



KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Krankenhaus Bethanien Moers
Institutionskennzeichen:	260511510
Anschrift:	Bethanienstraße 21 47441 Moers
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2016-0048 KH
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	WIESO CERT GmbH, Köln
Gültig vom:	04.11.2016
 bis:	03.11.2019
Zertifiziert seit:	04.11.2004

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	7
1 Patientenorientierung	8
2 Mitarbeiterorientierung.....	11
3 Sicherheit.....	13
4 Informations- und Kommunikationswesen	15
5 Führung	17
6 Qualitätsmanagement.....	19

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, alternative Wohnformen und Rettungsdienstleistungen.

Gesellschafter der KTQ® sind die Bundesärztekammer (BÄK), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Deutsche Pflegerat (DPR) 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 Kriterien, die sich auf die

- Patientenorientierung,
 - die Mitarbeiterorientierung,
 - die Sicherheit,
 - das 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-Dachverband, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Knappschaft

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren® gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft.

Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

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

Wir freuen uns, dass das **Krankenhaus Bethanien Moers** 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 <http://www.ktq.de/> abrufbar.

Dr. 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



Im Jahre 1852 wurde die Stiftung Krankenhaus Bethanien für die Grafschaft Moers gegründet. Im Verlauf der langjährigen und wechselvollen Geschichte entwickelte sich das Krankenhaus zu einem nicht mehr weg zu denkenden medizinischen Versorgungsschwerpunkt am Niederrhein. Die Entwicklung unserer Stiftung ist eng mit dem Bergbau in der Region und mit der Stadt Moers verbunden.

Als Akutkrankenhaus der Regelversorgung ist das Krankenhaus Bethanien mit 510 Betten in 12 Fachabteilungen das größte Akutkrankenhaus des Kreises Wesel und versieht in vielen Bereichen medizinische Schwerpunktaufgaben.

Das Zentrallabor mit integrierter Mikrobiologie sowie ein allergologisches und ein immunologisches Labor komplettieren die umfassenden diagnostischen Möglichkeiten.

Circa 1000 Mitarbeiter sorgen dafür, dass sich unsere Patienten wohl fühlen und fachlich sehr gut versorgt sind.

Mit den Grundgedanken:

Miteinander - Würde - Menschlichkeit

wird die christliche Grundeinstellung der Stiftung in unserem Leitbild deutlich gemacht.

Gleichermaßen legen wir besonderen Wert auf den Erhalt und die Steigerung unserer fachlichen Kompetenz. Neben der fachärztlichen Weiterbildung in den verschiedenen Kliniken und der permanenten Fortbildung in allen Berufsgruppen bilden wir nicht nur in Kranken- und Kinderkrankenpflege, sondern auch in den Berufen des Verwaltungsdienstes und in der Küche aus.

Das Krankenhaus - als Teil der Stiftung - hat sich im Jahre 2000 entschieden ein umfassendes Qualitäts- und Risikomanagement-System aufzubauen, einzuführen und umzusetzen.

Mit Hilfe dieser Führungsmethode wollen wir die ständig steigenden Anforderungen und Erwartungen unserer Gesellschaft, vor allem der Patienten, der Angehörigen und der Kostenträger an die Qualität unserer Dienstleistungen in noch höherem Maße erfüllen sowie die Herausforderungen des Marktes im Gesundheits- und Sozialwesen annehmen.

Die Umsetzung und Anwendung unseres umfassenden QM-Systems kann nur durch die Integration aller Mitarbeiter des Krankenhauses Bethanien Moers gelingen.

Deshalb haben wir bewusst einen ‚eigenen‘ Weg eingeschlagen. Mit je einem Vertreter aus den Bereichen ärztlicher Dienst - Pflegedienst - Verwaltungsdienst wurde ein interprofessionelles Team zusammengestellt, das gemeinsam mit dem Direktorium alle Mitarbeiter aufgeklärt, geschult und letztendlich ‚an Bord‘ geholt hat.

Die (wiederholte) Zertifizierung unseres umfassenden Qualitäts- und Risikomanagement-Systems nach KTQ ist konsequenterweise immer wieder ein entscheidender Meilenstein auf dem Weg der kontinuierlichen Verbesserung unserer aller Arbeit.

Weitere Informationen über unser Krankenhaus erhalten Sie auch unter:

www.bethanien-moers.de

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung:

Wir informieren unsere Patienten frühzeitig und ausführlich über die Abläufe während der Aufnahme und des Aufenthaltes. Dies betrifft sowohl die medizinische Vorbereitung als auch die organisatorischen Abläufe und die möglichen Hilfestellungen bei der Aufnahme. Ein vielfältiges Angebot an Informationsschriften und -veranstaltungen geben weitere Hinweise. Die enge Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten ist selbstverständlich. Unser Krankenhaus ist gut mit dem PKW und mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen. Zahlreiche Parkplätze stehen zur Verfügung.

Alle Abteilungen halten eine Anzahl von Betten für geplante und für ungeplante Aufnahmen vor. Zu jeder Zeit haben wir einen genauen Überblick über die Belegung aller Stationen und Abteilungen, so dass eine Zuordnung nach Art der Erkrankung und / oder Schweregrad möglich ist.

Die Gebäude in unserem Krankenhaus sind alle mit einem Buchstaben bezeichnet. Diese Bezeichnung - zusammen mit der Angabe der Etage - ermöglicht den Patienten und Besuchern das Finden der Stationen. Alle Untersuchungseinheiten und die Notfall-Ambulanz sind als solche ausgeschildert. An der Information - die über die Wege im Krankenhaus informiert - stehen auch Kofferkulis und Rollstühle zur Verfügung. Unser "Grünen Damen und Herren" begleiten die Patienten bei Bedarf zur Station.

1.1.2 Leitlinien:

Auf der Grundlage interner Regelungen werden die Patienten individuell behandelt. Die Regelungen werden mindestens alle zwei Jahre überprüft und dem aktuellen, wissenschaftlichen Stand (Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften, Expertenstandards Pflege, u. a.) angeglichen. Regelungen zu Behandlungen, die in allen Abteilungen durchgeführt werden, wurden abteilungsübergreifend entwickelt. Sämtliche Regelungen werden über ein Informations-System allen Mitarbeitern bekannt gegeben und stehen an jedem Arbeitsplatz zur Einsicht zur Verfügung.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten:

In allen Phasen der Diagnostik und Behandlung werden die Patienten umfassend informiert. Dies geschieht in persönlichen, vertraulichen Gesprächen sowie über geeignete Aufklärungsbögen. Der Patientenwille - falls vorliegend als formulierte Patientenverfügung - wird erfragt und berücksichtigt. In der Kinderklinik und in der Geburtshilfe (Familienzimmer) ist die Aufnahme von Begleitpersonen in der Regel möglich, in den anderen Abteilungen wird sie bei Bedarf ermöglicht.

Über die Begleitung und Betreuung durch Pflegekräfte und Ärzte hinaus, stehen Mitarbeiter der Krankenhausseelsorge, des Sozialdienstes sowie eine psychoonkologische Betreuung für unsere Patienten beratend / betreuend zur Verfügung.

Schulungsprogramme (z. B. Diabetes, Asthma) und der enge Kontakt zu Selbsthilfegruppen runden das Informationsangebot für unsere Patienten ab.

1.1.4 Service, Essen und Trinken:

Überwiegend sind unsere 1 - 3 Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle ausgestattet. Alle Zimmer / Betten bieten TV / Radio, Telefon und Wertfächer. Die Stationen verfügen über Tagesräume. Eine Cafeteria, ein Kiosk, ein Friseursalon, eine Patientenbücherei sowie die Krankenhauskapelle stehen zur Verfügung.

Frühstück und Abendessen können individuell zusammengestellt werden, für das Mittagessen kann aus 3 Gerichten ausgewählt werden, falls keine spezielle Diät vorgeschrieben ist. Dabei werden kulturelle und religiöse Aspekte berücksichtigt. Eine "Hotline" zur Küche sowie eine Diätberatung können in Anspruch genommen werden.

1.1.5 Kooperationen:

Das Haus hält ein umfangreiches Netzwerk mit externen und internen Kooperationspartnern vor. Dazu finden zahlreiche fachabteilungs- und berufsübergreifende Besprechungen / Visiten / Fallkonferenzen (Tumorboard) statt.

Interne und externe Transporte finden - in Abhängigkeit vom Krankheitsbild und vom individuellen Zustand - in Begleitung statt.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung:

Unser Krankenhaus steht rund um die Uhr für die (Notfall-)Aufnahme und Versorgung von Patienten zur Verfügung. Dazu ist unsere Zentrale Notaufnahme zu jeder Zeit mit qualifiziertem Personal besetzt. Von dort werden - in Abhängigkeit von der Erkrankung / Verletzung - alle Fachabteilungen zur

Notfallversorgung hinzugezogen. Die Übernahme der Patienten vom Rettungsdienst erfolgt anhand festgelegter Vorgehensweisen, die in Abstimmung mit dem Rettungsdienst erstellt wurden. Unser Krankenhaus ist als lokales Traumazentrum Teil des Traumanetzwerkes Düsseldorf.

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung:

Alle Fachabteilungen verfügen über Ambulanzen - zum Teil mit besonderen fachlichen Schwerpunkten. In Abhängigkeit von der Zulassung der Ambulanz werden Patienten nach Überweisung durch den Haus- oder Facharzt weiter- / mitbehandelt. Auf dem Krankenhausgelände befindet sich außerdem die kassenärztliche Notfallpraxis der niedergelassenen Ärzte in Moers.

Die Abläufe in den Ambulanzen folgen den allgemeinen Regelungen zur Aufnahme (Information des Patienten, Zusammenarbeit mit dem überweisenden Arzt, Nutzung von Vorbefunden).

1.3.2 Ambulante Operationen:

In allen operativen Abteilungen wird das ambulante Operieren angeboten. Nach Ein- / Überweisung wird in den Ambulanzen geprüft ob der Eingriff unter Berücksichtigung aller Umstände und Risikofaktoren ambulant durchgeführt werden kann. Alle notwendigen Voruntersuchungen werden - soweit noch nicht durch den niedergelassenen Arzt geschehen - im Rahmen der ambulanten Sprechstunden durchgeführt. Die Patienten werden in der "Operativen Tagesklinik" unmittelbar auf die Operation vorbereitet und nach der Operation betreut (Überwachung, Schmerztherapie,...). Notwendige Schmerzmedikamente werden nach der Abschlussuntersuchung mitgegeben. Die Begleitung nach Hause wird bereits im Vorfeld geklärt und ggf. vom Krankenhaus organisiert.

1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung:

Im Rahmen der stationären Aufnahme erfolgen eine Untersuchung und die Erhebung der sog. "Krankengeschichte" durch den Arzt. In Abhängigkeit von Beschwerden und Befunden erfolgt die weitere Diagnostik gemäß unserer internen Leitlinien. Gleiches gilt für die pflegerische Aufnahme.

Eine Vorstellung bei einem Oberarzt erfolgt spätestens zum Ende oder zu Beginn der Regelarbeitszeit - in dringlichen Fällen sofort. Bei Bedarf werden weitere Abteilungen / Kollegen des Hauses in die Behandlungsplanung integriert.

Über alle diagnostischen Maßnahmen sowie die weitere Behandlungsplanung wird der Patient (und bei Zustimmung ggf. der Angehörige) informiert.

1.4.2 Therapeutische Prozesse:

Die therapeutischen Prozesse sind in vielfältigen (ca. 300) abteilungsbezogenen und abteilungsübergreifenden Leitlinien geregelt. Dies gilt sowohl für ärztliche wie für pflegerische und auch physiotherapeutische Maßnahmen. Alle Leitlinien werden regelmäßig auf Aktualität (z. B. Leitlinien der Fachgesellschaften, Expertenstandards Pflege, Studien) überprüft und ggf. angepasst. Über interne und externe Fortbildungen werden die Mitarbeiter qualifiziert und informiert. Die Aufklärung unserer Patienten erfolgt in persönlichen und vertraulichen Gesprächen unterstützt durch Aufklärungsformulare und Informationsbroschüren.

1.4.3 Operative Verfahren:

Nach Indikationsstellung durch einen Facharzt erfolgt in Abhängigkeit vom geplanten Eingriff und von der allgemeinen Verfassung des Patienten eine festgelegte Vorbereitung auf die Operation / Anästhesie. Dazu zählen auch besondere Maßnahmen zur Vermeidung von Verwechslungen.

Die OP-Organisation und -koordination erfolgt über den OP-Koordinator in Absprache mit den OP-verantwortlichen Oberärzten der jeweiligen Fachabteilung. Dabei werden Dringlichkeit und Kapazitäten - auch der Intensivstation - berücksichtigt.

Für die postoperative Schmerztherapie gilt ein krankenhausesweit gültiges Schmerzkonzept.

1.4.4 Visite

Werktäglich finden Visiten durch den Stationsarzt statt - in der Regel zu festen Zeiten / in festgelegten Zeit-Fenstern. Einmal pro Woche wird diese gemeinsam mit dem Oberarzt und einmal pro Woche gemeinsam mit dem Chefarzt durchgeführt. An den Wochenenden finden tägliche Visiten bei ausgewählten Patienten (Notfälle, besonderer Schweregrad der Erkrankung) statt.

Auf der Intensivstation finden die Visiten zweimal täglich statt, in der Regel gemeinsam mit dem Oberarzt der jeweiligen behandelnden Abteilung.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär:

Diagnostische und therapeutische Maßnahmen erfolgen - wenn möglich - bereits prästationär oder in Fortsetzung der Behandlung poststationär durch die Ambulanzen der Fachabteilungen. Die prästationäre

nären Maßnahmen werden so geplant und koordiniert, dass diese möglichst reibungslos innerhalb eines Besuches erfolgen können.

Für die Information des Patienten und die Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Arzt gelten die üblichen Regelungen.

1.5.1 Entlassung

Bei einer anstehenden Entlassung werden frühzeitig die nächsten Schritte im Rahmen der Weiterversorgung geplant. Dies berücksichtigt die Verlegung / Überleitung in andere Versorgungsbereiche (z. B. Reha-Kliniken, Weiterversorgung durch niedergelassene Ärzte, ambulanter Pflegedienst, Sanitätshäuser) wie auch die Frage des Transportes bzw. einer notwendigen Begleitung. Regelhaft wird ein Entlassungsgespräch / eine Entlassungsuntersuchung durchgeführt. Ein Arztbrief wird - manchmal in Kurzform mit folgendem ausführlichen Brief - regelhaft mitgegeben, gleiches gilt für die Weitergabe weiterer Informationen / Therapie-Pässe.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung:

Bereits am Aufnahmetag wird geprüft, ob eine Weiterbetreuung nach dem Krankenhausaufenthalt notwendig sein könnte. In diesem Fall werden - gemeinsam mit dem Krankenhaussozialdienst - die notwendigen Maßnahmen frühzeitig ergriffen.

Bei der Entlassung erhält der Patient - im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben - Medikamente für die Zeit bis zum nächstmöglichen Arzttermin (bei ambulanten Operationen für die nächsten 3 Tage). Hilfsmittel werden frühzeitig beantragt, eine Versorgung noch während des Krankenhausaufenthaltes ist in der Regel gewährleistet.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten:

Gemäß unserem Leitbild "Miteinander - Würde - Menschlichkeit" sorgen wir für eine angemessene Begleitung / Betreuung sterbender Patienten. Dies geschieht unter Berücksichtigung individueller Wünsche und ggf. unter Einbeziehung weiterer Personen z. B. Seelsorge, Sozialdienst, externe Begleiter. Eine ausreichende Schmerztherapie ist auch in dieser Phase sichergestellt. Raum und Zeit zum Abschied-Nehmen wird zur Verfügung gestellt.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen:

Der Umgang mit Verstorbenen erfolgt unter Berücksichtigung individueller, religiöser oder kultureller Wünsche. Angehörige werden begleitet und betreut und erhalten Zeit um sich verabschieden zu können. Besondere Regelungen unterstützen den Umgang mit Fehl- und Totgeburten.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Die Personalplanung erfolgt abteilungs- und berufsgruppenbezogen anhand der Leistungsdaten des Krankenhauses unter Berücksichtigung von notwendigen Mindestbesetzungen. Dabei werden folgende Daten zur Berechnung herangezogen: Fallzahlen, Schweregrad / Pflegebedürftigkeit / Liegedauer / neue Geräte und Verfahren / Fluktuationsrate / Ausfallzeiten / Überstundenquote.

In allen Berufsgruppen wird auf eine entsprechend hohe Quote von Fachpersonal geachtet.

2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Ziel der Personalentwicklung - unter Verantwortung der jeweiligen Vorgesetzten - ist die Sicherstellung der notwendigen Qualifikation für entsprechende Tätigkeiten. Basierend auf aktuellen und zukünftigen Anforderungen sowie den Karriere-Wünschen der Mitarbeiter werden im Rahmen regelmäßiger Gespräche zwischen Vorgesetztem und Mitarbeiter die Kompetenzen des Mitarbeiters beurteilt und über weitere Qualifizierungsmaßnahmen entschieden.

Zur Darstellung der aktuellen Anforderungen - auch im Rahmen der Neubesetzung von Stellen - sind für die meisten Arbeitsbereiche Stellen- bzw. Funktionsbeschreibungen erstellt worden.

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Für jeden neuen Mitarbeiter wird ein Einarbeitungskonzept erstellt, das zeitlich gegliedert für eine Vorstellung der wesentlichen Tätigkeiten und Inhalte sorgt. Dem neuen Mitarbeiter wird ein erfahrener Kollege zur Einarbeitung zur Seite gestellt. In vorgeschriebenen Abständen finden Gespräche zur Bewertung der Einarbeitungsphase statt. Darüber hinaus nehmen die neuen Mitarbeiter an einem Einführungstag teil, an dem wesentliche Themen durch die jeweiligen Beauftragten vorgestellt werden (z. B. Arbeitssicherheit, Brandschutz, Hygiene).

2.2.3 Ausbildung

Am Krankenhaus ist eine staatlich anerkannte Kranken- und Kinderkrankenpflegeschule etabliert. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Lehrer und pädagogisch geschulten Pflegekräften vor Ort sorgt für die enge Verzahnung von theoretischem Unterricht und praktischer Unterweisung. Der Kreißaal ist praktischer Ausbildungsort einer kooperierenden Hebammenschule. Die Intensivstationen und weitere Funktionsbereiche sind praktische Einsatzorte für unterschiedliche Fachweiterbildungen (z. B. Fach(kinder)krankenpflege Intensiv / Anästhesie, OP, Endoskopie, Dialyse, Onkologie). Darüber hinaus bildet das Krankenhaus in folgenden Berufen aus: Kaufmann /-frau im Gesundheitswesen, Kaufmann /-frau für Bürokommunikation, Informatikkaufmann /-frau, Koch / Köchin, Fachkraft für Systemgastronomie.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Unter Berücksichtigung der aktuellen und zukünftigen Anforderungen des Arbeitsbereiches, der Kompetenzen und Wünsche der Mitarbeiter sowie gesetzlicher und sonstiger Anforderungen erstellen die Vorgesetzten einen Fortbildungs- / Qualifizierungsplan. Diese Qualifizierungsmaßnahmen können interne Fortbildungen und Trainings oder externe Fortbildungen und Kongresse sowie Literaturstudium beinhalten. Für die Fortbildung innerhalb des Krankenhauses ist die Bethanien-Akademie zuständig, die den Fortbildungsbedarf erhebt und entsprechende interne Fortbildungen anbietet. Entsprechend ausgestattete Räumlichkeiten, Unterrichts-Materialien, Bücher, Zeitschriften und Online-Datenbanken stehen zur Verfügung.

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Ausgehend von unserem Leitbild "Miteinander - Würde - Menschlichkeit" sind Führungsgrundsätze formuliert, die die Mitarbeiterorientierung zur Grundeinstellung der Vorgesetzten machen. Im Rahmen der Mitarbeiter-Zielvereinbarungsgespräche werden Bedürfnisse und Ideen der Mitarbeiter erhoben und bei Bedarf / Möglichkeit entsprechende Maßnahmen eingeleitet.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Die Arbeitszeit orientiert sich an dem geltenden Tarifvertrag. Für den überwiegenden Teil der Abteilungen existiert ein elektronisches Dienstplan- und Arbeitszeiterfassungssystem. Dieses ermöglicht die Überprüfung der Einhaltung der Arbeitszeit und eine vorausschauende Personaleinsatzplanung. Die Wünsche der Mitarbeiter werden berücksichtigt, neue Arbeitszeitmodelle erprobt.

2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Die Förderung der Suche nach Ideen der Mitarbeiter ist ein formulierter Führungsgrundsatz. Im Rahmen der Mitarbeiter-Zielvereinbarungsgespräche werden Ideen, Wünsche und Beschwerden erfragt. Darüber hinaus haben alle Mitarbeiter die Möglichkeit ihre Beschwerden und Vorschläge im Rahmen des Beschwerdemanagements weiterzuleiten.

3 Sicherheit

3.1.1 Arbeitsschutz

Zur Umsetzung des Arbeitsschutzes hat das Krankenhaus - im Interesse der Mitarbeiter und der Patienten - Kommissionen und Mitarbeiter beauftragt. Die mit dem Arbeitsschutz beauftragten Mitarbeiter und der Betriebsarzt begehen regelmäßig alle Bereiche des Krankenhauses und beraten und schulen die Leitungen und Mitarbeiter aller Abteilungen. Die Kommissionen tagen regelmäßig und beraten über Verbesserungen, die sich aus neuen Erkenntnissen, den Begehungen und den Meldungen von Mitarbeitern ergeben.

3.1.2 Brandschutz

Der Brandschutzbeauftragte unseres Krankenhauses arbeitet zur Umsetzung des Brandschutzes mit der Feuerwehr zusammen. Er schult und informiert alle Mitarbeiter regelmäßig zu Themen wie Brandvermeidung und Verhalten im Brandfall. Überall in unserem Krankenhaus sind Informationstafeln angebracht, die unseren Mitarbeitern - aber auch unseren Patienten und deren Angehörigen - die entsprechenden Verhaltensweisen aufzeigen und über Flucht- und Rettungswege informieren. Die Brandmeldeanlage entspricht dem neuesten Stand der Technik.

3.1.3 Umweltschutz

Zum schonenden Umgang mit unserer Umwelt wurde ein umfassendes Umweltmanagement eingeführt, das durch konkrete Regelungen und Zielsetzungen ergänzt wird. Im gesamten Krankenhaus wird der Abfall sortiert und wo möglich dem Recycling zugeführt, Maßnahmen zur Abfallvermeidung werden umgesetzt. Jede Anschaffung und alle Verfahren im Krankenhaus werden auf ihre Umweltverträglichkeit überprüft. Zur Erfassung - und damit zu besserer Steuerung - des Energieverbrauches wurde eine Gebäudeleittechnik installiert.

3.1.4 Katastrophenschutz

Für den Fall, dass gleichzeitig viele Verletzte oder Erkrankte in unser Krankenhaus kommen - z. B. im Rahmen eines Groß-Unfalls oder einer Katastrophe - ist unser Krankenhaus durch entsprechende Planungen vorbereitet. Das betrifft sowohl die Alarmierung aller Mitarbeiter als auch die Umrüstung und Ausrüstung entsprechender Räumlichkeiten. Auch für den Fall, dass das Krankenhaus evakuiert werden muss, liegt ein entsprechender Plan vor.

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Zur Vermeidung des Ausfalls wichtiger technischer Einrichtungen werden diese einer regelmäßigen Wartung und Überprüfung unterzogen. Ausfallkonzepte liegen vor und werden regelmäßig geprobt. Außerhalb der Regelarbeitszeiten besteht eine Rufbereitschaft der Abteilungen Technik und EDV.

3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Um die Patientensicherheit zu gewährleisten, gibt es unterschiedliche Anweisungen, die - ausgehend von konkreten Gefährdungssituationen - entsprechende Schutzmaßnahmen regeln. Dies betrifft die Begleitung von Patienten bei Transporten und während Wartezeiten, die Überwachung und Betreuung in besonderen Situationen, den Schutz vor sich selbst und vor anderen Patienten. Für die besonderen Schutzbedürfnisse unserer kleinen Patienten sind die Stationen entsprechend ausgestattet und die Zugangsbereiche sind entsprechend gesichert und überwacht.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Rund um die Uhr sind Notfallteams (für Erwachsene / Kinder sowie Säuglinge / Früh- und Neugeborene) einsatzbereit, um bei medizinischen Notfällen eingreifen zu können. Damit aber mit dem Beginn der Maßnahmen nicht gewartet wird, bis das entsprechende Team vor Ort ist, werden alle Mitarbeiter des pflegerischen und ärztlichen Dienstes sowie anderer patientennaher Bereiche einmal pro Jahr zu einer Fortbildung verpflichtet. Auf jeder Station / in jedem Behandlungsbereich steht die entsprechende Notfallausrüstung zur Verfügung.

3.2.3 Hygienemanagement

Die Verantwortung für die Organisation der Hygiene in unserem Krankenhaus liegt bei der Hygienekommission und den jeweiligen Abteilungsleitungen. Ausgehend von der Hygienekommission werden alle Belange der Hygiene in klaren Richtlinien für alle Bereiche des Hauses - regelmäßig aktualisiert - geregelt. Dabei stimmen sich die Hygienefachkraft, die hygienebeauftragten Ärzte und die hygienebeauftragten Pflegekräfte mit einem externen Institut beratend ab. Durch regelmäßige Begehungen und

Schulungen wird die Umsetzung der Richtlinien sichergestellt.

3.2.4 Hygienerrelevante Daten

Zur Verringerung von Infektionen, die im Krankenhaus erworben werden, gibt es Richtlinien, die der Erfassung und Meldung solcher Infektionen dienen. Die Auswertung dieser Ergebnisse erfolgt in der Hygienekommission, die dann die entsprechenden Maßnahmen plant, einleitet und überprüft. Für einige - ausgewählte - Therapieverfahren nimmt unser Krankenhaus an einer externen Untersuchung teil, in der die Häufigkeit, die Art der Infektion und die Auswirkungen für den Patienten mit den Ergebnissen anderer Krankenhäuser verglichen wird.

3.2.5 Infektionsmanagement

Neben den allgemeinen Hygieneplänen, die für alle Bereiche aufgestellt sind, gibt es spezielle Anweisungen für besondere Infektions-Krankheiten oder so genannte "Problem-Keime". Diese Anweisungen stehen vor Ort allen Mitarbeitern zur Verfügung. Darüber hinaus ist das Auftreten solcher Krankheiten stets der Hygienefachkraft zu melden, die dann vor Ort noch einmal eine Kurz-Schulung durchführt. Die Kontrolle der Einhaltung der Hygiene-Pläne erfolgt im Alltag regelmäßig durch die direkten Vorgesetzten und durch Begehungen der Hygienefachkraft und der hygienebeauftragten Ärzte. Eventuelle Mängel werden erfasst und dokumentiert. Anschließend werden gemeinsam Maßnahmen zur Korrektur geplant, eingeleitet und im weiteren Verlauf auf Erfolg überprüft. Dies geschieht in allen Bereichen des Krankenhauses.

3.2.6 Arzneimittel

Die Arzneimittelversorgung geschieht über eine externe Apotheke. Die Entscheidung, welche regelmäßig benötigten Medikamente im Krankenhaus ständig vorrätig sind, trifft die Arzneimittelkommission. Sie entscheidet dabei nach Wirksamkeit, Nebenwirkungen und Preis. Für die Zubereitung und Lagerung werden zahlreiche Vorschriften berücksichtigt, um ein Höchstmaß an Sicherheit zu gewährleisten. Dies betrifft auch die Regelungen für die Verfügbarkeit der Arzneimittel rund um die Uhr. Sämtliche Vorschriften werden durch regelmäßige Begehungen der Apotheke überprüft.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Für die Bereitstellung, Zubereitung, Anwendung und Dokumentation der Therapie mit Blut und Blutprodukten gibt es Anweisungen und Regelungen. Diese sind erstellt und werden überprüft durch die Transfusionskommission. Diese Regelungen dienen dazu, die Sicherheit für die Patienten zu gewährleisten und den Verbrauch dieses wertvollen "Rohstoffes" auf ein vertretbares Maß zu reduzieren.

3.2.8 Medizinprodukte

Zur Erhöhung der Patientensicherheit ist der Umgang mit Medizingeräten in Anweisungen umfassend geregelt. Dies betrifft sowohl die Einweisung in Medizingeräte als auch die korrekte Anwendung und die Meldung eventueller Fehlfunktionen. In allen Bereichen sind Mitarbeiter benannt, die - nach vorangegangener Schulung - mit der Einweisung in die Geräte beauftragt sind. Verantwortlich für die Umsetzung und die Überprüfung der Einhaltung der Anweisungen sind die direkten Vorgesetzten. Die Aufbereitung von mehrfach verwendbaren Medizinprodukten erfolgt durch die - gesondert zertifizierte - Zentrale Sterilgut Versorgungsabteilung.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Seit Juli 2003 ist ein krankenhausesweites elektronisches Informationssystem etabliert, mit dem Ziel einer elektronischen Patientenakte. Damit verbessert sich der zeitnahe Zugriff auf die Patientendaten, der unberechtigte Zugriff auf Patientendaten wird damit erschwert. Jeder Anwender kann - ausgehend von seinem Berechtigungsprofil - nur die Daten einsehen, die für seine Tätigkeit erforderlich sind. Projekte zur Ausweitung des Informationssystems zur Elektronischen Patientenakte werden durchgeführt. Ein umfassendes Ausfallkonzept und die ständige Speicherung der Daten sorgen für die notwendige Datensicherheit.

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Um einen reibungslosen Austausch der notwendigen Informationen zu gewährleisten, gibt es eine krankenhausesweite Anweisung zur Dokumentation der Beobachtungen, der Anordnungen und der durchgeführten Maßnahmen. Dies wird unterstützt durch Regelungen zur Archivierung der Akten und zur Verfügbarkeit der Akten früherer Aufenthalte. Die ständig wachsenden Anforderungen an die Dokumentation werden regelmäßig in umfassenden Schulungen den Mitarbeitern vermittelt. Die Einführung und Weiterentwicklung der sog. "elektronischen Patientenakte" sorgt für eine zeitnahe Information aller beteiligten Mitarbeiter.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Die Regelungen zur Archivierung von "Papier-Akten" sorgen auch für einen zeitnahen Zugriff auf sog. "alte Akten".

Die im Krankenhausinformations-System hinterlegten Daten lassen sich - ausgehend von dem Berechtigungsprofil der Mitarbeiter - jederzeit in allen Bereichen des Krankenhauses abrufen.

4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Alle Kommissionen berichten dem Direktorium über ihre Tätigkeit. Daneben informieren das Controlling, die Personalabteilung, der Sozialdienst, die Betriebsmedizin, die Krankenpflegeschule und viele weitere Bereiche in regelmäßigem Abstand die Krankenhausleitung über wichtige Kennzahlen. Jeder Mitarbeiter kann sich direkt an das Direktorium wenden.

4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

Die Weitergabe von Informationen erfolgt über ein geregeltes Besprechungswesen - von der Chefärztkonferenz bis zur Team-Besprechung. Die Weitergabe patientenbezogener Informationen erfolgt durch Dokumentation sowie über abteilungsinterne und abteilungsübergreifende Besprechungen / Konferenzen.

Die Stabstelle für Öffentlichkeit organisiert und koordiniert in Abstimmung mit der Krankenhausleitung und den Leitungen der Fachabteilungen die Informationen an die Öffentlichkeit. Dabei wird sowohl auf die lokale Presse und den lokalen Rundfunk als auch auf krankenhausesweit angebrachte Informationstafeln zurückgegriffen. Allgemeine Informationen an die Patienten, Angehörige und Niedergelassene erfolgen über die Informationsbroschüre und abteilungsinterne Informationsblätter sowie über das Internet.

4.4.1 Organisation und Service

Unsere Telefonzentrale dient als zentrale Auskunftsstelle - sowohl innerhalb des Hauses als auch nach außen. In einer Anweisung ist geregelt, über welche Informationen die zentrale Auskunftsstelle verfügen muss und wie bei Veränderungen zu verfahren ist. Dies betrifft zum Beispiel die Dienstpläne der Rufbereitschaftsdienste, die Leistungsstruktur unserer Fachabteilungen, Informationsveranstaltungen und vieles mehr. Um eine zügige Information zu gewährleisten, ist die Telefonzentrale in den Hauptzeiten tagsüber doppelt besetzt.

Um den Service und die Wahrung der Privatsphäre bei der administrativen Aufnahme zu verbessern wurde die Eingangshalle 2010 neu gebaut. Zur Verbesserung des Service für unsere Patienten und Besucher wurde der Informationsbereich in der Eingangshalle von der Telefonzentrale räumlich und organisatorisch getrennt.

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Zum Schutz der Patientendaten vor unberechtigtem Zugriff wurde ein Datenschutzkonzept entwickelt. Die dazu notwendigen Verhaltensweisen werden neuen Mitarbeitern bereits bei der Unterzeichnung des Arbeitsvertrages vermittelt. Für die Einhaltung des Datenschutzes und der Schweigepflicht sind

die Abteilungsleitungen verantwortlich. Diese werden vom Datenschutzbeauftragten beraten, der auch die Einhaltung im Rahmen von Begehungen überprüft.

5 Führung

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

MITEINANDER - WÜRDE - MENSCHLICHKEIT sind die Grundgedanken des Stiftungs-Leitbildes, in dem die Kernpunkte für die Arbeit mit unseren Patienten und den Umgang miteinander festgeschrieben sind. Das Leitbild ist Basis für den Erfolg unserer Stiftung sowie Vision unserer Zukunft und Weiterentwicklung. An diesem Leitbild sollen sich alle unsere täglichen Handlungen und Entscheidungen messen lassen. Das Leitbild ist Arbeits-Ergebnis eines Qualitätsteams, bestehend aus allen Berufsgruppen unterschiedlichster Hierarchiestufen des Krankenhauses.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Basierend auf den Grundlagen unseres Leitbildes - Miteinander, Würde, Menschlichkeit - werden viele Maßnahmen getroffen, um das gegenseitige Vertrauen und den gegenseitigen Respekt zu fördern. Dazu gehören unter anderem ein regelmäßiger Austausch zwischen der Krankenhausführung und der Mitarbeitervertretung, regelmäßige Fortbildung zur Verbesserung der Kommunikation und des Klimas am Arbeitsplatz, regelmäßige Mitarbeitergespräche und gemeinsame Feiern (Weihnachtsfeier, Mitarbeiterfest, Jubilar-Feiern, Verabschiedung der Ruheständler).

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Das Klinische Ethik Komitee (KEK) setzt sich grundlegend mit ethischen Fragen unseres Krankenhausalltages auseinander. In diesem Forum werden organisatorische Aspekte besprochen, aber auch Hilfestellungen in Einzelfallfragen in Form einer Beratung angeboten. Das KEK ist mit Ärzten, Pflegekräften, Seelsorgern und Mitarbeitern des Sozialdienstes besetzt. Informationsmaterial zu weltanschaulichen und religiösen Bedürfnissen unterschiedlichster Art helfen den Mitarbeitern individuell auf die Patienten und deren Angehörige einzugehen.

Zur Unterstützung dienen auch Angebote des Krankenhaussozialdienstes, Psychoonkologische Beratung und Angebote zur Krisenintervention.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Ausgehend von grundsätzlichen Überlegungen, wie unser Krankenhaus und unsere Fachabteilungen weiter entwickelt werden können, um unsere Patienten auch in Zukunft umfassend und hochwertig betreuen und behandeln zu können, stellt der Krankenhausdirektor zusammen mit den jeweilig betroffenen Mitarbeitern eine kurz- und mittelfristige Zielplanung auf. Diese orientiert sich an den Entwicklungen in der Medizin, an gesetzlichen Grundlagen und der Krankenhausbedarfsplanung in Nordrhein-Westfalen.

Zur sinnvollen und wirtschaftlichen Nutzung der zur Verfügung stehenden Gelder stellt der Krankenhausdirektor jährlich - in Zusammenarbeit mit den leitenden Mitarbeitern - einen Finanz- und Investitionsplan auf. Die Einnahmen und Ausgaben werden regelmäßig kontrolliert und bei Abweichungen kurzfristig mit den Abteilungsleitern nach Möglichkeiten gesucht, die Planungen einzuhalten. Um entstehende Kosten transparent zu machen, werden die Mitarbeiter laufend über die Kosten für Arzneimittel und sonstige Produkte und deren Verbrauch informiert.

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Zur Verbesserung der Patientenversorgung geht das Krankenhaus vielfältige Kooperationen ein. Die Einbindung von externen Behandlungspartnern in die Organzentren sorgt für nahtlose Übergänge zwischen den einzelnen Behandlungsbereichen. Die gesellschaftliche Verantwortung wird zum Beispiel durch die langjährige Zusammenarbeit mit dem Friedensdorf Oberhausen (Operationen von Kindern aus Kriegs- und Krisengebieten) und durch Freistellung von ehrenamtlich Tätigen (z. B. Frw. Feuerwehr, Einsätze in Erdbeben- / Katastrophengebieten, Operations-Einsätze in Vietnam) wahrgenommen.

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Das Krankenhaus-Organigramm zeigt übersichtlich und vollständig alle Bereiche und Leitungsbesetzungen in ihrer jeweiligen Zuordnung und ist im QM Handbuch hinterlegt. Separat wird eine Beauftragten-Liste geführt. Zahlreiche Projekte beschäftigen sich außerhalb der normalen Strukturen einzelner Bereiche mit aktuellen Themen und werden den Mitarbeitern über das Intranet bekannt gemacht.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Im Rahmen des strukturierten Besprechungswesens ist auch genau festgelegt, wie die Leitung des Hauses Informationen an die Mitarbeiter des Hauses weitergibt, und wie Informationen zur Krankenhausleitung gelangen. Dabei unterscheidet sich die Arbeitsweise in der Krankenhausführung nicht von der in den übrigen Leitungsgremien.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

Das Krankenhaus setzt durch unterschiedliche Maßnahmen Neuerungen und den Austausch von Wissen und Erfahrungen um. Die Mitarbeiter informieren sich auf Fortbildungen und Kongressen über neue Entwicklungen, bringen selber neue Ideen ein und erarbeiten Verbesserungsvorschläge um Abläufe zu optimieren. Maßnahmen zur Weitergabe von Neuerungen, Wissen und Erfahrungen sind Berichte von Fortbildungen und Kongressen, Innerbetriebliche Fortbildungsmaßnahmen und nicht zuletzt die Veröffentlichung von Leitlinien in der QM-Dokumentation (Intranet).

5.4.1 Externe Kommunikation

Die Stabsstelle für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit koordiniert in Absprache mit der Krankenhausführung und den Chefarzten der einzelnen Abteilungen die Weitergabe von Informationen. Dazu dienen neben regelmäßigen Presseberichten, Internet-Auftritt, Broschüren und Informationsmappen auch regelmäßige Kontakte mit niedergelassenen Ärzten Selbsthilfegruppen, Krankenkassen usw. und Fortbildungen für einweisende Ärzte und Interessierte.

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Das Risikomanagement ist ein integrierter Bestandteil des umfassenden Qualitätsmanagementsystems in unserem Krankenhaus. Ziel ist es Risiken und Schäden im Zusammenhang mit der Patientenversorgung zu vermeiden. Komplikationen und Risiken werden erfasst und analysiert. Zum Aufbau einer Fehlerkultur erfolgen Fortbildungen. Im Rahmen von Liquiditäts- und Wirtschaftsberichten erfolgt eine regelmäßige wirtschaftliche Risikoabwägung.

6 Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Krankenhaus betrachtet den Aufbau eines umfassenden Qualitätsmanagementsystems als Führungsaufgabe und wesentliche Voraussetzung für eine auch in Zukunft erfolgreiche Arbeit des Unternehmens. Es ist eine zentrale Steuerungsgruppe installiert, in der das Direktorium sowie weitere Vertreter aus Pflegedienst, Verwaltungsbereich und ärztlichem Dienst kontinuierlich zusammenarbeiten. Die Einbindung aller Bereiche erfolgt über Qualitätsteams, Qualitätszielvereinbarungsgespräche und regelmäßige Präsentationsveranstaltungen.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Um den zentralen Prozess der Patientenversorgung hat das Krankenhaus die Führungsprozesse (z. B. Strategieplanung, Qualitätsmanagement) und Stützprozesse (z. B. Logistik, Personalentwicklung) identifiziert und festgeschrieben. In der Gestaltung aller relevanten Prozesse wurden und werden die Kundenerwartungen vorangestellt. Daraus werden Zielvorgaben abgeleitet, deren Erreichung überprüft wird. Diese Ergebnisse und die regelmäßige Prüfung der Prozesse dienen der ständigen Optimierung.

6.2.1 Patientenbefragung

Zum Einen wird laufend eine Zufriedenheitserfassung durchgeführt. Alle Patienten erhalten zur Aufnahme einen kurzen Fragebogen, an deren Rückgabe sie zur Entlassung freundlich erinnert werden. Die Ergebnisse werden ausgewertet, analysiert und in konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientenversorgung umgesetzt. Zum Anderen wird in unregelmäßigen Abständen eine krankenhaussweite - extern organisierte - Patientenbefragung mit dem Vergleich zu anderen Krankenhäusern durchgeführt. Auch daraus werden Maßnahmen abgeleitet.

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Zur Erfassung der Zufriedenheit der niedergelassenen Ärzte und anderer externer Einrichtungen dienen kollegiale Gespräche im Rahmen von Besuchen, gemeinsamen Fortbildungen und Qualitätszirkeln sowie Einweiserbefragungen in den Organzentren.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Das Krankenhaus führt alle 3 Jahre eine interne Mitarbeiterbefragung durch. Ziel ist es Verbesserungsmöglichkeiten z. B. in der internen Kommunikation oder im Führungsverhalten zu erkennen. Maßnahmen werden durch die Krankenhausleitung aus diesen Ergebnissen abgeleitet.

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Rückmeldungen unserer Patienten mit Wünschen, Anregungen oder Beschwerden werden gesammelt und direkt bearbeitet. Zunächst nimmt jeder Mitarbeiter eine Beschwerde entgegen, beseitigt die Ursache entweder selbst sofort oder sorgt für Weiterleitung an die Beschwerdestelle des Krankenhausdirektors. Im Rahmen der "stimulierten Zufriedenheitserfassung" fragen die Stationsleitungen noch während des Aufenthaltes nach (Un-)Zufriedenheiten und Ursachen, um diese wenn möglich noch während des Aufenthaltes zu beseitigen. Die Ergebnisse der Rückmeldungen werden von der Qualitätskommission ausgewertet.

6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Im Rahmen von Qualitätszielvereinbarungsgesprächen, die die QM-Beauftragten mit allen Abteilungen jährlich führen, werden qualitätsrelevante Daten der Abteilung betrachtet. Quellen dieser Daten sind Statistiken, Befragungsergebnisse, Komplikationserfassungen u. v. m.

Aus diesen Daten werden bei Auffälligkeiten Ziele formuliert, mit Kennzahlen hinterlegt und entsprechende Maßnahmen - mit Benennung von Verantwortlichen - vereinbart. Die Maßnahmenumsetzung und Zielerreichung werden von den QM-Beauftragten kontrolliert.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Die Teilnahme an der gesetzlich vorgeschriebenen externen Qualitätssicherung wird durch verschiedene Mechanismen sichergestellt. Durch einen zentralen QS-Koordinator und Beauftragte in allen Abteilungen werden die Mitarbeiter in der Bearbeitung der Datensätze geschult. Die Daten lassen sich einfach und ohne großen Aufwand in unser Krankenhaus-Informationssystem eingeben. Das System warnt auch, wenn diese Eingabe zur Entlassung noch nicht vollständig erfolgt ist. Alle Maßnahmen tragen dazu bei, dass die Quote der gemeldeten Datensätze zwischen 97 und 100% liegen.