert. Die Aufnahme wird ausschließlich durch qualifiziertes Fachpersonal durchgeführt. Es werden sowohl medizinische Bedürfnisse und Wünsche des Patienten berücksichtigt als auch eine effektive Informationslage für die Weiterbehandlung geschaffen. Der Patient wird bei Bedarf auf die Station begleitet. Der Ablauf der Aufnahme der Patienten auf Station ist in einer Verfahrensweisung festgelegt.

1.1.4 Ambulante Patientenversorgung

Die ambulante Patientenversorgung z. B. im Rahmen der Notfallambulanz, der Medizinischen Versorgungszentren (Psych.: der psychiatrischen Institutsambulanz), der Wiedereinbestellungsambulanz oder der Ermächtigungsambulanz (Uni.: Spezialambulanzen) verläuft koordiniert unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse.

Im ambulanten Bereich gibt es terminierte fachbezogene Sprechstunden. Für Notfälle steht rund um die Uhr ärztliches und pflegerisches Personal in den Ambulanzen zur Verfügung. Ein Facharzt kann immer hinzugezogen werden. Eine telefonische Absprache zwischen Notarzt und aufnehmendem Arzt ist jederzeit möglich. Durch die enge Verzahnung zwischen psychiatrischer Institutsambulanz und stationärer Psychiatrie sind kurzfristige stationäre Notfallaufnahmen jederzeit möglich. Das Procedere wird mit dem Patienten, gegebenenfalls mit den Angehörigen besprochen.

1.2 Ersteinschätzung und Planung der Behandlung

Eine umfassende Befunderhebung jedes Patienten ermöglicht eine patientenorientierte Behandlungsplanung.

1.2.1 Ersteinschätzung

Für jeden Patienten wird ein körperlicher, seelischer und sozialer Status erhoben, der die Grundlage für die weitere Behandlung darstellt.

Mit jedem Patienten wird am Aufnahmetag durch den diensthabenden Arzt und die diensthabende Pflegekraft ein Aufnahmegespräch geführt. Die Ersteinschätzung erfolgt gemäß standardisierter Vorgaben und beinhaltet gesundheitliche Aspekte, Bedürfnisse, Lebensumstände des Patienten. Anhand der gewonnenen Daten wird ein Behandlungsplan erstellt und gemeinsam mit dem Patienten besprochen. Generell erfolgt eine fachärztliche Vorstellung des Patienten. Über die Möglichkeit der Betreuung durch Seelsorger, Psychologe, geriatrischen Schwerpunkt wird der Patient informiert.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

Vorbefunde werden soweit wie möglich genutzt und zwischen dem betreuenden Personal ausgetauscht.

Zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen werden bei Patienten, die bereits vor ihrer stationären Aufnahme in den Ambulanzen vorgestellt oder telefonisch angemeldet werden, die für die Behandlung notwendigen Vorbefunde beurteilt und vom Einweiser angefordert. Bei der Aufnahme fragen wir unsere Patienten nach Voruntersuchungen und berücksichtigen die Ergebnisse in der weiteren Behandlungsplanung. Auf hausintern vorhandene Vorbefunde können berechtigte Personen jederzeit zugreifen.

1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

Für jeden Patienten wird der umfassende Behandlungsprozess unter Benennung der Behandlungsziele festgelegt.

Nachdem die ersten Untersuchungsergebnisse bekannt sind, wird der Behandlungsplan erstellt und mit dem Patienten besprochen. Während des stationären Aufenthalts des Patienten wird der Behandlungsplan ständig im Rahmen von täglichen Visiten überprüft, mit dem Patienten besprochen und gegebenenfalls an die aktuellen Gegebenheiten angepasst. Der Fortschritt im Behandlungs- und Pflegeprozess wird in der Patientenakte dokumentiert und ist somit allen an der Behandlung beteiligten Mitarbeitern zugänglich.

1.2.4 Integration der Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Die Patienten werden in alle pflegerischen Maßnahmen und durchzuführenden Behandlungsschritte einbezogen. Vorgesehene Behandlungen werden mit den Patienten ausführlich besprochen. Der Patient wird über die Behandlung und die damit verbundenen Risiken ausgeklärt. Sollte er Untersuchungen und Behandlungsmaßnahmen ablehnen, wird dies ausführlich mit ihm besprochen und respektiert. Alle Aufklärungsformulare stehen in mehreren Fremdsprachen zur Verfügung. Bei Bedarf kann auch ein Übersetzer hinzugezogen werden.

1.3 Durchführung der Patientenversorgung

Die Behandlung und Pflege jedes Patienten erfolgt in koordinierter Weise gemäß multiprofessioneller Standards, um bestmögliche Behandlungsergebnisse zu erzielen.

1.3.1 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung

Die Behandlung und Pflege jedes Patienten wird umfassend, zeitgerecht und entsprechend professioneller Standards durchgeführt.

Der Behandlung werden die Therapiestandards der Fachabteilungen und Pflegestandards zugrunde gelegt. Die Standards werden regelmäßig aktualisiert und dokumentiert. Sie sind dem ärztlichen Dienst und dem Pflegepersonal jederzeit zugänglich. Der Facharztstandard ist in unserem Hause gewährleistet. Durch die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik sind sozialpsychiatrische. und psychologische Beratungsmöglichkeiten sowie ergotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten gegeben.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

Der Patientenversorgung werden Leitlinien mit, wo möglich, Evidenzbezug zugrunde gelegt.

In allen Abteilungen unseres Krankenhauses werden ärztliche Therapiestandards und Pflegestandards bei der Behandlung angewandt. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse werden bei der Erarbeitung und Überarbeitung der Standards berücksichtigt. Die Pflegestandards werden regelmäßig durch eine Arbeitsgruppe erarbeitet, überprüft und aktualisiert. Alle Standards und Leitlinien stehen den Mitarbeitern am Arbeitsplatz über das Intranet, die EDV oder in Papierform zur Verfügung.

1.3.3 Patientenorientierung während der Behandlung

Der Patient wird in alle durchzuführenden Behandlungsschritte und Maßnahmen der Versorgung einbezogen und seine Umgebung ist patientenorientiert gestaltet.

Der Patient wird über die Behandlungsschritte informiert. Ansprechpartner für den Patienten sind die Ärzte und Pflegekräfte der Station. Die Bedürfnisse und Wünsche des Patienten werden respektiert und wo möglich auf diese eingegangen. Unsere Zimmer sind freundlich gestaltet und gut ausgestattet. Das Krankenhaus bietet den Patienten u.a. ein Bistro, Sitzgruppen auf den Etagen/Stationen und einen Raum der Stille. Die Besuchszeiten sind großzügig geregelt. Wir bieten zahlreiche Schulungen für Patienten und Angehörige an und arbeiten eng mit Selbsthilfegruppen zusammen.

1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

Bei der Verpflegung werden die Erfordernisse, Bedürfnisse und Wünsche der Patienten berücksichtigt.

Bereits während des Aufnahmegesprächs werden Wünsche zu Kostform, Vorlieben und Abneigungen erfragt. Nach den Abklärungen im Aufnahmegespräch wird mit dem Patienten anhand des Wochenessenplans täglich eine individuelle Essenskarte erstellt. Diätassistenten stehen zur Erstellung eines Diätplans zur Verfügung. Die Essenzeiten sind fest in den Organisationsablauf eingebunden und werden eingehalten. Für postoperative Patienten finden spezielle Ernährungspläne Anwendung. Über den telefonischen Kontakt zur Küchenleitung können Sonderwünsche besprochen werden.

1.3.5 Koordination der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Die Koordination der Behandlungs- und diagnostischen Maßnahmen erfolgt durch die Station in Absprache mit den einzelnen Funktionsabteilungen. Reihenfolge und Dringlichkeit ergeben sich aus dem Untersuchungsverlauf und werden vom diensthabenden Arzt festgelegt. Der Transportdienst begleitet die Patienten zu den Untersuchungen. Bei elektiven Eingriffen erfolgen Voruntersuchungen möglichst ambulant, so dass die Patienten in der Regel vordiagnostiziert aufgenommen werden. Die Koordination psychiatrischer Notfallsituationen erfolgt geregelt.

1.3.6 Koordination der Behandlung: OP-Koordination

Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.

Oberstes Ziel ist es, alle Patienten im vorgesehenen Zeitraum zu operieren und trotzdem auf Notoperationen vorbereitet zu sein. Dazu gibt es eine enge und verbindliche Abstimmung zwischen den operativen Kliniken, der Anästhesieabteilung und dem Pflegedienst im OP. Die Koordination der OPs und die Erstellung der OP-Pläne liegt in der Hand der OP-Koordinatoren. Fachärzte der verschiedenen Kliniken stehen für Operationen rund um die Uhr zur Verfügung.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

Die Behandlung des Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Patientenversorgung.

Die Behandlung der Patienten erfolgt fachbereichsübergreifend mit allen Beteiligten der Versorgung. Der notwendige Informationsaustausch wird durch unterschiedliche Besprechungen sichergestellt. Das fachärztliche, interne Konsiliarwesen gewährleistet einen raschen Informationsaustausch für eine bestmögliche Versorgung des Patienten. Auch mit den externen, nicht im Krankenhaus vertretenen ärztlichen Disziplinen ist das Konsiliarwesen geregelt.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

Die Visitation des Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Patientenversorgung.

Die Visite nimmt eine zentrale Rolle in der Patientenbehandlung ein. Deshalb findet sie für jeden Patienten mindestens einmal, auf der Intensivstation und in der Neonatologie sogar mehrmals täglich statt. Dabei sind immer die Pflegekräfte, Stationsärzte und mindestens einmal pro Woche auch Oberärzte und Chefärzte anwesend. Bei Bedarf nimmt auch anderes Fachpersonal (z.B. Physiotherapie, Sozialdienst) an den Visiten teil.

1.4 Übergang des Patienten in andere Versorgungsbereiche

Die kontinuierliche Weiterversorgung des Patienten in anderen Versorgungsbereichen erfolgt professionell und koordiniert gesteuert unter Integration des Patienten.

1.4.1 Entlassung und Verlegung

Der Übergang in andere Versorgungsbereiche erfolgt strukturiert und systematisch unter Integration und Information des Patienten und ggf. seiner Angehörigen.

Die Entlassung aus dem Krankenhaus wird rechtzeitig in einem persönlichen Gespräch mit dem Patienten und ggf. den Angehörigen vorbereitet. Der Sozialdienst und der geriatrische Schwerpunkt unterstützen die Organisation der Entlassung bzw. der weiteren Behandlung in anderen Einrichtungen. Zum Zeitpunkt der Entlassung ist der Patient über Diagnose, weitere Therapie und Verhaltensweisen ausreichend informiert. Bei einer Verlegung in eine andere nachsorgende Einrichtung, wird neben dem Arztbrief ein Pflegeüberleitungsbogen erstellt und bei der Entlassung mitgegeben.

1.4.2 Bereitstellung kompletter Informationen zum Zeitpunkt des Überganges des Patienten in einen anderen Versorgungsbereich (Entlassung/ Verlegung u. a.)

Das Krankenhaus sichert eine lückenlose Information für die Weiterbehandlung oder Nachsorge des Patienten.

Um eine kontinuierliche Weiterbetreuung des Patienten nach dem Aufenthalt im Krankenhaus zu gewährleisten, geben wir die Informationen über den Patienten in Form eines Kurzarztbriefes an den Hausarzt weiter. Wenn die Entlassung nicht nach Hause, sondern in eine ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtung oder in ein anderes Krankenhaus bzw. Rehaklinik erfolgt, wird mit dieser Einrichtung frühzeitig Kontakt ausgenommen. Alle wichtigen Informationen werden dem Patienten am Tag der Verlegung mitgegeben. Die Weitergabe persönlicher Daten erfolgt nur mit Zustimmung.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

Vom Krankenhaus wird eine kontinuierliche Weiterbetreuung des Patienten durch Kooperation mit den weiterbetreuenden Einrichtungen bzw. Personen sichergestellt.

Zwischen unserem Krankenhaus und den niedergelassenen Ärzten, Pflegeeinrichtungen, ambulanten Pflegediensten und anderen Einrichtungen bestehen intensive Kontakte. Für jeden Patienten ist sichergestellt, dass alle wichtigen Informationen weitergegeben werden. Häufig erfolgt der Informationsaustausch über den direkten Kontakt. Die Kliniken der KLF verfügen über eigene Ambulanzen, in denen die Nachbetreuung möglich ist.

2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

2.1 Planung des Personals

Durch die Personalplanung ist die kontinuierliche Bereitstellung einer angemessenen Anzahl an qualifizierten Mitarbeitern gesichert.

2.1.1 Planung des Personalbedarfes

Die Planung des Personalbedarfes umfasst die Bereitstellung einer angemessenen Zahl an entsprechend qualifizierten Mitarbeitern.

Der Personalbedarf wird unter Berücksichtigung der Leistungsentwicklung geplant. Kurzfristige Änderungen werden zwischen dem Geschäftsführer, den Chefärzten, der Pflegedirektorin und den Abteilungsleitungen abgestimmt.

2.2 Personalentwicklung

Die Personalentwicklung des Krankenhauses orientiert sich an den Bedürfnissen des Hauses und der Mitarbeiter.

2.2.1 Systematische Personalentwicklung

Das Krankenhaus betreibt eine systematische Personalentwicklung.

Die KLF betreibt eine Personalentwicklung, die sowohl die Bedürfnisse der Mitarbeiter als auch die Veränderungen des Leistungsspektrums und den damit verbundenen Anspruch einer möglichst hohen Qualifikation berücksichtigt. Wesentliche Elemente der Personalentwicklung stellen die Mitarbeiter- und Zielvereinbarungsgespräche, sowie die Fort- und Weiterbildung dar. Die Verantwortung obliegt jedem einzelnen Mitarbeiter, den Chefärzten, den Abteilungsleitungen und der Krankenhausleitung.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

Das Krankenhaus stellt sicher, dass Wissensstand, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiter den Anforderungen der Aufgabe (Verantwortlichkeiten) entsprechen.

Aufgaben- bzw. Stellenbeschreibungen liegen vor. In ihnen sind die Aufgaben des Stelleninhabers festgehalten. Die Aufgaben-/Stellenbeschreibungen bilden die Grundlage für die Mitarbeiter-/Zielvereinbarungsgespräche, die wiederum als Instrument für die Personalentwicklung genutzt werden. Dadurch wird eine Verknüpfung zwischen Stellenbeschreibung und Planung der Fort- und Weiterbildung erreicht.

2.2.3 Fort- und Weiterbildung

Das Krankenhaus sorgt für eine systematische Fort- und Weiterbildung, die sowohl an den Bedürfnissen der Mitarbeiter als auch des Krankenhauses ausgerichtet ist.

Der Fortbildungsbedarf wird durch Abfrage in den Abteilungen ermittelt und dann in die Fortbildungskonferenz eingebracht. Im Rahmen der Fortbildungskonferenz werden anhand des Bedarfs Festlegungen für das folgende Jahr getroffen. Die innerbetrieblichen Fort- und Weiterbildungsangebote sind in Halbjahresprogrammen ausgewiesen. An wichtigen Fortbildungen müssen alle Mitarbeiter verpflichtend teilnehmen. Die Fortbildungsschwerpunkte einzelner Mitarbeiter werden in den Mitarbeitergesprächen besprochen.

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Die Finanzierung der Fort- und Weiterbildung erfolgt nach festgelegten Regeln. Im Rahmen der Fortbildungsklausur wird der Umfang und die Finanzierung der Fort- und Weiterbildung geplant und durch das Direktorium verabschiedet. Hierbei wird auf eine bedarfsgerechte Verteilung der Mittel geachtet. Die Kosten und die Freistellung vom Dienst werden in vielen Fällen vom Krankenhaus übernommen. Darüber hinaus steht ein umfangreiches Budget für Fachliteratur zur Verfügung.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

Für Mitarbeiter sind angemessene Fort- und Weiterbildungsmedien zeitlich uneingeschränkt verfügbar.

In allen Arbeitsbereichen steht Fachliteratur zur Verfügung, sowohl Fachbücher als auch Fachzeitschriften und Online-Zeitschriften. Fachbibliotheken existieren dezentral in den einzelnen Fachbereichen und sind für die Mitarbeiter uneingeschränkt verfügbar. Alle Mitarbeiter haben die Möglichkeit, sich über das Intranet und das Internet mit Informationen zu versorgen. Für Workshops und Veranstaltungen stehen ausreichend moderne Medien wie Laptop und Beamer, PIN-Wände, Moderationskoffer usw. zur Verfügung.

2.2.6 Sicherstellung des Lernerfolges in angegliederten Ausbildungsstätten

Angegliederte Ausbildungsstätten leisten eine Theorie-Praxis-Vernetzung und bereiten Mitarbeiter angemessen auf ihre Tätigkeiten im Rahmen der Patientenversorgung vor.

Die Ausbildung in der Krankenpflege erfolgt in enger Absprache zwischen der Schulleitung und der Pflegedirektorin. Die Begleitung der Schüler in der Praxis wird durch die Lehrkräfte und speziell weitergebildete Pflegekräfte (Praxisanleiter, Mentoren) sichergestellt. Die Lehrkräfte stimmen sich in regelmäßigen Besprechungen mit den Praxisanleitern/Mentoren ab. Ergänzend wird ein fachbereichsbezogener Tätigkeits- und Fertigkeitenkatalog (Ausbildungsnachweiskatalog) eingesetzt. Den zeitlichen Ablauf der Ausbildungsabschnitte regelt der Schülereinsatzplan.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

Mitarbeiterinteressen werden angemessen bei der Führung des Krankenhauses berücksichtigt.

2.3.1 Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles

Im Krankenhaus wird ein festgelegter und einheitlicher Führungsstil praktiziert, der die Bedürfnisse der Mitarbeiter berücksichtigt.

Unser Leitbild ist im Internet veröffentlicht. Aus dem Leitbild leiten wir Ziele ab, an denen wir unsere Projekte und unsere Personalentwicklung ausrichten. Leitungsgrundsätze, wurden aus dem Leitbild abgeleitet und in den Klausuren der leitenden Mitarbeiter regelmäßig reflektiert. Ein Pflegeleitbild konkretisiert die Aussagen des Leitbildes für die Pflege.

2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Ein Dienstplanprogramm auf EDV-Basis überwacht die Einhaltung der Arbeitszeiten. Die Überwachung der Arbeitszeit liegt in der Verantwortung der Vorgesetzten. Mehrarbeitszeiten werden bedarfsweise ausgeglichen. Durch den Einsatz verschiedener Teilzeitmodelle wird auf die Bedürfnisse der Mitarbeiter reagiert. Arbeitszeitmodelle zur Umsetzung der EuGH-Anforderungen sind ausgearbeitet und werden bei Vollbesetzung umgesetzt.

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Die Einarbeitung neuer Mitarbeiter findet durch Einführungstage und Einarbeitung im Arbeitsfeld des Mitarbeiters statt. Innerhalb der Einführungstage lernen sie nicht nur das Krankenhaus näher kennen, sondern erhalten auch erste wichtige Informationen zu Themen wie z. B. Brandschutz, Geräteeinweisung usw. Für die Einarbeitung am Arbeitsplatz bekommt der neue Mitarbeiter einen erfahrenen Kollegen zur Seite gestellt, der den neuen Mitarbeiter anhand einer Checkliste in seine Tätigkeit einführt. Innerhalb der Probezeit finden Mitarbeitergespräche statt

2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zum Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden.

Die Ideen, Wünsche und Beschwerden unserer Mitarbeiter sind die Grundlage für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Deshalb werden die Mitarbeiter ermuntert, in den Besprechungen und Mitarbeitergesprächen Ihre Meinung zu äußern. Darüber hinaus existiert ein betriebliches Vorschlagswesen, das allen Mitarbeitern zur Verfügung steht sowie ein Verfahren zum Umgang mit Mitarbeiterbeschwerden, das schriftlich und mündlich erfolgen kann.

3 Sicherheit im Krankenhaus

3.1 Gewährleistung einer sicheren Umgebung

Das Krankenhaus gewährleistet eine sichere Umgebung für die Patientenversorgung.

3.1.1 Verfahren zum Arbeitsschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum Arbeitsschutz angewandt, das insbesondere Sicherheitsaspekte am Arbeitsplatz, bei Mitarbeitern, im Umgang mit Gefahrstoffen und zum Strahlenschutz berücksichtigt.

Dem Arbeitsschutz wird ein hoher Stellenwert zugemessen. Ein Arbeitssicherheitsausschuss ist eingerichtet. Die Gesundheit der Mitarbeiter wird durch einen Betriebsarzt überwacht. Begehungen und Schulungen zur Arbeitssicherheit werden durch Beauftragte (Fachkraft für Arbeitssicherheit, Strahlenschutzbeauftragte, Hygienefachkraft) durchgeführt.

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Für die gesamte KLF besteht eine Brandschutzordnung. Flucht- und Rettungswege sind in allen Bereichen gekennzeichnet. Handlungsanweisungen für den Brandfall sind in allen Bereichen ausgehängt. Der Einsatzplan wurde zusammen mit der örtlichen Feuerwehr erarbeitet. Am Haus ist eine Selbstschutzgruppe jederzeit einsatzbereit. Brandschutzübungen werden regelmäßig durchgeführt.

3.1.3 Verfahren zur Regelung von hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung bei hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz angewandt.

Es gibt einen gültigen Katastrophenschutzplan, der in den KLF verteilt ist. Die benannten Verantwortlichen nehmen bei internen und externen Gefahrenlagen die im Katastrophenschutzplan vorgesehenen Aufgaben wahr. Zuständig für die Aktualisierung ist die Krankenhausverwaltung. Übungen für Notfälle und Katastrophen werden regelmäßig durchgeführt.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Das Vorgehen bei einem medizinischen Notfall ist in einer Verfahrensanweisung festgelegt. Über eine Notfallnummer kann von jedem Telefon des Hauses der sofortige Einsatz des Notfallteams der Intensivstation ausgelöst werden. Reanimationsfortbildung werden durch die Anästhesie in allen Bereichen mit Patientenkontakt jährlich durchgeführt. Auf allen Stationen sind Notfallkoffer zur Erstversorgung vorhanden, die durch Verantwortliche regelmäßig geprüft werden.

3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

Für den Patienten wird eine sichere unmittelbare Umgebung gewährleistet und Maßnahmen zur Sicherung vor Eigen- und Fremdgefährdung umgesetzt.

Zum Schutz der Patienten gibt es zahlreiche Regelungen und Maßnahmen zur Gewährleistung der Patientensicherheit. Besondere Maßnahmen sind z.B. für die Sicherheit von Neugeborenen, für die Beaufsichtigung von Kindern oder für die Begleitung von Patienten im Haus geregelt.

3.2 Hygiene

Im Krankenhaus wird ein systematisches, krankenhausesweit umgesetztes Verfahren zur effektiven Prävention und Kontrolle von Infektionen eingesetzt.

3.2.1 Organisation der Hygiene

Für die Belange der Hygiene ist sowohl die personelle Verantwortung als auch das Verfahren der Umsetzung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen krankenhausesweit geregelt.

Die Verantwortlichkeiten für den Bereich der Hygiene sind klar festgelegt. Eine externe Hygienefachkraft, sowie ein hygienebeauftragter Arzt stehen den Verantwortlichen beratend zur Seite. Die Hygienekommission tagt zweimal im Jahr. Die Beschlüsse der Hygienekommission werden in den Hygieneplan eingearbeitet, der für alle Mitarbeiter im Haus einsehbar ist. Durch die Begehungen der Hygienefachkraft wird die Umsetzung der Hygiene im Haus überprüft.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

Für die Analyse hygienerelevanter Bereiche wie auch die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen werden krankenhausesweit hygienerelevante Daten erfasst.

Alle meldepflichtigen Erkrankungen werden erfasst und entsprechend der gesetzlichen Anforderungen behandelt. An einer Studie zu Erfassung krankenhausesbedingter Infektionen nehmen wir teil. Die Hygienefachkraft erhält alle hygienerelevante Daten, analysiert diese und schlägt den Verantwortlichen Maßnahmen zur Verbesserung der Hygiene vor. Aufgrund der Ergebnisse der hygienerelevanten Daten, der Begehungen der Hygienefachkraft und der Hygienevisite, wird der Hygieneplan fortlaufend verbessert und die Mitarbeiter zielgerichtet geschult.

3.2.3 Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen

Hygienesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Hygienesichernde Maßnahmen werden geplant und durchgeführt. Für Patienten mit Infektionskrankheiten liegen detaillierte Hygienepläne vor, die durch die Hygienefachkraft, geschult und deren Einhaltung überwacht wird. Die Hygienepläne sind allen Mitarbeitern am Arbeitsplatz zugänglich.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.

Die Richtlinien des Robert-Koch-Instituts und Empfehlungen des Nationalen Referenzzentrums sind Grundlage des Hygieneplans. Die Einhaltung der im Hygieneplan gemachten Vorgaben ist für alle Mitarbeiter bindend und wird durch interne Begehungen, Schulungen und mikrobiologische Untersuchungen überprüft. Eine externe Überprüfung (z.B. Wirtschaftskontrolldienst) findet statt.

3.3 Bereitstellung von Materialien

Vom Krankenhaus werden die für die Patientenversorgung benötigten Materialien auch unter Beachtung ökologischer Aspekte bereitgestellt.

3.3.1 Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten.

Die Bereitstellung von Arzneimitteln ist über die hauseigene Apotheke, die Bereitstellung von Blut- und Blutprodukten über die Zusammenarbeit mit der Blutbank Baden-Baden und der Bereitstellung von Medizinprodukten über den zentralen Einkauf sichergestellt. Durch die Standardisierung der Abläufe im Bestellwesen und der Lagerung ist eine gleichbleibend hohe Qualität gewährleistet. Durch die Arzneimittel- und die Transfusionskommission werden Produktauswahl und Abläufe unter Berücksichtigung des wissenschaftlichen Fortschritts optimiert.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Die Krankenhausapotheke versorgt in Abstimmung mit der Arzneimittelkommission das Krankenhaus mit qualitativ hochwertigen und kostengünstigen Arzneimitteln. Alle Verfahren zu Bestellung, Lagerung und Verordnung von Medikamenten sind in der Arzneimittelliste des Krankenhauses festgelegt. Durch Begehungen der Mitarbeiter der Apotheke werden Menge, Verfallsdatum und Lagerungsbedingungen überprüft. Hierdurch wird ein Höchstmaß an Patientensicherheit bei der Arzneimitteltherapie erreicht.

3.3.3 Anwendung von Blut- und Blutprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Blut und Blutprodukten.

Die Anwendung von Blut und Blutprodukten ist durch ein festgelegtes Verfahren geregelt. Die Verfahren sind im Transfusionshandbuch beschrieben, allen betreffenden Mitarbeitern ausgehändigt und über das Intranet jederzeit einsehbar. Die Transfusionskommission tagt vier mal im Jahr und beurteilt die Ergebnisse der durchgeführten interne Begehungen um das Transfusionssystem kontinuierlich weiterzuentwickeln. Für jede Transfusion findet eine patienten- und chargenbezogene Dokumentation statt, so dass die Rückverfolgbarkeit gegeben ist.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Zur sicheren Anwendung von Medizinprodukten verfügt das Haus über eine medizintechnische Abteilung. Diese koordiniert die Einweisung der Mitarbeiter in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Medizinprodukteverantwortlichen, sowie die Überprüfung, Instandhaltung und Reparatur medizintechnischer Geräte. Nachweise über Einweisungen, Dokumentation und Wartung der Geräte werden durch die Medizintechnik in einer Datenbank geführt. Technische Geräte dürfen nur durch eingewiesene Personen angewendet werden.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Im Leitbild verpflichten wir uns durch eine geringstmögliche Umweltbelastung zum Erhalt unserer Erde für künftige Generationen beizutragen. Hierzu ermitteln wir die vom Haus ausgehenden Abfallmengen, setzen recyclingfähige Produkte ein, verzichten auf unnötige Umverpackungen und trennen Abfall konsequent bereits auf den Stationen in wiederverwertbare Fraktionen.

4 Informationswesen

4.1 Umgang mit Patientendaten

Im Krankenhaus existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die Erfassung, Dokumentation und Verfügbarkeit von Patientendaten sicherstellt.

4.1.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Eine hausinterne Regelung zur Führung und Dokumentation von Patientendaten liegt vor und findet Berücksichtigung.

Es existiert ein einheitliches Dokumentationssystem das berufsgruppenübergreifend genutzt wird. Schriftliche Regelungen stellen eine geordnete, vollständige Dokumentation und Zusammenfassung aller Patientendaten sicher. Die Regelungen werden kontinuierlich überprüft und angepasst. Die schnelle Verfügbarkeit der Patientendaten ist über die digitale Archivierung sichergestellt. Das Einsichtsrecht in Patientenakten ist geregelt.

4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

Vom Krankenhaus wird eine vollständige, verständliche, korrekte, nachvollziehbare und zeitnahe Dokumentation von Patientendaten gewährleistet.

Alle relevanten Daten eines Patienten werden vollständig, korrekt und umgehend im Dokumentationssystem niedergelegt.
Die Behandlung ist in jedem Punkt und zu jeder Zeit nachvollziehbar.
Die Dokumentation wird stichprobenartig durch die Interne Prozessbegleitung überprüft. +
Um die Verfügbarkeit aller relevanter Informationen weiter zu verbessern und den Zeitraum zwischen Befunderhebung und -abfrage zu verkürzen, wird die Befunderstellung zunehmend auf die Eingabe in die elektronische Patientenakte umgestellt.

4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren, um den zeitlich uneingeschränkten Zugriff auf die Patientendokumentation zu gewährleisten.

Die Einsicht in die Patientendokumentation ist jedem an der Behandlung Beteiligten jederzeit möglich.
Das Archivierungssystem garantiert einen schnellen Zugriff auf die Patientendaten vorhergehender Aufenthalte.
Akten die noch nicht digitalisiert im Krankenhausinformationssystem vorliegen, können rund um die Uhr aus dem Archiv angefordert und von berechtigten Personen entnommen werden.

4.2 Informationsweiterleitung

Im Krankenhaus existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die adäquate Weiterleitung von Informationen gewährleistet.

4.2.1 Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Bereichen

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Informationsweitergabe innerhalb und zwischen verschiedenen Krankenhausbereichen.

Die Informationsweitergabe erfolgt über ein geregeltes Besprechungswesen in das alle Bereiche der KLF eingebunden sind.
Wichtige Informationen werden im Intranet, per e-Mail und Rundschreiben bekannt gemacht.
Informationen über den Patienten werden über abteilungsinterne und abteilungsübergreifende Besprechungen an die mitbehandelnden Mitarbeiter weitergegeben.
Wird ein Patient hausintern verlegt, erfolgt eine schriftlich und mündliche Übergabe.

4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

Zentrale Auskunftsstellen im Krankenhaus werden mit Hilfe einer geregelten Informationsweiterleitung kontinuierlich auf einem aktuellen Informationsstand gehalten.

Der Empfang ist die zentrale Auskunftsstelle jedes Hauses. Dieser ist täglich, besetzt und verfügt über alle notwendigen Informationen, um umfassend Auskunft zu erteilen: zum Beispiel aktuelle Patientenbelegung, Leistungsangebot, Dienstpläne der Rufbereitschaftsdienste, aktuellen Veranstaltungen und vieles mehr.

4.2.3 Information der Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Patienten und Angehörige haben die Möglichkeit sich über Informationsbroschüren und abteilungsinterne Informationsblätter oder über das Internet zu informieren. Es finden regelmäßig Informationsveranstaltungen für Interessierte (z. B. Vorträge zu medizinischen Themen für interessierte Bürger) und Fachveranstaltungen für niedergelassene Ärzte statt. Die Information der Öffentlichkeit über die Belange der KLF koordiniert der Geschäftsführer. Im Krankenhaus finden darüber hinaus regelmäßig kulturelle Veranstaltungen statt.

4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

Daten und Informationen insbesondere von Patienten werden im Krankenhaus durch verschiedene Maßnahmen geschützt. Vgl. entsprechende landesrechtliche Regelungen (Regelungen zum Datenschutz finden sich in den Landeskrankenhausgesetzen von Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Thüringen), in: Krankenhausrecht - Rechtsvorschriften des Bundes und der Länder, Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, 5. Auflage 1998; Ärztliche Berufsordnung.

Für die Belange des Datenschutzes ist ein Datenschutzbeauftragter bestellt. Dieser führt Begehungen in den Kliniken durch und fasst Verbesserungsmöglichkeiten in einem Maßnahmenplan zusammen. Alle neuen Mitarbeiter werden bei Einstellung schriftlich und mündlich auf die Einhaltung des Datenschutzes und ihre Schweigepflicht hingewiesen und verpflichtet. Patientenbezogene Daten sind nur berechtigten Personen zugänglich. Die Datenübermittlung an Dritte erfolgt nur mit Einverständniserklärung des Patienten.

4.3 Nutzung einer Informationstechnologie

Im Rahmen der Patientenversorgung wird Informationstechnologie eingesetzt, um die Effektivität und Effizienz zu erhöhen.

4.3.1 Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie

Die Voraussetzung für eine umfassende und effektive Nutzung der unterstützenden Informationstechnologie wurde geschaffen.

Es besteht ein IT-Rahmenplan über Hard- und Software. Computerarbeitsplätze sind in den KLF vorhanden und über ein Netzwerk verbunden. Jeder Anwender kann, ausgehend von seinem Tätigkeitsspektrum, nur die Daten einsehen, die für seine Arbeit notwendig sind. Schulungen der Mitarbeiter werden bedarfsorientiert durch die EDV-Abteilung angeboten, sie ist auch der Ansprechpartner für EDV-Probleme und Anwenderfragen.

5 Krankenhausführung

5.1 Entwicklung eines Leitbildes

Das Krankenhaus entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.

5.1.1 Entwicklung eines Leitbildes

Das Krankenhaus entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.

Das Leitbild unseres Krankenhauses existiert seit 1999.
Es stellt die generelle Orientierung des Krankenhauses dar und fördert unsere gemeinsamen Grundsätze und Werte.
Das Leitbild ist allen Mitarbeitern bekannt.
Es wird jedem neuen Mitarbeitern vor Dienstantritt ausgehändigt und bei den Einführungstagen für neue Mitarbeiter vorgestellt.
Veröffentlicht ist das Leitbild im Internet und im Intranet des Krankenhauses.
Vom Leitbild abgeleitet wurde durch die Mitarbeitenden der Pflege ein Pflegeleitbild.

5.2 Zielplanung

Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und steuert die Umsetzung der festgelegten Ziele.

5.2.1 Entwicklung einer Zielplanung

Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und nutzt diese für die Steuerung seiner Handlungen.

Auf der Grundlage des Leitbildes erstellt der Träger eine strategische Zielplanung um die Patientenversorgung auf höchstem Niveau, unter den sich ständig verändernden Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen sicherzustellen.
Grundlage der Zielplanung sind demografische Daten, Ergebnisse von Befragungen der Patienten, Einweiser und Mitarbeiter, sowie Controllingdaten, anhand derer schnell auf Veränderungen reagiert werden kann.
Die Zielplanung wurde durch die Geschäftsführung im Rahmen einer Personalversammlung allen Mitarbeitern vorgestellt.

5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

Die aktuelle Organisationsstruktur des Krankenhauses ist festgelegt unter Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten.

Die Aufbauorganisation ist in Form von Organigrammen unter Nennung der Funktionsträger transparent dargestellt.
Projektgruppen sind zu unterschiedlichen aktuellen Themen (Verbesserung des Leistungsspektrums/Kooperationen, Verbesserung Klinischer Abläufe, Verbesserung der Arbeitszeiten und der Personalentwicklung, Verbesserung der Serviceleistung, Verbesserung der Sicherheit und Minimierung von Risiken, Verbesserung des Qualitätsmanagements, Projekte in einzelnen Fachbereichen) interdisziplinär und hierarchieübergreifend eingerichtet.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

Die Krankenhausleitung entwickelt einen Finanz- und Investitionsplan und übernimmt die Verantwortung für dessen Umsetzung.

Auf der Grundlage der Vorjahresdaten, den Ergebnissen der Budgetverhandlungen und der Zielplanung des Krankenhauses, erstellt das Direktorium zusammen mit dem Träger einen jährlichen Finanz- und Investitionsplan.

Durch das Controlling erfolgt eine kontinuierliche Bewertung der Finanzsituation durch Soll-Ist-Vergleiche.

Um Kostenbewusstsein und Kostentransparenz zu fördern werden die Mitarbeiter über die Kosten für Arzneimittel und andere Sachmittel durch regelmäßige Controllinggespräche informiert.

5.3 Sicherstellung einer effektiven und effizienten Krankenhausführung

Das Krankenhaus wird effektiv und effizient geführt mit dem Ziel der Sicherstellung der Patientenversorgung.

5.3.1 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Leitungsgremien und Kommissionen

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise von Leitungsgremien und Kommissionen, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.

Um eine effektive Arbeitsweise in Leitungsgremien und Kommissionen sicherzustellen, sind alle Kommissionen und Ausschüsse in einer Besprechungsmatrix abgebildet.

Diese zeigt welche Gremien und Kommissionen am Haus eingerichtet sind, wie diese zusammengesetzt sind und in welchen Zeitabständen sie tagen.

Die Sitzungen finden anhand einer Tagesordnung statt, ein Protokoll wird erstellt und an alle Sitzungsteilnehmer versandt.

Durch die festgelegte Kommunikationsstruktur werden alle Mitarbeiter über relevante Beschlüsse unterrichtet.

5.3.2 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.

Die Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise findet durch die Koordination in der, monatlich tagenden, Direktoriumskonferenz statt.

Im Rahmen des strukturierten Besprechungswesens ist festgelegt, wie die Krankenhausführung, über die regelmäßig stattfindenden Besprechungen (z.B. Lenkungsgruppe, Abteilungsbesprechungen, Stationsleitungsbesprechung, Oberärztkonferenz), nachgeordnete Mitarbeiter informiert.

Die Vorsitzenden der nachgeordneten Leitungsbesprechungen sorgen für eine strukturierte Rückmeldung in die Direktoriumskonferenz.

5.3.3 Information der Krankenhausführung

Die Krankenhausleitung wird regelmäßig über Entwicklungen und Vorgänge im Krankenhaus informiert und nutzt diese Informationen zur Einleitung verbessernder Maßnahmen.

Das Krankenhausedirektorium wird regelmäßig und umfassend über aktuelle Entwicklungen informiert.

Hierzu erhält das Direktorium die Protokolle der Gremien und Kommissionen und aktuelle Controllingdaten.

Das Direktorium informiert sich in der Direktoriumskonferenz, der Projektsteuerungsgruppe, der Lenkungsgruppe und durch regelmäßige Jour fixe über aktuelle Entwicklungen.

In den nachgeordneten Besprechungen ist jeweils ein Mitglied des Direktoriums vertreten um einen effektiven Informationsaustausch zu gewährleisten.

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

Die Krankenhausführung fördert durch geeignete Maßnahmen das gegenseitige Vertrauen und den gegenseitigen Respekt gegenüber allen Mitarbeitern.

Im Leitbild sind die Grundsätze vertrauensvoller Zusammenarbeit (kollegialer Respekt und Hilfbereitschaft) beschrieben.

Wir fördern das gegenseitiges Vertrauen und Respekt durch einen kollegialen Führungsstil, eine umfassende Mitarbeiterinformation, die interdisziplinäre Zusammensetzung der Besprechungsgremien, Mitarbeitergespräche und das Angebot in Projekten Verantwortung zu übernehmen.

Für Probleme unserer Mitarbeiter bieten wir individuelle Lösungen an (z.B. durch gezielte Fortbildung, Supervision, Coaching).

5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben

Rechte und Ansprüche von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen werden krankenhausesweit respektiert und berücksichtigt.

5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

Im Krankenhaus werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt.

In den KLF ist ein Ethik-Forum eingerichtet, das sich mit ethischen Fragestellungen auseinandersetzt und Handlungsempfehlungen erarbeitet. Das Ethik-Forum steht allen Mitarbeitern offen und tagt jeden zweiten Monat.

5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

Im Krankenhaus werden Bedürfnisse sterbender Patienten und ihrer Angehörigen systematisch berücksichtigt.

Sterbende sollen in Würde sterben und Angehörige Abschied nehmen können.

Wir tragen hierzu bei, durch eine persönliche Betreuung von Patient und Angehörigen.

Dies bedeutet entsprechende medizinische, pflegerische und therapeutische Maßnahmen, insbesondere eine optimale Schmerztherapie zu gewährleisten und dem Wunsch nach Beistand durch Seelsorger und Angehörigen jederzeit nachzukommen.

Die persönlichen Wünsche des Patienten haben Vorrang.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

Im Krankenhaus gibt es Regelungen zum adäquaten Umgang mit Verstorbenen und deren Angehörigen.

Auch nach dem Tod gilt die Wahrung der Würde des Verstorbenen und die Möglichkeit angemessen Abschied nehmen als ethischer Grundsatz unseres Handelns.

Wir achten darauf, dass Angehörige ungestört, in würdigem Rahmen und ohne Zeitdruck Abschied nehmen können.

Dies gilt auch für die extreme Situation bei Fehl- und Todgeburten.

Unter dieser Vorgabe ist der Umgang mit Verstorbenen durch einen Standard geregelt.

6 Qualitätsmanagement

6.1 Umfassendes Qualitätsmanagement

Die Krankenhausführung stellt sicher, dass alle Krankenhausbereiche in die Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements eingebunden sind.

6.1.1 Einbindung aller Krankenhausbereiche in das Qualitätsmanagement

Die Krankenhausführung ist verantwortlich für die Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements.

Die Einführung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagementsystems, das alle Krankenhausbereiche umfasst, sehen die KLF als Führungsaufgabe. Eine interdisziplinär zusammengesetzte Lenkungsgruppe, koordiniert und überwacht alle QM-Maßnahmen. Zur Umsetzung der Qualitätsziele sind Arbeits- und Projektgruppen eingesetzt.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

Das Krankenhaus entwickelt, vermittelt und setzt Maßnahmen zur Erreichung von Qualitätszielen um.

Durch die Geschäftsführung sind strategische Ziele vorgegeben. In Zusammenarbeit mit der Krankenhausführung legen die Abteilungsverantwortlichen anhand der strategischen Ziel Qualitätsziele für ihren Bereich fest.

6.2 Qualitätsmanagementsystem

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Anhand der Ziele der KLF werden der Ablauf und die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements durch das Krankenhausedirektorium festgelegt. Hierzu wurden folgende strukturellen Voraussetzungen geschaffen: Benennung eines Qualitätsmanagementbeauftragten; er ist als Stabstelle der Geschäftsführung zugeordnet. Einrichtung einer Lenkungsgruppe, die alle QM-Aktivitäten steuert und überwacht. Einbindung der Internen Prozessbegleitung ins Qualitätsmanagement. Ausbildung von Moderatoren um eine effiziente Projektarbeit zu gewährleisten.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

Im Krankenhaus werden regelmäßig und systematisch Methoden der internen Qualitätssicherung angewandt.

Zur Sicherung der Qualität werden unterschiedliche Maßnahmen durchgeführt. Beispiele hierfür sind die Erfassung und Auswertung von pflegerischen und medizinischen Daten (z.B. Dekubituserfassung), die regelmäßige Überprüfung von Standards, durch hierfür eingerichtete Kommissionen und Arbeitsgruppen (Pflege-Standards, Hygiene, Transfusion).

6.3 Sammlung und Analyse qualitätsrelevanter Daten

Qualitätsrelevante Daten werden systematisch erhoben, analysiert und zu qualitätsverbessernden Maßnahmen genutzt.

6.3.1 Sammlung qualitätsrelevanter Daten

Über die gesetzlich vorgeschriebene externe Qualitätssicherung hinaus werden qualitätsrelevante Daten systematisch erhoben und analysiert.

Alle Bereiche nehmen an der vorgeschriebenen externen Qualitätssicherung teil. Die Ergebnisse werden durch die Chefärzte in den Abteilungen reflektiert und Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet. Darüber hinaus beteiligen sich einige Abteilungen an spezifischen freiwilligen Qualitätssicherungsmaßnahmen (z.B. Qualitätssicherung beim Rektum-Karzinom, Kreißsaalstatistik).

6.3.2 Nutzung von Befragungen

Regelmäßig durchgeführte Patienten- und Mitarbeiterbefragungen sowie Befragungen niedergelassener Ärzte werden als Instrument zur Erfassung von Patienten- und Mitarbeiterbedürfnissen und zur Verbesserung der Patientenversorgung genutzt.

Um die Zufriedenheit unserer Patienten, Zuweiser und Mitarbeiter besser zu erfassen und Verbesserungsmöglichkeiten aufzuzeigen, führen wir Befragungen durch. Aus den Ergebnissen werden Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet und damit die Zufriedenheit der Patienten gesteigert.

6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Rückmeldungen unserer Patienten werden systematisch erhoben. Jeder Patient erhält einen Bogen "Meine Meinung" auf dem Wünsche, Anregung und Kritik äußern kann. Eingehende Beschwerden werden bearbeitet und der Patient erhält eine Rückmeldung. Jeder Mitarbeiter nimmt Beschwerden entgegen, kümmert sich selbstständig um die Beseitigung der Beschwerdeursache oder leitet die Beschwerde an die zuständigen Personen weiter. Die Beschwerden werden vierteljährlich nach Schwerpunkten zusammengefasst und durch das Direktorium bewertet.

6.4 Externe Qualitätssicherung nach §137 SGB V

Die Daten der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V werden systematisch erhoben und die Auswertungen zu qualitätsverbessernden Maßnahmen genutzt.

6.4.1 Beteiligung an der externen Qualitätssicherung

Das Krankenhaus beteiligt sich an den gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung.

Die KLF nehmen an allen verpflichtenden Modulen zur Qualitätssicherung teil. Die Dokumentationsquote liegt bei fast allen Modulen bei 100%. Die KLF sind durch die hohe Dokumentationsquote in der Positivliste der GeQiK geführt. Dokumentationsquoten und zur Veröffentlichung empfohlene Indikatoren werden im gesetzlichen Qualitätsbericht veröffentlicht.

6.4.2 Umgang mit Ergebnissen der externen Qualitätssicherung

Das Krankenhaus analysiert systematisch die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung und legt ggf. notwendige Konsequenzen fest.

Die Ergebnisse der Qualitätssicherung werden sowohl in der jeweiligen Fachabteilung mit den Mitarbeitern besprochen, als auch mit der erweiterten Unternehmensleitung. Ergeben die Ergebnisse Möglichkeiten zur Verbesserung, so werden diese eingeleitet und die Umsetzung kontrolliert.