

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

Krankenhaus: Sana Hanse-Klinikum Wismar
Institutionskennzeichen: 261300356
Anschrift: Störtebekerstrasse 6
23966 Wismar

**Ist zertifiziert nach KTQ®
mit der Zertifikatnummer:** 2017-0060 KH
**durch die von der KTQ-GmbH
zugelassene Zertifizierungsstelle:** WIESO CERT GmbH, Köln

Gültig vom: 31.12.2017
bis: 30.12.2020
Zertifiziert seit: 31.12.2014

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	7
1. Patientenorientierung	8
2. Mitarbeiterorientierung	12
3. Sicherheit - Risikomanagement	14
4. Informations- und Kommunikationswesen	18
5. Unternehmensführung	20
6. Qualitätsmanagement	23

Vorwort der KTQ[®]

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

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

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

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

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

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

der Einrichtung beziehen.

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

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

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

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

Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet einen strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass das **Sana Hanse-Klinikum Wismar** 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

F. Wagner

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung

Vorwort der Einrichtung

- KOMPETENTE MEDIZIN FÜR MICH –

Die Sana HANSE-Klinikum Wismar GmbH stellt als Schwerpunktversorger und akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Rostock den medizinischen Versorgungsauftrag in Wismar und im Landkreis Nordwestmecklenburg sicher.

Seit März 2012 ist das umfangreich sanierte 500-Betten-Klinikum Teil der Sana Kliniken AG – der drittgrößten privaten Klinikgruppe Deutschlands mit 49 Krankenhäusern.

In den 13 medizinischen Fachabteilungen werden Menschen aller Altersgruppen fürsorgliche und wissenschaftlich fundierte Medizin und Pflege angeboten. Jährlich behandelt das Klinikum rund 43.000 Patienten voll- und teilstationär, ambulant und tagesklinisch.



Wir bieten Ihnen

Das medizinische Leistungsspektrum reicht von der Geburtshilfe über die Kinder- und Jugendmedizin, der Wirbelsäulenchirurgie über die multimodale Schmerztherapie bis hin zur geriatrischen Versorgung im Zentrum für Altersmedizin. Fachübergreifende Versorgungsschwerpunkte wie das zertifizierte Trauma- und das zertifizierte Gefäßzentrum Nordwestmecklenburg, die zertifizierte Stroke Unit sowie standortübergreifende Kompetenznetze wie Sana CardioMed Nord und Sana GefäßMed Nord bieten Medizin aus einer Hand.

Auch die Akutversorgung von Schwerverletzten geht durch einen hochmodern ausgestatteten „Schockraum“ vom Rettungsdienst nahtlos auf das Klinikum über.

Die besonders in ländlicher Region ansässigen medizinischen Versorgungszentren* sowie Tageskliniken komplettieren das Leistungsangebot im ambulanten Bereich.

Mit einem Netzwerk aus Partnern sorgt die Sana HANSE-Klinikum Wismar GmbH für eine umfangreiche Versorgung ihrer Patienten.

Um dieser anspruchsvollen Aufgabe gerecht zu werden, setzt das Haus auf eine innovative, nach neuesten Standards ausgerüstete Medizin, eine moderne medizinisch-technische Ausstattung und hochqualifizierte, engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Als Arbeitgeber

Mit 960 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und einem Jahresumsatz 2013 von 66,5 Millionen Euro stellt das Klinikum einen der größten Arbeitgeber in Wismar und der Region dar. Immer im Fokus der Arbeit steht die Qualifizierung sowie Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter. Die Einrichtung engagiert sich außerdem intensiv in der Ausbildung von medizinischem Nachwuchs, insbesondere zur nachhaltigen Sicherung der Versorgung in der Region.

Weitere Informationen

Weitere Informationen zum Sana HANSE-Klinikum Wismar stehen auf unserer umfangreichen Internetseite zur Verfügung: www.sana-hanse-klinikum-wismar.de.

Die Sana Kliniken AG

Die Sana Kliniken AG ist die drittgrößte Klinikgruppe Deutschlands mit einem Jahresumsatz von 2,4 Milliarden Euro, 50 Krankenhäusern und 32.071 Beschäftigten. Hinter dem privaten Klinikverbund, der jährlich rund 2,2 Millionen Patienten behandelt, stehen die führenden privaten Krankenversicherungen, wie Allianz, DKV oder Signal Iduna.

* Nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

Die KTQ-Kategorien

1. Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Die Sana HANSE-Klinikum Wismar GmbH ist eine Einrichtung der Schwerpunktversorgung und trägt mit seinem Leistungsspektrum in hohem Maße zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in der Region und darüber hinaus bei. Unser Qualitätsanspruch orientiert sich an den Besten sowie an der Zufriedenheit unserer Patienten, Kunden und Mitarbeiter. Um dieser anspruchsvollen Aufgabe gerecht zu werden, setzt das Haus auf eine innovative, nach neuesten Standards ausgerichtete Medizin, eine moderne medizinisch-technische Ausstattung und hochqualifizierte, engagierte Mitarbeiter. Auf der Homepage können Sie sich über die Lage der Klinik, die Wegbeschreibung und das komplette Leistungs- und Serviceangebot informieren. Gedruckte Informationsbroschüren liegen aus und bieten einen vertieften Eindruck über wesentliche Belange der Klinik. Parkplätze sowie Behindertenparkplätze stehen ausreichend zur Verfügung. Damit Sie Ihr Ziel schneller finden, befinden sich an allen wichtigen Punkten in unserem Haus Hinweisschilder.

1.1.2 Leitlinien und Standards

Die Behandlung in unserem Krankenhaus erfolgt unter Berücksichtigung von neuesten medizinischen und pflegerischen Standards, Konzepten und Richtlinien. Die langjährigen Erfahrungen unserer Mitarbeiter fließen dabei in jede Diagnose und Therapie mit ein. Als Qualitätsindikatoren werden auch die Daten aus der externen Qualitätssicherung verwendet. Alle medizinischen und pflegerischen Vorgaben werden ständig ergänzt, aktualisiert und gemeinsam im Team besprochen. In den Arbeitsgemeinschaften zur Formulierung dieser Standards befanden sich Mitarbeiter mehrerer Bereiche und Berufsgruppen, um ein weites Erfahrungsspektrum in die erarbeiteten Vorgaben einfließen lassen zu können. Zudem werden regelmäßige Fortbildungen zu einschlägigen Themen hausintern und extern durchgeführt. Die Umsetzungen der fachspezifischen Leitlinien und unserer eigenen hohen Standards werden für jeden Patienten täglich individuell dokumentiert und durch die Visiten überprüft.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Unsere Mitarbeiter haben sich ein Leitbild gegeben, an dem all unser Handeln ausgerichtet ist. Der höchste Wert ist die Würde des Patienten und sein Recht auf Selbstbestimmung. Im Mittelpunkt aller Behandlungen steht der Mensch als aktiver Partner im Behandlungsprozess. Die Patienten und - auf Wunsch der Patienten auch ihre Angehörigen - werden in die Behandlungsplanung von Anfang an mit eingebunden. Dies umfasst Prävention und Beratung sowie Diagnose, Therapie und Nachsorge. Die Kommunikation mit fremdsprachigen Patienten ist u.a. auch durch unsere fremdsprachigen Mitarbeiter gewährleistet. Speziell ausgebildete Pflegekräfte sind mit der Schulung und Beratung von Patienten und Angehörigen in den verschiedenen Bereichen beauftragt (z.B. Wundexperten, Diabetesassistenten und -berater, Ernährungsmanagement). Patientenvorträge werden zu ausgewählten Themen aus allen Kliniken angeboten. Die The-

rapiebereiche (Ergotherapie, Physiotherapie) übernehmen individuelle Beratungen von Patienten und Angehörigen. Selbsthilfegruppen werden bei Bedarf in den Behandlungsprozess involviert.

1.1.4 Ernährung und Service

Neben einer funktionalen Zimmerausstattung mit eigenem Duschbad in den Patientenzimmern sowie Telefon, Fernsehgerät und Rundfunkempfang besteht auch die Möglichkeit des Rooming-In. Des Weiteren gibt es am Sana Hanse-Klinikum Wismar einen Friseur und medizinische Fußpflege (kostenpflichtig). Die Küche arbeitet nach international gültigen und anerkannten Standards (HACCP-Konzept). Fortlaufend sorgt die Küche dafür, dass das Essen nicht nur wohlschmeckend ist, sondern auch unter strengsten hygienischen Gesichtspunkten hergestellt wird. Eine Wahlkost kann kostenlos nach religiösen Aspekten (z.B. ohne Schweinefleisch) oder weltanschaulichen Einstellungen (z.B. Vegetarisch) bestellt werden. Alle gängigen Diätformen werden zudem von der Küche angeboten. Die Reinigung der Klinik und der Patientenzimmer wird durch ein Spezialunternehmen vorgenommen. So ist sichergestellt, dass sich unsere Patienten auf höchste Reinigungsstandards verlassen können. In der unmittelbaren Nähe des Krankenhauses sind parkähnliche Grünflächen mit ausreichend Sitzgelegenheiten vorhanden.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die Planung der Ersteinschätzung erfolgt durch speziell geschultes Pflegepersonal nach Vorgabe der Manchester Triage; dieses System sorgt für eine bessere Zuordnung der Patienten und eine Reduzierung der Wartezeiten. Die Umsetzung von Manchester Triage wurde in speziellen Schulungen vermittelt. Ausschließlich Mitarbeiter, die an Schulungen teilgenommen haben, nehmen eine Ersteinschätzung danach vor. Eine Klassifizierung und die Dokumentation der Polytrauma-Patienten erfolgt gem. den Vorgaben der ATLS (Erfassungsbogen Polytrauma DGU). Eine 24-Stunden Aufnahmebereitschaft der Notfallaufnahme ist sowohl ärztlich als auch pflegerisch gewährleistet. Vorbefunde des Patienten werden nach Möglichkeit genutzt, um unnötige Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Unsere Patienten werden rechtzeitig und vor allem verständlich aufgeklärt. So bleibt genügend Zeit, mit den Ärzten über alle wichtigen Punkte zu sprechen oder sich auch eine ärztliche Zweitmeinung einzuholen.

1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung

Durch unsere qualifizierten Mitarbeiter sowie der Bereitstellung umfassender und moderner Diagnostik- und Behandlungsverfahren gewährleisten wir eine auf die Patientenbedürfnisse abgestimmte professionelle Behandlung. Diverse Sprechstunden in Ambulanzen, Spezialambulanzen und Institutsambulanzen werden in unserer Klinik angeboten. Die Koordinierung von Terminen erfolgt über das Zentrale Sprechstundenzentrum. Die Versorgung mit Arzneimitteln und Apothekengütern ist rund um die Uhr gewährleistet.

1.3.2 Ambulante Operationen

Oberstes Ziel aller Beteiligten ist es, die Patienten unter optimalen Bedingungen zu operieren. Dazu wurden die Prozesse der OP-Planung und der OP-Ablauforganisation für alle Patienten und Notfallpatienten geregelt. In der prästationären Sprechstunde bzw. Ermächtigungssprechstunde werden Vorbefunde, Risiken und Lebensumstände umfangreich erfragt und ggf. erforderliche Zusatzuntersuchungen angeordnet. Bereits vorhandene Befunde werden ggf. nachgefordert. Die Indikationsstellung wird grundsätzlich im Rahmen der Sprechstunde der Abteilung durch einen Facharzt vorgenommen.

1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung

Zur stationären Diagnostik und Behandlungsplanung verfahren wir nach den allgemein gültigen diagnosebezogenen Standards und Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaft. Dabei bleibt der Patient stets im Mittelpunkt unseres Handelns. Die Planung der Maßnahmen erfolgt von unseren erfahrenen Ärzten immer zugeschnitten auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten. Der Informationsaustausch zwischen den Ärzten erfolgt täglich in der interdisziplinären Arztbesprechung. Durch Konsilanforderung werden andere Fachrichtungen in Diagnostik und Therapie zudem eingebunden.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die hausinternen ärztlichen Leitlinien orientieren sich an den aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften. Die Therapieplanung wird von unseren erfahrenen Ärzten vorgenommen. Zudem liegen multiprofessionell entwickelte Behandlungspfade für ausgewählte Diagnosen und Prozeduren vor. Die Patientenaufklärung erfolgt umfassend, Aufklärungsbögen liegen in den gängigsten Sprachen vor. Die medizinisch hochwertige Therapie wird durch die Menschlichkeit unserer langjährigen Mitarbeiter optimal ergänzt.

1.4.3 Operative Prozesse

Oberstes Ziel aller Beteiligten ist es, die Patienten unter optimalen Bedingungen zu operieren. Dazu wurden die Prozesse der OP-Planung und der OP-Ablauforganisation für alle Patienten und Notfallpatienten genau geregelt. Eine fortlaufende Überprüfung dieser Festlegungen findet durch die interne und externe Qualitätssicherung statt. Eine OP-Sicherheitscheckliste nach WHO-Kriterien wird im Krankenhaus verwendet. Die Ergebnisse werden von der Krankenhausleitung regelmäßig besprochen, um die Patientenorientierung noch weiter zu verbessern.

1.4.4 Visite

Visitenkonzepte und weitere schriftliche Regelungen sichern den Visitenablauf sowie deren Dokumentation. Während der Visiten werden die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen reflektiert, der Behandlungsverlauf überprüft und bei Bedarf angepasst. Unser Visitenmanagement wird laufend optimiert. Dabei wird auf feste Visitenzeiten, Häufigkeit, Wochenendregelungen, Chefarzt- und Oberarztvisiten besonders intensiv eingegangen. Der Ablauf sowie die patientenorientierte Gestaltung der Visite entspre-

chen unseren schriftlichen Vorgaben. Diese beinhalten Verhaltensweisen, Hygienevorgaben, Ablaufvorgaben und Gesprächsführung.

1.5.1 Entlassungsprozess

Alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen sind im Rahmen von Besprechungen an der Entlassplanung bzw. Vorbereitung zur Entlassung beteiligt. Die Weiterleitung von Informationen an die nachbetreuenden Einrichtungen und die Weiterversorgung mit Medikamenten sowie Heil- und Hilfsmitteln ist geregelt und sichergestellt. Die Vorbereitung der Entlassung erfolgt bereits bei Aufnahme der Patienten. So ist sichergestellt, dass bis zur Entlassung alle notwendigen Unterlagen vorliegen, alle Anschlussbehandlungen geplant werden können und der Patient ausreichend informiert werden kann. Für alle Fragestellungen stehen kompetente Mitarbeiter zur Verfügung, die diese Belange koordinieren. Die Zufriedenheit mit unserem Entlassmanagement messen wir u.a. kontinuierlich durch Patienten- und Einweiserbefragungen. Die Ergebnisse werden in der Krankenhausleitung besprochen, damit das Verfahren laufend optimiert werden kann.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung

Der sterbende Patient wird in seiner Gesamtsituation wahrgenommen und berücksichtigt. Im interdisziplinären Team erfolgen Pflege und Behandlung auf der Basis der festgelegten Maßnahmen unter Berücksichtigung der kulturellen Besonderheiten. Dabei werden Wünsche respektiert, die sich aus Lebensumständen, Konfession, Spiritualität, kulturellen Gewohnheiten und dem Wunsch nach menschlicher Nähe und Distanz ergeben. Eine niedergelegte rechtsgültige Patientenverfügung, soweit der Inhalt der klinischen Situation entspricht, wird von uns beachtet. Ein Seelsorger ist jederzeit erreichbar.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Wir ermöglichen einen angemessenen Abschied für Angehörige von verstorbenen Patienten. Die Verantwortlichkeiten und die Durchführung der notwendigen Maßnahmen zur Versorgung und den Transport von verstorbenen Patienten sind geregelt. Beim gesamten Umgang mit Verstorbenen wird darauf geachtet, dass die Würde und Individualität des Verstorbenen soweit als möglich gewahrt wird und ein sensibler Umgang mit den Hinterbliebenen gewährleistet ist. Dabei werden rechtliche, hygienische und medizinische Erfordernisse beachtet. Kulturelle Aspekte, die für die individuelle Sterbebegleitung wichtig sind, werden in Gesprächen mit dem Patienten und seinen Angehörigen erörtert und nach Möglichkeit umgesetzt.

2. Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Personalbedarf

Der Personalbedarf wird im Rahmen der konzernweiten Mehrjahresplanung unter Berücksichtigung der zuvor erfolgten strategischen Festlegungen und Ausrichtungen geplant. Die jeweiligen Verantwortlichen der Bereiche werden an der Detailplanung beteiligt. Dabei sind die zuvor bereits festgelegten übergeordneten Rahmenbedingungen zu berücksichtigen (Planungsvorgaben zur Sana-Mehrjahresplanung). Über alle Bereiche des Hauses wird eine detaillierte Personalstatistik geführt, die Auswertungsmöglichkeiten (z.B. Qualifikation, Beschäftigungsgrad, Austrittsdatum, Personalnummer, Dienstart, Kostenstelle) beinhaltet. Veränderungen des Personalbedarfs aufgrund der Optimierung von Klinikstrukturen wie auch die Schaffung neuer konzernweiter Tätigkeitsbereiche (z.B. Operationstechnischer Assistent) werden berücksichtigt

2.1.2 Personalentwicklung

Die Regelungen zur Festlegung der Qualifikation finden sich in den Stellen-, Tätigkeit und Verantwortungsbeschreibungen, die für alle relevanten Bereiche vorliegen. In den jährlichen Mitarbeiter-Gesprächen werden strukturiert die Wünsche der Mitarbeiter zu ihren beruflichen Entwicklungen abgefragt und gemeinsame Ziele definiert. Die Personalentwicklung orientiert sich nach Bedarf der einzelnen Fachbereiche. Dabei wird darauf geachtet, dass immer eine ausreichende Anzahl von qualifizierten Mitarbeitern zur Verfügung steht. Die individuelle Karriereplanung für die Mitarbeiter richtet sich nach den Erfordernissen und Bedürfnissen unseres Krankenhauses. Sie berücksichtigt persönliche Ausbildung, Qualifikation und Spezialisierung für die jeweilige Aufgabe. Mitarbeiter aus dem Hause haben bei gleicher Qualifikation Vorrang vor externen Nach- oder Neubesetzungen.

2.1.3 Einarbeitung

Unser Ziel ist es, neue Mitarbeiter strukturiert einzuarbeiten und ihnen einen guten Start in unserem Konzern zu ermöglichen. Alle Mitarbeiter werden nach den Vorgaben des leitbildorientierten Personalentwicklungskonzepts eingearbeitet, das sowohl berufsgruppen- als auch abteilungsspezifische Aspekte der Einarbeitung beinhaltet. Um die Integration der neuen Mitarbeiter zu fördern, werden diese durch Mentoren, Oberärzte und erfahrene Kollegen sowie strukturierte Gespräche begleitet, um ein selbstständiges Arbeiten zeitnah sicherzustellen. Allgemeine und stationsspezifische Informationen sind außerdem über das Intranet jederzeit zugänglich.

2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Wir fördern intensiv die Ausbildung des Nachwuchses. Im Assessment wird Wert auf die Eignung der Bewerber gelegt. Die Theorie- / Praxisverknüpfung während der Ausbildungen ist durch Regelungen zum Praxisanleitereinsatz geregelt. In der Rahmenfestlegung zum Ablauf der praktischen Ausbildung, ist die

Abfolge der praktischen Einsatzorte geregelt. Für jeden Ausbildungskurs existiert eine angepasste Blockplanung auf Basis des Krankenpflegegesetz. Jeder Schüler verfügt über einen schriftlichen individuell geplanten Ausbildungsverlauf. Die Durchführung der Praxisanleitung wird in jedem praktischen Einsatz durch die Praxisanleiter dokumentiert. Anleitungen und praktische Leistungskontrollen am Patienten werden nur mit seinem Einverständnis an ihm durchgeführt. Die Fort- und Weiterbildung ist systematisch auf die Bedürfnisse unseres Hauses abgestimmt. Der Bedarf an Fort- und Weiterbildung wird kontinuierlich ermittelt, dabei haben alle Mitarbeiter die Möglichkeit, eigene Wünsche einzubringen. Für Führungskräfte finden im Sana-Verbund verbindliche Fachtagungen mit speziellem Fortbildungsangebot statt, strategische Ziele und neue Projekte werden hierbei aufgezeigt. Alle Pflichtfortbildungen (z.B. Arbeitsschutz, Brandschutz, Datenschutz, Hygiene) sind über die internetbasierende Online Academy absolvierbar. Damit wird sichergestellt, dass alle Mitarbeiter die gesetzlich vorgeschriebenen Pflichtfortbildungen wahrnehmen.

2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance

Die Arbeitszeitregelungen entsprechen den jeweils gültigen tariflichen und arbeitszeitrechtlichen Vorschriften. Die Beachtung der Vorschriften ist Aufgabe der Vorgesetzten und wird zusätzlich durch den Betriebsrat geprüft. Generelle Änderungen der Arbeitszeit werden dem Betriebsrat durch die Personalabteilung zur Prüfung und Zustimmung vorgelegt. Im Rahmen der tariflichen Möglichkeiten, unter Berücksichtigung gesetzlicher Anforderungen und des Arbeitszeitgesetzes werden die Arbeitszeiten in verschiedenen Arbeitszeitmodellen geregelt. Die Mitarbeiter haben die Möglichkeit, ihre Wünsche in Absprache mit der Führungskraft zur Dienstplangestaltung anzumelden. Diese werden, soweit die betrieblichen Belange dies zulassen, umgesetzt. Am 31.10.2016 wurde dem Sana HANSE-Klinikum Wismar das Zertifikat "Beruf und Familie" - eine Initiative der Hertie-Stiftung - verliehen. Im Rahmen der Auditierung wurden der Bestand der Angebote zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie begutachtet und weiterführende Ziele einer familienbewussten Personalpolitik definiert. Die daraus resultierenden Maßnahmen werden innerhalb der Laufzeit des Zertifikates umgesetzt.

2.1.6 Ideenmanagement

Über unser Ideenmanagement möchten wir den Mitarbeiter die Möglichkeit geben, sich aktiv an der Weiterentwicklung des Klinikums zu beteiligen. Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden nehmen wir ernst und nutzen diese, um Mitarbeiter Raum zur Mitgestaltung zu geben, Fehler zu vermeiden und die Wirtschaftlichkeit unseres Hauses stetig zu verbessern. Für die Bewertung der eingereichten Vorschläge ist eine separate Bewertungskommission eingerichtet. Alle Regelungen für das betriebliche Ideenmanagement sind schriftlich fixiert und erläutern das Vorgehen zur Einreichung, Bearbeitung und Prämierung von Vorschlägen.

3. Sicherheit - Risikomanagement

3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements

Mit unserem klinischen Risikomanagement verfolgen wir das Ziel, in systematischer Form Fehler oder Risiken in der Patientenversorgung zu verhindern und somit die Patientensicherheit zu erhöhen. Gemäß unserem Konzept zum Risikomanagement werden potenzielle Risiken, eingetretene Fehler, Beinahefehler/ kritische Ereignisse analysiert und Maßnahmen zur Vermeidung, Korrektur und/oder Prävention eingeleitet. Durch einen vertrauensvollen Umgang, die strukturierte Aufarbeitung von Fehlern und Risiken und der Durchführung von Schulungen sowie Fallbesprechungen fördern wir eine konstruktive Fehlerkultur.

3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung

Die Sicherheit der Patienten ist durch eine lückenlose Anwesenheit von qualifiziertem Personal in allen Funktionsbereichen und Fachabteilungen gewährleistet. Unser Krankenhaus wird in der Versorgung von Patientengruppen mit Aufsichtspflicht konfrontiert. Diesen Situationen begegnen unsere Mitarbeiter deshalb mit besonderer Aufmerksamkeit, individuellen Lösungen und größter Umsicht. Generell gilt, dass Patienten mit einem hohen (Selbst-)Gefährdungspotenzial intensiver überwacht werden. Hierbei werden die gesetzlichen Bestimmungen jederzeit eingehalten. Angehörige werden in die Betreuung von Demenzkranken und selbstgefährdeten Patienten mit eingebunden.

3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement

Auf allen Stationen und in den Funktionsabteilungen befinden sich zur Erstversorgung akut lebensbedrohlicher Zustände Notfallkoffer bzw. Notfallwagen. In diesen befinden sich geeignete Medikamentenbestückung, Intubations-, Beatmungs- und Infusionstechnik nach vorgegebener Checkliste. Ein zentrales Reanimationsteam befindet sich rund um die Uhr in Bereitschaft. Mitarbeiter die in klinischen Bereichen arbeiten, werden regelmäßig in speziellen Reanimationskursen geschult. Der Ablauf der Notfallversorgung wird nach dem Ereignis mit den Beteiligten reflektiert.

3.1.4 Organisation der Hygiene

In unserem Haus gibt es ein umfassendes Hygienemanagement. Es existiert ein Hygieneordner in elektronischer Form im Intranet für das gesamte Haus, damit jeder Mitarbeiter den aktuellen Stand einsehen kann. Die Desinfektionspläne hängen in allen Abteilungen gut sichtbar aus. Für die Aktualisierung der Hygienevorgaben sind die Hygienefachkraft und der Krankenhaushygieniker verantwortlich. Unsere Einrichtung nimmt seit 2012 an der Aktion "Saubere Hände" teil. Die Auswertungen der Compliance-Erfassung finden je Station nach der Durchführung der Beobachtung statt und werden stationsweise und berufsgruppenbezogen vorgestellt. Jährlich findet ein Aktionstag "Saubere Hände" für alle klinischen Bereiche statt. Seit 2015 sind wir mit dem Silberzertifikat der Aktion "Saubere Hände" ausgezeichnet. Auf den Sta-

tionen finden Beobachtungen zur Händedesinfektion incl. der anschließenden Auswertung statt. Die Ergebnisse werden dann stationsweise vorgestellt. Die Einhaltung der Hygienerichtlinien wird durch regelmäßige protokollierte Begehungen sowie auch durch unangemeldete Kontrollen sichergestellt. Jährlich finden konzernweit interne Hygieneaudits statt.

3.1.5 Hygienerelevante Daten, Infektionsmanagement

Ausbruchssituationen (Häufungen im Sinne des Infektionsschutzgesetzes) werden nach Rücksprache mit dem Ärztlichen Direktor dem zuständigen Gesundheitsamt gemeldet. Die Erstellung von kumulativen Keimresistenzstatistiken erfolgt über das Mikrobiologische Vertragslabor des Universitätsklinikums Lübeck in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Krankenhaushygiene der Sana-Kliniken. Durch das ITS KISS (Krankenhaus Infektions Surveillance System der Intensivstation) werden Abfragen zu MRSA, ESBL und VRE geführt. Die Einstufung in nosokomiale und nicht-nosokomiale Fälle wird entsprechend der Definitionen des RKI vorgenommen und ausgewertet. Um das Management mit Infektionserregern einheitlich zu definieren, gibt es entsprechende Verfahrensanweisungen, die jährlich aktualisiert werden. Diese Verfahrensanweisungen wurden entsprechend den Vorgaben des Robert-Koch-Instituts und der Sana Kliniken AG erstellt und sind ebenfalls elektronisch im Intranet abrufbar. Für jede Infektionserkrankung sind mögliche Übertragungswege beschrieben und Isolationsanforderungen, Schutzausrüstung, Zimmerkennzeichnung, Zeitpunkt der Aufhebung der Isolation, Transport der Patienten innerhalb des Hauses, laufende Desinfektionsmaßnahmen sowie die Schlussdesinfektion geregelt. Die Hygienefachkräfte sowie der Krankenhaushygieniker kontrollieren im Rahmen von Begehungen die Umsetzung der Regelungen und schulen die Mitarbeiter der Bereiche im regelmäßigem Turnus sowie ggf. bedarfs- und situationsbezogen.

3.1.6 Arzneimittel

Die Bestellung, Lagerung und der Umgang mit Arzneimittel ist durchgängig geregelt. Die Arzneimittelversorgung wird durch die Vertragsapotheker sichergestellt. Über wichtige Änderungen / Anwendungsbesonderheiten informiert die Apotheke bei Lieferung des betreffenden Medikaments mit schriftlichem Hinweis.

3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin

In der Transfusionsordnung, die den Mitarbeitern über das Intranet jederzeit zugänglich ist, sind alle Regelungen zum Umgang mit Blut und Blutprodukten hinterlegt. Eine Transfusionskommission ist eingerichtet und tagt gemäß ihrer Geschäftsordnung einmal jährlich und bei Bedarf. Die Applikation von Blut und Blutprodukten wird chargenbezogen dokumentiert. Regelmäßige Einweisungen und Transfusions-schulungen sind etabliert.

3.1.8 Medizinprodukte

Der Umgang mit Medizinprodukten ist für alle Mitarbeiter umfassend geregelt, um eine sichere Handhabung zu gewährleisten. Hierzu liegen Hygienerichtlinien sowie verschiedene schriftliche Regelungen z.B.

zum Umgang, der Aufbereitung und zur Einweisung in Medizinprodukte vor. Über ein Organisationshandbuch sind die zur Einweisung in Medizinprodukte beauftragten Personen festgelegt. Die Instandhaltung der Medizinprodukte ist durch die Medizintechniker sichergestellt, die bei Bedarf mit externen, spezialisierten Dienstleistern zusammenarbeiten. Die Gebrauchsanweisungen sind zunehmend in digitaler Form durch die Mitarbeiter abrufbar. Der Einsatz von qualitativ hochwertigen Medizinprodukten ist Grundlage unserer Patientenversorgung. Die lückenlose Einweisung aller Anwender in die Geräte wird sichergestellt und dokumentiert.

3.2.1 Arbeitsschutz

Zur Gewährleistung der Sicherheit von Patienten und Mitarbeitern existiert ein umfassendes Konzept zum Arbeitsschutz. In diesem sind alle Aspekte zur Arbeitssicherheit beinhaltet. Eine Fachkraft für Arbeitssicherheit wurde benannt. Der Strahlenschutzverantwortliche, Strahlenschutzbevollmächtigte und die Strahlenschutzbeauftragten der relevanten Bereiche gewährleisten, dass alle gesetzlichen Vorgaben eingehalten werden. Dokumentierte Gefährdungsbeurteilungen werden für alle Mitarbeiter des Hauses durchgeführt.

3.2.2 Brandschutz

Ein Brandschutzbeauftragter ist benannt, ein Brandschutzkonzept und eine Brandschutzordnung sind vorhanden. In dem Brandschutzkonzept wird der Stand des Hauses abgebildet, die Brandschutzordnung ist nach Vorgabe der DIN 14096 aufgebaut. Flucht- und Rettungspläne befinden sich im ganzen Haus und werden bei Bedarf durch den Brandschutzbeauftragten mit Unterstützung von externen Sachverständigen aktualisiert.

3.2.3 Datenschutz

Unser Ziel ist es, zum einen die gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz einzuhalten und zum anderen, die Privatsphäre unserer Patienten und Mitarbeiter zu schützen. Berücksichtigung findet das Datenschutzgesetz sowie die internen Datenschutzrichtlinien bzw. -konzept. Darüber hinaus ist eine Informationssicherheitsleitlinie erstellt, die sich am IT-Sicherheitsgesetz orientiert. Datenschutzbeauftragte sind benannt und verschiedene Sicherheitsmaßnahmen, z. B. zum Schutz von nicht gewünschten elektronischen Zugriffen oder die Verschlüsselung sensibler Daten bei der Weitergabe, etabliert. Externe Dienstleister müssen eine Datenschutzerklärung sowie eine Auftragsdatenverarbeitung unterschreiben.

3.2.4 Umweltschutz

Eine konsequente Mülltrennung mit dem Ziel einer hohen Recyclingquote ist Bestandteil unserer Abfallwirtschaft. Die Erfassung des Verbrauchs von Wasser und Energie erfolgt monatlich. Maßnahmen zur Wasser- und Energieeinsparung werden in dem Krankenhaus umgesetzt.

3.2.5 Katastrophenschutz

Alle Regelungen zum Katastrophenschutz (interne und externe Gefahrenlagen) befinden sich im Alarm- und Einsatzplan.

Dieser beinhaltet insbesondere

- Massenanfall von Verletzten
- Massenanfall von Infizierten
- Massenanfall von Verstrahlten
- Feuer / Explosionen
- Bombendrohung / Bombenfund
- Schwerer Unfall (z.B. Massenunfall, Unfall mit Todesfolge)
- Überfall
- Havarie.

3.2.6 Ausfall von Systemen

Unser Ziel ist es, die Sicherheit aller sich im Krankenhaus befindenden Personen zu jedem Zeitpunkt zu gewährleisten und den Krankenhausbetrieb stets aufrecht zu erhalten. Zur Vermeidung und Vorgehensweise bei eingetretenen Systemausfällen oder nicht-medizinischen Notfällen befinden sich Regelungen im Krankenhauseinsatzplan. Für die unterschiedlichen Szenarien sind verschiedene Strukturen und Maßnahmen etabliert. Hierzu zählen z.B. Notstromaggregate und Anlagen zur Sauerstoffnotversorgung. Für den Ausfall der IT-Infrastruktur besteht ein IT-Notfallplan. Zur Qualifikation der verantwortlichen Mitarbeiter führen wir jährlich eine Schulung zu entsprechenden Szenarien durch. Die redundante Stromversorgung ist durch Notstromaggregate und intelligente Netzaufteilung gewährleistet.

4. Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Das EDV-System des Sana HANSE-Klinikum Wismar ist umfassend extern (z.B. durch Firewalls) und intern (z.B. durch Sicherheitsrichtlinien) geschützt. Die vorhandene IT-Infrastruktur ermöglicht allen Anwendern eine uneingeschränkte Nutzung der vorhandenen IT-Systeme im Rahmen ihrer Berechtigungen. Das System ist 24h verfügbar. Wichtigste Komponenten sind redundant vorhanden, sie werden umfangreich vor Stromausfällen geschützt. Der Serverraum erfüllt die Anforderungen des Brandschutzes und der Datensicherheit.

Die Mitarbeiter des Empfangs bedienen die Telefonzentrale und leiten eingehende Anrufe weiter. Besuchern und Patienten weisen sie gerne den Weg innerhalb der Klinik und beantworten interne und externe Anfragen kompetent.

4.2.1 Klinische Dokumentation

Alle berechtigten Personen haben zeitlich uneingeschränkten Zugriff auf die Patientendaten entsprechend ihrem Rollen- und Berechtigungskonzept. Alle wichtigen Informationen werden in der Patientendokumentation festgehalten. Zur Erarbeitung der bestehenden Regelungen wurden die verschiedenen Berufsgruppen (Ärzte, Pflege, Archiv) mit einbezogen. Eine Musterkurve sowie eine Musterakte liegen vor. Alle Dokumente sind zudem über das hausinterne Intranet abrufbar.

Die Ärzte und Pflegemitarbeiter kontrollieren die Patientenakte kontinuierlich systematisch auf Vollständigkeit. Vor Archivierung wird überprüft, ob alle notwendigen Unterlagen vollständig und plausibel sind. Alle zur Behandlung benötigten Informationen werden in der Patientendokumentation (Patientenakte und EDV) festgehalten.

4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

Alle berechtigten Personen haben zeitlich uneingeschränkten Zugriff auf die Patientendaten entsprechend ihrem Rollen- und Berechtigungskonzept. Alle zur Behandlung benötigten Informationen werden in der Patientendokumentation (Patientenakte und EDV) festgehalten. Seit 2012 werden die Akten aufgenommener Patienten durch den Dienstleister DMI digitalisiert und sind damit ständig im Krankenhausinformationssystem verfügbar.

4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Über zahlreiche Informationsquellen erhält die Geschäftsführung kontinuierlich Berichte zum aktuellen Stand aller Bereiche (z.B. Monatsberichte, Protokolle, persönliche Teilnahme in Kommissionen). Die Kommunikationsstruktur ist in einer Besprechungsmatrix abgebildet.

Nutzerbezogen werden Fachzeitschriften, Mitteilungen der Krankenhausgesellschaften, Newsletter der Fachverbände und Pressemitteilungen kontinuierlich und regelmäßig zur Verfügung gestellt.

4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Externe Dienstleister sowie niedergelassene Ärzte werden bei Bedarf über Neuerungen / Änderungen informiert. Es besteht ein reger persönlicher und telefonischer Kontakt der Klinikärzte mit den niedergelassenen Kollegen.

Der Internetauftritt beinhaltet u.a. Informationen über spezielle Leistungen, Besonderheiten der Krankenhausbehandlung, Wahlleistungsmöglichkeiten, Veranstaltungstermine sowie die speziellen Ansprechpartner. Direkte Mitteilungsmöglichkeiten für Patienten und Angehörige sind ersichtlich (Telefon, Email).

5. Unternehmensführung

5.1.1 Philosophie/Leitbild

Das Leitbild wurde 2012 erstellt. In dem Leitbild ist ein partnerschaftlicher, kooperativer und ergebnisorientierter Führungsstil festgelegt. Die Führungskräfte sind sich ihrer Vorbildfunktion bewusst. Bedingt durch die langjährige Zugehörigkeit vieler Mitarbeiter und deren örtliche Verbundenheit herrscht ein kollegiales und menschliches Miteinander. Die Führungskräfte kennen die Mitarbeiter persönlich und pflegen grundsätzlich den Führungsstil der "offenen Tür".

5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Vertrauensbildende und -fördernde Maßnahmen sind wichtiger Bestandteil der Führungsarbeit gemäß unseren Unternehmenswerten. Entsprechend dem Unternehmenswert Respekt wird ein respektvoller, offener, ehrlicher Umgang mit Patienten, Besuchern, Mitarbeiter, Kollegen und Vertragspartnern gepflegt. Die Unternehmenswerte sowie das Sana-Ethik-Statut werden in unserem Haus umgesetzt. Durch interdisziplinäre hierarchieübergreifende Veranstaltungen, wie z.B. Seminare oder Gruppenarbeit soll erreicht werden, dass sich die Mitarbeiter untereinander kennen lernen und Einblick in sowie Verständnis für das Aufgabengebiet der anderen gewinnen können.

Durch die Mitwirkung der Mitarbeiter in Projekt- und Arbeitsgruppen sowie in Kommissionen werden die Mitarbeiter an der strategischen Planung beteiligt.

5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Entsprechend unserem Leitbild werden Entscheidungen zu ethischen Problemstellungen kollegial, unter Einbeziehung des Patienten und deren Angehörigen getroffen. Einen hohen Stellenwert in unserer Klinik nimmt die feinfühlig und umsichtige Behandlung ethischer Problemstellungen ein, dies gilt vor allem bei Therapieplanungen, Therapieänderungen und Therapieabbrüchen. Das Ethikkomitee besteht seit 2013 und ist interdisziplinär zusammengesetzt.

So achten insbesondere die Führungskräfte aus dem ärztlichen und pflegerischen Dienst auf eine hohe Sensibilisierung ihrer unterstellten Mitarbeiter hinsichtlich aller ethischen, weltanschaulichen, kultureller und religiöser Bedürfnisse.

5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Aufgaben von PR und Marketing werden von der Abteilung Marketing wahrgenommen. Die Abteilung entwickelt jährlich Übersichten, in der die fixen Termine für Pressegespräche, Printmedien und Veranstaltungen enthalten sind.

Diese Pläne werden kontinuierlich bezüglich der variablen Anteile von Presse, Print und Veranstaltungen aktualisiert.

Die Außenkommunikation mit der Presse und deren Aufbereitung erfolgt über den Geschäftsführer in Ab-

stimmung mit der Abteilung Marketing und Öffentlichkeitsarbeit. Die Ansprechpartnerin für Marketing nimmt die Aufgaben Marketing, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, interne und externe Kommunikation, Veranstaltungsorganisation, Betreuung der Internetseite sowie Einhaltung der Konzern-Corporate Design Vorgaben wahr.

Für Informationen werden alle bekannten Medien wie Presse und Internet sowie Patienteninformationstage (z.B. Patientenvorlesungen, Teilnahme an weltweiten Aktionstagen) Messen und Tage der offenen Tür genutzt.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung

Die Planung der baulichen und medizintechnischen Rahmenbedingungen richtet sich nach dem medizinischen Leistungsspektrum und -umfang sowie den im Wirtschaftsplan festgelegten wirtschaftlichen finanziellen Rahmen.

In der Zielplanung wird die individuelle Situation des Hauses (u.a. Leistungsportfolio sowie Entwicklungen im Einzugsgebiet) berücksichtigt sowie aktuelle Entwicklungen der Gesundheitspolitik einbezogen.

5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement

Die Zielsetzungen unseres umfassenden Risikomanagements umfassen abteilungs- und berufsgruppenübergreifende Instrumente

- Das Konzept zum Einsatz eines klinischen Risikomanagements (z.B. CIRS, Risikoaudits, Qualitätsbeobachtung, Schadensfallanalyse)
- Die Verantwortlichkeit und Maßnahmen des finanziellen Risikomanagements (z.B. Liquiditätsplan, Frühwarnsysteme)
- Die abteilungs- und berufsgruppenübergreifende Nutzung der Instrumente

Das betriebswirtschaftliche und klinische Risikomanagement werden ständig weiterentwickelt.

5.2.3 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Das Sana Hanse-Klinikum Wismar identifiziert sich stark mit dem lokalen und regionalen Umfeld und versteht sich als Teil desselbigen. Der Aufbau und die Pflege von Partnerschaften im Rahmen der Ausübung gesellschaftlicher Verantwortung konzentrieren sich daher wesentlich auf die lokalen und regionalen Strukturen.

Unser soziales Engagement ist breit gefächert. Es gibt Angebote für verschiedene Bevölkerungsgruppen und Interessenten.

Um die Attraktivität des Arbeitsplatzes messbar zu machen, wurde 2014 die Befragung Great Place to Work(r) durchgeführt.

Alle gesetzlichen Vorgaben bezüglich der Organspende werden umgesetzt, ein Transplantationsbeauftragter ist benannt.

5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

Die systematische Information der Krankenhausgeschäftsleitung ist durch ein internes Berichtswesen, regelmäßige Jour-Fixe, Jahresberichte und verschiedene Kommissionen sichergestellt. In der Besprechungsmatrix und den jeweiligen Geschäftsordnungen sind die Strukturen von Besprechungen sowie deren Protokollierung, der Informationsaustausch, die Regelmäßigkeit der Arbeitstreffen zwischen den einzelnen Abteilungen sowie Personen und Verantwortlichkeiten geregelt.

Für beauftragte Projekte wird ein Projektleiter benannt. Dieser ist gegenüber der Geschäftsführung / Qualitätskommission berichtspflichtig. Für die Durchführung von Projekten wurden Mitarbeiter von externen Dozenten geschult.

5.3.2 Innovation und Wissensmanagement

Innovationen werden gezielt geplant und Wissen als Chance zur Weiterentwicklung genutzt. Motivation für Einleitung eines Veränderungsprozesses können die Lösung konkreter Probleme oder die Weiterentwicklung des Unternehmens sein.

Mitarbeiter werden angeregt, durch Fortbildungen und Visitationen, neue Ablaufstrukturen und Behandlungsmethoden kennen zu lernen.

Extern besuchte Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen werden intern ausgewertet und die Inhalte zielgruppengerecht weitergegeben. Neue Erkenntnisse werden in der Prozessoptimierung berücksichtigt (z.B. Medizinkongresse, Therapieplanungen, Verbesserung der pflegerischen Maßnahmen, Schulung zu neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen, Medizinproduktegesetz, Datenschutz).

6. Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Qualitätsmanagement hat eine lange Tradition im Sana Hanse-Klinikum Wismar. Methoden und Instrumente sind u.a. die regelmäßigen Selbstbewertungen, externe und interne Audits, die Präventions- und Risikoanalyse, Befragungen und Analysen mit Benchmark, Best Practice im Konzernverbund. Die Planung der Prozesse, die Umsetzung der Leitlinien der Fachgesellschaften und der Expertenstandards, CIRIS, spezielle Gremien und das Beauftragtenwesen unterstützen den Gesamtprozess. Die Teilnahme am Ranking innerhalb des Internetportals Qualitätskliniken.de, IQM und KISS Modulen (Krankenhaus Infektions Surveillance System) unterstützen die Kennzahlenerhebung.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung

Die Planung der Prozesse, um Kundenanforderungen zu identifizieren und umzusetzen, erfolgt in definierten Abständen über die Einweiser- und Patienten-Befragungen. Dabei werden qualitätsrelevante Daten erfasst und verglichen. Die laufende interne Qualitätsbeobachtung ist etabliert. Zu ausgewählten Themen wird eine Projektleitung benannt, diese stellt bedarfsgerecht eine Projektgruppe zusammen.

6.2.1 Patientenbefragung

Patienten-Befragungen zur Ermittlung der Bedürfnisse und zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit finden alle zwei Jahre statt. Die Befragungen werden von einem Spezialunternehmen valide durchgeführt und nach wissenschaftlichen Standards statistisch ausgewertet, der Datenschutz wird verpflichtend eingehalten.

Die interne Patientenbefragung wird kontinuierlich mit Hilfe von standardisierten klinikeigenen Meinungsbögen durchgeführt und statistisch ausgewertet. Die Patienten werden bereits bei der Aufnahme über die Möglichkeiten der Meinungsäußerung informiert. Zudem liegen auf den Stationen die Meinungsbögen aus.

Als Mitgliedsklinik des Internetportals Qualitätskliniken.de sind die Ergebnisse seit 2013 auch für die breite Öffentlichkeit einsehbar und mit anderen Kliniken vergleichbar (Qualitätsdimension 3).

6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Die Einweiser-Befragung dient zur Kommunikation mit den Haupteinweisern. Die Befragung ist ein Teil der Einweiserbindung und eröffnet den niedergelassenen Ärzten im Freitextfeld die Möglichkeit, ihre persönlichen Bemerkungen zu notieren. Dies dient dazu, die Stärken der Kliniken weiter auszubauen bzw. Verbesserungspotentiale aufzudecken und den Kontakt mit den Einweisern zu intensivieren. Die Ergebnisse dieser Befragung werden in der Qualitätskommission sowie in der Chefärzte-Dienstberatung kommuniziert. Eine Auswertung wird zudem in das Intranet eingestellt. Die Ergebnisse werden zudem in dem Portal Qualitätskliniken.de veröffentlicht (Qualitätsdimension 4).

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

In definierten Abständen werden im gesamten Sana-Verbund Mitarbeiterbefragungen durchgeführt, aktuell im Rhythmus von 2 Jahren. Aktuell findet eine erneute Mitarbeiterbefragung im Jahr 2017 statt. Alle Befragungen werden valide durchgeführt und nach wissenschaftlichen Standards statistisch durch den Anbieter ausgewertet. In den Vorgaben zu der Befragung ("Great place to work®") ist ein Anonymitätskonzept enthalten. Über das Gesamtergebnis wird allen Mitarbeitern u.a. in der Betriebsversammlung informiert. Konkrete Ableitungen werden in den einzelnen Teams diskutiert und verabschiedet.

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

Alle Mitarbeiter des Hauses sind zur Entgegennahme und Dokumentation einer Patienten- oder Angehörigenbeschwerde angewiesen. Der Hauptansprechpartner für das Patientenbeschwerdemanagement ist die Beschwerdebeauftragte, die über Telefon, Fax, E-Mail erreichbar ist. Die hierfür speziell eingerichtete Telefonnummer und E-Mail-Adresse wird allen Patienten auf dem Meinungsfragebogen und auf der Homepage zur Kenntnis gebracht. Die Ergebnisse des Beschwerdemanagements werden an die Geschäftsführung kommuniziert, Maßnahmen zur Erhöhung der Patientenzufriedenheit werden beschlossen.

6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren

Die Daten der externen Qualitätssicherung werden kontinuierlich mit der gebotenen Sorgfalt vollständig so erhoben, dass eine valide Grundlage der Ergebnisse sichergestellt ist. Die Dokumentation der Daten für die externe Qualitätssicherung erfolgt sowohl prä-, intra- als auch postoperativ. Die Daten werden in den entsprechenden Dokumentationsbogen im Krankenhausinformationssystem übernommen. Extern wird ein Teil der Daten über den gesetzlichen Qualitätsbericht veröffentlicht. Zusätzlich werden erhobene Indikatoren auf den Internetportalen Qualitätskliniken.de und IQM veröffentlicht und mit anderen Einrichtungen abgeglichen. Intern werden die Daten für alle Mitarbeiter zugänglich in das Intranet gestellt.