

St. Anna Krankenhaus
Sulzbach-Rosenberg



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 5.0 für Krankenhäuser

Krankenhaus: St. Anna Krankenhaus

Institutionskennzeichen: 260930163

Anschrift: Krankenhausstraße 16

92237 Sulzbach-Rosenberg

Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer: 2010 – 0019 K
durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle: LGA InterCert GmbH

Gültigkeit vom: 18.03.2010
bis: 17.03.2013

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kriterien	8
1 Patientenorientierung im Krankenhaus	8
2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung	13
3 Sicherheit im Krankenhaus	16
4 Informationswesen	19
5 Krankenhausführung	21
6 Qualitätsmanagement	24

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.

Gesellschafter der KTQ® sind die Bundesärztekammer (BÄK), die Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Deutsche Pflegerat (DPR), der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e.V. (HB) und die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹. 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, von Praktikern entwickelten Kriterien, die sich auf die Patientenorientierung, die Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit, das Informationswesen, die Krankenhausführung 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.

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

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

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 72 Kriterien des KTQ-Kataloges 5.0.

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



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

Wir freuen uns, dass **(Name der Einrichtung)** 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
Verbände der Kranken- und
Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH
Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

Andreas Westerfellhaus
Für den Deutschen Pflegerat

Dr. Astrid Bühren
Für den Hartmannbund

Vorwort der Einrichtung



Das KTQ-Verfahren hat sich in den letzten Jahren zu einem wichtigen Instrument für qualitätsorientierte deutsche Krankenhäuser entwickelt.

Das St. Anna Krankenhaus in Sulzbach-Rosenberg ist diesen Weg von Anfang an mitgegangen. Im Jahr 2003 wurde es als eine der ersten deutschen Kliniken nach KTQ zertifiziert.

Mittlerweile konnte bereits das dritte Zertifikat in nahtloser Abfolge erreicht werden.

Die Qualitätspolitik des Unternehmens hat sich mit Hilfestellung des KTQ-Verfahrens stetig weiterentwickelt.

Auf der Grundlage eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses wird Qualität mehr und mehr zur Kernkompetenz des St. Anna Krankenhauses.

Durch Lernen von den besten Krankenhäusern, Orientierung an den besten Konzepten und Entwicklung von innovativen Ideen soll das St. Anna Krankenhaus die beste Klinik in der regionalen Grund- und Regelversorgung werden.

Die oberste Führungsebene übernimmt gerne die Verantwortung für eine nachhaltige Qualitätsentwicklung und erfüllt eine Vorbildfunktion für alle Mitarbeiter.

Die stetige Qualitätsentwicklung wird durch eine individuelle organisatorische Aufbaulösung des unternehmensinternen Qualitätsmanagements und die systematische Ableitung von Projekten gestützt.

Zusätzlich zur KTQ-Orientierung wird das Qualitätsmanagementsystem langfristig an den Grundkonzepten der Excellence im EFQM-Modell ausgerichtet.

IQ^M

INITIATIVE
QUALITÄTSMEDIZIN

Transparenz und Vergleichbarkeit in der Leistungserbringung werden auch als Service für unsere Kunden angestrebt. Deshalb ist das Unternehmen im Jahr 2010 der Initiative Qualitätsmedizin beigetreten.



Die Entwicklung von innovativen Konzepten wird unterstützt und gefördert.

Als Beispiel sei der Six Sigma-Ansatz erwähnt, der als Instrument zur Lösung komplexer Problemstellungen in Modellprojekten angewendet wird.

Die Qualität im St. Anna Krankenhaus wird so in immer umfassenderen Maße konkret, messbar, fassbar und transparent.



Die übergeordneten Qualitätsziele des St. Anna Krankenhauses sind:

Wir erzielen nachhaltige Ergebnisse

Die Entwicklung unserer Organisation wollen wir dadurch abbilden, dass wir unseren Fokus auf unsere Ergebnisse richten.

Effektive und zeitgemäße Entscheidungen werden anhand von signifikanten Kennzahlen getroffen.

Wir schaffen Werte für unsere Kunden

Wir verstehen den Kundenbegriff umfassend und beziehen die Kunden aktiv in die Entwicklung und Erbringung unserer Dienstleistungen ein.

Wir führen mit Vision, Inspiration und Integrität

Wir wollen Führungskräfte entwickeln, die mit allen Interessengruppen kommunizieren und diese für das Unternehmen gewinnen können.

Wir managen mit Prozessen

Wir entwickeln ein prozessorientiertes Management unseres Unternehmens.

Mit unseren Prozessen stützen wir die Qualitätspolitik und die Strategie.

Die Abteilungsgrenzen unserer Organisation werden dabei überwunden.

Wir sind durch unsere Mitarbeiter erfolgreich

Wir stellen ein Gleichgewicht her zwischen den strategischen Bedürfnissen des Unternehmens und den persönlichen Erwartungen unserer Mitarbeiter.

Damit wollen wir ihr langfristiges Engagement für und die Identifikation mit dem St. Anna Krankenhaus erreichen.

Wir fördern Kreativität und Innovation

Kontinuierliches Lernen ergänzen wir durch die beständige Weiterentwicklung in Netzwerken. Diese sehen wir als mögliche Quellen zur internen Entwicklung von Kreativität und Innovation.

Wir bauen Partnerschaften auf

Wir sehen uns als eigenständiges Unternehmen, das Partnerschaften dazu nutzt, um sich gegenseitig nachhaltige Vorteile für den Erfolg zu ermöglichen.

Wir übernehmen Verantwortung für die Zukunft

Mit unserem Handeln nehmen wir unsere Verantwortung für die Region Amberg-Sulzbach umfassend wahr.



Die KTQ-Kriterien

1 Patientenorientierung im Krankenhaus

1.1 Vorfeld der stationären Versorgung und Aufnahme

Die Organisation im Vorfeld der stationären Aufnahme erfolgt patientenorientiert.

1.1.1 Die Vorbereitungen einer stationären Behandlung sind patientenorientiert

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

Die Aufnahme der Patienten erfolgt durch die ZPA, Terminwünsche der Patienten und Zuweiser werden berücksichtigt. Bei vorstationären Terminen erhalten die Patienten alle Informationen zur Aufnahme. Über alle Leistungen des KH, das Leistungsspektrum sowie vorstationäre Leistungen, Vorträge und Kurse, informiert die Klinikbroschüre und die Homepage. Gerne geben wir auch telefonisch Auskünfte. Das St. Anna Krankenhaus ist mit dem Auto und mit öffentlichen Verkehrsmitteln sehr gut zu erreichen. Für Patienten und Besucher stehen kostenlose Parkplätze zur Verfügung.

1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

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

Im gesamten Klinikbereich ist ein überwiegend zweisprachiges aktuelles und verständliches Wegeleitsystem installiert. Der Klinik-Empfang (ComCenter) in der Eingangshalle ist rund um die Uhr mit qualifizierten Mitarbeitern besetzt, die Patienten und Besuchern bei Fragen gerne weiterhelfen. Bei Bedarf werden Patienten von unseren Mitarbeitern begleitet. Es stehen Rollstühle und Gehhilfen für die Patienten sowie Transportwagen für Gepäck zur Verfügung.

1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

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

Alle Patienten werden in einem verbindlichen Ablauf durch die Zentrale Patientenaufnahme administrativ, ärztlich und pflegerisch aufgenommen. Die Abläufe im Krankenhaus und die weitere Behandlung werden mit den Patienten abgesprochen. Die Patienten erhalten bereits hier ihr Bett und lernen die Stationspflegekraft kennen, die sie anschließend auf Station bringt. Notfallpatienten werden bei der Aufnahme unmittelbar medizinisch versorgt. Eine abgestimmte Einbestellung minimiert die Wartezeit für alle geplanten Aufnahmen.

1.1.4 Ambulante Patientenversorgung

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

Alle ambulanten Notfallpatienten können rund um die Uhr in der Zentralen Patientenaufnahme versorgt werden. Der Rettungsdienst kündigt schwer erkrankte Patienten im Vorfeld in der Zentralen Patientenaufnahme an, so dass der diensthabende Arzt bereits informiert und eine rasche Versorgung des Patienten gewährleistet ist. Eine gute medizinische Versorgung ist auch durch die umfangreiche medizintechnische Ausstattung sichergestellt.

1.2 Ersteinschätzung und Planung der Behandlung

Eine umfassende Befunderhebung jedes Patienten ermöglicht eine patientenorientierte Behandlungsplanung.

1.2.1 Ersteinschätzung

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

Der gesamte Aufnahmeprozess wird in der ZPA unter Beachtung eines ganzheitlichen Behandlungskonzeptes durchgeführt. Die ausführliche Erhebung der Krankengeschichte, wie auch die Erhebung von pflegerischen, körperlichen, seelischen sowie sozialen Bedürfnissen unserer Patienten ist wichtiger Bestandteil dieses Prozesses. Auf Wunsch können die Angehörigen mit einbezogen werden. Die Intimsphäre des Patienten wird durch geeignete Räumlichkeiten und Hinweise gewahrt. Über ergänzende Angebote wie Besuchsdienste etc. wird der Patient informiert.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

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

Zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen und unnötigen Wartezeiten werden unsere Patienten über mitzubringende Befunde bereits bei Terminvergaben informiert. Interne Vorbefunde sowie Krankenakten aus früheren Aufenthalten werden der Zentralen Patientenaufnahme zur Verfügung gestellt. Bei Notfallpatienten können die Befunde über die elektronische Patientenakte eingesehen oder rund um die Uhr aus dem Archiv geholt werden. Alle Befunde werden in der Patientenakte gesammelt und begleiten den Patienten während seines ganzen Aufenthaltes.

1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

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

Bei der Aufnahme wird für die Patienten ein Therapie- und Pflegeplan in Abstimmung mit den anderen beteiligten Berufsgruppen erstellt. Hierbei werden die Standards der einzelnen Abteilungen sowie die Leitlinien der Fachgesellschaften zugrunde gelegt. Patientenwünsche werden im Behandlungsprozess jederzeit berücksichtigt. In abteilungsinternen und interdisziplinären Besprechungen sowie bei den Visiten wird der Therapie- und Pflegeplan kontinuierlich unter Beteiligung des Facharztes kontrolliert und bei Bedarf angepasst. Alle Schritte werden in der Elektronischen Patientenakte dokumentiert.

1.2.4 Integration der Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Gemäß unserem Leitbild "Humanes Krankenhaus" steht der Patient unabhängig von Alter, Geschlecht, Nationalität, Religion und sozialer Stellung im Fokus unseres Handelns. Unsere Patienten werden daher über alle Behandlungsschritte umfassend informiert und aufgeklärt. Wünsche der Patienten und ihrer Angehörigen finden ebenso Berücksichtigung wie individuelle Bedürfnisse. Aufklärungsbroschüren stehen in mehreren Fremdsprachen zur Verfügung. Bei Bedarf werden Mitarbeiter mit Fremdsprachenkenntnissen hinzugezogen.

1.3 Durchführung der Patientenversorgung

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

1.3.1 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung

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

Eine hochwertige und umfassende Behandlung gewährleisten wir durch die Anwendung der Leitlinien der Fachgesellschaften, hausinterner Behandlungsstandards sowie Pflegestandards, die sich an den nationalen Expertenstandards orientieren. Eine adäquate Schmerztherapie auf Grundlage des WHO-Schemas wird patientenindividuell durch geschulte Mitarbeiter durchgeführt. Rund um die Uhr ist die Versorgung der Patienten durch Fachärzte und weiteres qualifiziertes Personal sichergestellt.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

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

Als Grundlagen der Patientenversorgung dienen Leitlinien, Behandlungs- und Pflegestandards. Diese orientieren sich an Empfehlungen der Fachgesellschaften und den pflegerischen Expertenstandards. Die Leitlinien der AWMF, Hygienerichtlinien des RKI sowie Publikationen werden zudem als Basis für interne Standards, Hygienepläne und Behandlungsrichtlinien genutzt. Die Standards sind im Intranet veröffentlicht und für alle MA zugänglich. Damit können wir sicherstellen, dass unsere Patienten nach den aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnissen versorgt werden.

1.3.3 Patientenorientierung während der Behandlung

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

Im KH wird eine ganzheitliche Betreuung der Patienten nach dem Pflegesystem der Bereichspflege durchgeführt. Die ärztliche und pflegerische Anamnese bilden die Grundlage für ein bedürfnisorientiertes Handeln. Für Beratungsgespräche stehen außerdem die Case-Manager, Pflegeüberleitung, Klinikseelsorge und Diabetesberater zur Verfügung. Alle Abteilungen verfügen standardmäßig über Zwei-Bettzimmer. Die Besuchszeiten sind geregelt, auf Wunsch können sie flexibel gehandhabt werden. Für Patienten und deren Besucher steht eine Cafeteria zur Verfügung.

1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

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

Die Ernährungsplanung orientiert sich an den individuellen medizinischen Erfordernissen und täglich erfassten Wünschen der Patienten. Es stehen drei Menüs zur Auswahl, wobei religiöse Aspekte sowie vegetarische Kost durch das Menüangebot berücksichtigt werden. Die Küche bereitet alle Kostformen und Diäten unter ernährungswissenschaftlichen Gesichtspunkten zu. Qualifizierte DiätassistentInnen führen eine individuelle Ernährungsberatung durch.

1.3.5 Koordinierung der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Für jeden Patienten wird individuell und frühzeitig ein Behandlungsplan unter Einbeziehung von Standards erstellt. Dies ist die Basis für eine koordinierte und verlässliche Behandlung der Patienten. Die Terminplanung der diagnostischen und therapeutischen Verfahren wird bereits bei der Aufnahme in Abhängigkeit von Erkrankung und Dringlichkeit festgelegt und nach einem Diagnostik-Schema abgearbeitet. Der termingerechte Transport zu diagnostischen Maßnahmen und operativen Behandlungen wird von medizinischem Personal und dem Hol- und Bringdienst gewährleistet.

1.3.6 Koordinierung der Behandlung: OP-Koordination

Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.

In unserer Klinik können rund um die Uhr OP's durchgeführt werden. Ein OP-Koordinator ist für die effiziente OP-Planung unter Berücksichtigung der medizinischen Notwendigkeit verantwortlich. Notfalloperationen haben stets Priorität und werden bereits bei der Planung der elektiven OPs berücksichtigt. Die Abstimmung erfolgt in enger Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Funktionsdienst und Pflegepersonal. Die elektiven Eingriffe der einzelnen Fachabteilungen werden langfristig geplant und sind im OP-Plan hinsichtlich Zeit-, Personal- und Raumbedarf berücksichtigt.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

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

Zur bestmöglichen Versorgung unserer Pat. ist eine enge Zusammenarbeit bei Diagnostik und Therapie unabdingbar. Alle erforderlichen Maßnahmen finden in Abstimmung mit allen an der Behandlung Beteiligten statt. Tägliche Visiten sowie interdisziplinäre Fallbesprechungen garantieren die optimale Versorgung der Patienten. Pflegepersonal, MA der Physiotherapie sowie des Case-Managements werden in den Behandlungsablauf einbezogen. Damit stellen wir sicher, dass der Patient die notwendige Untersuchung erhält und die Ergebnisse in den Therapieplan einfließen können.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

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

Die ärztliche Visite erfolgt gemeinsam mit dem zuständigen Pflegepersonal und dem Case-Management zu festgesetzten Zeiten. Wir achten darauf, dass unsere Patienten bei den Essenszeiten oder bei therapeutischen Maßnahmen nicht gestört werden. Im persönlichen Gespräch zwischen Arzt und Patient werden Befunde, Änderungen der Medikation und anstehende Untersuchungen eingehend besprochen und erläutert. Bei allen Patienten wird wöchentlich mindestens eine Chef- bzw. Oberarztvisite durchgeführt. Falls nötig, werden weitere Berufsgruppen hinzugezogen.

1.4 Übergang des Patienten in andere Versorgungsbereiche

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

1.4.1 Entlassung und Verlegung

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

Die gesicherte Weiterversorgung nach der Entlassung planen wir mit den Patienten und deren Angehörigen schon frühzeitig. Für unterstützungsbedürftige Patienten leitet das Case-Management alle erforderlichen Schritte bei Behörden und nachbehandelnden Einrichtungen ein. Im Rahmen des Entlassungsgesprächs erhält der Patient ausführliche Informationen zu weiterführenden Therapien, empfohlenen Verhaltensweisen und Medikation. Bei Entlassung erhalten die Patienten ihre vollständigen persönlichen Unterlagen und einen Entlassungsbericht.

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

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

In der Regel erhalten unsere Patienten bei der Entlassung den Arztbrief, ggf. den Pflegeüberleitungsbericht, Zusatzbefunde und ggf. Informationsmaterialien. Die nachbetreuenden Versorgungseinrichtungen (z.B. Seniorenheim) werden im Vorfeld über den Zeitpunkt der Entlassung und Besonderheiten bei der weiteren Pflege informiert. Bei hausinterner Verlegung in einen anderen Fachbereich findet eine ausführliche und strukturierte Übergabe statt.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

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

Für die Organisation der nachstationären Versorgung unserer Patienten ist das Case-Management verantwortlich. Dieses übernimmt in engem Kontakt zu Patienten und ggf. deren Angehörigen sowie den Ärzten und Pflegenden alle notwendigen Schritte. Arztbriefe, telefonische Kontakte der behandelnden Ärzte und strukturierte Überleitungsbögen sichern zusätzlich die kontinuierliche Weiterbetreuung der Patienten. Durch einen festen Standard, der die Informationsweitergabe an nachbehandelnde Stellen regelt, sichern wir die nahtlose Weiterbehandlung unserer Patienten.

2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

2.1 Planung des Personals

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

2.1.1 Planung des Personalbedarfes

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

Die Personalbedarfsplanung erfolgt auf der Grundlage des Wirtschaftsplanes sowie statistischer Auswertungen bezüglich der Leistungsentwicklung. Ausgangsbasis ist dabei immer der Ist- und Plan-Wert des Vorjahres. Strukturveränderungen, Veränderungen des Leistungsspektrums und der Leistungsmenge sind wesentliche Bestandteile der Personalplanung.

2.2 Personalentwicklung

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

2.2.1 Systematische Personalentwicklung

Das Krankenhaus betreibt eine systematische Personalentwicklung.

Wir fördern unsere MA über gesetzliche Anforderungen hinaus. Die Krankenhausleitung nimmt die Aufgabe der Personalentwicklung persönlich wahr und orientiert sich dabei an strategischen Entscheidungen und der fachlichen Weiterentwicklung des Hauses. Dazu wird z. B. das Instrument "MA-Jahresgespräch" eingesetzt, aus dessen Inhalt Ziele und Entwicklungsmöglichkeiten für den einzelnen MA abgeleitet werden. Weitere Maßnahmen der Personalentwicklung sind Einarbeitungskonzepte für neue MA, Fort- und Weiterbildung sowie die langfristige Führungskräfteentwicklung.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

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

Das Organigramm liefert einen Überblick über die Organisationsstrukturen. Aus den vorliegenden Funktionsbeschreibungen werden die notwendigen Qualifikationsprofile unserer Mitarbeiter abgeleitet. Bei Zielvereinbarungsgesprächen zwischen dem direktem Vorgesetzten und dem Mitarbeiter werden die notwendigen und auch wünschenswerten Qualifikationsmaßnahmen einvernehmlich beschlossen. Durch langfristige Maßnahmen der Personalentwicklung sowie Führungskräfteentwicklung werden Mitarbeiter auf ihre Verantwortungsgebiete gezielt vorbereitet.

2.2.3 Fort- und Weiterbildung

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

Fort- und Weiterbildung sind integrale Bestandteile unserer Qualitätspolitik. Das Angebot ist am Bedarf der Klinik (z.B. gesetzliche Neuerungen, erweitertes Leistungsspektrum), an den Wünschen unserer MA sowie an den sich aus dem Budget ergebenden finanziellen Mitteln ausgerichtet. Gesetzlich vorgeschriebene Fortbildungen z.B. zu Daten-, Arbeits- und Brandschutz sowie Hygiene und QM sind für unsere Mitarbeiter Pflichtveranstaltungen. Die Termine aller Veranstaltungen werden in einem Fortbildungskalender zusammengefasst. Dieser ist im Intranet hinterlegt.

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Im Wirtschaftsplan sind Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen eingeplant. Die Sicherstellung von Fort- und Weiterbildungsmitteln erfolgt in Abhängigkeit des Gesamtbudgets des Hauses. Die Aufteilung dieses Budgets erfolgt in enger Absprache mit allen Abteilungsleitern unseres Hauses. Die Freistellung für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen erfolgt unter Berücksichtigung gesetzlicher Vorgaben, betrieblicher Erfordernisse und fachlichen Anforderungen einerseits sowie Wünschen, Interessen und Fähigkeiten der Mitarbeiter andererseits.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

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

Der Zugang zu Fachliteratur und Fachpresse wird entweder über die Fachsekretariate, über Intranet, Internet oder über Verteiler sichergestellt. Konferenzräume sowie Moderationsmedien und Beamer für Fortbildungsveranstaltungen sind vorhanden.

2.2.6 Sicherstellung des Lernerfolges in angegliederten Ausbildungsstätten

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

Dem St. Anna Krankenhaus ist eine Krankenpflegeschule angeschlossen. Um die Ausbildung kontinuierlich zu verbessern wird ein Konzept zur Evaluation der Lehre eingesetzt. Alle Stationsleitungen verfügen über pädagogische Kenntnisse zur Vermittlung der praktischen Lerninhalte, jede Station verfügt über bis zu vier ausgebildete Praxisanleiter. Es wird eine sehr enge Zusammenarbeit mit intensivem fachlichem Austausch zwischen Schule und Pflege praktiziert. Eine regelmäßige Befragung der Schüler zur Ausbildung wird gerade vorbereitet.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

Mitarbeiterinteressen werden angemessen bei der Führung des Krankenhauses berücksichtigt.

2.3.1 Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles

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

Die Führungsgrundsätze unseres Hauses sind im Leitbild formuliert. Dort haben wir Grundsätze, wie die Pflege einer rücksichtsvollen Kommunikation oder die Selbstverpflichtung, den Auszubildenden umfassende Kenntnisse zu vermitteln, festgelegt. Durch die Teilnahme der MA an berufsgruppen- und hierarchieübergreifenden Arbeitsgruppen stellen wir sicher, dass MA in Entscheidungen einbezogen werden. Um dies im Arbeitsalltag umzusetzen, wurde das MA-Gespräch entwickelt und eingeführt, in welchem die Zusammenarbeit und Förderungsmöglichkeiten thematisiert werden.

2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Im Krankenhaus St. Anna finden zahlreiche Arbeitszeitmodelle Anwendung, um sowohl Mitarbeitern als auch dem Unternehmen größtmögliche Flexibilität zu gewähren. Die Regelungen sind durch die Abteilungsleitungen in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern getroffen worden. In allen Bereichen gibt es Langzeit-Arbeitszeitkonten mit individuellen Ausgleichsmöglichkeiten. Die Wünsche der Mitarbeiter bei der Urlaubs- und Dienstplanung werden berücksichtigt, soweit die Patientenversorgung sichergestellt bleibt.

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Im ärztlichen und pflegerischen Bereich werden für die Einarbeitung neuer Kollegen Mentoren benannt. Daneben nutzen wir schriftliche, abteilungsspezifisch angepasste Einarbeitungskonzepte. Jeder neue Mitarbeiter erhält am ersten Arbeitstag u. a. Informationen über den Aufbau des Krankenhauses, wichtige Ansprechpartner und Besonderheiten unseres Hauses. Zur Erleichterung der Einarbeitung greifen wir zum Teil auf schriftlich fixierte Standards oder Arbeitsanweisungen zurück, die über den jeweiligen Aufgabenbereich informieren.

2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

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

Die Mitarbeiterorientierung ist in unserer Klinik von großer Bedeutung. Unsere Mitarbeiter können Ideen, Vorschläge und Beschwerden jederzeit mündlich und schriftlich äußern. Für die Erfassung und Bewertung von Mitarbeiterideen ist ein betriebliches Vorschlagswesen etabliert. Verbesserungsvorschläge unserer Mitarbeiter werden belobigt und ggf. honoriert. Für Mitarbeiterbeschwerden sind der direkte Vorgesetzte oder der Personalrat Ansprechpartner.

3 Sicherheit im Krankenhaus

3.1 Gewährleistung einer sicheren Umgebung

Das Krankenhaus gewährleistet eine sichere Umgebung für die Patientenversorgung.

3.1.1 Verfahren zum Arbeitsschutz

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

Zur Gewährleistung des Arbeitsschutzes wurden verschiedene Fachkräfte bestellt: der betriebsärztliche Dienst, eine externe Sicherheitsfachkraft und mehrere Sicherheitsbeauftragte. Verantwortlich für die Umsetzung und Einhaltung der gesetzlichen Regelungen sind die Beauftragten für Arbeitssicherheit, Strahlenschutz, Transfusionen, Hygiene und Abfall sowie die externe Zuliefererapotheke. In Form von regelmäßigen Begehungen in den Bereichen werden die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben und Anforderungen überprüft.

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Eine Brandschutzordnung und ein den gesetzlichen Regelungen entsprechendes Brandschutzkonzept minimieren die Gefährdung durch Brand. Flucht- und Rettungswegepläne sind in den entsprechenden Fluren und an exponierten Stellen ausgehängt, so dass auch für ortsfremde Personen Fluchtwege sofort erkennbar sind. Alle MA werden durch den bestellten BSB belehrt und geschult. Für die MA liegen Handlungsanweisungen zum Verhalten im Brand- und Katastrophenfall vor. Die Brandschutzanlagen im Krankenhaus werden vierteljährlich von einer Fachfirma überprüft.

3.1.3 Verfahren zur Regelung von hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz

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

Das Krankenhaus ist in den landesrechtlichen Katastrophenschutz eingebunden und verfügt über einen aktuellen Katastrophenschutzplan mit genauen Handlungsanweisungen und Verantwortlichkeiten. Die Umsetzung und Kontrolle der gesetzlichen Vorgaben erfolgt durch einen externen Dienstleister, der auch entsprechende Schulungen und Übungen organisiert. Der Katastrophenschutzplan wurde mit den Behörden abgestimmt. Für den Katastrophenfall wurde ein Krisenstab festgelegt. Das Notstromaggregat wird monatlich überprüft.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

In unserem KH ist ein standardisiertes medizinisches Notfallmanagement etabliert, das genaue Handlungsanweisungen enthält. Standardisierte Notfallausrüstungen stehen bereit und werden regelmäßig überprüft. Auf Stationen, am Empfang sowie in den FB sind Notfallkoffer und Defibrillatoren vorhanden. Notrufe aller Art können durch eine hausweite Rufanlage ausgelöst werden. Die Alarmierungssystematik ist klar geregelt. Unsere Mitarbeiter erhalten mindestens einmal jährlich Schulungen im Umgang mit diesen Situationen, so dass sie adäquat darauf reagieren können.

3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

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

Die Patientensicherheit wird auf der Grundlage der gesetzlichen Vorschriften durch eine Vielzahl organisatorischer und baulicher Maßnahmen gewährleistet. Besonders aufsichtspflichtige Patienten erhalten eine entsprechende intensivmedizinische Betreuung. Pat. mit einem erhöhten Betreuungsbedarf werden engmaschig überwacht. Das Vorgehen bei Sicherheitsrisiken durch ansteckende Krankheiten ist entsprechend den Vorgaben des RKI geregelt. Durch Sicherheitsbegehungen gewährleisten wir eine sichere Umgebung für unsere Patienten. Das CC ist rund um die Uhr besetzt.

3.2 Hygiene

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

3.2.1 Organisation der Hygiene

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

Der Ärztliche Direktor übernimmt die Verantwortung für die Einhaltung und Umsetzung von hygienerelevanten Maßnahmen. Die Sicherstellung der Hygiene im KH erfolgt nach Gesetzen, nach Richtlinien der Fachgesellschaften und des Robert-Koch-Institutes sowie in enger Abstimmung mit den Überwachungsbehörden. Die Hygienekommission legt verbindliche Handlungsanweisungen fest. Deren Umsetzung wird durch die Hygienefachkraft, den hygienebeauftragten Arzt und Hygienebeauftragte in allen Abteilungen begleitet. Hygieneschulungen sind Pflichtfortbildungen für unsere MA.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

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

Für die Analyse hygienerelevanter Bereiche, wie auch zur Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen, werden krankenhausesweit hygienerelevante Daten erfasst. Hierbei arbeiten wir eng mit dem Gesundheitsamt zusammen. Durch die Zusammenarbeit mit dem Hygieneinstitut der Uni Regensburg können wir unsere Ergebnisse mit denen anderer Häuser vergleichen. Die Hygienekommission leitet aus den Ergebnissen bei Bedarf die Anpassung der Hygienestandards ab. Der interne und externe Meldeweg entspricht den gesetzlichen Vorgaben.

3.2.3 Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen

Hygienesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Ziel der hygienischen Maßnahmen ist der Schutz von Patienten und Mitarbeitern vor Infektionen. Die Hygienekommission plant und kontrolliert diese Maßnahmen, die auf gesetzlicher Grundlage durch umfangreiche Hygienepläne- und Standards umgesetzt werden. Eine kontinuierliche Schulung aller Mitarbeiter wird durch eine qualifizierte Hygienefachkraft gewährleistet. Schutzmaßnahmen wie Isolierung, korrekte Anwendung von Desinfektionsmitteln, die sichere Handhabung von infektiösem Material oder Meldewege und -pflichten sind klar geregelt.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.

In allen Abteilungen dienen ausgebildete Hygienebeauftragte als Multiplikatoren bei der Einhaltung der Hygienerichtlinien. In der Küche wird die Einhaltung der Vorgaben aus der Lebensmittelhygieneverordnung (HACCP) durch ein Qualitätsmanagement sichergestellt. Abteilungsspezifisch angepasste Hygieneschulungen aktualisieren regelmäßig den Wissensstand der Mitarbeiter. Die Teilnahme daran wird schriftlich dokumentiert. Die Hygienefachkraft überprüft die Einhaltung der Richtlinien durch regelmäßige Begehungen und Abklatschuntersuchungen.

3.3 Bereitstellung von Materialien

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

3.3.1 Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten

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

Die Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut- und Blutprodukten erfolgt in Verantwortung der fachkompetenten Arzneimittel- und Transfusionskommission in enger Zusammenarbeit mit den Anwendern. Arznei- und Betäubungsmittel werden nur auf Basis der aktuell verbindlichen Arzneimittel-Liste nach ärztlicher Anordnung durch die Lieferapotheke beschafft. Die transfusionsmedizinische Dienstleistung gewährleistet eine sichere und rechtskonforme Versorgung mit Blut- und Blutprodukten.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Eine angepasste Vorratshaltung und vertragliche Regelungen mit der Lieferapotheke stellen die Arzneimittelversorgung jederzeit sicher. Der korrekte Umgang mit Arzneimitteln wird bei halbjährlichen Begehungen durch die Apotheker überprüft. Betäubungsmittel werden den gesetzlichen Bedingungen entsprechend bestellt und verschlossen aufbewahrt. Die Anordnung der Medikamente zur Behandlung erfolgt durch den Arzt. Eine zeitnahe Information der Anwender über Besonderheiten von Medikamenten ist im Intranet aufgelistet.

3.3.3 Anwendung von Blut- und Blutprodukten

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

Die Transfusionskommission regelt das Verfahren zum Umgang mit Blut und Blutprodukten. In der Transfusionsmedizinischen Dienstleistung sind alle aus der Transfusionsgesetzgebung resultierenden Vorgaben geregelt und im Intranet einsehbar. Mittels Chargendokumentation ist jederzeit eine Rückverfolgbarkeit von Blut- und Blutprodukten gewährleistet. Eine ausreichende Versorgung wird durch ein Blutdepot in Kooperation mit einer externen Blutspendezentrale gesichert.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Auf der Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen und daraus resultierenden internen Regelungen ist sichergestellt, dass die Anwendung und Instandhaltung von MP nur durch qualifiziertes und eingewiesenes Personal erfolgt. Die MA werden durch die Abteilung Medizintechnik, abteilungsbezogene Geräteverantwortliche oder Beauftragte der jeweiligen Herstellerfirma in die Medizingeräte eingewiesen. Geräteverantwortliche und Gerätebeauftragte sind benannt und verfügen über die erforderlichen Schulungen. Die Überwachung und Dokumentation erfolgt EDV-gestützt.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Der Umweltschutz wird entsprechend den gesetzlichen Forderungen beachtet und durch innerbetriebliche Regelung umgesetzt. Eine möglichst geringe Umweltbelastung gehört zu unseren Unternehmenszielen. Deshalb wurde ein Wassereinsparkonzept entwickelt und umgesetzt. Ein jährliches Abfallwirtschaftskonzept wird durch den Betriebsbeauftragten erstellt. Er regelt die Verfahrensweisen bezüglich Abfällen und Recyclingmaterialien. Es erfolgt eine durchgehende Mülltrennung im gesamten Haus. Bereits beim Einkauf wird auf die umweltbezogenen Auswirkungen geachtet.

4 Informationswesen

4.1 Umgang mit Patientendaten

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

4.1.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

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

Ziel der Dokumentation ist die Nachvollziehbarkeit der Diagnostik und Therapie jedes Patienten. Um dieses zu erreichen, setzen wir hausweit ein einheitliches Dokumentationssystem ein, das von allen Berufsgruppen genutzt wird. Zusätzlich wurde ein einheitliches EDV-basiertes Krankenhausinformationssystem eingerichtet, welches alle relevanten Prozesse des Hauses abbildet. Bei den täglichen Visiten wird durch unsere Ärzte und die Pflegekräfte die Vollständigkeit der Eintragungen kontrolliert und aktualisiert.

4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

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

Die Aufzeichnung aller Tätigkeiten, insbesondere Anamnese, Diagnose, Therapie, Krankheitsverlauf, durchgeführte Therapien und deren Wirkung, werden zeitnah in einem einheitlichen Dokumentationssystem erfasst. Damit gewährleisten wir, dass der aktuelle Gesundheitszustand unserer Patienten jederzeit nachvollziehbar abzuleiten ist. Eine Kontrolle der ordnungsgemäßen Dokumentation (Vollständigkeit, Plausibilität) erfolgt in den täglichen Visiten und Übergaben sowie im Abgleich zur korrekten Codierung der Diagnosen durch das Case-Management.

4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

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

Ziel der Nutzung von Vorbefunden ist die Vermeidung von Doppeluntersuchungen sowie die Einleitung einer optimalen Behandlung. Ein zeitlich uneingeschränkter Zugriff auf Patientendaten ist sichergestellt. Berechtigte MA können über das Krankenhausinformationssystem alle digitalisierten Patientendaten jederzeit abrufen. Der Zugriff auf konventionelle Akten aus zurückliegenden Aufenthalten im Archiv ist rund um die Uhr sicher gestellt. Somit stehen uns bei einer Wiederaufnahme unserer Patienten alle relevanten Informationen schnell und zeitnah zur Verfügung.

4.2 Informationsweiterleitung

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

4.2.1 Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Bereichen

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

Die Informationsweitergabe ist in unserer Klinik über unterschiedliche Wege sichergestellt. Neben den täglichen Visiten, Dienstübergaben und Abteilungsbesprechungen zur Koordinierung der Abläufe finden regelmäßig abteilungsübergreifende und interdisziplinäre Besprechungen sowie Sitzungen von Gremien statt. Die Informationsweitergabe an weiterbehandelnde Bereiche erfolgt über Verlegungsberichte. Für berufsgruppenübergreifende Informationen stehen Intranet, Email-Verteiler und Informationstafeln zur Verfügung.

4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

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

Zentrale Auskunftsstelle ist das sog. Com-Center im Eingangsbereich, das rund um die Uhr besetzt ist. Die Mitarbeiter sind in der Lage, jederzeit qualifiziert Auskunft zu geben. Hier liegen alle notwendigen Informationen und Daten zu stationären Patienten, Ansprechpartnern im Haus, Dienstplänen, Veranstaltungen etc. vor. Alle Informationen werden unter Berücksichtigung des Datenschutzes erteilt. Der Empfang bildet die zentrale Meldestelle für das Notfallmanagement in unserem Krankenhaus. Auskunft gebende Unterlagen werden stets aktualisiert.

4.2.3 Information der Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Das Krankenhaus St. Anna informiert die interessierte Öffentlichkeit durch Mitteilungen an die Lokal-Presse, eine Haus-Broschüre, den Internet-Auftritt sowie während öffentlicher Veranstaltungen wie Vortragsreihen oder Fortbildungsveranstaltungen. Dabei sind auch die Belegärzte integriert. Regelmäßig wird ein "Tag der offenen Tür" durchgeführt, die Krankenpflegeschule führt jährlich einen Informationstag durch.

4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

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

Die Gewährleistung des Datenschutzes erfolgt auf der Grundlage des BDSG in Verantwortung der Geschäftsleitung. Der Datenschutzbeauftragte, ein aktueller Datenschutzleitfaden als Dienstanweisung, strukturierte Datenarchivierung und entsprechende Organisation der EDV-Berechtigungen gewährleisten die Einhaltung der Bestimmungen. Alle Mitarbeiter sind auf Einhaltung des Datenschutzes verpflichtet und werden regelmäßig geschult.

4.3 Nutzung einer Informationstechnologie

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

4.3.1 Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie

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

Gemäß den Anforderungen an ein modernes Kommunikationssystem setzen wir funktionelle Informationstechnik ein, die zeitlich unbegrenzt zur Verfügung stehen. So wird über das vernetzte Krankenhausinformationssystem ein umfassender Datenaustausch ermöglicht. Alle klinischen sowie administrativen PC-Arbeitsplätze sind an das EDV-System angeschlossen. Der Zugang ist passwortgeschützt. Schulungen, Einweisungen und direkte Unterstützung der EDV-Abteilung gewährleisten Umgangssicherheit mit den abteilungsspezifischen Programmen. Es existiert ein detailliertes Ausfallkonzept.

5 Krankenhausführung

5.1 Entwicklung eines Leitbildes

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

5.1.1 Entwicklung eines Leitbildes

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

In unserem Krankenhaus wurde ein zentrales Leitbild im Rahmen eines Strategieworkshops unter Beteiligung der Mitarbeiter erarbeitet. Alle Prozesse und Dienstleistungen des Hauses berücksichtigen die Leitbildinhalte und gewährleisten somit eine durchgehende Beachtung und Umsetzung. Mitarbeiter-Rückmeldungen bezüglich des Leitbildes werden z. B. durch Befragungen und Mitarbeitergespräche aufgenommen und fließen in dessen Weiterentwicklung ein. Bereits im Einstellungsgespräch werden neue Mitarbeiter mit dem Krankenhausleitbild vertraut gemacht.

5.2 Zielplanung

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

5.2.1 Entwicklung einer Zielplanung

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

Die Zielplanung ist ein elementarer Bestandteil der Unternehmensplanung und leitet sich direkt vom Leitbild ab. Ausgehend von einem Entwicklungsprozess zwischen medizinischem Fortschritt und gesetzlichen Rahmenbedingungen entwickeln wir eine jährliche Zielplanung, die eine Unternehmensentwicklung beinhaltet. Die Zielplanung ist das strategische Steuerungsinstrument. Entsprechend des Leitbildes werden Schwerpunkte gesetzt, wie z.B. Personalentwicklung, Fort- und Weiterbildung, Qualitätsentwicklung sowie kontinuierliche Optimierung der Behandlungsprozesse.

5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

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

Die Organisationsstrukturen, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten des Krankenhauses sind in einem Organigramm dargestellt. Bei Veränderungen wird das Organigramm aktualisiert und veröffentlicht. Turnusmäßig erfolgt eine Überprüfung auf Aktualität. Weitere Verantwortlichkeiten sind durch Beauftragungen klar geregelt und dokumentiert. Bei Projekten werden hierarchie- und berufsgruppenübergreifende Gruppen gebildet, sofern das Projektthema dies erfordert.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

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

Es wird jährlich ein Wirtschaftsplan erstellt, der den Finanz-, Investitions- und Stellenplan der Klinik beinhaltet und vom Vorstand verantwortet wird. Die Aufnahme von Investitionen wird zusammen mit den Kostenstellenverantwortlichen entschieden. Neben dem jährlichen Wirtschaftsplan wird eine 5-Jahresplanung für das Kommunalunternehmen erstellt. Mit Drittmitteln, Spenden und Studiengeldern wird gesetzeskonform und transparent umgegangen. Eine Überprüfung erfolgt kontinuierlich.

5.3 Sicherstellung einer effektiven und effizienten Krankenhausführung

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

5.3.1 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Leitungsgremien und Kommissionen

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

In unserem Haus sind unter Einbeziehung der gesetzlichen Vorgaben verschiedene Gremien etabliert (Arzneimittel-, Hygiene-, Arbeitssicherheit und QM (QMK)). Verantwortlichkeiten, Aufgaben etc. sind in der jeweiligen Geschäftsordnung festgelegt. Ergebnisse werden der Geschäftsführung mitgeteilt bzw. zur Entscheidung vorgelegt. Zu allen Sitzungen von Gremien werden Tagesordnungen und Ergebnisprotokolle erstellt und den Mitgliedern zugestellt. Die Arbeit der Gremien wird aufeinander abgestimmt und durch die Beteiligung vieler Führungskräfte koordiniert.

5.3.2 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung

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

Die regelhafte und strukturierte Kommunikation innerhalb der Krankenhausführung wird durch die monatlich stattfindenden Sitzungen der Krankenhausleitung sowie weiteren Besprechungsgremien und Sitzungen sichergestellt. Die meisten Gremien sind interdisziplinär besetzt. Dadurch wird eine abteilungsübergreifende Kommunikation und Information sichergestellt. Die sich daraus ergebenden Informationen werden von den Teilnehmern an die nachgeordneten Mitarbeiter weitergegeben.

5.3.3 Information der Krankenhausführung

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

Ziel der Information der Krankenhausleitung über hausinterne Aktivitäten ist es, die Information als Frühwarnsystem zu nutzen, um Fehlentwicklungen zu vermeiden. Deshalb ist ein aufeinander abgestimmtes Besprechungswesen etabliert, so dass eine durchgehende Informationsweiterleitung gewährleistet ist. Durch eine Berichtsstruktur erhält die Krankenhausleitung monatlich eine Übersicht wichtiger Kennzahlen. Über besondere Vorkommnisse in den Abteilungen werden die jeweiligen Vorgesetzten unmittelbar informiert.

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

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

Eine vertrauensvolle Zusammenarbeit von Mitarbeitern und Leitung ist als Unternehmensziel in unserem Leitbild definiert. Dazu werden umfassende Strukturen und Maßnahmen der Vertrauensförderung gepflegt, um die Mitarbeiter positiv an unser Unternehmen zu binden. Durch persönliche Gespräche und die turnusmäßige Mitarbeiterbefragung kann die Zufriedenheit der Mitarbeiter bewertet und Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet werden.

5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben

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

5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

Im Krankenhaus werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt.

Der Umgang mit ethischen Problemstellungen wird bei uns direkt aus dem Leitgedanken des "Humanen Krankenhauses" begründet. In einer Ethikkommission, der Vertreter des Hauses sowie der Krankenhausseelsorge angehören, werden grundsätzliche ethische Problemstellungen erörtert. Es wurde ein Projekt "Moses" initiiert für anonyme Geburten bei Müttern, die ihr Kind nicht betreuen wollen. Außerdem wurde eine Bestattungsregelung für verstorbene Frühgeborene etabliert.

5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

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

Das Ziel unseres humanen Krankenhauses ist es, auch auf die individuellen Bedürfnisse von Sterbenden einzugehen. Um dies sicherzustellen, wird aktiv nach Patientenverfügungen gefragt. Die Krankenhausseelsorger informieren über die christliche Patientenverfügung. Alle mit dem Patient in Kontakt stehenden Berufsgruppen gewähren eine angemessene Sterbebegleitung, die Seelsorge, Beratung von Angehörigen oder auch Schmerzlinderung beinhaltet. Hierfür haben wir speziell geschulte Mitarbeiter und Seelsorger.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

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

Beim Umgang mit Verstorbenen ist uns die Achtung der Würde ein wichtiges Anliegen. Um dies zu erreichen, arbeiten alle beteiligten Berufsgruppen eng mit der Krankenhausseelsorge zusammen. Um einen angemessenen Rahmen für den Abschied zu erreichen, wurde ein hausweiter Pflegestandard erarbeitet, der den Umgang mit Verstorbenen beschreibt. Zusätzlich steht ein eigens eingerichteter Abschiedsraum zur Verfügung, in dem die Angehörigen sich würdevoll von Verstorbenen verabschieden können.

6 Qualitätsmanagement

6.1 Umfassendes Qualitätsmanagement

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

6.1.1 Einbindung aller Krankenhausbereiche in das Qualitätsmanagement

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

Grundlage unseres Qualitätsmanagements ist ein integriertes Qualitätsmanagementsystem. In diesem Konzept werden die Umsetzung und die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements unserer Klinik festgelegt. Aus der Qualitätspolitik werden Qualitätsziele und Qualitätskennzahlen abgeleitet. Vorrangiges Ziel ist es, die Behandlungsqualität sicherzustellen. Alle Maßnahmen werden mittels geeigneter Überprüfungsinstrumente auf Zielerreichung überprüft. Mitarbeiter aus allen Bereichen sind an der Umsetzung beteiligt.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

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

Die Qualitätsziele orientieren sich am Leitbild, der Qualitätspolitik, den Unternehmenszielen, den Erwartungen unserer Patienten, Einweiser, MA und Kooperationspartner. Sie sind Teil der Gesamtzielplanung der Klinik. Die KH-Führung ist verantwortlich an der Erstellung von Qualitätszielen beteiligt. Dies wird auch durch die Berufung eines QM-Beauftragten verdeutlicht. Konkrete Ziele auf Abteilungsebene ergeben sich z.B. aus Patientenbefragungen. Zur Umsetzung werden zielorientiert unsere MA in Arbeits- und Projektgruppen sowie Qualitätszirkel mit einbezogen.

6.2 Qualitätsmanagementsystem

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Die Koordination des Qualitätsmanagements erfolgt durch den Qualitätsmanagementbeauftragten und die regelmäßig tagende Qualitätsmanagementkonferenz. Das Qualitätsmanagement ist als Stabstelle dem Vorstand zugeordnet. Dadurch wird gewährleistet, dass Entscheidungen und die Umsetzung der Qualitätsziele zügig vorangetrieben werden. Die im Rahmen der Selbstbewertungen identifizierten Verbesserungsprojekte werden in einer definierten Projektstruktur bearbeitet und auf ihre Zielerreichung überprüft.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

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

Zur Sicherstellung einer hohen medizinischen und pflegerischen Qualität und zur Optimierung der Arbeitsabläufe sind Methoden interner Qualitätssicherung implementiert. Neben dem Sammeln von qualitätsrelevanter Daten wie z.B. Unfall-/ Dekubitusstatistik, Infektionsrate etc. wird die interne Qualitätssicherung in festgelegten regelmäßigen Intervallen durch Qualitätsüberprüfungen sichergestellt, z.B. umfangreiche Hygienekontrollen, Transfusionskommission und Arzneimittelkommission.

6.3 Sammlung und Analyse qualitätsrelevanter Daten

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

6.3.1 Sammlung qualitätsrelevanter Daten

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

Zuständig für die Teilnahme an der externen Qualitätssicherung sind die jeweiligen Chefärzte, die dieser Aufgabe beispielsweise durch Benennung eines verantwortlichen Arztes nachkommen. Klinische Qualitätsindikatoren werden regelmäßig erfasst, ausgewertet und in einem Controllingbericht zusammengefasst. Fortlaufende Patientenbefragungen überprüfen die Qualität der Leistungen aus Patientensicht. Komplikationsraten werden regelmäßig erfasst und ausgewertet.

6.3.2 Nutzung von Befragungen

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

Befragungen nutzen wir in unserer Klinik als Instrument zur Qualitätsbeurteilung. Es werden Befragungen von Patienten, Mitarbeitern und Einweisern in festgelegten Zeitabständen durchgeführt. Die Ergebnisse werden den Mitarbeitern vorgestellt. Anschließend nutzen wir die Daten dazu, gezielt Verbesserungsmaßnahmen zu planen und einzuleiten, z.B. Etablierung eines betrieblichen Vorschlagswesens, Umsetzung des Projektes "Rauchfreies Krankenhaus".

6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Die Meinung der Patienten ist uns wichtig. Deshalb nutzen wir ein "Frühwarnsystem" bei Patientenwünschen, bei dem jeder Mitarbeiter als Ansprechpartner des Patienten fungiert. Hierdurch können wir schnell auf die Wünsche oder Beschwerden des Patienten eingehen. Ergänzend hierzu verwenden wir eine strukturiert durchgeführte Patientenbefragung, deren Ergebnisse Ausgangspunkt für Änderungsprojekte darstellen. Schriftliche Beschwerden werden unverzüglich bearbeitet und der Krankenhausleitung vorgelegt.

6.4 Externe Qualitätssicherung nach §137 SGB V

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

6.4.1 Beteiligung an der externen Qualitätssicherung

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

Zur Erfüllung der gesetzlichen Qualitätssicherungsvorgaben haben wir für jede Fachabteilung einen verantwortlichen Arzt benannt, der für die EDV-gestützte Dokumentation verantwortlich ist. Im Krankenhausinformationssystem gewährleistet ein eigenes Programm die vollständige Dokumentation. Die Prüfberichte werden regelmäßig an die entsprechenden Einrichtungen versendet. Mindestens zweimal jährlich finden Prüfungen durch das Gesundheitsamt, mindestens einmal jährlich Lebensmittelkontrollen durch das Landratsamt statt.

6.4.2 Umgang mit Ergebnissen der externen Qualitätssicherung

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

Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung werden intern durch alle Chefärzte ausgewertet und analysiert. Bei Bedarf werden Veränderungen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements in den Behandlungsstandards und Prozessen abgeleitet. In allen Bereichen liegen die Ergebnisse des Krankenhauses innerhalb der gesetzten Grenzwerte. Bisher sind in keiner Abteilung Auffälligkeiten zu verzeichnen gewesen. Durch die Ergebnisauswertung können die eigenen Ergebnisse mit denen anderer Krankenhäuser verglichen werden.