



HDZ NRW

UKRUB UNIVERSITÄTSKLINIKUM DER
RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Herz- und Diabeteszentrum NRW
Institutionskennzeichen:	260570603
Anschrift:	Georgstraße 11 32545 Bad Oeynhausen
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2017-0012 KH
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche
Gültig vom:	21.04.2017
 bis:	20.04.2020
Zertifiziert seit:	22.04.2008

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	6
1. Patientenorientierung	6
2. Mitarbeiterorientierung	9
3. Sicherheit - Risikomanagement	10
4. Informations- und Kommunikationswesen	13
5. Unternehmensführung	15
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) 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 **Herz- und Diabeteszentrum NRW** 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

Vorwort der Einrichtung

Das Herz- und Diabeteszentrum NRW in Bad Oeynhausen, Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum, ist eine international führende Einrichtung zur Behandlung von Herz-, Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen.

Vier Kliniken (Klinik für Thorax- und Kardiovaskularchirurgie, Klinik für Kardiologie, Kinderherzzentrum/Zentrum für angeborene Herzfehler, Diabeteszentrum) mit drei Universitäts-Instituten, angeschlossenen Forschungslaboren sowie weiteren zahlreichen Dienstleistungsgruppen ergänzen sich zu einem Gesundheitszentrum mit interdisziplinären Versorgungsstrukturen, engagierten Forschungsprojekten und erfolgreichen Kooperationen auf nationaler und internationaler Ebene.

Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge werden im Herz- und Diabeteszentrum NRW auf der Grundlage neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse mit modernsten medizinischen Verfahren und exzellentem fachlichen Wissen und Können unter einem Dach vereint. Für betroffene Patienten bedeutet das ein hohes Maß an Sicherheit durch Routine und Erfahrung.

Medizinische Spitzenversorgung, technisches Knowhow, hohe wissenschaftliche Kompetenz und Patientenorientierung sichern den Behandlungserfolg und den Standort des Zentrums als hochmodernes Spezialklinikum getreu unserer Vision: „Medizinische Kompetenz und menschliche Nähe“.

Die KTQ-Kategorien

1. Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das Herz- und Diabeteszentrum NRW (HDZ NRW) Bad Oeynhausen ist jederzeit für seine Patienten erreichbar und nimmt rund um die Uhr Notfallpatienten auf. Informationen über den geplanten Krankenhausaufenthalt, eine Wegbeschreibung und eine Liste der mitzubringenden Utensilien erhalten die Patienten im Rahmen der Terminvergabe. Zusätzliche Informationen über die Klinik sind über die Homepage abrufbar. Das Krankenhaus ist sowohl mit dem Auto als auch mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar, ein Wegeleitsystem erleichtert innerhalb der Einrichtung die Orientierung.

1.1.2 Leitlinien und Standards

Diagnose und Therapie im HDZ NRW erfolgen auf der Grundlage wissenschaftlich fundierter Behandlungsleitlinien und Pflegestandards. Die offiziellen Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften werden hierbei durch hausintern erstellte Leitlinien ergänzt. Ferner halten wir eine umfangreiche medizinische Bibliothek und Zugang zu medizinischen Datenbanken vor, so dass der Zugriff auf den aktuellen Stand der Wissenschaft stets gewährleistet ist. Sämtliche Leitlinien werden regelmäßig aktualisiert, im Intranet veröffentlicht und den behandelnden Mitarbeitern vermittelt.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Die individuellen Krankengeschichten und Wünsche unserer Patienten werden während des gesamten Behandlungsprozesses berücksichtigt. Die Aufklärung erfolgt nach Patientenrechtegesetz im gemeinsamen Gespräch anhand standardisierter Bögen, die in verschiedenen Sprachen vorliegen. Ein Dolmetschendienst ist eingerichtet. Unseren Patienten steht umfangreiches Informationsmaterial zu vielen Krankheitsbildern und Angeboten (z.B. Informationsfilme zu Operationsverfahren) zur Verfügung. Umfassende Patientenschulungen durch spezifisch qualifiziertes Personal werden angeboten. Im HDZ NRW finden regelmäßig Arzt- Patienten- Seminare, Gesundheitstage und Führungen für Besuchergruppen statt.

1.1.4 Ernährung und Service

Unser Ziel ist es, unseren Patienten den Aufenthalt so angenehm wie möglich zu gestalten, indem wir die Räumlichkeiten und angebotene Speisen auf die Bedürfnisse unserer Patienten abstimmen. Wir bieten Aufenthalts- und Ruhezone ebenso an wie Spielbereiche für Kinder, einen Friseur, einen Andachtsraum und ein Café. Auf ausgewogene und schmackhafte Mahlzeiten wird großen Wert gelegt. Hierzu können die Patienten täglich aus verschiedenen frisch zubereiteten Menüs auswählen. Gern beachten wir religiöse Vorschriften oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten und erfüllen auch Wünsche nach kulturellen Spezialitäten. Qualifizierte Diätassistentinnen erheben täglich die Menüwünsche der Patienten (würde ich hinzufügen).

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Durch seinen speziellen Versorgungsauftrag ist das HDZ NRW nicht in das allgemeine örtliche Rettungswesen eingebunden. Aufgrund der großen Kapazität an Intensivbetten, herzchirurgischen Operationssälen und Katheterlaboren werden Notfallpatienten mit kardialen oder Stoffwechselproblemen jederzeit durch qualifizierte ärztliche und pflegerische Fachkräfte aufgenommen und behandelt. Unsere Zuweiser stellen telemedizinisch bereits vor Eintreffen des Patienten Befunde und Bildmaterial zur Verfügung.

1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung

Das HDZ NRW hält zur ambulanten Patientenbehandlung eine Reihe von Spezialambulanzen vor. Hierzu zählen u.a. die kardiologische, die Herzinsuffizienz- sowie die kinder-kardiologische Ambulanz. Die Arbeit in den Ambulanzen erfolgt leitliniengesteuert, für wichtige Krankheitsbilder sind Behandlungspfade erstellt. Zum Wohl unserer Patienten arbeiten die unterschiedlichen Fachrichtungen im HDZ NRW interdisziplinär zusammen. Niedergelassene Kollegen werden durch einen Ambulanzbericht über die Behandlung ihrer Patienten informiert. Durch telemedizinische Dienste unterstützt das Institut für angewandte Telemedizin die ambulante Versorgung unserer Patienten.

1.3.2 Ambulante Operationen

Am HDZ NRW finden keine ambulanten Operationen statt.

1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung

Die stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung erfolgen gemäß den aktuellen Behandlungsstandards, Leitlinien und dem Patientenrechtegesetz. Der Facharztstandard ist dabei stets garantiert. Sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Aufnahmegespräch werden die Bedürfnisse des Patienten besprochen, dokumentiert und berücksichtigt. Sorgeberechtigte, Angehörige oder Betreuer werden, sofern notwendig oder gewünscht, in die Behandlungsplanung einbezogen. Ein berufsgruppenübergreifender Austausch erfolgt bei Visiten und auf interdisziplinären Konferenzen. Kooperationen bestehen sowohl mit niedergelassenen Ärzten als auch mit anderen Kliniken.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Basis der therapeutischen Prozesse sind die Behandlungspfade und Diagnostik- bzw. Therapieempfehlungen, die nach den nationalen und internationalen Leitlinien der Fachgesellschaften erstellt wurden. Auf diese Weise stellen wir sicher, dass unsere Patienten nach aktuellem Stand der Wissenschaft eine hochwertige und wirkungsvolle Behandlung erhalten. Durch das Führen einer interdisziplinären elektronischen Patientenakte ist gewährleistet, dass alle den Behandlungsverlauf betreffenden Informationen berufsgruppenübergreifend zur Verfügung stehen und die Patientenversorgung entsprechend abgestimmt ist.

1.4.3 Operative Prozesse

Die Planung der OP-Organisation und -Koordination ist im HDZ NRW anhand eines Statuts geregelt. Das OP-Koordinationsteam überwacht den gesamten OP-Ablauf und sorgt somit für die entsprechende Effizienz des Prozesses. In täglichen interdisziplinären und multiprofessionellen Besprechungen erfolgt die Abstimmung der beteiligten Fachgebiete und Berufsgruppen. Operationen erfolgen gemäß den gültigen Leitlinien, und der Facharztstandard ist jederzeit sichergestellt. Die Vorgehensweisen zur Erfüllung der Be-

dürfnisse spezieller Patientengruppen, wie z.B. Zeugen Jehovas, sind festgelegt. Zur Gewährleistung der sicheren operativen Versorgung setzen wir die durch das Aktionsbündnis für Patientensicherheit empfohlenen Maßnahmen konsequent um.

1.4.4 Visite

In den regelmäßig stattfindenden, (die Visiten sind nicht immer interdisziplinär sondern wenn dann berufsgruppenübergreifend) Visiten werden der Gesundheitszustand des Patienten und der Verlauf der Behandlung erhoben, um die Patientenversorgung zu überprüfen und dem Patienten einen strukturierten Kontakt zu bieten. Jeder Patient wird mindestens einmal werktäglich visitiert. Dabei legen wir großen Wert auf die Intimsphäre des Patienten, einen einfühlsamen Umgang und eine patientenorientierte Kommunikation. Während der Visite liegen alle Befunde des Patienten über die elektronische Akte vor.

1.5.1 Entlassungsprozess

Unser Ziel ist es, die Entlassung so patientenorientiert und effizient wie möglich zu gestalten. Um eine optimale Weiterbetreuung nach der Entlassung und damit den langfristigen Behandlungserfolg sicherzustellen, wird der Weiterbetreuungsbedarf kontinuierlich erfasst. Die notwendigen Schritte werden rechtzeitig eingeleitet. Vor der geplanten Entlassung wird der Termin in Absprache mit dem Patienten im Rahmen der Visite frühzeitig festgelegt. Der Sozialdienst wird für die Organisation und Koordination der Weiterbetreuung hinzugezogen und kümmert sich auch um die Bereitstellung benötigter Heil- und Hilfsmittel. In einem ärztlichen und pflegerischen Entlassungsgespräch erhalten unsere Patienten umfassende mündliche und schriftliche Informationen über die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung

Sterbende Patienten und ihre Angehörigen erfahren in unserem Hause eine aufmerksame, würdige Begleitung. Dabei berücksichtigen wir persönliche, kulturelle und religiöse Wünsche des Patienten und seiner Angehörigen. Wir halten einen Andachtsraum und einen muslimischen Gebetsraum zur Durchführung religiöser Zeremonien vor. Evangelische und katholische Seelsorger, ein Imam, Psychologen sowie speziell ausgebildete Ethikberater können jederzeit hinzugezogen werden. Sterbende Patienten werden in Einzelzimmer verlegt, so dass Angehörige den Patienten in ungestörter Atmosphäre begleiten können. Palliativmediziner und Fachkräfte für Palliativpflege werden in die Behandlung eingebunden.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Verstorbene werden im HDZ NRW einfühlsam versorgt und den Angehörigen eine würdevolle Abschiednahme ermöglicht. Dafür steht ein Abschiedsraum zur Verfügung, in dem auf Wunsch auch rituelle Waschungen durchgeführt werden können. Ferner besteht für Angehörige jederzeit die Möglichkeit, sich in den Andachtsraum zurückzuziehen. Seelsorger und psychologisches Fachpersonal unterstützen die Trauerbegleitung. Zusätzlich erhalten die Angehörigen von Verstorbenen die Einladung zu einem Gespräch mit einem der behandelnden Ärzte.

2. Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Personalbedarf

Unser Ziel ist es, durch eine systematische Planung des Personalbedarfs jederzeit eine fachlich kompetente Patientenversorgung sicherzustellen. Die Personalbedarfsplanung ist Bestandteil des Wirtschaftsplanes und wird auf Basis verschiedener Leistungsparameter durchgeführt. Um kurzfristige Personalengpässe auszugleichen, ist im Pflegedienst ein Springerpool etabliert. Den Mitarbeitern im Springerpool werden auf ihre derzeitigen Bedürfnisse abgestimmte Arbeitszeiten angeboten. Aufgrund der besonderen Anforderungen an eine Fachklinik werden im Pflegedienst ausschließlich dreijährig ausgebildete Pflegefachkräfte eingesetzt. In den Bereichen wird eine Facharztquote von mindestens 50 Prozent vorgehalten.

2.1.2 Personalentwicklung

Unsere Personalentwicklung basiert auf den Säulen Berufsausbildung, Qualifizierung und gezielte Fach- bzw. Führungskräfteentwicklung. In jährlichen Mitarbeitergesprächen wird der Qualifizierungsbedarf der Mitarbeiter zwischen ihm und seinem Vorgesetzten abgestimmt, die weitere Karriereplanung vorgenommen und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie thematisiert. Dabei werden auch individuelle Fort- und Weiterbildungswünsche des Mitarbeiters erfasst und in Abhängigkeit der betrieblichen Ziele berücksichtigt.

2.1.3 Einarbeitung

Neue Mitarbeiter werden im HDZ NRW systematisch mit ihrem neuen Aufgabengebiet und auch dem neuen Arbeitsumfeld vertraut gemacht. Um ein selbstständiges Arbeiten zu ermöglichen und die Integration der neuen Mitarbeiter zu fördern, regelt ein Einarbeitungskonzept die Vermittlung aller allgemeinen und abteilungs- bzw. berufsspezifischen Informationen. Neue Mitarbeiter erhalten während der Anfangsphase Unterstützung durch einen erfahrenen Mentor oder Praxisanleiter. In mehreren Gesprächen, die während der Probezeit geführt werden, wird die Einarbeitung reflektiert und ggf. individuell angepasst.

2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Ziel unserer Berufsausbildungsmaßnahmen ist es, den Berufsnachwuchs für eine Tätigkeit im HDZ NRW zu qualifizieren. Hierzu beteiligt sich das HDZ NRW aktiv an der Mediziner Ausbildung am Campus OWL. Die Ausbildung im Pflegedienst erfolgt in Kooperation mit der Ausbildungsstätte des Lukas Krankenhaus Bünde. Außerdem bildet das HDZ NRW Köche, Kaufleute für Büromanagement, Elektroniker für Betriebstechnik sowie in den Bereichen Hauswirtschaft und IT aus. In den ausbildungsrelevanten Einsatzbereichen sind Praxisanleiter zur Unterstützung der Auszubildenden tätig. Externe Fort- und Weiterbildungen werden im Rahmen der Mitarbeiterjahresgespräche geplant und durch den Arbeitgeber umfangreich unterstützt. Das krankenhausinterne Jahresprogramm bietet den Mitarbeitern zusätzlich zahlreiche Fortbildungsveranstaltungen, die auch berufsgruppenübergreifend ausgerichtet sind. Die fachärztliche Weiterbildung erfolgt gemäß den Vorgaben der Ärztekammer. Durch die hausinterne Bibliothek und verschiedene Online-Datenbanken ist der Zugriff auf die aktuelle Fachliteratur für jeden Mitarbeiter jederzeit sichergestellt.

2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance

Die im Haus gelebten Arbeitszeitregelungen basieren auf dem Arbeitszeitgesetz und den tariflichen Bestimmungen. Es finden unterschiedliche Arbeitszeitmodelle Anwendung, um nach Möglichkeit auf die persönlichen Bedürfnisse der Mitarbeiter einzugehen und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu fördern. Hierzu zählen z.B. Teilzeitregelungen und Altersteilzeit. Mitarbeiterwünsche fließen in die Dienstplanung ein. Im Verwaltungsbereich wird ein Gleitzeitmodell praktiziert. Im Rahmen des Gesundheitsmanagements hat das HDZ NRW ein Fitness-Studio für seine Mitarbeiter eingerichtet, verschiedene Betriebs-sportgruppen sind etabliert. Des Weiteren werden z.B. Kochkurse, kostenlose Ernährungsberatungen sowie jährlich eine Gesundheitswoche mit unterschiedlichen Schwerpunkten angeboten.

2.1.6 Ideenmanagement

Mitarbeiter haben über das Vorschlagswesen sowie in der Projektarbeit die Möglichkeit, Arbeitsprozesse mitzugestalten und zu verbessern. Auf diese Weise werden die Mitarbeit und die Zusammenarbeit gefördert. Ebenso ist es das Ziel, Fehler und Unfälle zu vermeiden. Zur Umsetzung und Prämierung relevanter Verbesserungsvorschläge ist ein strukturierter Verfahrensablauf etabliert. Prämierte Vorschläge werden in der folgenden Betriebsversammlung vorgestellt. Neue Mitarbeiter werden bereits im Rahmen ihrer Einstellung mit dem Vorschlagswesen vertraut gemacht.

3. Sicherheit - Risikomanagement

3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements

Zielsetzungen des klinischen Risikomanagements in unserem Hause sind, Risiken systematisch prospektiv zu erfassen, zu bewerten und als Ausgangspunkt für Verbesserungsmaßnahmen zu nutzen. Durch kontinuierliche Beobachtung der Kennzahlen und der Abläufe im Haus ist eine frühzeitige Erkennung von zu installierenden Risikobewältigungsmaßnahmen sichergestellt. Hierzu werden Risikoaudits durchgeführt. Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen sowie ein Beschwerdemanagement sind implementiert. Im HDZ NRW ist ein System zur Meldung von Beinahezwischenfällen im Einsatz, welches gesetzeskonform mit einem krankenhausübergreifenden Meldesystem verknüpft ist.

3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung

Alle Patienten werden im HDZ bestmöglich vor von ihnen selbst oder von anderen ausgehenden Risiken geschützt. Dafür werden mögliche Risiken oder Komplikationen identifiziert und prophylaktische Maßnahmen abgeleitet. Die Empfehlungen des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit, z.B. zur Vermeidung von Patienten- und Eingriffsverwechslungen sind, umgesetzt. Ein besonderes Augenmerk liegt auf der Vermeidung von Gefahrensituationen bei gefährdeten Patientengruppen, wie Kinder oder örtlich nicht orientierte Personen. Dies wird bereits durch die Ausstattung unserer Einrichtung mit Kindersicherungen in den Steckdosen und den Einsatz schwer entflammbarer Materialien unterstützt. Auch das Vorgehen bei Kriseninterventionen ist klar geregelt.

3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement

Im HDZ NRW sind umfassende Regelungen zu Hilfsmaßnahmen in Notfallsituationen etabliert. Das Vorgehen bei medizinischen Notfällen ist allen Mitarbeitern bekannt, so dass zu jedem Zeitpunkt schnell und qualifiziert reagiert werden kann. In den Bereichen stehen standardisierte Notfallausrüstungen bereit. Reanimationsteams sind auf den Intensivstationen etabliert. Diese übernehmen auch die Notfallversorgung auf den übrigen Stationen. Schulungen zum Notfallmanagement sind verpflichtend und beinhalten zudem praktische Reanimationsübungen.

3.1.4 Organisation der Hygiene

Um die gesetzlichen Vorgaben und die Empfehlungen anerkannter Institute (z.B. Robert-Koch-Institut) in Hygienebelangen umzusetzen, sind eine Krankenhaushygienikerin, eine Biologin, vier Hygienefachkräfte und in jeder Klinik und jedem Institut hygienebeauftragte Ärzte benannt und eine Hygienekommission eingerichtet. Zahlreiche Hygieneanweisungen für bestimmte Situationen sowie Hygieneschulungen sorgen für einen angemessenen Kenntnisstand bei den Mitarbeitern. Die Einhaltung der Hygienerichtlinien in unserem Hause wird streng überprüft, um zu keinem Zeitpunkt eine Gefährdung der Patienten und Mitarbeiter zuzulassen. Das HDZ NRW ist bereits zum zweiten Mal mit dem MRE-Qualitätssiegel ausgezeichnet worden.

3.1.5 Hygienerrelevante Daten, Infektionsmanagement

Hygienerrelevante Daten, wie beispielsweise Infektionserkrankungen, werden kontinuierlich erfasst. Um Infektionen vorzubeugen, bzw. diese frühzeitig zu erkennen, befinden sich umfangreiche Screening-Untersuchungen und Schnelltests im Einsatz. Die Statistiken werden ausgewertet, um frühzeitig etwaige Häufungen an Infektionskrankheiten festzustellen und so die Ursachen erforschen und beheben zu können. Dabei dienen verschiedene Kennzahlen dazu, die Ergebnisqualität der hygienesichernden Maßnahmen zu kontrollieren. Bei Auffälligkeiten wird die Hygienekommission hinzugezogen. Ferner tragen verpflichtende Schulungen für die Mitarbeiter sowie protokollierte Hygienebegehungen dazu bei eine optimale Hygienesituation in unserem Krankenhaus sicherzustellen. Ein interdisziplinäres Team zur effizienten Anwendung von Antibiotika ist etabliert.

3.1.6 Arzneimittel

Durch unsere zertifizierte Zentralapotheke ist eine kontinuierliche Arzneimittelversorgung aller Bereiche rund um die Uhr gewährleistet. Hierzu ist ein umfangreiches Handbuch erstellt worden, das alle relevanten Prozessbeschreibungen zum Bestellwesen, zur Lagerung, aber auch zur Herstellung und Prüfung von Arzneimitteln, enthält. Eine Arzneimittelkommission ist eingerichtet. In jährlich stattfindenden internen Audits werden alle Prozesse der Arzneimittelbereitstellung einer Prüfung unterzogen und gegebenenfalls Verbesserungs- und Veränderungsmaßnahmen eingeleitet.

3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin

Als einleitenden Satz würde ich das Institut Labormedizin mit der sehr modernen Ausstattung erwähnen. Um einen sicheren Umgang mit Blut, Blutkomponenten und Plasmaderivaten zu gewährleisten, nutzen wir ein umfassendes Qualitätssicherungshandbuch, das alle relevanten Regelungen beschreibt. Der Einsatz von Blut und Blutprodukten wird genauestens dokumentiert und überwacht, um den Einsatz zu jedem Zeitpunkt nachvollziehbar zu machen. Für Mitarbeiter finden regelmäßig Vorträge und Weiterbildungen zu transfusionsmedizinischen Themen statt. In internen Audits auf den Stationen wird die Gabe von Blutprodukten kontrolliert. Es wird ein eigener universitärer Blutspendedienst betrieben. Ein Patientenblutmanagement ist eingerichtet und sorgt für einen möglichst geringen Blutbedarf bei analytischen Anforderungen.

3.1.8 Medizinprodukte

Im HDZ NRW werden Medizinprodukte gemäß den gesetzlichen Vorschriften und Verordnungen der Betreiber angewendet. (Das einheitliche Gerätemanagement und die moderne Ausstattung wäre hier erwähnenswert. Eine Dienstanweisung regelt alle Verantwortlichkeiten, Aufgaben und Vorgehensweisen im Umgang mit Medizinprodukten für unsere Mitarbeiter. Medizinproduktebeauftragte, die die Einweisungen in die Geräte übernehmen, sind benannt. Alle Medizingeräte sind durch die Medizintechnik mit ihrem Einsatzort, notwendigen Prüf- und Wartungsterminen mittels eines Gerätemanagementprogramms erfasst und dokumentiert. Eine Terminverfolgung bzw. Abfrage über die fälligen Prüftermine wird durch die Medizintechnik je nach Geräteklassifikation erstellt und abgearbeitet.

3.2.1 Arbeitsschutz

Um die Vorgaben für die Arbeitssicherheit umfassend zu erfüllen, sind am HDZ NRW drei Betriebsärzte, zwei Fachkräfte für Arbeitssicherheit sowie Strahlenschutzbeauftragte in allen Kliniken und Instituten benannt. Ein Arbeitsschutzausschuss ist eingerichtet und tagt vierteljährlich sowie nach Bedarf. Die vorgeschriebenen Vorkehrungen zur Vermeidung von Unfällen sind getroffen, die Dokumentation und Meldung von Berufsunfällen sind detailliert geregelt. Zur Überprüfung der Arbeitssicherheitsvorschriften finden regelmäßig Betriebsbegehungen, Gefährdungsbeurteilungen und Unterweisungen der Mitarbeiter statt.

3.2.2 Brandschutz

Die Brandschutzordnung enthält die Regelungen zur Brandverhütung/ Brandbekämpfung sowie Beschreibungen der Melde- und Alarmierungswege. Diese sind den Mitarbeitern bekannt und werden durch theoretische und praktische Brandschutzunterweisungen aufgefrischt. Flucht- und Rettungswegpläne hängen flächendeckend in allen Bereichen aus und informieren Patienten und Besucher über den kürzesten Fluchtweg. Die Überprüfung der Brandmeldeanlage und der Löscheinrichtungen erfolgt durch eine externe Firma. Die Einhaltung der Brandschutzvorschriften wird in regelmäßigen Begehungen kontrolliert. Gemeinsam mit der Feuerwehr Bad Oeynhausen werden Räumungsübungen durchgeführt.

3.2.3 Datenschutz

Um die gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz umfassend zu erfüllen und den unberechtigten Zugriff auf patienten- und mitarbeiterbezogene Daten zu verhindern, wurde in unserem Hause ein Datenschutzhandbuch erarbeitet. Ein Datenschutzbeauftragter ist für die ordnungsgemäße Umsetzung der Vorgaben zuständig. Im Rahmen von Begehungen überprüft er die Einhaltung der Datenschutz-Regelungen. Unterstützt wird dieser vom Datenschutzkoordinator. Im EDV-System erhält jeder Nutzer personalisierte Zugriffsberechtigungen, mit denen nur auf die für ihn relevanten Daten zugegriffen werden kann. Sensible Daten werden sicher verschlüsselt übertragen. Regelmäßige Schulungen zum Datenschutz sorgen für den nötigen Kenntnisstand der Mitarbeiter.

3.2.4 Umweltschutz

Die Einrichtung betreibt aktiven Umweltschutz über die gesetzlichen Vorschriften hinaus und hat zu diesem Zwecke Unternehmensleitlinien zur betrieblichen Umweltpolitik erarbeitet, die über das Intranet für alle Mitarbeiter einzusehen sind. Bei der Beschaffung neuer Produkte wird unter anderem die ökologische Unbedenklichkeit berücksichtigt. Die Umsetzung von Umweltzielen und -programmen ist Bestandteil des laufenden Umweltschutzprojektes Ökoprofit. So ist unser Haus als Ökoprofit-Betrieb Minden-Lübbecke ausgezeichnet und nimmt seitdem an regelmäßigen Rezertifizierungen teil. Für unseren Neubau hat das HDZ NRW die Goldmedaille der Deutschen Gesellschaft für nachhaltiges Bauen erhalten.

3.2.4 Katastrophenschutz

Die Klink ist nicht in den Katastrophenschutz des Landes eingebunden.

3.2.6 Ausfall von Systemen

Im Krankenhausalarmplan sind Handlungsanweisungen zum Umgang mit Systemausfällen festgelegt. Um solchen nichtmedizinischen Notfallsituationen vorzubeugen, existieren zudem Checklisten zur Gefährdungsbeurteilung mit entsprechenden abzuleitenden Maßnahmen (z.B. für Strom, Trinkwasser, EDV). Technische Anlagen werden über die zentrale Gebäudeleittechnik überwacht. Die Alarmierungskette erfolgt anhand eines definierten Vorgehens. Ein Sicherheitsdienst führt nachts eine Kontrolle der Zugänge und der technischen Anlagen durch. Alle Mitarbeiter werden zum Umgang mit Systemausfällen geschult.

4. Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Im HDZ NRW steht den Mitarbeitern rund um die Uhr ein umfassendes EDV-System zur reibungslosen Information, Dokumentation und Kommunikation zur Verfügung. Definierte Zugriffsrechte bilden die Grundlage dafür, dass der Datenschutz zu jedem Zeitpunkt gewahrt ist. Die Mitarbeiter können nur auf die von ihnen benötigten Daten entsprechend ihrer Funktion im Krankenhaus zugreifen. Die Nutzung einer elektronischen Patientenakte steht seit Einführung des Krankenhausinformationssystems zur Verfügung und wird kontinuierlich ausgebaut. Die ständige Datensicherung und -verfügbarkeit wird über Firewalls, einen mehrstufigen Virenschutz sowie redundante und zertifizierte Serverräume sichergestellt.

4.2.1 Klinische Dokumentation

Für die Dokumentation von Patientendaten sind in unserem Hause einheitliche Regelungen etabliert. Als zentrale Dokumentationsinstrumente für alle am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen dienen hierbei auf allen Stationen das Krankenhausinformationssystem sowie die papiergestützte Patientenakte. Die Nutzung der elektronischen Patientenakte wird beständig ausgebaut. Dokumentationsüberprüfungen unterstützen eine einheitliche und nachvollziehbare Dokumentation. Die gesetzlichen Vorgaben zur Aktenführung und auch zur Archivierung, welche durch einen externen Dienstleister unterstützt werden, werden umfassend erfüllt.

4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

Die an der Behandlung eines Patienten beteiligten Mitarbeiter haben rund um die Uhr Zugriff auf die benötigten Patientendaten. Die elektronische Dokumentation kann jederzeit über das Krankenhausinformationssystem eingesehen werden, sofern die entsprechende Berechtigung vorliegt. Die papierbasierten Patientenakten sind ebenfalls auf der jeweiligen Station verfügbar. Auch ein Zugriff auf ältere Akten ist anhand der hybriden Archivierung (Papier und EDV) über das Zentralarchiv stets gesetzeskonform sichergestellt. Vor der Archivierung werden die Akten auf Vollständigkeit überprüft.

4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Die Krankenhausleitung wird über die Geschehnisse im HDZ NRW umfassend informiert. So ist für die Bereitstellung aller für die Steuerung notwendigen externen Informationen die Stabsstelle für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit eingerichtet. Informationen über interne Vorgänge erhält die Krankenhausleitung u. a. über das strukturierte Besprechungswesen, monatliche Führungs- und Abteilungsleiterrunden und Controllingberichte. Mitarbeiter haben während der Sprechstunden oder der quartalsweisen Betriebsversammlungen die Möglichkeit, sich mit der Klinikleitung auszutauschen.

4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Als zentrale Einheiten der Informations- und Kommunikationsstruktur sind innerhalb unseres Hauses der Empfang, die Telefonzentrale und die Stabsstellen für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit sowie Qualitätsmanagement eingerichtet. Über sie werden die relevanten Informationen hausintern in die Abteilungen kommuniziert. Zusätzlich werden weitere Informationskanäle wie das Regelbesprechungswesen, Betriebsversammlungen und das Intranet genutzt. Zentrale Anlaufstelle im HDZ NRW ist für Patienten, Angehörige und Besucher der Empfang, wo diese informiert, weitervermittelt und bei der Orientierung unterstützt werden. Außerhalb der Öffnungszeiten gibt die Telefonzentrale, die rund um die Uhr erreichbar ist, Auskunft. Hier werden auch externe Anrufer zum gewünschten Gesprächspartner weitergeleitet, Rufdienste und Fremdfirmen einbestellt sowie Notfallalarmierungen ausgelöst.

5. Unternehmensführung

5.1.1 Philosophie/Leitbild

Das Leitbild des HDZ NRW spiegelt die Philosophie und Vision des Hauses gegenüber unseren Patienten und Mitarbeitern und auch nach außen wider. Das Leitbild wurde unter Einbeziehung von Mitarbeitern aller Berufsgruppen und Hierarchiestufen erarbeitet. Es ist auf der Homepage veröffentlicht und informiert über die relevanten Perspektiven, die das Krankenhaus vertritt. Aus dem Leitbild werden die Unternehmensziele, die Unternehmensstrategie und Führungsgrundsätze abgeleitet. Alle neuen Mitarbeiter erhalten das Leitbild schriftlich, um die Kenntnis und die Umsetzung unserer Werte und Normen im Klinikalltag sicherzustellen.

5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Alle Führungskräfte des HDZ NRW verpflichten sich zu einer verantwortungsbewussten und nachhaltigen Führung. Damit sie dies umsetzen können, werden die Führungskräfte in verschiedenen Schlüsselqualifikationen geschult. Durch vielfältige vertrauensbildende Maßnahmen fördern wir die Zufriedenheit unserer Mitarbeiter und schaffen die Basis für ein verlässliches Miteinander. Dazu zählen eine gezielte Personalentwicklung und Karriereplanung. Die Beteiligung in Projektgruppen, Betriebssport, Gesundheitsmaßnahmen für Mitarbeiter und Betriebsfeste dienen dazu, sowohl die Akzeptanz als auch das Zusammengehörigkeitsgefühl zu steigern. Unserer Fürsorgepflicht kommen wir u.a. durch das Angebot interner Mediation, Gesundheitsvorsorge, zahlreiche Betriebssportangebote sowie Freizeit- und kultureller Aktivitäten für Mitarbeiter nach.

5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Um ethische Fragestellungen in angemessenem Umfang zu berücksichtigen, wurde für unser Haus eine Ethiksatzung erarbeitet und ein klinisches Ethikkomitee eingerichtet. Es beschäftigt sich mit ethisch relevanten Fragestellungen, beispielsweise mit der Berücksichtigung von Patientenwünschen während der Behandlung. Die wissenschaftliche Ethikkommission beurteilt Forschungsprojekte anhand ethischer und rechtlicher Kriterien. Darüber hinaus informiert die Seelsorge in Flyern über ihr Angebot. Im HDZ NRW existieren ein Andachtsraum und ein muslimischer Gebetsraum. Verschiedene Kulturveranstaltungen, wie wechselnde Kunstausstellungen, Konzerte und Theateraufführungen werden im HDZ NRW ausgerichtet. Unser Haus hat sich der bundesweiten Kampagne der Charta der Vielfalt angeschlossen.

5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Das HDZ NRW informiert und kommuniziert über verschiedene Wege, wie Newsletter, Flyer, Mailings, Pressemitteilungen, Facebook, YouTube-Kanal, HDZ-Zeitung, Arzt-Patienten-Seminare oder Kongresse, um die jeweiligen Zielgruppen mit den für sie relevanten Informationen zu versorgen. Die Homepage wird stets aktuell gehalten und bietet Informationen für Patienten und Besucher, Ärzte und Experten sowie Interessierte. Die grundsätzliche Zielsetzung und Ausrichtung dieser Kommunikationsmaßnahmen sind im Marketingkonzept beschrieben. Die einheitliche Außendarstellung ist in der Corporate Identity und dem Corporate Design festgelegt.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung

Unser Anliegen ist es, die langfristige Entwicklung des HDZ NRW strukturiert unter Beteiligung der Führungskräfte zu planen und für alle Mitarbeiter verständlich darzustellen. Anhand unserer Vision und Strategie wird die Weiterentwicklung des medizinischen Leistungsspektrums und der medizinischen Geschäftsfelder geplant. Die Kommunikation der strategischen Zielrichtung erfolgt im Rahmen der jährlichen Zielvereinbarungsgespräche der leitenden Mitarbeiter und in Regelbesprechungen. Aus den Zielen resultierende Projekte werden, unter Beteiligung der Mitarbeiter, initiiert und durchgeführt.

5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement

Im kaufmännischen Risikomanagement werden wirtschaftliche Risiken für das Unternehmen systematisch erfasst, bewertet und geeignete Maßnahmen ergriffen. Als Frühwarnsystem ist ein detailliertes Kennzahlensystem etabliert, welches z.B. Liquiditätskennzahlen, Belegungszahlen, Case-Mix Index und die Forde-
reichweite beinhaltet. Die Interne Revision führt Prüfungen anhand eines Jahresprüfungsplans sowie bei Bedarf auch außerplanmäßig durch. Der ordnungsgemäße Umgang mit Drittmitteln und Forschungsgeldern wird über eine Compliance-Managerin sichergestellt.

5.2.3 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Kooperationen dienen der Erweiterung unserer Kernleistungen in der Patientenversorgung. Hierzu werden die Kooperationspartner sorgfältig ausgewählt. Kooperationsverträge bestehen außerdem im Rahmen von Aus-, Fort-, und Weiterbildung. Das HDZ NRW ist Universitätsklinik der Ruhr- Universität- Bochum. Unserer gesellschaftlichen Verantwortung kommen wir z.B. durch die Übernahme von Patenschaften (Elternhaus) nach. Auf dem Gelände des HDZ NRW befindet sich eine Kindertagesstätte, in welcher die Kinder von Mitarbeitern bevorzugt untergebracht werden. Zahlreiche kulturelle und soziale Veranstaltungen wie Tage der offenen Tür, Konzerte und Ausstellungen runden das gesellschaftliche Engagement ab.

5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

Die Organisationsstruktur des Hauses ist im Organigramm eindeutig festgelegt. Für Führungskräfte und Beauftragte sind Vertretungen benannt, so dass auch bei Abwesenheit eines Ansprechpartners immer ein zuständiger Mitarbeiter definiert und verfügbar ist. Eine Besprechungsmatrix bildet die Gremienarbeit im HDZ NRW ab und erleichtert deren Koordination. Die Führungsgremien, die der Steuerung des Unternehmens dienen, tagen regelmäßig gemäß der jeweiligen Geschäftsordnung. Die Sitzungen werden protokolliert, um Ergebnisse schriftlich zu fixieren und nachzuverfolgen. Eine zeitnahe und zielgruppengerechte Information über Ergebnisse von Gremiensitzungen ist durch die Regelkommunikation sichergestellt.

5.3.2 Innovation und Wissensmanagement

Die Einführung von Innovationen ist für unser Haus als Erbringer von Hochleistungsmedizin wesentlicher Bestandteil unserer Arbeit. Daher fördern wir ein innovationsfreundliches Betriebsklima. Zusätzlich werden durch das Prämiensystem, das Bestandteil des betrieblichen Vorschlagswesens ist, Anreize gesetzt. Die Führungskräfte regen Mitarbeiter in den Jahresgesprächen zur Äußerung von Verbesserungsvor-

schlagen an. Zur Wissensvermittlung innerhalb des Hauses dient u.a. das Intranet. Über dieses Medium können sämtliche relevante Informationen abgerufen bzw. zur Verfügung gestellt werden. Auch eine umfangreiche medizinische Fachbibliothek und Datenbanken werden vorgehalten.

6. Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Um das Qualitätsmanagement in unserer Einrichtung beständig weiterzuentwickeln, ist die Stabsstelle Qualitäts- und klinisches Risikomanagement eingerichtet. Die praxisnahe Einbindung aller Bereiche wird durch die Benennung von Qualitätsbeauftragten in den Kliniken und Abteilungen sichergestellt. Die qualitätsbezogenen Regelungen sind im Qualitätsmanagement-Konzept hinterlegt. Zur Erfüllung der Aufgaben des Qualitätsmanagements werden in den Bereichen Audits genutzt, so z.B. Risikoaudits, Dokumentations- und Prozessaudits. Ein Risiko- und Beschwerdemanagementsystem sowie ein CIRS sind etabliert. Die Umsetzung abgeleiteter Verbesserungsmaßnahmen erfolgt mittels eines strukturierten Projektmanagements. Die Zielerreichung wird anhand definierter Kennzahlen überprüft.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -Optimierung

Ziel ist es, durch ein strukturiertes Prozessmanagement die Kern- und Unterstützungsprozesse unseres Hauses kontinuierlich zu verbessern. Hierzu ist eine Prozesslandkarte der wesentlichen Prozesse erstellt und Kennzahlen zur Prozessoptimierung definiert. So sind beispielsweise berufsgruppenübergreifende Projektgruppen mit dem Aufnahme- und Entlassmanagement, der Zentralisierung von Ambulanzen oder der Entwicklung neuer Arbeitszeitmodelle betraut. In jährlichen Überwachungsaudits wird der aktuelle Stand überprüft.

6.2.1 Patientenbefragung

Um die Zufriedenheit der Patienten mit dem Krankenhausaufenthalt zu erheben und die Qualität unserer Leistungen stetig zu verbessern, führt das HDZ NRW regelmäßig Patientenbefragungen durch. Diese finden sowohl kontinuierlich intern von ambulanten und stationären Patienten, als auch in zweijährigen Abständen mit einem externen Institut statt. Die Befragungsergebnisse der externen Patientenbefragung werden darüber hinaus mit denen anderer Krankenhäuser verglichen, um anhand von Vergleichswerten weitere Verbesserungspotenziale ausfindig zu machen. Die Anonymität ist jederzeit gewährleistet. Eine aussagekräftige Rücklaufquote wird erreicht.

6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Um die Zufriedenheit der Zuweiser zu erfassen, führt unser Haus mit Unterstützung eines externen Befragungsinstituts alle zwei Jahre eine Zuweiserbefragung durch. Durch die Auswertung der Ergebnisse können jene Bereiche und Themengebiete identifiziert werden, die nach Meinung der Zuweiser verbessert werden sollten. Die Validität des Verfahrens sowie die Wahrung der Anonymität und des Datenschutzes sind dabei stets sichergestellt. In persönlichen Gesprächen der Chefärzte mit den Zuweisern werden die Ergebnisse der Befragung erörtert und Vorschläge zur Optimierung entgegengenommen.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Alle zwei Jahre führen wir eine Mitarbeiterbefragung durch, die die Zufriedenheit unserer Mitarbeiter mit ihrem Arbeitsumfeld erfasst. Die Mitarbeiterbefragung erfolgt anonym, sodass keinerlei Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich sind und Mitarbeiter offen ihre Meinung äußern können. Ein externes Institut führt die Befragung durch, um neben der Anonymität auch den Datenschutz und die Validität der Daten zu gewährleisten. Der Betriebsrat ist vollständig in die einzelnen Schritte der Befragung eingebunden. Die Befragungsergebnisse werden den Mitarbeitern präsentiert und auch mit ihnen diskutiert. Zusätzlich werden unsere Mitarbeiter im Rahmen ihrer Einarbeitung, bei Austritt aus dem Unternehmen sowie themenbezogen befragt und die Rückmeldungen für die Ableitung von Maßnahmen der Personalpolitik genutzt.

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

Patienten, Angehörige und Mitarbeiter haben jederzeit die Möglichkeit, dem Krankenhaus Lob und Kritik mitzuteilen. Hierzu ist ein strukturiertes Beschwerdemanagement etabliert. Anhand von "Sagen Sie uns Ihre Meinung"-Bögen können Anregungen auch in Form von Freitexten verfasst und die Bögen in eigens dafür vorgesehene Briefkästen eingeworfen werden. Ferner steht auf der Homepage unseres Hauses ein Online-Formular zur Verfügung, über das Lob und Kritik geäußert werden können. Alle eingegangenen Rückmeldungen werden systematisch erfasst und ausgewertet. Aus den Beschwerden resultierende Verbesserungsmaßnahmen sind beispielsweise die Ablaufoptimierung in der administrativen Patientenaufnahme und Sanierungsmaßnahmen.

6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren

Das Qualitätsmanagement-Konzept enthält zentrale Regelungen zur Erhebung qualitätssichernder Daten sowie relevante Kennzahlen und Verantwortlichkeiten. Es ist ein spezielles Software-Tool installiert, das die Auswertung aller qualitätsrelevanten Daten erleichtert. Zur internen Qualitätssicherung werden umfassende Daten erhoben, so die Anzahl (ungeplanter) Wiederaufnahmen, Anzahl der Revisionseingriffe oder die Sturz- und Dekubitusrate. Die Aufbereitung der Daten erfolgt im Rahmen des monatlichen Qualitätsreportings. Die für eine externe Qualitätssicherung notwendigen Daten erhebt das HDZ NRW systematisch und stellt sie für externe Vergleiche zur Verfügung. Die Validität der Daten ist dabei stets gewährleistet. Die Aufbereitung der Daten für die interne Nutzung erfolgt in Form von wöchentlichen Besprechungen durch die Mitarbeiter des Zentrums für Informationsmanagement, sodass die Auswertungen stets für interne Verbesserungsmaßnahmen herangezogen werden können. Abweichungen von den Referenzwerten des Vorjahres werden in Reports dargestellt und für die Einleitung von Gegenmaßnahmen genutzt.