

Deutsches Rotes Kreuz

Krankenhaus Luckenwalde



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	DRK-Krankenhaus Luckenwalde
Institutionskennzeichen:	261200549
Anschrift:	Saarstraße 1 14943 Luckenwalde
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2015-0092 KH
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche
Gültig vom:	26.10.2015
bis:	25.10.2018

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die Kategorien	6
1 Patientenorientierung	7
2 Mitarbeiterorientierung	11
3 Sicherheit	13
4 Informations- und Kommunikationswesen	17
5 Führung	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,
- die Sicherheit,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Führung des Krankenhauses und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

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

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

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

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009/2. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet den strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass das **DRK-Krankenhaus Luckenwalde** 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



Für Ihre Gesundheit und schnelle Genesung...

sind wir mit über 520 Mitarbeitern in 5 Fachabteilungen, verteilt auf 9 Stationen für Sie da. Insgesamt stehen 253 Planbetten zur Verfügung. Wir stellen uns auf Ihre momentane Lebenssituation und den benötigten Hilfebedarf ein. Auch Ihre Angehörigen und Freunde sind zu Ihrer Unterstützung jederzeit in unserer Klinik herzlich willkommen.

Das DRK-Krankenhaus Luckenwalde gehört, wie auch drei weitere Einrichtungen, zur DRK gemeinnützige Krankenhausgesellschaft Thüringen Brandenburg mbH.

Moderne Medizin und umfangreiche Pflege

Das DRK-Krankenhaus Luckenwalde ist ein Krankenhaus der Regelversorgung zur Behandlung von Kassen- und Wahlleistungspatienten. In den Fachabteilungen geben wir den medizinischen Fortschritt, die technologische Entwicklung, unsere Erfahrungen und intensive Betreuung an Sie, unsere Patient/innen weiter:

- Hämatologie /Onkologie, Gastroenterologie, Diabetologie
- Geriatrie
- Kardiologie/ Angiologie
- Unfall- u. Wiederherstellungschirurgie und Traumatologie
- Allgemein- und Visceralchirurgie
- Gynäkologie und Geburtshilfe
- Urologie, Kinderurologie und Uro-Onkologie
- Anästhesie und Intensivmedizin
- Kinder- und Jugendmedizin
- Radiologie
- Labormedizin
- Physiotherapie
- Logopädie

Bitte informieren Sie sich. Wir bedanken uns im Voraus für ihr Interesse
Unsere guten Wünsche begleiten Sie.

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

1 Rahmenbedingungen der Patientenversorgung

1.1.1 Erreichbarkeit u. Aufnahmeplanung

Unser Ziel ist es, dass Patienten, Angehörige u. niedergelassene Kollegen sowie Kooperationspartner ausreichend Informationen erhalten, damit die Aufnahme reibungslos erfolgen kann.

Die Homepage, die Patientenbroschüre u. die Flyer des Krankenhauses sind so aufgebaut, dass sich interessierte Bürger, die Fachbereiche mit dem jeweiligen Behandlungsspektrum anschauen können.

Im Krankenhaus existiert ein Wegeleitsystem, welches auf dem Parkplatz beginnt. Es werden über 150 kostenlose Parkplätze zur Verfügung gestellt.

Öffentliche Verkehrsmittel halten vor dem Krankenhaus u. fahren stündlich zur Bahn.

1.1.2 Leitlinien

Die Leitlinien der Ärzte orientieren sich an der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Für ausgewählte Krankheitsbilder wurden hausinterne Leitlinien erstellt. Allgemeingültige Schmerzschemas werden nach den Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation angewendet.

In der Pflege wurden nationale Expertenstandards in die hausinternen Pflegestandards integriert.

1.1.3 Information u. Beteiligung des Patienten

Ein sorgfältiges, zeitnahes u. ärztliches Aufnahmegespräch unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Vorgaben u. der Wahrung der Intimsphäre ist Voraussetzung für eine gut geplante Behandlung.

Ärzte u. Pflege arbeiten bei der Erhebung der notwendigen Informationen eng zusammen. Dabei werden auch die Erwartungen u. Wünsche im Bezug der Pflege u. der Behandlung erfragt, ebenfalls werden bestehende Patientenverfügungen oder Betreuungsvollmachten eruiert.

1.1.4 Service, Essen u. Trinken

Auf den Stationen gibt es Aushänge mit Servicegeboten. Hausinterne Flyer liegen aus. Zeitschriften können in der Cafeteria erworben werden. Alle Patientenzimmer sind mit Telefonen u. TV ausgestattet.

Alle Kleiderschränke sind mit einem Wertfach ausgestattet. Auf Wunsch des Patienten können Wertgegenstände in der Verwaltung abgegeben werden.

Einzelzimmer oder einzelbelegte Zimmer können bei Verlassen abgeschlossen werden u. die Zimmerschlüssel werden hinterlegt. Auf eine barrierefreie Umgebung wird geachtet.

Es gibt jeweils ein Zweibettzimmer, welches mit Patienten mit Handicap oder schwerer Adipositas belegt werden können. Die Bäder sind rollstuhlgerecht. Die Fenster können per Fernbedienung vom Bett aus bedient werden.

Essenswünsche bezüglich der tierischen oder pflanzlichen Zusammenstellung können berücksichtigt werden

1.1.5 Kooperationen

Eine systematische Zusammenarbeit mit den Selbsthilfegruppen, immer unter Einbeziehung des Sozialdienstes, erfolgt.

Verträge für die Kooperationen liegen vor. Konsile werden zeitgerecht angemeldet. Interdisziplinäre Besprechungen werden regelhaft durchgeführt.

Patiententransporte werden koordiniert.

1.2 Notaufnahme

1.2.1 Erstdiagnostik u. Erstversorgung

Die Aufnahme der Patienten ist durch Fachstandards geregelt. Zur Priorisierung der Patienten ist eine Triage (Ersteinschätzung) eingeführt worden. Bei Akutübernahmen von Patienten mit dem Rettungsarzt, werden diese über die Leitstelle angemeldet u. vom Facharzt in der Rettungsstelle übernommen.

Die Angehörigen werden frühzeitig einbezogen.

1.3 Ambulante Versorgung

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Die ambulante Notversorgung ist für 24 Stunden zu gewährleisten. Die Notaufnahme ist 24 Stunden besetzt u. wird koordiniert durch Dienstpläne. Eine Verknüpfung mit der Radiologie u. dem Labor, die 24 Stunden einsatzbereit sind, erfolgt.

Der jeweilige ärztliche Fachdienst ist nach Bedarf abrufbar. In der Rettungsstelle ist der Hausdienst für die Einweisung u. Notfälle zuständig. Der Notarzt ist für Notfälle und Noteinsätze zuständig, hat dafür eine Ausbildung u. einen Rettungsschein.

1.3.2 Ambulante Operationen

Die ambulanten OP-Patienten melden sich über die ambulanten Sprechstunden an. Dort erfolgen die Voruntersuchungen u. OP-Aufklärungen.

Am OP-Tag kommen die Patienten nüchtern auf die Station. Dort werden sie für die Operation aufgenommen. Die Überwachung nach der Operation wird durch die Stationen gewährleistet.

Der Operateur macht die Abschlussuntersuchung, legt den Nachbehandlungsbedarf u. die Schmerzbehandlung fest. Jeder ambulante OP-Patient erhält einen Kurzarztbrief mit allen notwendigen Daten. Ambulante OP-Patienten werden nur in Begleitung nach Hause entlassen.

Darüber werden sie im Vorfeld aufgeklärt.

Bei sozialen Indikationen wird im Vorfeld mit der Krankenkasse gesprochen, dass aus der ambulanten Operation eine stationäre Versorgung erfolgt von mindestens einer Nacht.

1.4. Stationäre Versorgung

1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Die Planung der Abläufe u. Behandlungsplanung ist festgelegt. Der Status, die Anamnese, die Lebensumstände, die Risiken des Patienten werden dabei berücksichtigt. Die Anforderung von Diagnostik und Therapie ist geregelt. Im Bedarfsfall erfolgt eine interdisziplinäre Abstimmung. Angehörige werden in die Behandlungsplanung weitestgehend mit einbezogen. Die Terminplanung der stationären Patienten erfolgt über das Krankenhausinformationssystem.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Eine diagnosebezogene Planung u. Leitlinienkonformität der Therapie wird fachbezogen gewährleistet. Die Aufklärung der Patienten u. gegebenenfalls der Angehörigen ist gewährleistet.

1.4.3 Operative Verfahren

Die Planung der operativen Eingriffe, die dazugehörige Indikationsstellung u. die für die Eingriffe erforderlichen diagnostischen u. therapeutischen Maßnahmen, obliegen der jeweiligen operativen Abteilung. Ist die Indikation zur Operation gestellt, wird der Patient mit allen erforderlichen Unterlagen der Abteilung für Anästhesiologie u. Intensivmedizin vorgestellt.

1.4.4 Visite

Eine patientenorientierte Visite ist auf allen Stationen geregelt. Wochenendregelungen wurden getroffen. Es finden berufsgruppenübergreifende Visiten statt. Die Visitedokumentation findet in der Patientendokumentation statt. Angehörigengespräche werden dokumentiert.

Visiten finden regelmäßig mit dem ärztlichen u. pflegerischen Personal statt. Die Logopädie u. Physiotherapie werden bei Bedarf zu den Visiten gerufen; sie nehmen regelmäßig an den Fallbesprechungen der Geriatrie im Rahmen der neurologischen Komplexbehandlung teil.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Die Planung der diagnosebezogenen Indikationsstellung erfolgt im Rahmen der persönlichen Vorstellung des Patienten u. der Bewertung der bisher vorliegenden Befunde.

Dabei wird die aktuelle Krankheitssituation eingeschätzt u. therapeutische Möglichkeiten besprochen, individuelle Therapieempfehlungen unter Berücksichtigung der aktuellen Literatur gegeben. Die Koordination der Patienten findet durch die Sprechstunden u. Sekretariate statt. Eine Abstimmung mit den Hausärzten findet frühzeitig statt.

1.5 Übergang in andere Bereiche

1.5.1 Entlassung

Eine berufsgruppenübergreifende Entlassung wird gewährleistet, um für den Patienten eine lückenlose Versorgung zu organisieren. Es wird eine enge Versorgung mit allen weitersorgenden Einrichtungen angestrebt. Heil-u. Hilfsmittel werden schon stationär organisiert, bei Bedarf noch angepasst.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbehandlung

Ziel ist es, eine kontinuierliche u. sektorenübergreifende Weiterbetreuung mit reibungslosem Übergang zu gewährleisten. Der Weiterbetreuungsbedarf soll so zeitig, wie möglich ermittelt werden. Hier wird der Expertenstandard Entlassungsmanagement angewendet. Das bedeutet für die Pflege, dass innerhalb der ersten 72 Stunden die ersten Parameter der Nachversorgung erhoben werden.

1.6 Sterben und Tod

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Es existiert ein Pflegestandard zur „Sterbebegleitung“. Möglichst frühzeitig wird auf Wunsch der Patienten u./o. der Angehörigen, der Seelsorger, der Palliativdienst, die Psychologin und die spezialisierte ambulante palliative Versorgung hinzugezogen. Sterbende sollten nach Möglichkeit in Einzelzimmern sterben dürfen, um ihnen u. ihren Angehörigen die nötige Ruhe und einen geschützten Rahmen bieten zu können.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Es gibt im Hause einen Pflegestandard „Versorgung Verstorbener“. Auf Wunsch der Angehörigen wird der Seelsorger oder die Psychologin zur Abschiednahme hinzugezogen, falls dies nicht bereits im Sterbeprozess geschehen ist. Die Angehörigen bekommen ausreichend Zeit zur begleiteten Abschiednahme.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1 Personalplanung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Zur Personalbedarfsermittlung werden die Kennzahlen vom Deutschen Krankenhausinstitut, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, Pflegekomplexmaßnahmen Score sowie Fluktuation, langandauernde Erkrankungen u. andere Ausfallzeiten herangezogen. Die Ermittlung der neuen Personalplanvorgabe erfolgt dann in einem zwischen dem Geschäftsführer und dem Betriebsrat abgestimmten Verfahren in Anwesenheit von ärztlichem Direktor, Pflegedienstleitung, Verwaltungsleitung, Personalleitung u. einem Betriebsratsmitglied. Im Vorfeld werden dazu alle Chefärzte u. Abteilungsleiter über die zu erwartenden medizinischen u. technischen Entwicklungen, veränderten Personalbedarf durch neue Behandlungs- u. Therapieverfahren, sowie Änderungswünsche der Stationen u. Abteilungen befragt.

2.2 Personalentwicklung

2.2.1 Personalentwicklung/Qualifikation

Die Personalentwicklung ist in den Leitbildern verankert. Die Führungsgrundsätze des Krankenhauses konkretisieren diese Planungen, insbesondere durch den Grundsatz "Förderung aller Mitarbeiter".

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Das schriftliche Einarbeitungskonzept regelt allgemein, berufsgruppenübergreifende Aspekte der Einarbeitung. Es definiert Ziele der Einarbeitung sowie die Dauer u. Phasen der Einarbeitungszeit.

Für die Einarbeitung werden durch den Vorgesetzten in allen Bereichen adäquat qualifizierte Mentoren benannt.

2.2.3 Ausbildung

Seit dem 01.09.1991 ist eine Krankenpflegeschule mit 60 Plätzen in der Krankenpflegeausbildung und mit staatlicher Anerkennung in der Altenpflegeausbildung angegliedert. . An der Schule besteht die Möglichkeit, Umschulungen in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie Altenpflege und Altenpflegehilfe über die Agentur für Arbeit anzubieten. Folgende Ausbildungen dürfen durchgeführt werden:

- Gesundheits- u. Krankenpflegeausbild.
- Altenpflegeausbild.
- Gesundheits- u. Krankenpflegehilfe (seit 2004)
- Altenpflegehilfe (seit 2009)

Durch die enge Verbindung mit dem Krankenhaus, ist eine intensive Zusammenarbeit von Theorie u. Praxis gegeben. Fast alle praktischen Lernfelder werden im Krankenhaus absolviert. Die Verzahnung von Theorie u. Praxis wird durch eine konsequente pädagogische Qualifikation geeigneter u. interessierter Pflegekräfte zum Praxisanleiter gesichert. Das Ziel, eine berufliche Handlungskompetenz bei den Schülern zu entwickeln, steht dabei im Vordergrund. Es wird in den verschiedenen Themenbereichen u. Lernfeldern mit qualifizierten u. spezialisierten Dozenten aus den unterschiedlichen Berufszweigen zusammen gearbeitet. Ergänzt wird das Schulteam durch Ärzte, spezialisierte Pflegekräfte, Psychologen, Physio - u. Ergotherapeuten, Juristen, Pflegedienst- u. Heimleitungen. Pflegewissenschaftlich. Fundiertes, ganzheitliches Verständnis von Pflege wird dabei im Lernfeldkonzept umgesetzt.

2.2.4 Fort- u. Weiterbildung

Die innerbetriebliche Fortbildung wird nach folgenden Kriterien geplant:

- Individuelle Qualifikationserfordernisse
- Fachliche Standards in allen Bereichen
- Strategischer Fortbildungsbedarf
- Veränderungen bei Vorgaben, Gesetzen
- Budgetvorgaben
- Anzahl der neu eingestellten Mitarbeiter
- Umfang an Pflichtveranstaltungen

Die ärztliche Weiterbildung wird gemäß den Richtlinien der zuständigen Ärztekammer geplant u. durchgeführt. Die Weiterbildung zur Fachpflegekraft Onkologie wird gemäß den landesrechtlichen Regelungen geplant.

Ausgehend von diesen Parametern erstellt die Krankenhausleitung ein Fortbildungsprogramm mit 1-Jahres-Perspektive, das ständig angepasst wird u. im Intranet abrufbar ist.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Wir pflegen einen einheitlichen und transparenten Führungsstil. Es besteht ein trägerweites Leitbild des Deutschen Roten Kreuzes, in dem auch Aussagen zum Umgang miteinander gemacht werden. Im Sinne des Leitbildes des Deutschen Roten Kreuzes sind wir um die Würde, Gesundheit u- dem Wohlergehen unserer Mitarbeiter verpflichtet, insbesondere streben wir einen kooperativen Führungsstil an. Im Sinne des kooperativen Führungsstils sind alle Führungskräfte durch eine Teilnahme am Führungskräfte-Training für die Umsetzung dieser Leitsätze befähigt. Zur Einbeziehung qualifizierter Mitarbeiter in strategische Planungen werden jährlich in der Geschäftsführung Strategieplanungen durchgeführt.

Leitsätze zum Umgang miteinander sind in den Führungsrichtlinien verankert.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Grundlagen der Arbeitszeiten in der Klinik sind der Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst u. der Tarifvertrag-Ärzte Marburger Bund, die eine Wochenarbeitszeit von 40 Stunden vorsehen.

Für alle im Dienstplan erfassten Mitarbeiter wird die Einhaltung der Arbeitszeit durch die Dienstvorgesehenen überwacht

2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Unser Ziel ist, dass das betriebliche Vorschlagswesen neben dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess ein Bereich des Innovationsmanagements wird.

Das Hauptziel ist die Steigerung der Leistungs- u. Wettbewerbsfähigkeit u. die Sicherung der Arbeitsplätze.

Wir wollen unsere Mitarbeiter aktiv einbinden, Arbeitsbedingungen verbessern, Ressourcen effizienter einsetzen u. Leistungsreserven durch erhöhte Identifikation mit dem Unternehmen freisetzen.

3 Sicherheit

3.1 Schutz- und Sicherheitssysteme

3.1.1 Arbeitsschutz

Die Wahrnehmung der gesetzlichen Pflichten als Arbeitgeber zum Arbeitsschutz wurde auf eine Fremdfirma übertragen, welche auch die betriebsärztliche Betreuung des Personals wahrnimmt. Das gesamte Krankenhaus wird planmäßig begangen, Gefahrquellen dokumentiert, ein Protokoll erstellt. Die Beseitigung von Gefahrenquellen mit Terminsetzung wird durch die verantwortlichen Mitarbeiter sowie die KH-leitung überwacht. Ein Gefahrstoffkataster liegt vor.

Alle notw. Betriebsanweisungen zum Strahlenschutz, für Gefahrstoffe sowie für biologische Arbeitsstoffe liegen in den Bereichen vor. Der Umgang u. die Entsorgung von kontaminiertem Material sind in einer Betriebsanweisung geregelt. Für die Radiologie richten sich die betrieblichen Anweisungen nach der allgemeinen Strahlenschutz- u. Röntgenverordnung.

3.1.2 Brandschutz

Die Brandschutzordnung, Teil 1, sowie die Festlegung von besonderen Aufgaben von Mitarbeitern, entsprechend Teil 3 sind Bestandteil des Katastrophenschutzplanes des KH. Die Brandschutzordnung Teil 2 wird als gelenktes Dokument geführt. Im Katastrophenschutzplan sind der Evakuierungsplan, der Alarmierungsplan für das Personal u. die Rufnummer der externen Notfalldienste festgehalten. Der Katastrophenschutzplan u.

die Brandschutzordnung liegen allen Bereichen u. Abteilungen vor. Flucht- u. Rettungswegpläne sind im gesamten Krankenhaus-Bereich an gut sichtbaren Wandflächen der Bereiche u. Abteilungen öffentlich ausgehängt. Die Sammelplätze u. Aufstellräume sowie die Flucht- u. Rettungswege sind für den Evakuierungsfall festgelegt. Für den Fall der Teilevakuierungen sind im Maßnahmenplan zusätzliche Stellflächen für Betten ausgewiesen. Das Verzeichnis der Hydranten, der Feuerwehrplan mit Kennzeichnung der Zufahrten, Feuerwehrstellflächen u. Angriffswege der Feuerwehr liegt in der Abteilung Technik, der Feuerwehr u. am Feuerwehrbedienfeld vor u. wird bei baulicher Veränderung aktualisiert.

3.1.3 Umweltschutz

Ziel ist es, das Verhältnis zwischen Umweltschutz u. Gesundheitsschutz in ein ausgewogenes Maß zu bringen u. Umweltschutz als einen wesentlichen Part zur Gesundheitsvorsorge zu verstehen. Wir integrieren den Umweltschutz aktiv in unsere Tätigkeiten am Arbeitsplatz. Dabei unterliegt unser Handeln der konsequenten Einhaltung der gesetzlichen Grundlagen.

Bei der Umsetzung des Umweltschutzes bzw. der Abfallentsorgung wird die Geschäftsführung durch die Techn. Leitung bzw. den Abfallbeauftragten unterstützt. Die Priorität liegt in der Schonung der Ressourcen (Senkung des Energie- u. Wasserverbrauchs), weniger Schadstoffbelastung durch Reduzierung des Abwasser- u. Abfallaufkommens, Einsatz von Mehrwegprodukten, umweltbewusster Einsatz von Reinigungs- u. Desinfektionsmitteln u. sorgsamer Umgang mit den Anlagen mit wassergefährdenden Stoffen.

3.1.4 Katastrophenschutz

Das Krankenhaus ist in den Katastrophenschutz des Landes über die Ebene der Kreisverwaltung eingebunden. Der Maßnahmenplan für den Katastrophenfall wird jährlich auf Aktualität überprüft u. liegt in allen Bereichen vor. Für die Umsetzung der Handlungsweisen liegen Benachrichtigungspläne getrennt in Tag- und Nachtvariante, Evakuierungspläne, Flucht- u. Rettungswegpläne, Bereitschaftsplan der Mitarbeiter vor. Der Katastrophenschutzplan liegt in allen Bereichen aus u. beinhaltet auch die Handlungsanweisungen für die primären Kommunikationszentralen (Telefonzentrale, Anmeldung Rettungsstelle). Die Aufgaben der Einsatzleitung u. des Telefondienstes sind festgelegt.

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituation

Grundlage für den Umgang mit nichtmedizinischen Notfällen bildet der Maßnahmenplan für den Katastrophenfall. Dieser wird jährlich überprüft u. bei Notwendigkeit überarbeitet. Die Handlungsweisen der Mitarbeiter sind in diesem festgelegt. Er enthält die aktuellen Telefonlisten, notwendige Checklisten u. die Abläufe der Meldewege. Die Vorgehensweisen bei besonderen Ereignissen, wie z.B. Bombendrohung sind in konkreten Anleitungen aufgezeigt. Der Meldeweg erfolgt in der Regelarbeitszeit über die Telefonzentrale u. außerhalb dieser über die Rettungsstelle. Im Katastrophenfall erhalten wir die Mitteilung von Seiten der Kreisverwaltung bzw. von der zuständigen Einsatzzentrale/Leitstelle. Unmittelbar nach Eingang der Information tritt der Plan für den Katastro-

phenfall in Kraft. Die festgelegte Einsatzleitung des KH trifft zusammen und übernimmt die operative Arbeit.

3.2 Patientensicherheit

3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Jeder Patient soll sich entsprechend seiner Bedürfnisse im KH, in einer sicheren Umgebung wohl fühlen u. geeignete Maßnahmen erfahren, um eine Eigen- u. Fremdgefährdung zu vermeiden.

Besonders gefährdete Pat (z.B. Demenzpatienten, Kinder, überwachungspflichtige Patienten), sollten in der Nähe der Schwester oder mit Begleitpersonen untergebracht werden. Alle entbundenen Mütter erhalten einen Aufklärungsbogen zum „Rooming In“. Patientenarmbändchen sind in der Pädiatrie und in der Geriatrie eingeführt. Fenster sind auf allen Stationen abschließbar.

Im Wartebereich der Rettungsstelle existiert eine Überwachungskamera, die von der Rettungsstelle einsehbar ist.

Nachts werden alle 2 Stunden Patientenrundgänge durchgeführt, bei Bedarf auch häufiger.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Ziel ist eine schnellstmögliche Versorgung bei medizinischen Notfällen u. eine zeitnahe Verfügbarkeit von entsprechender Notfallausrüstung. Das Vorgehen ist über ein entsprechendes Notfallflussschema "Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement" geregelt. Alle Stationen u. Abteilungen verfügen über einen Notfallkoffer. Defibrillatoren stehen an strategisch günstigen Standorten.

3.2.3 Hygienemanagement

Die Geschäftsführung ist verantwortlich für die Einhaltung der Hygienerichtlinien. Diese wird jedoch an die Hygienefachkraft u. die hygienebeauftragte Ärztin delegiert, die bei allen hygienischen Belangen informiert werden.

Eine Geschäftsordnung für die Hygienekommission ist erarbeitet worden. Die Einhaltung der Hygiene ist durch die Desinfektions- u. Hygienepläne, Handschuh- und Hautschutzpläne geregelt. Erstellt u. verabschiedet werden diese durch die Hygienekommission. Mitglieder sind der Ärztliche Direktor, die hygienebeauftragte Ärztin, die Hygienefachkraft, die Betriebsärztin, der technische Leiter, die Sicherheitsfachkraft, 3 Stationschwestern, der Verwaltungsleiter, ein Mitarbeiter der Pflegeschule, die Qualitätsmanagerin u. die externe Krankenhaus-Hygienikerin.

Um hygienische Festlegungen jeglicher Art zu treffen, wird sich nach der Richtlinie des Robert Koch Institutes gerichtet. Eine umfangreiche Fortbildung der Hygienefachkraft ermöglicht einen Überblick über neue aktuelle hygienische Verhaltensweisen.

3.2.4. Hygienerelevante Daten

Multiresistente Keime werden der Hygienefachkraft gleich vom Labor, wenn notwendig mehrmals täglich, gemeldet. Die Hygienefachkraft nimmt in einer eigenen Erfassung, auch mit der Meldung vom externen Labor, die multiresistenten Keime auf. Dadurch können sofort hygienerelevante Maßnahmen greifen. Auch am Wochenende können Daten erfragt werden.

Infektiöse Erkrankungen werden durch die Stationsschwester an die Hygienefachkraft gemeldet. Eine Verfahrensanweisung „Meldeweg bei infektiösen Patienten“ tritt in Kraft. Die Hygienefachkraft überprüft die notwendigen hygienischen Maßnahmen, die am Patienten zu erfolgen haben. Verschiedene Verfahrensweisen zum Umgang mit infektiösen Patienten sind in mehreren Plänen nachzulesen. Diese Pläne enthalten Informationen zur Isolierung, Mundschutz/Kittelschutz, Informationsmaterial, Wäsche/Abfall.

Eine Keimstatistik verschiedenster Keime im stationären Bereich wird gemeldet.

Die Erhebung kumulativer Keimresistenzstatistiken erfolgt über unser externes Kliniklabor. Unsere externe Hygienikerin erhebt seit 2012 eine monatliche Auswertung der Resistenzen mit den zugehörigen Erregern

3.2.5 Infektionsmanagement

Das neue Infektionsschutzgesetz wird geregelt. Unsere externe Hygienikerin steht uns zu allen Fragen beratend zur Seite. Die Erfassung nosokomialer Infektionen erfolgt.

Bei akuten viralen Infektionen, erfolgt die Meldung an die Hygienefachkraft. Bei Häufung (2 Patienten) erfolgt die Meldung an das Gesundheitsamt. Nach einer Checkliste werden die hygienischen Anforderungen abgefragt. Eine tägliche Kontrolle der Einhaltung hygienischer Maßnahmen ist erforderlich. Jedes Zimmer ist mit einem Desinfektionsmittelpender im Eingangsbereich und im Bad ausgestattet. Zusätzlich ist in allen Eingangsbereichen ein Desinfektionsspender für alle Besucher, Pat. u. externe Kollegen erreichbar angebracht.

3.2.6 Arzneimittel

Ziel ist die gesicherte Anwendung von Arzneimitteln u. die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften. Die Anwendung erfolgt durch ärztl. Anordnung der Medikamente. Sie erfolgt in schriftlicher Form, die Dokumentation erfolgt in der Patientenakte anhand der Arzneimittelliste, die durch die Arzneimittelkommission festgelegt wurde.

In der Apotheken- u. Arzneimittelordnung sind die Geschäftsordnung sowie das Organigramm der Arzneimittelkommission verankert.

Die Geschäftsordnung beschreibt die Einrichtung u. Aufgabe der Arzneimittelkommission, die Aufgaben des Leiters, die Mitglieder der Kommission, die Sitzungsintervalle, die Einberufung, die Behandlung von Anträgen, die Festlegung der Beschlussfähigkeit u. die Protokollführung

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Damit alle Produkte u. Leistungen im Bereich der Transfusionsmedizin größtmögliche Sicherheit u. Nutzen haben, sind unsere Planungen auf funktionierende Qualitätssicherungssysteme ausgerichtet. Unsere Ziele basieren auf der Grundlage der Richtlinien zur Gewinnung von Blut u. Blutbestandteilen u. zur Anwendung von Blutprodukten.

Ein Qualitätsmanagementhandbuch liegt vor und wird regelmäßig aktualisiert. Das gleiche gilt für die Geschäftsordnung u. das Organigramm der Transfusionskommission.

Die Anwendungen von Blut- u. Blutprodukten sind über die Hämotherapie-Richtlinien sowie über Dienst-, Arbeits- u. Verfahrensanweisungen geregelt.

Die Transfusionskommission besteht aus dem Transfusionsbeauftragten, den Transfusionsverantwortlichen, der Pflegedienstleitung u. der Qualitätsmanagerin.

3.2.8 Medizinprodukte

Die Nutzung von Medizinprodukten erfolgt nach Unterweisungen durch eine vom Hersteller oder Vertreiber geschulte Fachkraft. Verantwortlich für die Anwendung von Medizinprodukten sind die jeweiligen Nutzer. Einzelne Anweisungen regeln den Umgang mit nichttechnischen Medizinprodukten wie z. Bsp. Lagerungsmatratzen, Kontrolle der Blutzucker-Geräte. Für das Sterilgut existiert eine Dienstanweisung. Der Umgang ist hausintern schriftlich festgelegt.

Für die Beschaffung von notwendigen Medizinprodukten sind die Bereichsleiter verantwortlich. Gemeinsam mit den Gerätebeauftragten, dem Medizintechniker u. den potentiellen Nutzern wird abgestimmt, welche Geräte aus medizinischer u. ökonomischer Sicht beschafft werden sollen.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4. 1 Informations- und Kommunikationstechnologie

4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Unsere IT-Strategie ist so ausgerichtet, dass unternehmerische, fachbereichsbezogene u. übergreifende technische Ziele verfolgt u. eine effektive Verarbeitung von Patientendaten ermöglicht werden. Mittels der gegebenen IT-Infrastruktur wird eine noch schnellere u. sicherere Verarbeitung von Patientendaten gewährleistet.

Sämtliche klinische Bereiche des Krankenhauses sind an die IT-Netzwerkstruktur angeschlossen u. darauf ausgerichtet, zukünftig alle Informationen zentral in einer digitalen Patientenakte zusammen zu fassen.

Durch eine redundante Serverstruktur, einem mehrmaligen täglichen Datensicherungsverfahren u. einer 24h Bereitschaft der IT-Abteilung ist der uneingeschränkte Zugang für Mitarbeiter auf Patientendaten gewährleistet.

Das System wird mittels bewährter Firewall- u. Berechtigungsstruktur betrieben.

4.2 Patientendaten

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Bei der Aufnahme des Patienten werden eine Krankenakte u. eine Abrechnungsakte angelegt. Für die ärztliche Anamnese liegen klinikspezifische standardisierte Bögen vor. Verfügbare Krankenakten vorheriger Aufenthalte werden aus dem Archiv zeitnah zur Verfügung gestellt. Auf der Station wird ein Patientenstammblatt vom Pflegepersonal angelegt. Kurven für den Patienten werden durch den behandelnden Arzt u. die Schwester angelegt. Untersuchungsgebundene Funktionsdiagnostik, Op-Protokolle, Op-Berichte sowie Epikrisen werden in die Krankenakte eingearbeitet. Für die Archivierung liegt eine Archivkonzeption für das gesamte KH vor.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Die gesamte Patientendokumentation ist durch zahlreiche Verfahrensanweisungen u. Prozessbeschreibungen geregelt. Alle Mitarbeiter unterliegen einem vorgeschriebenen gestaffelten Berechtigungs- u. Zugriffskonzept. Unser Ziel ist es, dass der Zugriff auf Patientendaten, wie Informationen aus Voraufenthalten, für alle an der Behandlung teilnehmenden Mitarbeitern u. bestimmte externe Partner (Röntgenbefunde) gewährleistet ist.

Unsere Planungen zur Führung der Archive finden sich in unseren Konzeptionen u. in der Archivordnung wieder. Die Archivordnung schreibt zur Dokumentation, Inhalt u. Umfang der Dokumentation, Eigentumsverhältnisse an den Krankenunterlagen, Dauer und Ort der Aufbewahrung, Einsichtnahmerecht des Patienten, Organisation des Krankenblattarchives sowie die digitale Archivierung vor.

4.3 Informationsmanagement

4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Die Krankenhausleitung wird regelmäßig durch die Fachabteilungen über wesentliche Betriebsdaten u. Vorkommnisse sowohl interner als auch externer Art informiert. Es existiert ein betriebswirtschaftliches u. medizinisches Berichtswesen an die Krankenhausleitung. Der Krankenhausleitung stehen EDV-gestützte Systeme zum Controlling unterschiedlicher Kennzahlen zur Verfügung.

4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

Für die Informationsweitergabe im Haus ist der jeweiligen Chefarzt/Abteilungsleiter/Stationsleiter verantwortlich. Die Informationsweitergabe erfolgt hierarchisch von oben nach unten. Unterstützt wird diese durch das Intranet, Email, Protokolle, Rundschreiben u. Aushänge. Stationsintern erfolgen mündliche u. schriftliche Dienstübergaben bei Schichtwechsel. Täglich finden ärztliche Dienst- u. Radiologie Besprechungen statt. Regelmäßig finden Besprechungen in verschiedenen Kommissionen statt: z.B. Hygiene, Arbeitsschutz, Küche, Arzneimittel, Lenkungsausschuss. Es

werden Protokolle erstellt, die an die Teilnehmer bzw. verantwortlichen Mitarbeiter weiter gegeben werden.

Unsere Mitarbeiterzeitung informiert die Mitarbeiter über Themen, neue Mitarbeiter, Jubiläen u. Geburtstage.

4.4 Telefonzentrale und Empfang

4.4.1 Organisation und Service

Die oben genannten Bereiche sind von Montag bis Freitag von 6:30 Uhr bis 19:30 Uhr sowie Samstag, Sonntag u. zu den Feiertagen von 8:00 Uhr bis 19:30 Uhr mit jeweils einem Mitarbeiter besetzt. Im Anschluss erfolgt die Umstellung der Rufanlage zur Notaufnahme. In der Telefonzentrale/ Information haben die Patienten die Möglichkeit, Telefonkarten u. Kopfhörer zu erwerben.

4.5 Datenschutz

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Unser Ziel ist die umfassende Berücksichtigung der Regelungen des Datenschutzes. Für die Umsetzung u. Einhaltung des Datenschutzes wurde ein Datenschutzbeauftragter berufen, welcher die nötige Fachkunde vorweist. Dieser ist der Geschäftsführung unterstellt.

Es existiert eine Datenschutzrichtlinie.

5 Führung

5.1 Unternehmensphilosophie und -kultur

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

In unserem Krankenhaus existiert das Leitbild des Deutschen Roten Kreuzes, welches humanitäre Grundsätze beinhaltet. Die Geschäftsführung hat entschieden, entsprechend der Grundsätze des DRK-Leitbildes zu verfahren. Ein zentrales Leitbild gibt es für den Bereich Pflege. Die humanitären Grundsätze des DRK wurden berücksichtigt. Das zentrale Leitbild ist durch die Einbindung des KH in die DRK-Organisation vorgegeben.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Ziel ist eine hierarchieübergreifende Kommunikation innerhalb des KH u. die Schaffung einer vertrauensvollen Atmosphäre unter den Mitarbeitern. Daher finden sich im DRK-Leitbild auch entsprechende Aussagen zum Umgang miteinander wieder.

Der Betriebsrat wird in alle wichtigen Unternehmensentscheidungen einbezogen u. umfassend informiert. Die Geschäftsführung nimmt einmal monatlich an den Betriebsrats-sitzungen teil.

Die Zufriedenheit unserer Mitarbeiter wird kontinuierlich im 3-Jahres-Rhythmus erfragt, ausgewertet u. veröffentlicht. Maßnahmepläne werden hierzu verabschiedet.

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Es existiert ein Konzept für die Erfüllung ethischer u. weltanschaulicher Aufgaben sowie kultureller u. religiöser Bedürfnisse unter Berücksichtigung der Unternehmensphilosophie u. des Leitbildes. Das KH fühlt sich unabhängig von Herkunft u. Geschlecht allen Patienten gegenüber zu religiöser Neutralität verpflichtet.

Dies wird durch das Leitbild u. die Leitlinien des Krankenhauses getragen.

Bezüglich des organisatorischen Konzepts für die Erfüllung ethischer Aufgaben wurde im Mai 2009 ein Ethikkomitee gegründet. Das Komitee arbeitet nach einem Statut u. einer Geschäftsordnung. Mitarbeiter aus allen Fachbereichen des Hauses können im Komitee mitarbeiten. Über das Komitee werden für alle Mitarbeiter Weiterbildungen/ fachlicher Austausch angeboten.

Mitarbeiter, Patienten u. Angehörige können sich mit Fragestellungen u. Problemen an das Ethikkomitee wenden. Ansprechpartner sind alle Mitglieder des Komitees. Kurzfristig werden ethische Fallbesprechungen durch Mitglieder des Komitees ermöglicht und geleitet.

5.2 Strategie und Zielplanung

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Die Geschäftsführung legt für das Haus die Ziele sowie die Strategien fest. Basis dafür sind die Ziel- u. Strategieworkshops.

Vorschläge der einzelnen Fachabteilungen bilden die Grundlage für die mittel- u. langfristige Planung u. fließen in den Wirtschaftsplan ein, welcher im Herbst prospektiv für das Folgejahr in Form einer kurzfristigen Erfolgsrechnung festgelegt wird. Grundlage des Wirtschaftsplans bilden die Einnahmen u. Ausgaben, die Patientenzahlen sowie die daraus resultierenden Personalzahlen. Die Personalzahlen werden in Absprache mit dem Ärztlichen Direktor, dem Verwaltungsleiter sowie der Pflegedienstleitung durch den Geschäftsführer festgelegt u. in einem Soll-Stellen-Plan festgehalten.

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Durch aktive Öffentlichkeits-u. Netzwerkarbeit sowie umfassende Kommunikation wird die Entwicklung von Partnerschaften angestrebt.

Unser Ziel sind langfristige Partnerschaften zum gegenseitigen Nutzen. Partnerschaften zum DRK Kreisverband, zu Selbsthilfegruppen, umliegenden Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten, zu Medizinischen Versorgungszentren u. Rehabilitationseinrichtungen werden gepflegt, mit dem Ziel, der Sicherung der stationären u. ambulanten Versorgung.

5.3 Organisationsentwicklung

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Grundlage unserer Organisationsstruktur ist der Gesellschaftsvertrag. Danach existieren in der Gesellschaft die Gesellschafterversammlung, der Aufsichtsrat sowie die Geschäftsführung. Im Gesellschaftsvertrag sind die grundsätzlichen Aufgabenverteilungen sowie die Verantwortlichkeit der einzelnen Gremien festgeschrieben. Der Gesellschaftsvertrag wird durch die Geschäftsordnung u. die Vergabeordnung ergänzt. Dort werden die Aufgaben u. Verantwortlichkeiten detaillierter dargestellt. Die Aufsichtsrat Sitzungen finden 4 x pro Jahr in den einzelnen Krankenhausstandorten Luckenwalde, Bad Frankenhausen, Sondershausen und Sömmerda statt. An den Sitzungen nimmt seitens des DRK-Krankenhauses der Ärztliche Geschäftsführer teil. Die Sitzungen werden protokolliert.

Im Krankenhaus Luckenwalde existieren folgende Kommissionen: Arzneimittelkommission, Hygienekommission, Arbeitsschutzausschuss, Ethikkomitee, Transfusionskommission, HACCP-Kommission. Für die Kommissionen liegen Geschäftsordnungen u. Organigramme vor.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Die Gremiensitzungen, Abteilungsleiter- u. Stationsleitersitzungen werden protokolliert. Die Aufgabenerledigung wird durch die Verantwortlichen bzw. durch die Krankenhausleitung überprüft. Die Ergebnisse werden durch externe Prüfer, z.B. Wirtschaftsprüfer betrachtet. In allen Kommissionen finden die Überprüfungen über das betriebliche Protokollwesen statt.

Die Ergebnisse der Leitungsgremien, Kommissionen sowie von Projekten werden den zuständigen Mitarbeitern zeitnah in Form von Protokollen, Dienstanweisungen oder Rundschreiben zur Kenntnis gebracht.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

Unser Ziel ist es, Anreizsysteme für die offene Zusammenarbeit zu schaffen, methodische Unterstützung anzubieten u. eine offene und aktive Kommunikation u. fehlertolerante Kultur zu schaffen.

Personenbezogene Freiräume für Innovationen werden themenbezogen zur Verfügung gestellt.

Aufgrund der Beteiligung aller Führungskräfte des Krankenhauses am Ziel- u. Strategieworkshop sowie der interdisziplinären Beteiligung von Mitarbeitern bei den Ziel- u. Strategieworkshops der Kompetenzzentren, den Publikationen u. den diversen Informationsplattformen können alle Mitarbeiter kontinuierlich u. umfangreich an den Organisationsentwicklungen teilnehmen.

Die Arbeit in Qualitätszirkeln, Arbeitsgruppen und Projekten bietet interdisziplinär Mitarbeitern die Möglichkeit, sich in die Organisationsentwicklung einzubringen u. zunehmend ein Verständnis dafür zu entwickeln. Unser Ziel sind gut ausgebildete Mitarbeiter. Großen Wert legen wir auf die kontinuierliche Fort- u. Weiterbildung.

5.4 Marketing

5.4.1 Externe Kommunikation

Das Ziel unserer Öffentlichkeitsarbeit ist eine zielgerichtete Information der Öffentlichkeit und der Presse. Dazu existiert eine Dienstanweisung. Grundsätzlich ist für die Information der Presse die Krankenhausleitung verantwortlich bzw. von ihr beauftragte Personen.

Es besteht eine Homepage, auf dieser können sich alle Interessierten informieren. Über den Klinik-Info-Kanal, der für alle Patienten über das Fernsehprogramm zu erreichen ist, werden aktuelle Informationen über das Krankenhaus sowie die Medizinischen Versorgungszentren weiter gegeben.

Für die einzelnen Abteilungen des Krankenhauses stehen Flyer zur Verfügung. Alle Patienten erhalten bei Aufnahme unsere Krankenhaus-Broschüre.

5.5 Risikomanagement

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagements

Unser Ziel ist ein gesetzeskonformes u. effizientes Risikomanagement als Bestandteil einer nachhaltigen Unternehmensführung zu etablieren, steigende Versicherungsprämien zu vermeiden, Arbeitsprozesse zu verbessern, um Fehler zu vermeiden, die Qualität u. die Sicherheitsstandards der Leistungen von Diagnostik, Therapie und Pflege zu steigern. Ein anonymes sanktionsfreies Meldesystem für Fehler, Beinahefehler u. unerwünschte Ereignisse im Sinne eines Critical Incident Reporting Systems wurde eingerichtet.

Seit 2009 arbeiten wir kontinuierlich an der Implementierung u. am Ausbau der einzelnen Facetten. Unser Fokus liegt derzeit bei der Patientensicherheit, aber auch die wirtschaftlichen u. technischen Sicherheiten werden nicht außer Betracht gelassen.

6 Qualitätsmanagement

6.1 Qualitätsmanagementsystem

6.1.1 Organisation

Zur Sicherstellung des Qualitätsmanagements und darüber hinausgehende Aktivitäten wurde eine Stabstelle Qualitätsmanagement installiert. Diese plant und koordiniert mit dem Lenkungsausschuss die Bestrebungen zur Verbesserung der Qualität im Rahmen eines umfassenden Konzeptes. Alle Bereiche des Krankenhauses folgen der Systematik der KTQ mit Anwendung des Plan-Do-Check-Act-Zyklus und der Implementierung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. In den einzelnen Abteilungen sind Qualitätsmanagementbeauftragte benannt. Das Qualitätsmanagement wird durch regelmäßige Selbst- und Fremdbewertungen (Zertifizierungen) weiterentwickelt. Die Qualitätspolitik ist in unserem Haus klar formuliert. Ein Qualitätsmanagement - Organigramm liegt vor, es existieren Qualitätsmanagement- Ziele und ein Qualitätsmanagement-Konzept wurde installiert.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung u. Prozessoptimierung

Unserer Organisation bietet die Einführung von prozessorientierten Systemen deutliche Vorteile. Ziele unseres Prozessmanagements sind: Prozessdenken vor Abteilungsdenken, übergreifende Transparenz u. Bekanntheit, Bekanntheit des erforderlichen Beitrags zur Erfüllung der Prozessanforderungen, Nachvollziehbarkeit des Erfüllungsgrades, Möglichkeit der Steuerung und bedarfsorientierte Optimierung, Möglichkeit des präventiven Handelns. Die Prozesssicht kann unsere Organisation effizienter und effektiver machen. Die Identifikation, Priorisierung und Festlegung wesentlicher Prozesse wird abgeleitet aus der Kernaufgabe der Klinik oder aus spezifischen Fragestellungen/Anforderungen. Prozessmanagement dient als Instrument zur interdisziplinären abteilungsübergreifenden Ablauforganisation und -optimierung.

6.2 Befragungen

6.2.1 Patientenbefragungen

Umfassende Patientenbefragungen werden im 3 Jahres-Rhythmus geplant. Die letzte Befragung fand 2015 für das gesamte Krankenhaus statt. Die Patientenbefragung für das Jahr 2015 konnte ebenfalls abgeschlossen werden..

Weitere Patientenbefragungen werden für unsere Orgazentren nach den Vorgaben der Onkozeit durchgeführt.

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Unsere Einweiser- und Nichteinweiserbefragung ist ein Teil unserer kontinuierlichen und systematischen Kontaktpflege. Diese Befragungen werden im 3 Jahres Rhythmus durchgeführt.

Unsere 3. Einweiser- und Nichteinweiserbefragung fand 2015 statt.

Die Befragung der Einweiser- und Nichteinweiser erfolgt auf Basis einer aktuellen Einweiser- u. Nichteinweiserstatistik für das jeweilige Berichtsjahr.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Unsere Mitarbeiterbefragung wird im 3-Jahresintervall durchgeführt. 2015 wurde aktuell die Mitarbeiterbefragung durchgeführt.

Es erfolgen schriftliche Befragungen aller Mitarbeiter, welche durch einen externen Anbieter aufbereitet werden. Die Mitarbeiterbefragung 2015 erfolgte in Anlehnung an die Befragung aus dem Jahr 2011. Neben der umfangreichen Mitarbeiterbefragung im 3-Jahres-Rhythmus werden anlassbezogen Mitarbeiterbefragungen durchgeführt.

6.3.1 Umgang mit Wünschen u. Beschwerden

Die Steigerung der Kundenzufriedenheit als zentrales Instrument zur Sicherung unseres Unternehmenserfolges und als bedeutender Bestandteil des Qualitätsmanagementsystems hat für uns große Relevanz.

Das Beschwerdemanagement ist ein zusätzlicher Baustein neben den regulären Zufriedenheitsbefragungen.

Das Beschwerdemanagement umfasst die Planung, Durchführung und Kontrolle aller Maßnahmen, die wir im Zusammenhang mit der Beschwerde ergreifen.

Unsere generellen Ziele des Beschwerdemanagements sind die Kundenzufriedenheit wieder herzustellen, negative Auswirkungen von Kundenunzufriedenheit zu minimieren und die in Beschwerden enthaltenen Hinweise auf betriebliche Schwächen zu identifizieren und zu nutzen.

6.4.1 Erhebung u. Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Unser Ziel ist die zentrale Erfassung qualitätsrelevanter Daten zur Bewertung des prozessorientierten Handelns, zur Risikoanalyse und zur Vereinfachung der Qualitätsberichterstattung in allen Bereichen des Krankenhauses.

Für die Erhebung und Nutzung ökonomischer relevanter Qualitätsdaten sind die Abteilungsleiter der Verwaltung/Geschäftsführer verantwortlich.

Klinische Qualitätsdaten und deren Kommunikation werden von den Chefarzten verantwortet.

In den Organzentren werden klinische Daten durch die Zentrumsleiter verantwortet und durch den Zentrumskoordinator kommuniziert.

6.4.2 Methodik u. Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Unser Ziel ist die zeitnahe Aufbereitung der Daten der Bundesgesellschaft für Qualitätssicherung für alle betroffenen Fachabteilungen sowie Interessierte. Dies erfolgt regelhaft in Form von Handouts und der Veröffentlichung im Intranet.

Unsere Planung sieht vor, ein kontinuierliches, zeitnahes bzw. unterjähriges Controlling unserer medizinischen Prozess- u. Ergebnisqualitäten der einzelnen Leistungsbereiche aufzubauen und eine hohe Dokumentationsqualität und Datenvalidität zu gewährleisten.