



KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Klinikum Idar-Oberstein
Institutionskennzeichen:	260710646
Anschrift:	Dr.-Ottmar-Kohler-Straße 2 55743 Idar-Oberstein
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2014-0044 KHVN
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche
Gültig vom:	16.08.2014
bis:	15.08.2017

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	8
1 Patientenorientierung	9
2 Mitarbeiterorientierung	11
3 Sicherheit	13
4 Informations- und Kommunikationswesen	14
5 Führung	16
6 Qualitätsmanagement	17

Vorwort der KTQ[®]

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

Gesellschafter der KTQ[®] sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) und der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e. V. (HB). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

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

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Führung des Krankenhauses und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes Visitorenteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

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

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren[®] gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009/2. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet 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.

Wir freuen uns, dass das **Klinikum Idar-Oberstein** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

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

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Dr. med. M. Vogt

Für den Hartmannbund

Vorwort der Einrichtung

Die Klinikum Idar -Oberstein GmbH



**Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Patientinnen und Patienten,**

das Klinikum Idar-Oberstein ist als Krankenhaus der Schwerpunktversorgung im Landeskrankenhausplan von Rheinland-Pfalz mit 567 Betten ausgewiesen. Darüber hinaus verfügt das Klinikum über 20 tagesklinische Plätze für psychisch kranke Erwachsene und 15 Plätze für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Am Standort Baumholder werden 60 Betten und 10 tagesklinische Plätze für geriatrische Frührehabilitation vorgehalten. Seit dem 1. Januar 2001 sind die Städtischen Krankenanstalten Idar-Oberstein GmbH und die Krankenhaus Baumholder GmbH zur Klinikum Idar-Oberstein GmbH verschmolzen.

Gesellschafter der Klinikum Idar-Oberstein GmbH sind:

- die Saarland Heilstätten GmbH (SHG)
- die Stadt Idar-Oberstein
- der Landkreis Birkenfeld
- die Stadt und die Verbandsgemeinde Baumholder.

Pro Jahr versorgen über 1.200 Mitarbeiter an die 21.000 stationäre und mehr als 30.000 ambulante Patienten.



Die besondere Stärke unseres Klinikums liegt in der ganzheitlichen Betreuung der Patienten durch das interdisziplinäre, qualifizierte und motivierte Behandlungsteam. Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten, Kliniken und Leistungserbringer unterstützen das Behandlungsteam.

Moderne Versorgungsformen wie Verträge zur integrierten Versorgung von Schlaganfallpatienten, ergänzen das stationäre Behandlungsangebot.

Wir sind ständig bestrebt, die hohe Behandlungsqualität unserer Patienten zu verbessern.

Dies gilt für die Bereiche Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Neben der Modernisierung der baulichen Struktur, investiert das Klinikum in die Erweiterung des Leistungsspektrums.

Die apparative Ausstattung des Hauses entspricht dem Stand der Technik und wird kontinuierlich erweitert, aktuell z.B. durch die Anschaffung eines Hochpräzisionsbestrahlungssystem TomoTherapy®.

Das Klinikum stellt sich seiner sozialen Verantwortung zur Ausbildung in den Bereichen Medizin (Akademisches Lehrkrankenhaus der Johannes Gutenberg-Universität Mainz), Pflege (100 Ausbildungsplätze für Gesundheits- und Krankenpflege) und Verwaltung (Ausbildung in den Berufsbildern Kaufmann für Bürokommunikation und Informatik-kaufmann). Fachlehrgänge für Praxisanleiter im Gesundheitswesen, Anästhesie- und Intensivpflege, psychiatrische Pflege und Fachpflege für operative Funktionsbereiche runden das Bildungsangebot in unserem Klinikum ab.

Das Klinikum Idar-Oberstein und die Fachklinik Baumholder sind beide zertifiziert nach den Vorgaben der KTQ GmbH.

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

1.1 Rahmenbedingungen der Patientenversorgung

Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Ziel ist eine effektive Belegungssteuerung sowie eine optimale Ressourcennutzung zur Erreichung größtmöglicher Patientenzufriedenheit. Unsere internen Regelungen sehen vor, dass die elektive stationäre Behandlung nach der Betten- und Op-Kapazität geregelt und gesteuert wird.

Die terminliche Aufnahmeplanung erfolgt in Abhängigkeit von Dringlichkeit der Erkrankung, die Stationsplanung in Abhängigkeit von Art/ Schwere der Erkrankung und zu erwartender Pflegeintensität. Auf Wunsch erhält der Patient zur Vorbereitung schriftliches Patienteninformationsmaterial. Weitere Informationen stehen den Patienten über das Internet sowie den gesetzlichen Qualitätsbericht zur Verfügung. Die Zuordnung der Patienten auf Station erfolgt bereits in der Chefarztambulanz. Casemanager unterstützen den Prozess.

Notfälle haben grundsätzlich Vorrang und werden sofort aufgenommen. Die jederzeitige Berücksichtigung von Notfall-OPs ist im OP-Statut festgelegt. Primäre Notfallpatienten werden durch die Rettungsleitstelle angemeldet.

Leitlinien

Die ärztliche Behandlung orientiert sich an den externen Leitlinien der entsprechenden Fachgesellschaften sowie hauseigenen Leitlinien und Behandlungspfaden der Fachabteilungen. Für die Pflege existieren hausinterne Pflegestandards, die an den bundesweiten Expertenstandards wie Dekubitus oder Sturz angepasst sind. Anhand der Aktivitäten des täglichen Lebens wurden Pflegestandards erarbeitet, sie sind für alle Abteilungen verbindlich. Fachübergreifende Regelungen liegen im innerbetrieblichen medizinischen Notfallmanagement, z.B. in der Behandlung von Schwerverletzten nach den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie vor.

Information und Beteiligung des Patienten

Mit dem Leitbild der Klinikum Idar-Oberstein GmbH ist ein Rahmen zur Wahrung der Patientenrechte definiert. Ziel der Behandlungsplanung ist die Akzeptanz des Behandlungsprozesses durch den Patienten sowie dessen Integration in die Behandlung. Entsprechend dem Leitbild steht der Patient im Mittelpunkt unserer Bemühungen. Bei der ärztlichen Anamnese und dem pflegerischen Assessment werden Bedürfnisse, Wünsche und Anregungen des Patienten für die Planung des Behandlungsprozesses berücksichtigt. Das therapeutische Team ist ebenfalls daran beteiligt. Das Vorliegen von Patientenverfügungen und -vollmachten wird in der Pflegeanamnese erfragt.

Service, Essen und Trinken

Im gesamten Klinikum sind adäquate Räumlichkeiten für die Patienten vorhanden. Speisen können im Bett/ am Tisch eingenommen werden. Eine Patientenrufanlage mit Gegensprechmöglichkeit ist fest installiert. Höhenverstellbare Betten sind vorhanden (auch elektrisch verstellbare Betten), Patientenschränke gibt es in allen Zimmern. Spielgelegenheiten gibt es in der Kinderklinik und im Außenbereich. Behindertengerechte Sanitäreinheiten werden bei Umbaumaßnahmen realisiert. Die Patientenorientierung wird bei Um- und Neubauplanungen berücksichtigt. Für Patienten gibt es Etagenaufenthaltsräume, Raum der Stille, Besuchercave, Cafeteria, Elternzimmer Kinderklinik, Aufenthaltsraum mit Frühstücksbuffet auf Station 35, gemeinsamer Speiseraum Psychiatrie. Die Unterbringung von Begleitpersonen ist im Patientenzimmer, im Wohnheim sowie als Eltern-Kind-Unterbringung möglich. Angehörige können im Personalwohnheim Räume anmieten. An Serviceleistungen stehen für die Begleitpersonen die Speiserversorgung über die Cafeteria sowie ein Wäscheservice zur Verfügung.

Kooperationen

Kooperationen mit externen Partnern sind in Kooperationsverträgen definiert. Diese regeln Rechte und Pflichten (für beide Partner) und strukturieren die Zusammenarbeit.

1.2 Notfallaufnahme

Erstdiagnostik und Erstversorgung

Ziel ist die vollständige und zeitnahe Statuserhebung des Patienten und die Erfassung möglicher Risiken, um eine adäquate Behandlungs- und Pflegeplanung durchführen zu können. Mit der Besetzung des Notarztes durch die Klinik für AINS bestehen enge Kontakte zum Rettungsdienst und zur Rettungsleitstelle, die umfassend über unsere Notfallaufnahme informiert ist. Notärzte und die Mitarbeiter der ärztlichen Bereitschaftsdienstzentrale leiten die Patienten an die zentrale Notaufnahme als primäre Anlaufstelle für Notfallpatienten weiter.

1.3 Ambulante Versorgung

Ambulante Diagnostik und Behandlung

Ziel ist die Vermeidung von Wartezeiten durch eine optimale Terminplanung in den Ambulanzen. EDV-gestützte Terminvergaben sollen für die Patienten nachvollziehbar sein und entsprechend den medizinischen Notwendigkeiten gestaltet werden. Verantwortlich für die Organisation der Einbestellung ist der Chefarzt der Fachabteilung, für die Durchführung die Ambulanzen und Sekretariate.

Ambulante Operationen

Die operativen Fachabteilungen führen ambulante Eingriffe durch. Die Planung dieser Eingriffe erfolgt über das OP-Planungsprogramm durch die Fachabteilungen. Die Indikation zur ambulanten Operation wird durch den Facharzt gestellt. Die Terminvergabe für die OP-Vorbereitung und der Operation erfolgt in der Ambulanz.

1.4 Stationäre Versorgung

Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Ziel ist die vollständige und zeitnahe Statuserhebung des Patienten und die Erfassung möglicher Risiken wie Dekubitus, um eine adäquate Behandlungs- und Pflegeplanung durchführen zu können. Die Behandlungsplanung erfolgt entsprechend den Leit- und Richtlinien der Fachgesellschaften, um die Anforderungen und Erwartungen der Patienten an die Behandlung so weit wie möglich zu erfüllen.

Therapeutische Prozesse

Der therapeutische Prozess erfolgt entsprechend den Leit- und Richtlinien der Fachgesellschaften, gleichzeitig sollen die Anforderungen und Erwartungen der Patienten an die Behandlung erfüllt werden. Die Pflegeplanung erfolgt nach Pflegestandards. Notfallbehandlungen erfolgen nach hausinternen Leitlinien, die an den aktuellen Behandlungsleitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften orientiert sind.

Operative Verfahren

Im OP-Statut sind Verantwortlichkeiten, Planungsgrundsätze, OP-Kapazitäten und die Prozesse im OP geregelt. Im Klinikum stehen für die operativen Eingriffe insgesamt sieben Säle zur Verfügung.

Visite

Im Rahmen der Visiten wird die Therapieplanung überprüft und angepasst, der Patient wird über den Stand seiner Behandlung informiert. Die Planung von Visitenablauf, -dauer und -zeit erfolgt in den Fachabteilungen in Kooperation zwischen Ärzten und Pflegepersonal.

Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Teilstationäre Versorgung von Patienten erfolgt vor allem im Bereich der Tageskliniken für Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie. Grundlage für die teilstationäre Behandlung sind Leitlinien der Fachgesellschaften und Behandlungspfade der Fachabteilungen. Weiterhin stehen für die ambulante Versorgung die Ambulanzen der Fachabteilungen im Klinikum zur Verfügung.

1.5 Übergang in andere Bereiche

Entlassung

Das Entlassungsprozedere orientiert sich an den Vorgaben des Nationalen Expertenstandards. Der Sozialdienst wird bei Bedarf frühzeitig zur Planung dieses Prozesses eingeschaltet. Vor Entlassung von pflegebedürftigen Patienten nach Hause nehmen Arzt und Pflege Kontakt mit den Angehörigen auf. Gemeinsam mit den Angehörigen wird die weitere Versorgung geregelt.

Kontinuierliche Weiterbetreuung

Die kontinuierliche Weiterbetreuung wird durch Entlassungsbriefe an den weiterbehandelnden Arzt sichergestellt. Bei der Entlassung wird dem Patienten ein Arztbrief und bei pflegebedürftigen Patienten ein pflegerischer Entlassungsbericht mitgegeben. Das Casemanagement unterstützt den Prozess.

1.6 Sterben und Tod

Umgang mit sterbenden Patienten

Das Klinikum hält neben Seelsorgern auch mehrere in Hospizarbeit und Palliativmedizin weitergebildete Mitarbeiter bereit. Der angemessene Umgang mit dem Patienten und seinen Angehörigen ist im Leitbild begründet. Angehörigen wird das Bleiben beim Patienten ermöglicht. Es gilt die Anweisung, Angehörige rechtzeitig zu benachrichtigen, um die Wünsche der Patienten und der Angehörigen zu berücksichtigen.

Umgang mit Verstorbenen

Im Klinikum existieren Handlungsanweisungen für den Umgang mit Verstorbenen und deren Angehörigen über Pflegestandards. Durch unsere Regelungen zum Umgang mit Verstorbenen wollen wir eine angemessene Begleitung der Angehörigen, die Berücksichtigung religiöser Wünsche sowie die Bearbeitung aller amtlichen Vorgänge erreichen.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1 Personalplanung

Planung des Personalbedarfs

Ziel ist die Bereithaltung ausreichender personeller Kapazitäten zur Erfüllung des Versorgungsauftrages und zur Erfüllung gesetzlicher Anforderungen. Planungsgrundlage sind die mit den Kostenträgern vereinbarten Leistungen im Rahmen des externen Budgets. Diese Leistungen werden intern mit den Fachabteilungsleitern vereinbart. Die Personalplanung wird von Personalabteilung und Pflegedirektion unter Berücksichtigung des Leistungsgeschehens der Fachabteilungen erstellt. Die Verantwortung für die gesamte Personalplanung liegt beim Direktorium.

2.2 Personalentwicklung

Personalentwicklung/Qualifizierung

Ziel der Personalentwicklung und Qualifizierung ist die Verbesserung des Sozial- und Führungsverhaltens und Optimierung der innerbetrieblichen Kooperation und Kommunikation, die Sicherung eines qualifizierten Mitarbeiterstammes, Förderung der Mitarbeitermotivation und das Erhalten eines guten Betriebsklimas.

Das Leitbild des Klinikums sieht in qualifizierten und sich ständig weiterbildenden Mitarbeitern die Grundlage für den Erfolg des Hauses. Orientiert an Leistungsgeschehen und -entwicklung erfolgen Qualifizierung durch Aus-, Fort- und Weiterbildung. Ein Konzept zur Durchführung von Mitarbeiterfördergesprächen ist vorhanden. Aus den vereinbarten Zielen wird der Bedarf an Fort- und Weiterbildung ermittelt und fließt in die Budgetplanung des Folgejahres ein.

Einarbeitung von Mitarbeitern

Neue Mitarbeiter sollen sich gut in die Dienstgemeinschaft des Klinikums integrieren, bald darin wohl fühlen und schnellstmöglich effektiv und effizient einsatzbereit sein. Die Verantwortung für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter trägt der Abteilungsleiter. Eine Bezugsperson unterstützt den neuen Mitarbeiter in der Einarbeitungsphase. Wichtige Informationen sind im "Einführungsordner" zusammengefasst.

Ausbildung

Unser Haus bildet in der Schule für Gesundheitsfachberufe Schülerinnen und Schüler für den eigenen Bedarf und für den Gesundheitsmarkt aus. Die Schule für Gesundheitsfachberufe ist ein eigenständig zertifizierter Klinikumsbereich. Ziel ist die Besetzung offener Stellen durch qualifizierte, im eigenen Klinikum ausgebildete Mitarbeiter.

Fort- und Weiterbildung

Jährlich wird ein innerbetrieblicher Fortbildungskatalog für das gesamte Klinikum erstellt. Diese Fortbildungen stehen auch Externen offen. Es gibt eine Stabsstelle für die innerbetriebliche Fortbildung bei der Pflegedirektorin. Fachweiterbildungslehrgänge für das Pflegepersonal werden durch unser Weiterbildungsinstitut für Gesundheits- und Krankenpflege bedarfsorientiert angeboten und durchgeführt. Zusätzlich benötigte Qualifikationen im Pflegedienst werden durch externe Weiterbildungen sichergestellt. In den Fachabteilungen existieren ärztliche Weiterbildungsermächtigungen. Das Klinikum ist akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Mainz, die Ausbildung von Medizinstudenten wird durch die lehrbeauftragten Chefärzte wahrgenommen.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Verbindliche Grundsätze zur Mitarbeiterführung liegen in Form der Unternehmensgrundsätze der SHG, des Leitbildes des Klinikums und des Pflegeleitbildes vor. Das Leitbild benennt den Führungsstil: Wer andere stark macht, wird selber stark: Unser Führungsstil und die Bedeutung der Mitarbeiter. Wir praktizieren einen kooperativen Führungsstil: Gespräche und Abstimmung zwischen Führungskräften und Mitarbeitern spielen dabei eine zentrale Rolle für die Leistungsfähigkeit und den Erfolg unseres Klinikums. Die Qualifikation der Führungskräfte in einem modularen Schulungskonzept mit den Schwerpunkten Kommunikation und betriebliches Gesundheitswesen ist eine Grundlage für den mitarbeiterorientierten Führungsstil.

Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Im Pflegedienst wird nach einem Drei-Schicht-Dienst-System gearbeitet. Im ärztlichen Bereich und im Funktionsbereich wird in Tages-, Bereitschafts- und Rufdienst gearbeitet. In den übrigen Bereichen ist die Dienstzeit je nach Funktion gestaltet, Grundlage sind die Regelungen der gesetzlichen Vorgaben und der Tarifverträge. Betriebsvereinbarungen zu Arbeitszeiten sind vorhanden. Verschiedene Arbeitszeitmodelle wurden fachabteilungsspezifisch entwickelt. Die elektronische Zeiterfassung ist im Klinikum etabliert.

Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Im Klinikum Idar-Oberstein existiert ein geregelter Verfahren zum Umgang mit Mitarbeitervorschlägen und Beschwerden. Alle Mitarbeiter des Hauses können Vorschläge einbringen. Die Kommission zum Ideen- und Beschwerdemanagement sichtet und bewertet alle Vorschläge und Beschwerden unter Einbezug der betroffenen Abteilungsleiter.

3 Sicherheit

3.1 Schutz- und Sicherheitssysteme

Arbeitsschutz

Zur Erfüllung des Arbeitsschutzgesetzes sind die entsprechenden Personengruppen durch das Direktorium benannt. Ein Arbeitssicherheitsausschuss ist vorhanden. Mitglieder sind die Fachkraft für Arbeitssicherheit, Betriebsarzt, Arbeitgebervertreter, Betriebsrat, bei Bedarf die Schwerbehindertenvertretung. Alle Sitzungen werden protokolliert. Die Verantwortung für den Arbeitsschutz liegt beim Direktorium.

Brandschutz

Unser Ziel ist es, Brände zu vermeiden, die Kenntnisse der Mitarbeiter zum Brandschutz zu erhöhen, bauliche Anforderungen und Anforderungen bezüglich brandschutztechnischer Ausstattung zu erfüllen. Der Alarm- und Einsatzplan enthält alle relevanten Regelungen zum Umgang mit Schadensereignissen, der Brandfall ist hierbei berücksichtigt. Eine Brandschutzordnung existiert.

Umweltschutz

Das Leitbild des Klinikums berücksichtigt das Prinzip der Nachhaltigkeit. Es bedeutet für uns, dass wir bei der Entwicklung des Klinikums Folgen für heutige und kommende Generationen berücksichtigen. Beispielhaft sind zu nennen der schonende Umgang mit der Natur und das Wirken unseres Klinikums für die Region. Eine Analyse mit dem Umweltcampus Birkenfeld erfolgte. Das Nachhaltigkeitsmanagement ist über ein Projekt umgesetzt.

Katastrophenschutz

Das Klinikum ist in den Katastrophenschutz von Rheinland-Pfalz eingebunden. Grundlage für die Erstellung des Alarm- und Einsatzplanes bilden die landesgesetzlichen Vorgaben zum Katastrophenschutz. Die Verantwortlichkeiten werden durch den Alarm- und Einsatzplan geregelt und sind dort festgeschrieben.

Nichtmedizinische Notfallsituationen

Hausinterne, nichtmedizinische Notfallsituationen sind definiert: Ausfall EDV, Strom- und Wasserausfall. Die Pflegedienstleitung, die Abteilungen Technik und EDV sind rund um die Uhr über die Pforte erreichbar. Die Telefonnummern der Mitarbeiter sind hier deponiert. Dienstpläne für die Technik sind dort einsehbar. Bei umfangreichen Notfallsituationen wird durch das Direktorium die Klinikeinsatzleitung gebildet. Zu verständigende Personen sind im Alarm- und Einsatzplan definiert.

3.2 Patientensicherheit

Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Die Sicherheit für besondere Patientengruppen (z.B. ältere, verwirrte Patienten, Kinder) wird durch bauliche und organisatorische Maßnahmen berücksichtigt. Kinderpflegebereiche wurden so konzipiert, dass die Überwachung durch Sichtmöglichkeiten gegeben ist. Fixierungen sind über einen Standard in der Fachabteilung Psychiatrie geregelt, hierzu existieren entsprechende Protokolle zur Überwachung. Vorgaben zur Sturzprophylaxe und zum Umgang mit Stürzen sind über einen hausinternen Standard geregelt. Er wurde entwickelt nach den Vorgaben des nationalen Expertenstandards. Die Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit sind in einer internen Verfahrensanweisung berücksichtigt.

Medizinisches Notfallmanagement

Durch die Erarbeitung eines Reanimationskonzeptes, welches Vorgehen in Notsituationen regelt und Schulungen für alle Mitarbeiter vorsieht, ist die Vorgehensweise für Notfälle systematisiert. Auf allen Abteilungen und Stationen ist eine standardisierte Notfallausrüstung vorhanden. Weiterhin sind wichtige Bereiche wie Intensivstationen mit Notfallwagen ausgestattet.

Hygienemanagement

Ziel der Krankenhaushygiene ist die Vermeidung von nosokomialen Infektionen sowie die Schulung der Mitarbeiter. Ein hygienebeauftragter Arzt ist benannt. Als Hygienefachkräfte sind examinierte Pflegekräfte ausgebildet. Die Hygienekommission des Klinikums besteht aus dem Direktorium, den hygienebeauftragten Pflegekräften, dem leitenden Krankenhausapotheker, den hygienebeauftragten Ärzten, dem Betriebsarzt, dem technischen Leiter und dem Leiter der Materialwirtschaft. Ein externer Hygieniker berät das Klinikum in Hygienefragen. Für die Hygienekommission existiert eine Geschäftsordnung.

Hygienerelevante Daten

Ziel ist die Sicherstellung eines geregelten Melde- und Informationswesens zur vollständigen und zeitnahen Erfassung der Daten. Hierdurch erhalten wir statistische Auswertungen, welche einen externen Vergleich ermöglichen. Nosokomiale Infektionen werden kontinuierlich durch die Stationsärzte mit einem im KIS hinterlegten Formular erfasst. Das Klinikum beteiligt sich an verschiedenen Modulen der Krankenhausinfektionssurveillance.

Infektionsmanagement

Das Ausbruchmanagement ist über eine Verfahrensanweisung geregelt. Neben den Verantwortlichkeiten werden notwendigen Schutzmaßnahmen und Organisations- und Arbeitsabläufe der konkreten Ausbruchsituation angepasst. Die Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes wurden bei der Erstellung des Hygieneplans berücksichtigt und hausindividuell angepasst. Der Hygieneplan berücksichtigt den Umgang mit bestimmten Infektionserregern wie MRSA, VRE und HIV. Die Klinik beteiligt sich an der "Aktion saubere Hände". Ein Hautschutzplan regelt die Händehygiene.

Arzneimittel

Die Arzneimittelkommission entscheidet über die vom Klinikum vorgehaltenen gelisteten Medikamente. Die Arbeit der Arzneimittelkommission wird durch eine Geschäftsordnung strukturiert. Der leitende Apotheker ist Vorsitzender der Arzneimittelkommission. Teilnehmer sind das Direktorium und die Chefarzte bzw. deren Vertreter.

Blutkomponenten und Plasmaderivate

Das Qualitätsmanagementhandbuch sowie die Dienstanweisung zur Vorbereitung und Durchführung von Bluttransfusionen regeln die klinische Anwendung von Blutkomponenten und Plasmaderivaten. Die Transfusionskommission tagt 4mal im Jahr. Eine Geschäftsordnung strukturiert die Arbeit der Transfusionskommission. Ein Transfusionsverantwortlicher für das gesamte Klinikum sowie Transfusionsbeauftragte in jeder Fachabteilung sind benannt.

Medizinprodukte

Der Hygieneplan enthält verbindliche Regelungen für den Umgang mit nichttechnischen Medizinprodukten. Die Lagerung von Sterilgut ist ebenfalls geregelt. Richtwerte für die Lagerungsdauer von Sterilgut sind beschrieben. Die Verantwortung liegt beim Direktorium des Klinikums. Regelungen zur Umsetzung des Medizinproduktegesetzes liegen vor. Medizinproduktebeauftragte sind durch das Direktorium mit Beauftragungsnachweisen bestellt.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1 Informations- und Kommunikationstechnologie

Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Ziel der Bereitstellung eines vernetzten, klinikweiten Informationssystems ist die jederzeitige Verfügbarkeit von Daten für die jeweiligen Benutzer. Die Abteilung Datenverarbeitung ist dem Direktorium direkt unterstellt.

Weiteres Ziel ist die Integration aller Bereiche in das EDV-System. Alle Bereiche des Hauses arbeiten mit dem KIS (Krankenhaus-Informationssystem). Telemedizin ist im Klinikum über RIS/ PACS (Radiologie-Informationssystem und digitale Bildarchivierung) im Einsatz.

4.2 Patientendaten

Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Im Klinikum ist die Patientenakte im Hinssystem hinterlegt, das einheitliche Dokumentationssystem für die an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen. Die Dokumentation von Patientendaten erfolgt grundsätzlich in schriftlicher Form. Der Workflow für die Führung der Patientenakte ist in der Dienstweisung zur Dokumentation geregelt. Die Archivordnung ist umgesetzt

Verfügbarkeit von Patientendaten

Ziel des Prozesses ist der zeitnahe Zugriff auf die Patientendokumentation innerhalb von 24 Stunden. Die Entnahme sowie die Dokumentation des Aktenstatus erfolgt über das Krankenhausinformationssystem. Mit dem sukzessiven Aufbau einer digitalen Patientenakte wird die Verfügbarkeit der Patientendaten weiter optimiert. Der Zugriff auf die Patientenakte wird durch die Dienstweisung Dokumentation und die Archivordnung geregelt.

4.3 Informationsmanagement

Information der Krankenhausleitung

Die Klinikleitung nutzt die unterschiedlichen Sitzungen und Standardinstrumente, um Informationen und wichtige Fakten zu erhalten und um Ziele und Strategien zu planen. Ziel ist, durch rechtzeitige Information über wesentliche Kennzahlen und Entwicklungen steuernd in Entwicklung der Klinik und ihrer Leistungs- und Geschäftsprozesse eingreifen zu können.

Informationsweitergabe (intern/extern)

Im Klinikum existiert ein abgestimmtes Verfahren der adäquaten Weiterleitung von Informationen. Zur Weiterleitung der Information werden die Medien Papier, Telefon/Fax bzw. Intranet/E-Mail genutzt. Alle Bereiche des Klinikums haben zu diesen Medien Zugang. Ist der Zugriff eines einzelnen Mitarbeiters nicht gegeben, ist der zuständige Leiter für die Informationsweitergabe verantwortlich. Daneben existieren als globale Informationsmedien die hausinternen Zeitschriften.

4.4 Telefonzentrale und Empfang

Organisation und Service

Die zentrale Auskunftsstelle ist die Klinikumszentrale im Eingangsbereich.

Zu ihren Aufgaben gehören: Betreuung der Telefon- und Patientenrufanlage, Auskunftserteilung und Schlüsselverwahrung. Weiterhin ist sie im Klinikum die erste Anlauf- und Informationsstelle für Besucher. Medizinische und nichtmedizinische Notfälle werden hier gemeldet und die weitere Alarmierung vorgenommen.

4.5 Datenschutz

Regelungen zum Datenschutz

Ziel ist es, die datenschutzrechtlichen Vorschriften zu beachten und den einzelnen Betroffenen davor zu schützen, dass er durch den Umgang mit seinen personenbezogenen Daten in seinem Persönlichkeitsrecht beeinträchtigt wird. Im Datenschutzkonzept sind die Regelungen zum Datenschutz zusammengefasst. Die Geschäftsleitung ist verantwortlich für die Sicherstellung des Datenschutzes. Ein externer Datenschutzbeauftragter ist vertraglich bestellt.

5 Führung

5.1 Unternehmensphilosophie und -kultur

Vision, Philosophie und Leitbild

Das Leitbild richtet sich an jeden Mitarbeiter und stellt die Grundlage des Arbeitens gegenüber Patienten und Mitarbeitern dar. Die Regelungsabrede zwischen Geschäftsführung und Betriebsrat koordiniert die Entwicklung eines klinikumsinternen Leitbildes. Im Klinikum Idar-Oberstein wurde durch eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe ein klinikinternes Leitbild entwickelt.

Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Unter vertrauensfördernden Maßnahmen versteht die Leitung des Klinikums alle Aktivitäten mit dem Ziel, die Kommunikation mit und zwischen den Mitarbeitern zu fördern. Dabei soll das Vertrauen in die Entscheidungen der Führungskräfte und der gegenseitige Respekt der Mitarbeiter untereinander gestärkt werden. Verschiedene Regelungen wurden getroffen, regelmäßige Gespräche zwischen Direktorium und Betriebsrat finden statt. Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung werden umgesetzt.

Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Das Ethikkomitee steht bei ethischen Problemstellungen den Führungskräften, allen Mitarbeitern und Patienten und deren Angehörigen beratend zur Seite. Es soll Patienten, Mitarbeitern und Angehörigen Hilfestellungen während des Klinikaufenthaltes und im Alltag geben und bildet ein Forum für schwierige, ethische Entscheidungen. Bei ethischen Fragestellungen in der Intensivmedizin finden fachgruppenübergreifend, unter Einbeziehung der Transplantationsbeauftragten, Besprechungen statt.

5.2 Strategie und Zielplanung

Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Die Prognose für die Bedarfsentwicklung zur Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsdienstleistungen in Rheinland-Pfalz ist Bestandteil des Landeskrankenhausplanes. Sie bildet die Grundlage für die Entwicklung der Zielplanung des Klinikums. Auf Konzernebene finden jährlich Führungsseminare statt, in denen die strategische Entwicklung des Konzerns zwischen Geschäftsführung und Einrichtungen abgestimmt wird. Für das Klinikum Idar-Oberstein entwickelt das Direktorium eine hausbezogene Zielplanung in einem Positionspapier mit der zukünftigen Ausrichtung der Fachabteilungen.

Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Kooperationen sind nicht nur aus ökonomischen Gründen wichtig, sondern auch unter regionalen Gesichtspunkten. Kriterien zur Auswahl von Partnerschaften und Kooperationen sind u.a. die Bindung von Einweisern an das Klinikum, Erweiterung des Einzugsgebietes, Ausweitung des Leistungsspektrums, Qualitätssteigerung in der Patientenversorgung sowie Kostenreduktion. Die Realisierung von Synergieeffekte ist ein weiteres wichtiges Kriterium. Kooperationen sind vertraglich geregelt.

5.3 Organisationsentwicklung

Festlegung einer Organisationsstruktur

Mit der Festlegung der Organisation verfolgen wir das Ziel, eindeutige Verantwortlichkeiten zu schaffen, die erforderlich sind, um strategische und operative Ziele effizient und effektiv umzusetzen. Gleichzeitig erreichen wir eine hohe Transparenz gegenüber den Mitarbeitern und Externen. Stabsstellen und Abteilungen mit Leiter, Stellvertreter bis zu den einzelnen Sachbearbeitern sind dem Organigramm zu entnehmen. Organisationsveränderungen werden regelmäßig gemeldet und im Organigramm dargestellt. Das Organigramm wird durch das QM aktualisiert

Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Der Gesellschaftervertrag regelt die Aufgaben und Befugnisse von Geschäftsführung, Aufsichtsrat und Gesellschafterversammlung. Die Gesellschafter des Klinikums werden durch die Gesellschafterversammlung vertreten. Die Überwachungsfunktion übernimmt der Aufsichtsrat. Der Geschäftsführer gibt die Ziele für das strategische Geschäft vor. Die Verantwortung für das operative Geschäft des Klinikums liegt beim Direktorium. Es besteht aus ärztlicher Direktorin, Verwaltungsdirektor und Pflegedirektorin. Für die Informationsweitergabe in die jeweils nachgeordneten Bereiche ist das zuständige Direktoriumsmitglied entsprechend dem Organigramm verantwortlich. Durch regelmäßige Leitungsbesprechungen ist Informationsweitergabe und die Überprüfung getroffener Entscheidungen geregelt.

Innovation und Wissensmanagement

Die Leitung des Klinikums fördert Innovationen durch Hospitation von Mitarbeitern in anderen Einrichtungen. Kontakte zu anderen Krankenhäusern sowie Benchmarkpartnern werden gepflegt. Ideen und aktuelles Wissen werden durch Fachzeitschriften und Internetrecherche vermittelt. Das Ideen- und Beschwerdemanagement sammelt entsprechende Vorschläge und leitet diese strukturiert an die Führungskräfte weiter.

5.4 Marketing

Externe Kommunikation

Ziel der Öffentlichkeitsarbeit ist die sachliche Informationen über das Klinikum, die angebotenen Leistungen und Aktivitäten, den Bekanntheitsgrad und Identifizierbarkeit zu erhöhen, Image-Aufbau und -Sicherung des Klinikums zu betreiben. Die Öffentlichkeit wird über Artikel und Bekanntmachungen in der lokalen Presse und in der Fachpresse informiert. Die Hauszeitschrift informiert Patienten, Besucher, Einweiser und Besucher über die Einrichtung, das Leistungsspektrum, Aktuelles und Neuerungen im Klinikum. Für die Öffentlichkeitsarbeit existiert ein Handbuch zum Corporate Design, das für die Gestaltung von öffentlichkeitswirksamen Materialien verbindlich ist.

5.5 Risikomanagement

Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Maßnahmen zum Risikomanagement werden seit 2004 im Klinikum Idar-Oberstein umgesetzt. Zielsetzung ist das Erkennen von Gefährdungen für Patienten und Mitarbeiter und das Aufdecken von Schwachstellen mit Haftpflichtrelevanz und die Durchführung von Maßnahmen zur Verhinderung. Hierzu erfolgen Risikoanalysen in Fachabteilungen und benachbarten Bereichen. Im Mittelpunkt der Aktivitäten steht die Entwicklung von der Verantwortlichensuche hin zur Sicherheitskultur. Erkannte oder mögliche Fehler sollen von Führungskräften und Mitarbeitern als Chance zur Verbesserung gesehen werden. Die Erfassung von Zwischenfällen und Beinahezweischenfällen erfolgt über ein intranetbasiertes System.

6 Qualitätsmanagement

6.1 Qualitätsmanagementsystem

Organisation

Die Geschäftsführung ist verantwortlich für die Bereitstellung erforderlicher Ressourcen. Die Tätigkeitsschwerpunkte des Qualitätsmanagement sowie die Aufgaben der Ansprechpartner sind durch die Geschäftsordnung für das Qualitätsmanagement festgelegt. Diese Ansprechpartner sind langjährige, kompetente Mitarbeiter. QM-Dokumente werden in elektronischer Form über das Intranet veröffentlicht. Qualitätszirkel existieren in einzelnen Bereichen, wie Traumazentrum, Pädiatrie, ZSVA u.a..

Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Wir unterscheiden zwischen Haupt-, Management- und Unterstützungsprozessen. Die Optimierung der Prozesse erfolgt geplant, ihnen liegen meistens Kennzahlen zu Grunde. Kundenanforderungen sind über

Befragungsergebnisse definiert. Interne Kundenanforderungen sind über Dienst- und Verfahrensanweisungen definiert. Der Hauptprozess ist die Patienten- und Rehabilitandenversorgung in Diagnostik, Pflege und Therapie. Managementprozesse sind Führungsprozesse. Für die Planung der Prozesse zur Erfüllung der Patientenanforderungen ist die Klinikleitung verantwortlich.

6.2 Befragungen

Patientenbefragung

Die Befragungen werden durch die Geschäftsführung in Auftrag gegeben und Mittel zur Verfügung gestellt. Das Qualitätsmanagement bereitet die Befragung vor und führt diese nach den Empfehlungen des externen Befragungsinstitutes durch. Die Befragungsinstrumente werden einheitlich für alle Häuser auf Konzernebene ausgewählt. Sie findet im dreijährigen Rhythmus nach Abschluss des stationären Aufenthaltes statt. Die Patienten eines definierten Zeitraumes werden mit individuellem Anschreiben, Fragebogen und frankiertem Rückumschlag angeschrieben. Zur Steigerung der Rücklaufquote wird zweifach erinnert. Eine kontinuierliche Patientenbefragung existiert ergänzend.

Befragung externer Einrichtungen

Mit Einweiserbefragungen wollen wir, wie mit den weiteren Befragungsinstrumenten, die Bedürfnisse der wichtigsten Zielgruppen der niedergelassenen Ärzte erfassen und deren Zufriedenheit ermitteln. Wir nutzen die Ergebnisse im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Die Geschäftsführung beauftragt die Befragungen und stellt Ressourcen wie Zeit, finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt. Das Qualitätsmanagement bereitet die Befragung vor und führt diese durch. Die Befragung findet im dreijährlichen Rhythmus statt.

Mitarbeiterbefragung

Mit der Mitarbeiterbefragung wollen wir die Bedürfnisse einer unserer weiteren wichtigen Zielgruppen erfassen. Gemäß dem Leitbild der Klinikum Idar-Oberstein GmbH nehmen die Mitarbeiter eine wesentliche Rolle für die Leistungsfähigkeit und den Erfolg des Klinikums ein. Deshalb wird regelmäßig die Zufriedenheit der Mitarbeiter strukturiert ermittelt. Auch diese Ergebnisse werden für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess genutzt. Die Befragungen werden durch die Geschäftsführung in Auftrag gegeben, entsprechende Mittel werden bereitgestellt. Das QM bereitet die Befragung vor und führt diese nach den Vorgaben des externen Befragungsinstitutes durch.

6.3 Beschwerdemanagement

Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Das Ideen- und Beschwerdemanagement gibt uns die Möglichkeit, zeitnah auf Hinweise, Wünsche und Beschwerden von Patienten und Angehörigen zu reagieren und erforderliche Verbesserungsmaßnahmen direkt einzuleiten. Das System wurde im Jahr 2003 erarbeitet. Es ist für jeden zugänglich. Alle Ideen- und Beschwerden werden durch eine Kommission erfasst und geprüft. Beschwerden sowie Vorschläge werden auf entsprechenden Meldebögen erfasst. Verantwortlich für das Ideen- und Beschwerdemanagement ist die Klinikleitung.

6.4 Qualitätsrelevante Daten

Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Ziel im Umgang mit qualitätsrelevanten Daten ist die Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen im Rahmen der internen Qualitätsentwicklung und die Steuerung der Zielerreichung einer kontinuierlichen Weiterentwicklung. Neben der gesetzlich verpflichtenden Qualitätssicherung beteiligt sich das Haus an freiwilligen Qualitätssichernden -Maßnahmen bei der Dekubitus Dokumentation. Das Auftreten eines Dekubitus während des Krankenhausaufenthaltes kann Aufschluss über die angewendeten Vorbeugungs- und Behandlungsmaßnahmen geben. International wird er als Indikator für Aussagen zur pflegerischen Versorgungsqualität angesehen. Patientenstürze werden ebenfalls als Qualitätsindikator dokumentiert und ausgewertet.

Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Das Klinikum beteiligt sich an der externen Qualitätssicherung. Ziel ist Nutzung der Ergebnisse der externen Qualitätssicherung zur Überprüfung der Behandlungsqualität und Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen. Das Klinikum strebt eine 100% Meldequote aller geforderten Datensätze zu liefern. Die Dokumentation erfolgt softwaregestützt. Eine Schnittstelle zwischen KIS und Erfassungssoftware (QS-Filter) erlaubt das Übernehmen der Daten in die Dokumentationssoftware. Verantwortlich für die externe Qualitätssicherung sind die Leiter der Kliniken. Die Administration inkl. der Meldung aller Fälle liegt in der Verantwortung des Controllings.