



KTQ - QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 5.0 für Krankenhäuser

Krankenhaus: Krankenhaus Wermelskirchen GmbH

Anschrift: Königstraße 100
42929 Wermelskirchen

Institutionskennzeichen: 260531193

Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer: 2010 – 0010 K
durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle: AAA-SCHÄBLE Cert

Datum der Ausstellung: 13.02.2010

Gültigkeitsdauer: 12.02.2013

Inhaltsverzeichnis

Seite:

Vorwort der KTQ®	3
Einleitung	5
1 Patientenorientierung im Krankenhaus	6
2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung.....	12
3 Sicherheit im Krankenhaus	16
4 Informationswesen	20
5 Krankenhausführung.....	23
6 Qualitätsmanagement	27

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.

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

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

Einleitung

Seit der Inbetriebnahme im Jahre 1961 stellen die verantwortlichen Mitarbeiter des Krankenhauses eine qualitativ hochwertige und patientennahe medizinische, pflegerische und therapeutische Behandlung in Wermelskirchen sicher.

Konsequent wurde mit der Umwandlung in eine GmbH im Jahre 1972 auch nach außen deutlich gemacht, dass sich das Krankenhaus als moderner Dienstleistungsanbieter im Gesundheitswesen versteht.



Unser Leitbild bildet den Orientierungsrahmen für die tägliche Arbeit mit den Patienten und Angehörigen, für die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen, die wirtschaftliche Weiterentwicklung, für die Zusammenarbeit mit externen Kooperationspartnern, für die Erreichung der Qualitätsziele und die Darstellung in der Öffentlichkeit.

Die Leitung und die Mitarbeiter der Krankenhaus Wermelskirchen GmbH stellen sich der Herausforderung, die das Gesundheitswesen Krankenhäusern unserer Zeit abverlangt.

Das Ziel der verantwortlichen Mitarbeiter ist es, durch wirtschaftliches, zielgerichtetes Handeln und den schonenden, sparsamen Umgang mit Ressourcen die Weiterentwicklung unseres Krankenhauses zu sichern. Dadurch wird es auch zukünftig Teil des modernen Gesundheitssystem für die Stadt Wermelskirchen und seiner umliegenden Region sein.

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 Vorbereitungen auf die stationäre Aufnahme ist so gestaltet, dass diese sowohl für die Patienten und deren Angehörige als auch für die Abläufe in unserer Klinik planbar und nachvollziehbar sind. Das Krankenhaus ist sowohl mit dem Auto wie auch mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar. Es existieren zwei kostenpflichtige Parkplätze direkt am Krankenhaus. Ein weiterer, kostenfreier Parkplatz ist ca. 200 m entfernt. Zwei Behindertenparkplätze sind kostenfrei direkt vor der Eingangstür eingerichtet, hier existiert auch eine Anfahrt mit Haltezone für die Patienten.

1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

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

Den Patienten und den Angehörigen wird eine Orientierung ermöglicht. Die Stationen sind strukturiert angeordnet. Im Eingangsbereich befinden sich mehrere Rollstühle. Bei Fragen stehen die Mitarbeiter der Zentrale rund um die Uhr gerne hilfreich zur Seite.

1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

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

Der Aufnahmeprozess orientiert sich an den medizinischen Notwendigkeiten und berücksichtigt dabei die Patientenbedürfnisse. Verantwortlich für die Aufnahmeprozesse sind die Chefarzte. Der Patient wird im Vorfeld durch die Fachabteilung über Termin und Ort der stationären Aufnahme informiert. Bei Notfallpatienten entscheidet der diensthabende Arzt über die Zuordnung zu einer Fachrichtung oder eine notwendige Verlegung.

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.

Für ambulante Patienten stellen wir durch eine entsprechende Organisation eine zeitnahe und umfassende Versorgung sicher und gewährleisten eine Integration in die Abläufe des Gesamthauses. Es ist an allen Tagen des Jahres eine 24 Stunden-Versorgung ärztlich, pflegerisch und medizintechnisch über die Dienstplanung geregelt. Die Versorgung findet fachspezifisch in den Räumen der Notfallaufnahme, dem Kreißaal und der Intensivstation statt.

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.

Die Aufnahme der medizinischen und pflegerischen Krankengeschichte, die klinische Untersuchung, die Behandlungs- und Pflegeplanung und die Durchführung der notwendigen Maßnahmen erfolgen in Absprache mit dem Patienten nach einem standardisierten Verfahren. Die Anamnese wird vom aufnehmenden Arzt mit Hilfe eines standardisierten Anamnesebogens erhoben. Der Anamnesebogen dient somit als "roter Faden" zur Erfassung aller wichtiger Aspekte. Im Rahmen der Pflegeanamnese werden Wünsche und Bedürfnisse der Patienten erfasst und dokumentiert.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

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

Zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen der Patienten werden vorhandene Befunde genutzt, dies geschieht über moderne Informationsmedien wie das Intranet, die elektronische Archivierung der Arztbriefe, Laboruntersuchungen etc. im Krankenhausinformationssystem. Fremdbefunde aus anderen Einrichtungen oder von einweisenden Ärzten finden entsprechend Berücksichtigung und werden bei Bedarf angefordert.

1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

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

Der Behandlungsprozess wird von dem aufnehmenden Arzt bei der Erstuntersuchung mit dem Patienten und Angehörigen besprochen. Hier wird der diagnostische und therapeutische Weg festgelegt und dokumentiert. Übergeordnet wird sich an den Leit- und Richtlinien des ärztlich-wissenschaftlichen Gremiums und der einzelnen Fachgesellschaften orientiert. Durch eine gute Abstimmung zwischen der zu planenden Diagnostik und Therapie und der Durchführung notwendiger pflegerischer Maßnahmen wird die in unserem Leitbild festgeschriebene Patientenorientierung sichergestellt.

1.2.4 Integration der Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Der Patient wird von Beginn an in die Therapie- und Pflegeplanung mit einbezogen. Den Wunsch des Patienten zur Fortführung oder zum Abbruch einer Behandlung respektieren wir. Es werden keine Maßnahmen gegen den Willen des Patienten durchgeführt. Den Patienten bzw. den Betreuer klärt der behandelnde Arzt in Gesprächen über die Notwendigkeit aller Maßnahme sowie die möglichen Folgen auf.

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.

Die Patienten werden entsprechend den aktuellen medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Erkenntnissen behandelt. Wir orientieren uns an Leitlinien mit den geltenden Standards, die sich auf den aktuellen wissenschaftlichen Stand befinden. Bei der täglichen Visite werden alle Patienten nach ihren Beschwerden befragt und ggf. eine Schmerztherapie nach den WHO-Empfehlungen eingeleitet. Bei problematischen Fällen wird ein Schmerztherapeut aus der Anästhesie mit einbezogen.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

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

Für die in unserem Krankenhaus am häufigsten vorkommenden Krankheitsbilder und für besondere Situationen (z.B. Notfälle im Kreißsaal) werden Leitlinien und Standards zur Anwendung gebracht. Die Leitlinien sind fachübergreifend über das im Intranet hinterlegte Qualitätshandbuch für alle Mitarbeiter abrufbar. Die Anwendung von Leitlinien wird im Rahmen der Frühbesprechungen und Visiten überprüft.

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.

Zur Sicherstellung der Patientenorientierung während der Behandlung werden Patienten gemäß ihrer Lebenssituation auf den Stationen untergebracht. Auf eine entsprechende Ausstattung der Räumlichkeiten, auch zur Wahrung der Intimsphäre, und die Qualifikation der Mitarbeiter wird geachtet. Den Patienten stehen für vertrauliche Gespräche Räumlichkeiten zur Verfügung. Die Krankenhauskapelle ist rund um die Uhr geöffnet. Am Krankenhaus befindet sich ein Patienten- und Besuchercafé. Auf Wunsch ist die Aufnahme von Begleitpersonen möglich.

1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

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

Wir legen Wert darauf, dass jeder Patient eine ihm angemessene Ernährung bekommt. Dabei werden neben medizinischen Aspekten auch kulturelle und individuelle Bedürfnisse berücksichtigt. Die Patienten haben die Möglichkeit ihr Frühstück und Abendessen aus zahlreichen Komponenten zusammenzustellen und mittags zwischen drei Gerichten zu wählen. Wahlleistungspatienten können mittags zusätzlich aus acht weiteren Gerichten wählen. Bei der Erstellung von Diätplänen werden die Patienten von Diätberatern unterstützt.

1.3.5 Koordinierung der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Die Koordination der einzelnen Behandlungsschritte erfolgt im Rahmen der täglichen Visite, im Rahmen der ärztlichen Besprechungen und bei Dienstübergaben. Die diagnostischen Maßnahmen werden zeitnah nach Dringlichkeit und Reihenfolge durchgeführt. Die Anmeldung erfolgt durch den behandelnden Arzt. Die Einbestellung in die Funktionsbereiche erfolgt zeitnah vor der geplanten Untersuchung per Telefon. Die Befundung erfolgt nach Facharztstandard. Die Anordnungen und Behandlungsergebnisse werden in der Krankenakte dokumentiert.

1.3.6 Koordination der Behandlung: OP-Koordination

Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.

Grundlage der Ablauforganisation in der Operationsabteilung bildet das OP-Statut. Ein OP-Koordinator ist benannt und trägt gemeinsam mit den Chefärzten der operativen Abteilungen die Gesamtverantwortung. Die OP-Planung erfolgt koordiniert. Besonderheiten sind schriftlich im OP-Plan vermerkt und werden berücksichtigt. Sicherheitsstandards werden eingehalten.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

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

Die am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen werden in die Behandlungsmaßnahmen zeitnah einbezogen. Die multiprofessionelle Koordination wird über die tägliche Visite sichergestellt. Das Konsilwesen ist gemäß einem festgelegten Verfahren geregelt. Darüber hinaus tagt einmal wöchentlich unter organisatorischer Leitung der Medizinischen Klinik eine interdisziplinäre Onkologische Konferenz.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

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

Die Visite wird gemeinsam vom ärztlichen Dienst und dem Pflegedienst durchgeführt. Die Planung und Durchführung der Visite erfolgt in jeder Abteilung nach einem zwischen Pflege und Ärzten ausgearbeiteten Schema. Berufsgruppenübergreifend werden Informationen patientenbezogen ausgetauscht und bearbeitet. Dies wird durch die verantwortlichen Ärzte und Pflegekräfte sichergestellt. Die Zufriedenheit der Patienten wird an Hand des Patientenfragebogens ermittelt.

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.

Es wird ein strukturiertes Entlassungsgespräch geführt. Dabei werden alle sozialen Rahmenbedingungen des Patienten, soweit bekannt, berücksichtigt. Mit Zustimmung des Patienten können Angehörige oder weitere Personen zum Gespräch hinzugezogen werden. Der entlassende Arzt fertigt zur Entlassung einen Kurzarztbrief an. Die verantwortliche Pflegekraft erstellt bei bestehender Notwendigkeit einen Pflegeüberleitungsbogen. Der Sozialdienst ist frühzeitig in den Entlassungsprozess einbezogen.

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.

Allen Patienten, die in ein anderes Krankenhaus verlegt werden, wird ein ausführlicher Arztbrief mitgegeben. Bei hausinternen Verlegungen (Abteilungswechsel) wird neben einem Verlegungsbericht sowie die Patientenakte zur Einsicht bereitgestellt. Im Entlassungsmanagement ist festgelegt, welche Dokumente zu welchem Zeitpunkt für die Entlassung zur Verfügung stehen sollen. Besondere Dokumente (z.B. CT-Bilder) werden als Kopie mitgegeben.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

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

Durch die Kontaktpflege zu nachbehandelnden Einrichtungen wird die zeitnahe Verfügbarkeit aller benötigten Unterlagen sichergestellt. Die Zusammenarbeit wird mit nachfolgenden Einrichtungen auf ärztlicher Ebene telefonisch und dem Entlassungsbrief gewährleistet. Der Sozialdienst nimmt rechtzeitig vor der Entlassung / Verlegung Kontakt zu der nachbetreuenden Stelle auf. Es finden regelmäßige Informationstreffen zwischen der Pflegedienstleitung und den nachsorgenden Pflegeeinrichtungen statt.

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.

Der Personalbedarf wird so geplant, dass eine Patientenversorgung unter Wahrung ökonomischer Gesichtspunkte sicher gestellt ist. Die Stellenplanberechnungen werden anhand der vorliegenden Kennzahlen durchgeführt. Bei Änderung der gesetzlichen Bestimmungen (z.B. Änderung des Arbeitszeitgesetzes) wird die Anzahl der benötigten Stellen neu berechnet. Die Personalausfallstatistik wird einmal jährlich mit anderen Krankenhäusern verglichen. Eine Zeiterfassung liegt in der überwiegenden Anzahl der Abteilungen in Form eines elektronischen Dienstplanes vor.

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.

Die systematische Personalentwicklung liegt in der Verantwortung der Abteilungsleiter. Die Zielsetzung ist die langfristige Bindung von Mitarbeitern an die Krankenhaus Wermelskirchen GmbH. Zum Ende der Probezeit erfolgt eine systematische Beurteilung des Mitarbeiters durch den Vorgesetzten. Die Facharztweiterbildung ist im Arbeitsvertrag und in den Zulassungskriterien zur Facharztprüfung festgelegt. Logbücher werden geführt. Bei der Einführung neuer Abläufe wird der Schulungsbedarf bereits bei der Planung ermittelt und die Mitarbeiter einbezogen.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

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

Die gesetzlichen Vorschriften hinsichtlich der Qualifikation werden in den Bereichen erfüllt. Für Mitarbeiter mit besonderen Aufgaben existieren Tätigkeitsbeschreibungen. Die organisatorische Einordnung der Stelle im Krankenhaus lässt sich aus dem Organigramm der Krankenhaus Wermelskirchen GmbH ableiten. Die Mitarbeiter sind durch gezielte Personalauswahl und durch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für ihren Aufgabenkreis befähigt. Individuelle Fortbildungen werden im Rahmen der Personalentwicklungsgespräche gemeinsam mit den Mitarbeitern geplant.

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.

Die jeweiligen Abteilungsleiter sind für die Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen innerhalb ihres Bereiches zuständig. Sie tragen Sorge für die Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben und dafür, dass die Mitarbeiter den für die Erfüllung ihrer Aufgaben notwendigen Kenntnisstand besitzen. Hierbei werden Wünsche und Fähigkeiten der Mitarbeiter berücksichtigt. Die Zufriedenheit mit internen und externen Fortbildungen werden durch die Rückmeldung der Mitarbeiter systematisch ermittelt. Die Ergebnisse werden in die Jahresplanung eingepflegt.

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Durch eine Überprüfung wird sichergestellt, dass die Mittel für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zur Erreichung der Qualitätsziele und der gesetzlichen Anforderungen eingesetzt werden. Die Nachvollziehbarkeit der Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen sind für die Mitarbeiter schriftlich im Qualitätshandbuch dokumentiert.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

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

Eine Grundausstattung mit Fachliteratur bezogen auf den Arbeitsplatz wird über verschiedene Medien zur Verfügung gestellt, z.B. Intranet, Printmedien am Arbeitsplatz und den Bibliotheken in den Sekretariaten. Die Sicherstellung der räumlichen Nutzung sowie der erforderlichen Medien erfolgt über die Anmeldung / Tagesreservierung im Sekretariat des Geschäftsführers.

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.

Für die Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege wird eine enge Theorie-Praxis-Vernetzung dadurch erreicht, dass die Ausbildung in der Kooperation mit dem Evangelischen Krankenhaus Bergisch Gladbach eng koordiniert, die Inhalte genau abgesprochen und die Einsätze auf die entsprechenden Lerneinheiten abgestimmt werden. Durch die regelmäßigen Lernzielkontrollen in der Theorie wird der Lernerfolg gemessen. Der Lernerfolg in der Praxis wird durch die Absolvierung der "Praxisaufgaben" unter Beobachtung und Begleitung der Praxisanleiter überprüft.

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 leitenden Mitarbeiter aller Bereiche werden in wesentlichen das Krankenhaus betreffenden Planungen mit einbezogen. Bei speziellen Aufgabenstellungen werden entsprechend qualifizierte Mitarbeiter mit zu Rate gezogen. Beispiele: Bau der neuen Dialyse-Abteilung, Zentralsterilisation, Umgestaltung der Wahlleistungsstation. Bei der Neubesetzung von Planstellen und der Gestaltung von Dienstplänen werden die Wünsche der Mitarbeiter berücksichtigt.

2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Die in unserem Hause angewandten Arbeitszeitregelungen berücksichtigen die Erfüllung des Versorgungsauftrages unter rechtlichen, medizinischen, pflegerischen und ökonomischen Gesichtspunkten.

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Neue Mitarbeiter werden strukturiert eingearbeitet. Für die Einarbeitung werden den neuen Mitarbeitern langjährige Mitarbeiter (z.B. Praxisanleiter, erfahrene Assistenzärzte) zur Seite gestellt.

2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

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

Die Mitarbeiter werden in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess einbezogen. Die Mitarbeiterideen werden zur Qualitätsverbesserung und zur Kosteneinsparung genutzt. Verbesserungsmaßnahmen werden nach einer Erprobungsphase eingeführt.

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.

Die Arbeitsplätze für unsere Mitarbeiter sind so gestaltet, dass sie bei der Patientenversorgung vor Gefahren geschützt sind. Zur Sicherstellung finden vierteljährliche Begehungen der Krankenhausbereiche durch den Arbeitsschutz statt. Standards und Verfahrensanweisungen werden regelmäßig überprüft und aktualisiert.

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Um im Brandfall zielgerichtet handeln zu können, werden unsere Mitarbeiter für den Ernstfall geschult. Dadurch wird Schaden für die Patienten, die Mitarbeiter und die Einrichtungen abgewendet.

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.

Im Katastrophenfall ist durch die Umsetzung eines Katastrophenschutzplanes die Sicherheit der Patienten und der Mitarbeiter gewährleistet. Das Krankenhaus gehört zum Planungsbereich Rheinisch-Bergischer-Kreis und stimmt sich mit den verantwortlichen Kreisbehörden eng ab.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Durch die Umsetzung des Notfallmanagements werden die Patienten im Notfall schnell und sicher adäquat versorgt. Die Mitarbeiter nehmen deshalb regelmäßig an Fortbildungen mit theoretischer Unterweisung und praktischen Übungen zum Notfallmanagement teil.

3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

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

Im Mittelpunkt steht die Schaffung einer sicheren Umgebung für unsere Patienten. Es werden frühzeitig Maßnahmen eingeleitet, die die Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung schützen. Für Patienten, die Betreuung bedürfen, können Angehörige als Begleitperson aufgenommen werden. Bei der Behandlung von Kindern ist die Mitaufnahme von Eltern / Bezugspersonen jederzeit möglich.

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.

Die Organisation der Hygiene wird durch die Hygienefachkraft in Absprache mit dem ärztlichen Leiter und dem hygienebeauftragten Arzt gewährleistet. Die Verantwortung für die Hygieneuntersuchungen gemäß Robert-Koch-Institut (RKI) - Richtlinie, die Hygienefortbildungen der Mitarbeiter, die Hygienebegehungen und die Erstellung von Desinfektionsplänen sowie Hygienestandards übernimmt die Hygienefachkraft.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

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

Bei Häufungen von Infektionen in den Abteilungen überprüft die Hygienefachkraft Patientenunterlagen und die vorgegebenen Arbeitsabläufe. Falls notwendig werden die Arbeitsabläufe innerhalb einer Stationssitzung mit dem Personal besprochen und gegebenenfalls findet eine theoretische und / oder praktische Schulung durch die Hygienefachkraft statt.

3.2.3 Planung und Durchführung hygiesichernder Maßnahmen

Hygiesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Die Pläne zur Umsetzung der Hygienemaßnahmen sind nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft erstellt. Sie sind übersichtlich, strukturiert und leicht verständlich, und jederzeit einsehbar. Die Mitarbeiter sind im Umgang mit infektiösen Patienten geschult.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.

Die gesetzlichen Bestimmungen werden eingehalten. Die Hygienerichtlinien werden durch die Hygienefachkraft, dem Gesundheitsamt des Rheinisch-Bergischen-Kreises und dem Veterinäramt durch Begehungen überprüft.

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 Blut- und Blutprodukten, Arzneimitteln und Medizinprodukten ist jederzeit gewährleistet. Es besteht eine vertragliche Kooperation mit der Klinikum Solingen gGmbH, welche die Belieferung mit Arzneimitteln regelt.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Unsere Patienten werden immer mit den notwendigen Arzneimitteln versorgt. Die Bestellung der Medikamente erfolgt unter ökonomischen Aspekten. Beim Umgang mit Medikamenten werden gesetzliche Bestimmungen eingehalten (z. B. Arzneimittelgesetz). Die sachgerechte Lagerung der Medikamente wird regelmäßig durch einen externen Apotheker überprüft.

3.3.3 Anwendung von Blut- und Blutprodukten

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

Die Blut- und Blutprodukte werden nach einem geregelten Verfahren angewandt. Zuständig sind der Transfusionsverantwortliche, der Transfusionsbeauftragte, das Labor und die behandelnden Ärzte. Die Möglichkeit der Eigenblutspende ist über unsere Anästhesieabteilung sichergestellt. Der Transfusionsbeauftragte informiert aktuell über Änderungen der Bestimmungen und Gesetze.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Die Anwendung und Aufbereitung von Medizinprodukten werden nach einem geregelten Verfahren durchgeführt und berücksichtigen die gesetzlichen Vorgaben.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Bei der Bereitstellung und Entsorgung von Materialien werden ökologische Aspekte berücksichtigt. Zum Beispiel werden die Abfälle nach Abfallverzeichnis-Verordnung zugeordnet und gesammelt. Wertstoffe wie Glas, Pappe und Kunststoff werden dem Recycling zugeführt.

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.

Die Archivierung der stationären Patientenakten erfolgt zentral, vollständig und für Befugte jederzeit zugänglich. Die Archivierung der ambulanten Patientenakten erfolgt dezentral in den Fachabteilungen. Die Akten sind nur für Befugte zugänglich.

4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

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

Ungewollte Mehrfachdokumentationen werden dadurch vermieden, dass jede Patientenbehandlung eine eindeutige Nummer hat. Alle relevanten Maßnahmen der Patientenversorgung werden zeitnah und vollständig dokumentiert. Die Einzeldokumente werden in der Krankenakte zusammengeführt.

4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

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

Berechtigte Personen, die mit der unmittelbaren Pflege und Therapie des Patienten betraut sind, haben uneingeschränkten Zugang zum Archiv. Akten von Aufenthalten, die länger als acht Jahre zurückliegen, sind verfilmt und werden auf Anforderung reproduziert. EDV-erfasste Daten sind von jedem EDV-Arbeitsplatz für berechtigte Personen einsehbar.

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.

Einmal monatlich wird die Hausvorstandssitzung mit einer Tagesordnung einberufen. Das Ergebnis wird schriftlich festgehalten und den Teilnehmern ausgehändigt. Die Stationsleitungssitzungen werden ebenfalls einmal monatlich schriftlich unter Nennung der Tagesordnung einberufen. Das Ergebnisprotokoll ist allen Mitarbeitern im Intranet zugänglich.

4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

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

Als zentrale Auskunftsstellen stehen der Empfang / Telefonzentrale und die Vorzimmer der Chefärzte zur Verfügung. Die Telefonzentrale ist über 24 Stunden an allen Tagen des Jahres besetzt. Die Sekretariate sind von Montag bis Freitag in der Zeit von 07:30 Uhr bis 16:30 Uhr erreichbar.

4.2.3 Information der Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Durch regelmäßige Pressegespräche wird die positive Darstellung der Krankenhaus Wermelskirchen GmbH in der Öffentlichkeit unterstützt. So werden große bauliche Maßnahmen, medizinisch - technischen Neuerungen und gesundheitsaufklärende Informationsveranstaltungen rechtzeitig der Öffentlichkeit mitgeteilt. Das Krankenhaus beteiligt sich an öffentlichen Veranstaltungen und führt Informationsveranstaltungen 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 Landeskrankenhausgesetzen 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 gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz werden beachtet und den verantwortlichen Mitarbeiter entsprechend geschult und begleitet. Ein Datenschutzbeauftragter ist benannt.

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.

Alle EDV- Schulungen erfolgen grundsätzlich bei Neueinführung eines Systems für zukünftige Nutzer. Neue Mitarbeiter werden bei der Einstellung zeitnah in die relevanten Systeme eingewiesen.

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.

Mit unserem Leitbild wird den Mitarbeitern eine Orientierungshilfe für ihr tägliches berufliches Handeln gegeben. Verantwortlich für die Entwicklung und Weiterentwicklung des Leitbildes ist die Betriebsleitung. Eine Weiterentwicklung und Überprüfung des Leitbildes findet in dreijährigen Abständen statt.

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.

Für das Krankenhaus gibt es eine Gesamtzielplanung, die die Wirtschaftlichkeit der Krankenhaus Wermelskirchen GmbH sicherstellt und die notwendigen Weiterentwicklung und die Zufriedenheit der Patienten und Kunden berücksichtigt.

5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

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

Die Organisationsstruktur des Krankenhauses ist aus dem GmbH Vertrag in einem Organigramm abgebildet. Verantwortlich für die Organisationsstruktur ist der Geschäftsführer. Im Rahmen des Qualitätsmanagement wurde 2005 Projektmanagement eingeführt, Projektgruppen sind themenbezogen eingesetzt.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

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

Durch einen mehrjährigen Finanz- und Investitionsplan wird festgelegt, dass ökonomisch verantwortlich mit den Ressourcen umgegangen und ein positiver Jahresabschluss erreicht wird und somit der Fortbestand der Krankenhaus Wermelskirchen GmbH gesichert ist.

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.

Das zentrale innerbetriebliche Leitungsgremium ist die Betriebsleitung, bestehend aus dem Geschäftsführer, der Pflegedienstleitung und dem Ärztlichen Direktor. In weiteren innerbetrieblichen Gremien ist entweder die gesamte Betriebsleitung (z.B. Hausvorstand, Hygienekommission) oder eine Person aus der Betriebsleitung vertreten (z.B. Stationsleitungssitzung).

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.

Zur Sicherstellung einer effektiven Krankenhausführung sind Arbeitsweise und Zuständigkeiten durch die GmbH-Satzung geregelt. Gemäß dieser Satzung bilden der Geschäftsführer, die Pflegedienstleitung und der ärztliche Direktor die Betriebsleitung. Sie tagt wöchentlich zum festgelegten Termin. Zum Hausvorstand zählen alle Chefarzte des Krankenhauses, die Betriebsleitung und der Betriebsrat. Die Hausvorstandssitzungen werden einmal monatlich durchgeführt.

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.

Die Geschäftsführung wird regelmäßig über die Belegung und Auslastung des Krankenhauses informiert. Darüber hinaus erstellt das Controlling monatlich eine Leistungsstatistik, aus der die Leistungszahlen ersichtlich sind. Über die von der Zielplanung abweichenden Ereignisse, Abläufe oder Kennzahlen werden die Mitarbeiter zeitnah informiert.

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

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

Die Führungsgrundsätze sind im Leitbild und im GmbH-Vertrag festgeschrieben. Regelungen zu vertrauensfördernden Maßnahmen werden individuell gestaltet. Durch individuelle vertrauensfördernde Maßnahmen soll die Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitern und der Krankenhausleitung gefördert 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.

Eine Verfahrensweisung zur Durchführung eines Ethikrats ist erstellt. Darüber hinaus werden ethische Probleme in der morgendlichen Besprechung der einzelnen Abteilungen diskutiert. Zudem werden bei Gegebenheit ethische Problemstellungen einmal wöchentlich in der Betriebsleitungssitzung erörtert und in der monatlich stattfindenden Hausvorstandssitzung besprochen. Hier werden Vorgehensweisen festgelegt oder zur ethischen Fallbesprechung weitergeleitet.

5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

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

Soweit es von Patienten und Angehörigen gewünscht wird, werden die Ärzte und Pflegenden durch Geistliche und Mitglieder des Hospizvereins unterstützt. Sterbende Menschen werden die Würde während untergebracht. Den Angehörigen wird ermöglicht, so lange und so oft sie es wünschen, die sterbenden Menschen zu besuchen. Ein Verbleiben der Angehörigen über Nacht wird immer ermöglicht, die Verpflegung der Angehörigen wird übernommen.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

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

Es liegt eine Verfahrensweisungen zum Umgang mit erwachsenen Verstorbenen und zum Umgang mit tot- und fehlgeborenen Kindern vor, die von allen Mitarbeitern pietätvoll beachtet werden.

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.

In der Krankenhaus Wermelskirchen GmbH ist ein Qualitätsmanagementsystem berufsgruppenübergreifend in allen Abteilungen etabliert. Auf Veranlassung der Geschäftsführung und Betriebsleitung wurde ein umfassendes Qualitätsmanagement eingeführt. Die Abläufe sind in einem entsprechenden Qualitätshandbuch dokumentiert.

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 an der Qualitätspolitik. Die übergeordneten Qualitätsziele werden von der mittleren Führungsebene unter Beteiligung der Mitarbeiter eigenverantwortlich umgesetzt.

6.2 Qualitätsmanagementsystem

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Unter der Leitung der Qualitätsmanagementbeauftragten arbeitet ein interdisziplinäres Qualitätsmanagement-Team und eine Bewertungsgruppe. Jährlich wird eine Meilensteinplanung erarbeitet und durch die Betriebsleitung freigegeben.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

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

Durch Audits werden die relevanten Prozesse analysiert und kontinuierlich verbessert. Eine weitere Methode zur internen Qualitätssicherung ist das Vorgehen nach festgelegten Behandlungs- und Therapieleitlinien.

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.

Die Stabsstelle des Medizincontrollers ist besetzt. Die entsprechende Software und die notwendige Struktur wird bereitgestellt. Die Erhebung der Daten findet auf unterschiedlichen Ebenen statt. Eine Rückmeldung zur Analyse erfolgt systematisch. Die Daten der externen Qualitätssicherung gehen über den Medizincontroller den Chefarzten der Abteilungen zu.

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.

Das Krankenhaus nimmt an extern organisierten Mitarbeiter- und Patientenbefragungen teil. Die Mitarbeiter des Krankenhauses werden vor Durchführung der Befragungen umfassend informiert. Darüber hinaus wird die Patientenzufriedenheit über einen Patientenfragebogen kontinuierlich gemessen. Eine Auswertung der kontinuierlichen Patientenbefragung wird halbjährlich durchgeführt. Die Ergebnisse werden den Mitarbeitern über das Intranet bekannt gemacht.. Text prüfen

6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Beschwerden der Patienten können über einen Patientenrückmeldebogen in schriftlicher Form und / oder persönlich eingereicht werden. Alle Mitarbeiter sind angehalten, Beschwerden entgegenzunehmen und weiterzuleiten. Die Stelle des Patientenfürsprechers ist besetzt.

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.

Das Krankenhaus gewährleistet die Einhaltung der gesetzlichen Regularien und Vorgaben der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung. Die Zuständigkeit wurde der Stabsstelle Medizin-Controlling übertragen.

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 Stabsstelle Medizin-Controlling stellt die externen Daten der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung den einzelnen Fachabteilungsleitern und der Geschäftsführung in einer Zusammenfassung der notwendigen Handlungsschritte zur Verfügung. Er beantwortet und überprüft den strukturierten Dialog.