



Das regionale  
Gesundheitszentrum  
**Kreis- & Stadtkrankenhaus  
Witzenhausen GmbH**



**KTQ®**  
Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen

# KTQ - QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 5.0 für Krankenhäuser

**Krankenhaus:** Kreis- und Stadtkrankenhaus Witzenhausen GmbH

**Institutionskennzeichen:** 260621001

**Anschrift:** Steinstraße 18-26  
37213 Witzenhausen

**Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer: 2010 – 0038 K  
durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle:**

**QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH**

**Gültig vom: 28.05.2010  
bis: 27.05.2013**

## Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ® .....	3
Einleitung .....	6
1 Patientenorientierung im Krankenhaus .....	7
2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung .....	12
3 Sicherheit im Krankenhaus .....	15
4 Informationswesen .....	18
5 Krankenhausführung .....	20
6 Qualitätsmanagement .....	23

## Vorwort der KTQ®

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren ist ein spezifisches Zertifizierungsverfahren des Gesundheitswesens für die Bereiche Krankenhaus, Arztpraxen, MVZ, Pathologische Institute, Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Hospize und alternative Wohnformen.

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 Bundesebene<sup>1</sup>. 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 Informations- und Kommunikationswesen, die Führung und das Qualitätsmanagement der Einrichtung beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch ein mit Krankhausexperten 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 Krankhausbereiche 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.

---

<sup>1</sup> 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 das **Kreis- und Stadtkrankenhaus Witzenhausen** 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](http://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

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Dr. med. M. Vogt

Für den Hartmannbund



## Einleitung

Das Kreis- und Stadtkrankenhaus Witzenhausen ist wie das Kreiskrankenhaus Eschwege ein Unternehmen der "Gesundheitsholding Werra-Meißner GmbH". Eine der wesentlichen Aufgaben der Gesundheitsholding ist das Führen und Steuern der Krankenhäuser, sowie die Entwicklung weiterer moderner Versorgungsstrukturen mit dem Ziel, träger- und strukturübergreifender Lösungen für den Werra-Meißner-Kreis.

Vor dem Hintergrund der gesundheitspolitischen Entwicklung gilt es, zum Wohle von Patienten, Mitarbeitern und den Menschen unserer Region, den Standort des Kreis- und Stadtkrankenhauses Witzenhausen auch für die Zukunft zu sichern.

Unser Krankenhaus hat den Auftrag die Regelversorgung im Werra-Meißner-Kreis mit ca. 107.000 Einwohnern sicher zu stellen. Wir halten 163 Betten (davon 6 Intermediate- Care-Betten für Patienten mit erhöhtem Überwachungsbedarf) vor und verfügen über ein umfangreiches Leistungsspektrum das von folgenden Fachabteilungen erbracht wird:

- Innere Medizin
- Chirurgie
- Gynäkologie und Geburtshilfe

Unser medizinisches Leistungsspektrum wird abgerundet durch spezielle Sonderleistungen unserer Fachabteilungen. In Kooperation mit unserem Schwesterkrankenhaus in Eschwege werden kardiologische sowie pulmonologische Sprechstunden angeboten.

Ein besonderer Leistungsschwerpunkt ist im Betrieb der beiden Notarztstandorte Witzenhausen und Hessisch-Lichtenau unter Leitung unserer Abteilung für Innere Medizin zu sehen. Hierdurch stellen wir die schnelle Notfallversorgung der Bevölkerung im Werra-Meißner-Kreis sicher.





Als qualifiziertes Dienstleistungsunternehmen ist es das Ziel unseres Krankenhauses, eine moderne und wissenschaftlich fundierte Medizin für die stationäre und ambulante Versorgung unserer Patienten wohnortnah anzubieten.

Fachliche Kompetenz durch gut ausgebildete und qualifizierte Mitarbeiter, unterstützt durch den Einsatz moderner

Medizintechnik, sowie eine umfassende Begleitung und Betreuung auch nach dem Krankenhausaufenthalt, sind die Basis der hochwertigen Behandlung unserer Patienten.

Durch die enge Zusammenarbeit mit weiteren Spezialisten der Gesundheitsversorgung wird unser Angebot ergänzt.

Nach unserem Verständnis von Qualität sehen wir den nachfolgenden Qualitätsbericht als einen Beleg unserer Bemühungen um eine zeitgemäße, innovative und verantwortungsbewusste Krankenhausführung und als einen Beitrag zur transparenten Darlegung der medizinischen Qualität unserer Leistungen gegenüber Patienten, Angehörigen, zuweisenden Ärzten, Kostenträgern und allen anderen Kooperationspartnern, sowie der interessierten Öffentlichkeit.



Wenn Sie neugierig geworden sind, lesen Sie bitte unseren Qualitätsbericht oder besuchen uns im Internet auf unserer Homepage [www.krankenhaus-witzenhausen.de](http://www.krankenhaus-witzenhausen.de) oder kommen Sie direkt in unser Haus, wir informieren und beraten sie gern.

Christoph Maier  
Geschäftsführer

Prof. Dr. med. Ulrich Vetter  
Geschäftsführer

Jens Hasley  
Verwaltungsleiter

Dr. med. Michael Müller  
Ärztlicher Leiter

Marianne Magerkurth  
Pflegedienstleiterin

# Die KTQ-Kriterien beschrieben von Kreis- und Stadtkrankenhaus Witzenhausen GmbH

## 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.*

Unsere Patienten werden nach Vorankündigung des Einweisers in der entsprechenden Fachabteilung aufgenommen. Für Notfälle halten wir ausreichend Betten vor. Bei ausgelasteten Kapazitäten verfügen die Stationen über zusätzliche Betten, die im Bedarfsfall aufgestellt werden können. Darüber hinaus ist auch eine interdisziplinäre Belegung möglich. Verantwortlich für die patientenorientierte Vorbereitung der stationären Behandlung ist der Ärztliche Leiter und nachgeordnet die Chefärzte.

#### 1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

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

Wir verfügen über ein Krankenhausleitsystem, einschl. beschilderter Notausgänge. Erste Orientierung bietet eine große Übersichtstafel in der Eingangshalle. Das Leitsystem führt die Patienten und Besucher vom Haupteingang bis in die Abteilungen. Es zeigt an Wegbiegungen mittels Hinweistafeln und Richtungspfeilen den Weg zur gewünschten Abteilung an. Neben dem Haupteingang befindet sich in einer sofort sichtbaren Glaskanzel unsere Rezeption als zentrale Auskunftsstelle für alle Patienten und Besucher.

#### 1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

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

Die administrative Aufnahme erfolgt durch qualifiziertes Personal in unmittelbarer Nähe der Aufnahmestation, um den Patienten unnötige Wege zu ersparen. Jeder Patient erhält ausführliche Informationen über die Vertragsvereinbarungen und Wahlleistungen. Auf der Aufnahmestation ist 24 Stunden am Tag eine examinierte Pflegekraft im Dienst, welche die ärztliche und pflegerische Aufnahme koordiniert. Außerhalb der Regeldienstzeiten werden die Patienten von geschulten Mitarbeitern der Rezeption aufgenommen.

#### 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.*

Unsere Aufnahmestation ist 24 h mit qualifiziertem ärztlichem und pflegerischem Personal besetzt, für jede Fachrichtung steht ein diensthabender Arzt zur Verfügung, so dass eine hochwertige medizinische Versorgung gewährleistet ist. Der Patient wird vom Arzt situationsgerecht informiert und in die Behandlung einbezogen. Die Maßnahmen erfolgen zeitnah, um eine schnelle und optimale Betreuung sicherzustellen. Im Rahmen der kassenärztlichen Ermächtigung können Patienten in den Chefarztambulanzen weiterbehandelt werden.

## 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.*

Mit jedem Patienten wird als Grundlage für die weitere Behandlung ein ärztliches Aufnahmegespräch mit körperlicher Untersuchung und Erhebung der medizinischen Vorgeschichte geführt. Darüber hinaus werden von den Pflegekräften pflegerelevante Daten erhoben, die bisherigen Lebensumstände, vorhandene Fähigkeiten und potentielle Gesundheitsgefährdungen des Patienten berücksichtigt. Nach Möglichkeit werden die Patientenwünsche beachtet und auf Wunsch werden die Angehörigen in die Behandlung einbezogen.

### 1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

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

Zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen verfügen die einweisenden Ärzte über Checklisten zu erforderlichen Vorbefunden, die den Patienten zur Aufnahme mitzugeben sind. Die vom Patienten mitgebrachten Vorbefunde werden routinemäßig in die Diagnostik und Therapie mit einbezogen. Hausinterne Vorbefunde und Untersuchungsbefunde früherer Aufenthalte sind jederzeit zugänglich. Durch die im Haus befindliche Radiologie sind auch Röntgenbilder jederzeit verfügbar. Bei Verlegung werden die Unterlagen an die entsprechende Abteilung weitergeleitet.

### 1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

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

Für die Steuerung des Behandlungsprozesses bei Aufnahme von Patienten wird am Aufnahmetag ein Plan für die diagnostischen Maßnahmen aufgestellt. Die Ergebnisse der diagnostischen Maßnahmen werden überprüft und im Rahmen eines Stufenplans eine ggf. zu erweiternde Diagnostik durch die Fachärzte der einzelnen Abteilungen festgelegt. Es ist sichergestellt, dass innerhalb eines Tages neu aufgenommene Patienten durch übergeordnete Fachärzte beurteilt werden. In unseren Behandlungspfaden und medizinischen Standards ist der Behandlungsprozess vorgegeben.

### 1.2.4 Integration der Patienten in die Behandlungsplanung

*Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.*

Entsprechend unseres Leitbildes werden die Patienten in die Planung der durchzuführenden Diagnose- und Behandlungsschritte und pflegerischen Maßnahmen einbezogen. Die Information über Behandlungstermine erfolgt mündlich. In einem ausführlichen Gespräch mit dem Arzt werden dem Patienten die Inhalte vermittelt und mit ihm abgestimmt. Bei nicht zustimmungsfähigen Patienten werden die gesetzlichen Vertreter hinzugezogen. Im Pflegebereich werden die Patienten über die Maßnahmen informiert und nach Möglichkeiten in den Prozess einbezogen.

### 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.*

Grundlage der ärztlichen Behandlung sind die Leitlinien der Fachgesellschaften und abteilungsinterne Leitlinien. Für jeden Patienten werden die durchzuführenden diagnostischen / therapeutischen Maßnahmen fachärztlich festgelegt und in der Patientenakte dokumentiert. In der Arzneimittelkommission werden mit der Vertragsapothek e evidenzbasierte Therapieschemata erarbeitet, die Arzneimittelliste wird unter entsprechenden Gesichtspunkten geführt und aktualisiert. Für die Schmerzbehandlung gibt es individuelle Therapieverfahren.

#### 1.3.2 Anwendung von Leitlinien

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

Die nationalen Experten-Standards werden umgesetzt. Die Entwicklung der Pflegestandards erfolgt kontinuierlich in Zusammenarbeit mit den Ärzten. Die medizinischen Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften finden Anwendung. Eigene Behandlungspfade (Laparoskopische Cholezystektomie, Thrombose) und medizinische Standards (Unklare Synkope, Hüftluxation und Lungenembolie) wurden interdisziplinär entwickelt und verbindlich eingeführt. In die Pfade sind Schmerzschemas eingearbeitet.

#### 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.*

Unsere Patienten werden über geplante Diagnostik und festgestellte Befunde aufgeklärt. Vor invasiven Eingriffen erfolgt die vorgeschriebene Aufklärung im Aufklärungsgespräch. Angeboten werden Diät- u. Diabetesschulungen, Schulungen zu Stoma- u. Sonden-Versorgung. Die Zweibettzimmer verfügen über Nasszellen, Telefon und Fernseher. Den Patienten stehen Aufenthaltsräume und eine Cafeteria zur Verfügung. Nahezu alle Räume sind auch für behinderte Menschen erreichbar und nutzbar. Bei Planung und Gestaltung der Räume wurde die Intimsphäre berücksichtigt.

#### 1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

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

Unsere Patienten wird eine ausgewogene, den medizinischen Erfordernissen und den Wünschen der Patienten entsprechende Ernährung durch unsere Diät- und Großküche angeboten. Anhand eines Wochenmenü-Planes und täglichen Befragungen durch Verpflegungsassistentinnen können die Patienten zwischen drei Menüs wählen oder aus den jeweiligen Speisekomponenten ihr persönliches Menü zusammenstellen. Die Wünsche werden in unser EDV-Programm eingegeben und an die Küche übermittelt.

#### 1.3.5 Koordinierung der Behandlung

*Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.*

Die Behandlung wird in unserem Hause zwischen den Abteilungen koordiniert. Es werden durch das fachärztliche Personal die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in Kooperation mit allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen festgelegt. Die Kooperation wird durch die Visiten unter Teilnahme des Pflegepersonals, des Sozialdienstes und der physikalischen Therapie sichergestellt. In allen Abteilungen werden Vertreter von den an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen fallbezogen zu Besprechungen hinzugezogen.

### 1.3.6 Koordination der Behandlung: OP-Koordination

*Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.*

In drei Sälen werden Operationen unter Einhaltung aller Hygienevorschriften durchgeführt. Die Operationssäle und Ambulanzräume können Tag und Nacht von den Abteilungen fachübergreifend genutzt werden. Das tägliche OP-Programm wird unter Berücksichtigung der Kapazitäten erstellt. Notfälle werden in das laufende Programm integriert. Werden dadurch in Einzelfällen geplante Operationen verschoben, so wird der Patient möglichst an die erste Stelle des nächsten Planes gesetzt.

### 1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

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

Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist für uns eine Voraussetzung für den Behandlungserfolg. Es besteht eine Regelung für ein koordiniertes Konsiliarwesen mit der Zielsetzung für den Patienten ein bestmögliches Diagnose- u. Therapieergebnis zu erzielen. Für die interessierte Öffentlichkeit und unsere Kooperationspartner werden regelmäßig Fachvorträge zu speziellen Themen angeboten. Die Chef- und Belegärzte sind für den koordinierten Ablauf verantwortlich.

### 1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

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

Es finden tägliche Stationsvisiten durch die Stationsärzte statt. Neuaufnahmen sowie frisch operierte Patienten werden täglich zusätzlich durch Fachärzte der Abteilung visitiert. Wöchentlich finden in allen Abteilungen Chefarztvisiten statt. An den Visiten nehmen neben dem Arzt fallbezogen das Pflegepersonal und andere Berufsgruppen teil. Die Kurvenvisiten dienen der Kooperation der beteiligten Berufsgruppen. Bei den Visiten wird auf die Bedürfnisse der Patienten eingegangen.

## 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.*

Bereits bei der Patientenaufnahme wird der Versorgungsbedarf erfasst. Der Sozialdienst wird bei Bedarf eingeschaltet und übernimmt die Organisation rund um die Entlassung. Die Patienten und ihre Angehörigen werden durch den Arzt und die Pflegekraft in die Planung mit einbezogen. Der Stationsarzt schreibt einen Entlassungsbrief/Verlegungsbrief, der dem Patienten für die Weiterbehandlung mitgegeben wird. Die relevanten Entlassungs-/Verlegungspapiere werden von der Pflege zusammengestellt und dem Patienten mitgegeben.

### 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.*

Jeder Patient erhält bei Verlegung und Entlassung alle notwendigen Informationen in Form eines Verlegungsberichtes bzw. Entlassungsbriefes. Die weiterbehandelnden Ärzte werden so über Entlassmedikation informiert, wichtige Befunde werden in Kopie beigefügt. Im Falle von komplexen Behandlungen nimmt der behandelnde Arzt telefonisch Kontakt zum weiterbehandelnden Arzt auf. Der Sozialdienst informiert die weiterversorgenden Pflegeeinrichtungen telefonisch und ein Pflegebericht wird bei der Entlassung 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.*

Unser Sozialdienst arbeitet eng mit den Beteiligten (Patienten, Ärzten, Pflege, Therapeuten und Angehörigen) zusammen. Somit ist eine individuelle, bedarfsgerechte Entlassungsplanung, unter Beteiligung der weiterversorgenden ambulanten/stationären Einrichtung sichergestellt. Der Informationsfluss wird durch persönliche Gespräche, Telefonate, Pflegeüberleitungsbogen und Entlassungsbrief gewährleistet. Die Koordination zwischen den Beteiligten obliegt dem Sozialdienst.

## 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.*

Personalbedarfsberechnungen erfolgen jährlich und werden bei unterjährig extrem steigenden bzw. sinkenden Anhaltszahlen entsprechend angepasst. Aus den Personalbedarfsberechnungen ergeben sich die Personal-Soll-Besetzungen der einzelnen Bereiche, welche wiederum die Grundlage für den Stellenplan bieten. Der Stellenplan ist Bestandteil des Wirtschaftsplanes. Die Planungen und Berechnungen werden mit den betroffenen Abteilungsleitungen und der Geschäftsführung erörtert und abgestimmt.

### 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 Grundlage für die systematische Personalentwicklung unseres Hauses ist in unserem Leitbild verankert. Ziel ist es, durch gezielte Maßnahmen wie Fort- und Weiterbildungen, die Fach-, Sozial-, Methoden- und Managementkompetenz unserer Mitarbeiter kontinuierlich weiterzuentwickeln. Auf Grundlage eines Führungskonzepts, führen die Führungskräfte jährlich Zielgespräche mit ihren Mitarbeitern, in denen gezielt Maßnahmen zur Personalentwicklung ermittelt und festgelegt werden. Dabei fließen auch die Wünsche der Mitarbeiter ein und werden berücksichtigt.

#### 2.2.2 Festlegung der Qualifikation

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

In der Geschäftsordnung sind Aufgabenbereiche und Verantwortlichkeiten der Krankenhausleitung geregelt. Im Verwaltungsbereich liegt ein Geschäftsverteilungsplan vor, der den Tätigkeitsbereich, die organisatorische Einordnung und die Kompetenzen enthält. Die Chefarztverträge regeln Verantwortlichkeiten gegenüber dem nachgeordneten ärztlichen Personal. Für alle Führungskräfte gibt es Funktionsbeschreibungen, im Pflegedienst zusätzlich für examiniertes Personal und Pflegehelfer, in denen Tätigkeiten und organisatorische Einordnung festgelegt sind.

#### 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.*

Eine systematische Fort- und Weiterbildung sichert eine qualitativ hochwertige Versorgung unserer Patienten. Jeder Mitarbeiter kann seinen Fort- u. Weiterbildungsbedarf bei der Abteilungsleitung beantragen. Nach Prüfung der dienstlichen Notwendigkeit werden diese in der Regel bewilligt. Zur Ermittlung der Mitarbeiterwünsche dienen auch jährliche Zielgespräche, die der Abteilungsleiter mit seinen Mitarbeitern führt. Nach jährlicher Bedarfermittlung wird in einer Fort- und Weiterbildungskommission festgelegt, welche Maßnahmen genehmigt werden.

#### 2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

*Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.*

Die Finanzierung der Fort- und Weiterbildung wird in einem Jahresbudget durch die Geschäftsführung für die einzelnen Abteilungen festgelegt und orientiert sich am Bedarf der Vorjahre. Durch die Beteiligung des Betriebsrates ist sichergestellt, dass bei einer personenbezogenen Genehmigung der Fort- und Weiterbildung der Grundsatz der Gleichberechtigung gewahrt wird.

### 2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

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

Die Koordination der Medien für Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen erfolgt durch das Sekretariat der Geschäftsführung. Die Mitarbeiter sind berechtigt frei darüber zu verfügen. Jede Abteilungsleitung verfügt über Fachliteratur, wie Loseblattsammlungen, Fachzeitschriften, die jedem Mitarbeitern auf Wunsch zur Verfügung gestellt werden. Über Internet können von allen Abteilungen fachbezogene elektronische Datenbanken genutzt werden.

### 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.*

Unsere Krankenpflegeschule verfügt über eine qualifizierte Praxisanleiterin. Sie ermöglicht die Koordination der Theorie-Praxisverknüpfung in enger Zusammenarbeit mit Schulleitung und Pflegedienstleitung, Stationsleitung und Mentorenbetreuung in allen Ausbildungsbereichen. Die Evaluation erfolgt durch Probezeit- und Zwischenprüfung, Examen, Prüfung durch Anleitungen der Praxisanleiter, strukturierte Anleitung der Schüler nach Anleitungsstandard durch einen Mentor sowie Ausbildungsbeurteilung am Ausbildungsende.

## 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.*

Grundlage unseres mitarbeiterorientierten Führungsstils ist das Unternehmensleitbild und die Führungsleitlinien. Durch zahlreiche Arbeitsgruppen und Qualitätsteams im Rahmen unseres Qualitätsmanagements, erfolgt die Einbindung der Mitarbeiter in die Gestaltung des Unternehmens. Bei strategischen Projekten finden auf mittlerer Führungsebene Informationsveranstaltungen durch Geschäftsführung und Krankenhausleitung statt, um gemeinsam die Planungen zu prüfen und Verbesserungsvorschläge zu berücksichtigen.

### 2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

*Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.*

Die Arbeitszeitregelungen für alle Berufsgruppen entsprechen den Bestimmungen des Arbeitszeitgesetzes und des Tarifvertrages. Die Arbeitszeiten gewährleisten die Patientenversorgung rund um die Uhr. Es bestehen für jeden Fachbereich eigene Arbeitszeitregelungen, welche als Arbeitszeitvereinbarungen mit dem Betriebsrat abgeschlossen wurden. Die Überwachung der Arbeitszeiten erfolgt mit Hilfe der elektronischen Zeiterfassung durch den Soll / Ist Abgleich der Abteilungsleitungen.

### 2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

*Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.*

Für die Einarbeitung von neuen Mitarbeitern ist die jeweilige Abteilungsleitung verantwortlich. Diese führt den Mitarbeiter in seinen Bereich ein und erfahrene Mitarbeiter begleiten ihn bei der Einarbeitung. Die Einarbeitung der Mitarbeiter findet auf Grundlage eines schriftlichen Konzeptes statt. Für die Pflege gibt es Stationsordner, die über die wichtigsten abteilungsspezifischen Besonderheiten Auskunft geben.

### 2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

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

Jedem Mitarbeiter stehen die Geschäftsführung, die Krankenhausleitung und die jeweilige Abteilungsleitung zu persönlichen Gesprächen zur Verfügung. Ebenso ist der Betriebsrat Ansprechpartner für die Anliegen der Mitarbeiter. In Zielgesprächen hat jeder Mitarbeiter die Möglichkeit, auch Beschwerden gegenüber seinen Vorgesetzten vorzubringen. Dieser ist verpflichtet, konstruktiv mit der Kritik umzugehen und Lösungen zu vereinbaren. Foren für freie Meinungsäußerung sind unter anderem regelmäßige Abteilungsbesprechungen und Betriebsversammlungen.

## 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 Arbeitsschutzvorschriften werden gemäß den Vorgaben eingehalten. Der Arbeitsschutzausschuss tagt vierteljährlich und die Hygienekommission halbjährlich. Ein externer Sicherheitsingenieur und Sicherheitsbeauftragte sind bestellt. Ein externer Betriebsarzt erfüllt seine Aufgaben. Durch regelmäßige dokumentierte Begehungen der Verantwortlichen wird die Einhaltung der Vorschriften überwacht. Organisation, Aufgaben und Verantwortlichkeiten im Rahmen des Arbeitsschutzes sind in einer Geschäftsordnung und einer Prozessbeschreibung fixiert.

#### 3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

*Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.*

Das Verfahren zum Brandschutz entspricht den gesetzlichen Vorgaben. Die Aufgaben zur Regelung des Brandschutzes u. a.: Beratung bezüglich vorbeugendem und abwehrendem Brandschutz im Rahmen der Planung und Unterhaltung der Betriebsanlagen, Einführung von Arbeitsstoffen und Arbeitsverfahren, Schulung der Mitarbeiter, Maßnahmen zur Sicherung der Rettungswege, Vorbereitung der Gefahrenabwehr, erfüllt der Brandschutzbeauftragte. Das Haus ist mit Flucht- und Rettungswegeplänen ausgestattet, die in den Fluchtwegeknottenpunkten aushängen.

#### 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.*

Unser Krankenhaus ist über die Kommunale Aufsichtsbehörde des Landratsamtes in den Katastrophenschutzplan nach Landesrecht eingebunden. Die Regelungen zu internen und externen Gefahrenlagen nach dem hessischen Katastrophenschutzgesetz sind detailliert im Alarm- u. Einsatzplan festgelegt. Geregelt sind die Zusammensetzung der Krankenhauseinsatzleitung, der Alarmierungsplan, die Aufträge und die Maßnahmen bei Schadensereignissen, die Evakuierung von Patienten und das Verhalten bei biologischen Schadenslagen.

#### 3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

*Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.*

Es gibt ein schriftliches Konzept zum medizinischen Notfallmanagement mit dem Ziel eines umfassenden und hauseinheitlichen Verfahrens im Umgang mit medizinischen Notfällen. Die Stationen sind mit standardisiert eingerichteten Notfallwagen ausgestattet. Für medizinische Notfälle wird über eine Notrufnummer die Rezeption informiert. Die Mitarbeiter der Rezeption informieren umgehend das Notfallteam. Regelmäßige finden für alle Mitarbeiter entsprechende Schulungen statt.

#### 3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

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

Beim Aufnahmegespräch wird mit dem Patienten bzw. seinen Angehörigen der Sicherheitsbedarf ermittelt, (z. B. Bettseitenteile, Verwirrtheit des Patienten) und in der Patientenakte dokumentiert. In den Abteilungen wird bei Fixierungen nach festgelegten "Richtlinien für die Fixierung oder anderer erheblicher Bewegungseinschränkungen" verfahren, suizidgefährdete Patienten werden auf der Intensivstation überwacht. Bei Kindern werden Eltern als Begleitperson mit aufgenommen. Postoperative Patienten werden nur von examiniertem Pflegepersonal transportiert.

## 3.2 Hygiene

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

### 3.2.1 Organisation der Hygiene

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

Der Ärztliche Leiter ist verantwortlich für die Einhaltung der Hygiene. Er wird unterstützt von dem hygienebeauftragten Arzt, dem externen Krankenhaushygieniker und der Hygienefachkraft. Eine Hygienekommission erfüllt ihre Aufgaben entsprechend den Vorgaben des RKI. Dort werden die hygiene relevanten Fragen und Probleme diskutiert, geregelt und protokolliert. Ein Hygieneplan mit allen hygiene relevanten Vorgaben liegt vor. Regelmäßige Begehungen aller relevanten Bereiche durch die Verantwortlichen stellen die Einhaltung der Hygiene sicher.

### 3.2.2 Erfassung und Nutzung hygiene relevanter Daten

*Für die Analyse hygiene relevanter Bereiche wie auch die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen werden krankenhausesweit hygiene relevante Daten erfasst.*

Hygiene relevante Daten werden schriftlich dokumentiert, von der Hygienefachkraft überwacht und gemeinsam mit dem betreuenden Hygieneinstitut ausgewertet und bei Bedarf entsprechende Maßnahmen eingeleitet. Die nach dem Infektionsschutzgesetz meldepflichtigen Krankheiten werden an das Gesundheitsamt und an die Krankenhausleitung mittels standardisierter Bögen gemeldet. Die Nosokomialen Infektionen werden an das Hygieneinstitut gemeldet, dort ausgewertet und mit einem Vergleichspool ähnlich großer Krankenhäuser verglichen.

### 3.2.3 Planung und Durchführung hygiene sichernder Maßnahmen

*Hygiene sichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.*

In der Hygienekommissionssitzung werden die hygiene relevanten Maßnahmen geplant und die Umsetzung veranlasst. Es liegt ein Hygieneplan mit allen Regelungen zu hygiene sichernden Maßnahmen vor, der jährlich vom externen Krankenhaushygieniker und der Hygienefachkraft in Zusammenarbeit mit der Krankenhausleitung aktualisiert wird. Der Hygieneplan ist den Mitarbeitern des Hauses bekannt und liegt in den Abteilungen vor.

### 3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

*Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.*

Die Einhaltung der Richtlinien wird durch gezielte Maßnahmen sichergestellt, z.B. regelmäßige Schulungen der Mitarbeiter durch die Hygienefachkraft und stichprobenartig unangemeldete Begehungen der Abteilungen. Ein Hygieneplan liegt vor. Der Krankenhaushygieniker und die Hygienefachkraft sind mit der Erstellung und Aktualisierung des Hygieneplanes beauftragt. Die Abteilungsleitungen und jeder Mitarbeiter sind verantwortlich für die Einhaltung dieser Vorgaben. Die Krankenhausküche arbeitet nach den in der Lebensmittelhygieneverordnung festgelegten Vorgaben.

## 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.*

Der Umgang mit Betäubungsmitteln erfolgt im gesetzlich vorgeschriebenen Rahmen. Die Bereitstellung von Blut und Blutprodukten ist den gesetzlichen Vorgaben entsprechend, einschließlich der Vorgehensweisen und der Meldewege schriftlich geregelt. Die Belieferung mit diesen Produkten erfolgt durch die Blutbank Kassel. Verantwortlich für die Bereitstellung von Blut und Blutprodukten sind der Transfusionsverantwortliche und die Laborleitung. Die Medizinproduktbereitstellung erfolgt auf Grundlage einer Dienstanweisung durch den Einkauf/Medizintechnik.

### 3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

*Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.*

Halbjährlich tagt eine Arzneimittelkommission, in der Chefärzte und die Vertragsapotheker vertreten sind. Die Anwendung von Arzneimitteln erfolgt ausschließlich nach Anordnung durch den Arzt und wird in der Patientenakte mit Arzneimittelbezeichnung, Dosierung und Arzneimittelform dokumentiert. Mit Betäubungsmitteln wird nach gesetzlicher Vorgabe verfahren. Regelmäßig finden Begehungen und Überprüfungen durch Mitarbeiter der Apotheke auf korrekte Lagerung und Verfallsdatum statt. Die Ergebnisse werden dokumentiert und an die Chefärzte weitergeleitet.

### 3.3.3 Anwendung von Blut- und Blutprodukten

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

Die Bereitstellung von Blut und Blutprodukten ist den gesetzlichen Vorgaben entsprechend in der Transfusionsordnung festgelegt. Es liegt als Handbuch in den Anwendungsbereichen vor. Für die Einhaltung und Umsetzung der entsprechenden Gesetze und Verordnungen zur Anwendung von Blut und Blutprodukten ist eine Transfusionskommission eingerichtet. Ein Transfusionsverantwortlicher und Transfusionsbeauftragte sind benannt und erfüllen ihre Aufgaben gemäß den Vorgaben.

### 3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

*Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.*

Die Anwendung von Medizinprodukten ist gemäß den gesetzlichen Vorgaben des MPG und der MPBetreibV geregelt. In einer "Dienstanweisung zur Umsetzung des Medizinproduktegesetzes und der Medizinprodukte-Betreiberverordnung" sind die Organisation, Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Aufgaben von der Geschäftsführung, über die Medizinprodukteverantwortlichen, die Medizinproduktebeauftragten, den technisch-administrativen Medizinprodukteverantwortlichen bis hin zu den Anwendern festgelegt. Verantwortlich ist die Geschäftsführung als Betreiber.

### 3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

*Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.*

Zur kontinuierlichen Verbesserung des betrieblichen Umweltschutzes ist ein Umweltmanagementsystem in Anlehnung an EMAS eingerichtet. Alle gesetzlichen Vorschriften werden eingehalten. Verantwortlich ist eine Umweltmanagementbeauftragte, für deren Aufgaben eine Funktionsbeschreibung vorliegt. Sie ist Ansprechpartnerin in allen Fragen des Umweltschutzes und nimmt Verbesserungsvorschläge entgegen. Jährlich wird ein Umweltbericht erstellt. Umweltziele werden fortlaufend definiert und ihre Umsetzung durch Audits überwacht.

## 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 Führung und Archivierung der Patienten Dokumentation geschieht nach gesetzlichen Richtlinien und ist in der „Dienstanweisung zur ordnungsgemäßen Dokumentation“ geregelt. In einer Archivordnung gibt es für die Mitarbeiterinnen des Archivs detaillierte schriftliche Handlungsanweisungen zum Umgang mit Patientenakten sowie zur Archivierung. Grundlage sind die Ausführungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft in "Die Dokumentation der Krankenhausbehandlung".

#### 4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

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

Eine vollständige, verständliche, korrekte und nachvollziehbare Dokumentation wird durch die zeitnahe Erfassung in einer gegliederten Patientenakte erzielt. Das elektronische Krankenhausinformationssystem überwacht die vollständige und plausible Dateneingabe. Die Führung der Patientendokumentation ist in der „Dienstanweisung zur ordnungsgemäßen Dokumentation“ detailliert festgelegt.

Zur Gewährleistung einer einheitlichen Dokumentation sind Beispielakten angelegt. Vor der Archivierung werden die Patientenakten auf Vollständigkeit überprüft.

#### 4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

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

Für alle berechtigten Mitarbeiter besteht ein zeitlich uneingeschränkter Zugriff auf die Patientendokumentation. Während der Regeldienstzeit werden die Akten direkt von den Mitarbeitern des Archivs herausgegeben, während des Bereitschaftsdienstes erhalten die Mitarbeiter den Archivschlüssel gegen Unterschrift an der Rezeption. Zur Rückverfolgbarkeit wird die Entnahme jeder Akte dokumentiert. Die im EDV-System hinterlegten Daten stehen allen autorisierten Mitarbeitern ebenfalls rund um die Uhr zur Verfügung.

### 4.2 Informationsweiterleitung

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

#### 4.2.1 Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Bereichen

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

Die Kommunikation im Krankenhaus erfolgt in protokollierten Besprechungen, durch Rundschreiben, die Mitarbeiterzeitung „Holding Reporter“ und durch die Nutzung des Intranets und E-Mails. Patientenbezogene Informationen werden bei Pflegeübergaben, Visiten, interdisziplinären Fallbesprechungen und Teambesprechungen weitergegeben. Das elektronische Krankenhausinformationssystem ermöglicht eine zeitnahe Information. Die abteilungsbezogene einheitliche Patientenakte gewährleistet eine umfassende schriftliche Information.

#### 4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

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

Die Rezeption ist die zentrale Auskunftsstelle unseres Hauses. Sie ist täglich rund um die Uhr mit geschultem Personal besetzt und befindet sich unmittelbar im Eingangsbereich. Die Mitarbeiter der Rezeption geben Auskünfte an Patienten und Besucher. Mit Hilfe des elektronischen Krankenhausinformationssystems können die Mitarbeiter der Rezeption allgemeine Auskünfte wie Stations- und Zimmernummer des Patienten weitergeben. Weitere Informationen (z.B. Hausärzte und andere Einrichtungen) sind verfügbar und werden regelmäßig aktualisiert.

#### 4.2.3 Information der Öffentlichkeit

*Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.*

Die Öffentlichkeitsarbeit erfolgt auf Grundlage eines schriftlichen Konzeptes. Die Geschäftsführung kooperiert mit der örtlichen Presse und dem regionalen Rundfunk. Berichtet wird über aktuelle Ereignisse und Entwicklungen. Unsere Mitarbeiterzeitung „Holding Reporter“ liegt in allen Wartebereichen aus. Sie informiert Patienten und Besucher über aktuelle Entwicklungen und geplante Neuerungen. Diese Zeitung erhalten auch alle niedergelassenen Ärzte und weiter betreuenden Einrichtungen. Des Weiteren präsentiert sich unser Haus durch eine Homepage im Internet.

#### 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.*

Der Datenschutz des Hauses ist nach den gesetzlichen Vorgaben geregelt. Ein Datenschutzbeauftragter ist bestellt und sichert die Umsetzung der Vorgaben. Jeder Mitarbeiter ist zum Datenschutz (Umgang mit allen betriebsinternen Daten) belehrt. Der Zugriff auf das EDV-System wird nur berechtigten Personen gewährt. Jeder Zugriff wird elektronisch erfasst und dokumentiert. Um Zugriff auf Software und Datenbestände zu erhalten, muss sich jeder Anwender am System authentifizieren. Die Zugriffsberechtigungen sind nach Usergruppen definiert.

### 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.*

Dem Benutzer steht über Terminal-Services seine individuelle Arbeitsumgebung an jedem Arbeitsplatz zur Verfügung. Ein EDV-Ausfallkonzept besteht darin, dass Datensicherungsmaßnahmen und Hardware redundant, auf jeweils unterschiedlicher Hardware, ausgelegt sind. Die anwendenden Mitarbeiter sind entsprechend eingewiesen. In jeder Abteilung ist mindestens ein EDV-Arbeitsplatz. Die zeitlich uneingeschränkte Nutzung ist durch eine Rufbereitschaft der verantwortlichen EDV-Leitung sichergestellt.

## 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.*

Die Grundsätze unserer Qualitätspolitik und die Inhalte unserer Qualitätsphilosophie sind in unserem Leitbild verankert. In die Erarbeitung und Gestaltung unseres Leitbildes wurden die Mitarbeiter unserer Klinik miteinbezogen und seine Grundsätze sind eine Richtlinie für unser tägliches Handeln. Ziel und Zweck unserer leitbildorientierten Arbeit ist die grundlegende Ausrichtung an übergeordneten Wertmaßstäben zum Wohle von Patienten, des Unternehmens und den Mitarbeitern. Jeder Mitarbeiter ist aufgefordert persönlich an der Umsetzung mitzuwirken.

### 5.2 Zielplanung

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

#### 5.2.1 Entwicklung einer Zielplanung

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

Die Geschäftsführung erarbeitet eine strategische Zielplanung für das Krankenhaus mit einem Maßnahmenkatalog, der sich auf kurz-, mittel- und langfristige Ziele für die Bereiche Kostenminimierung, Erlösmaximierung und Strukturoptimierung erstreckt. Neben der strategischen Zielplanung erfolgt die operative Zielplanung für die Abteilungen auf Grundlage eines Leistungs-, Erlös-, & Kostencontrollings. Der Aufbau von Kooperationen mit anderen Anbietern der Gesundheitsversorgung ist Bestandteil der Zielplanung.

#### 5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

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

Die Organisationsstruktur unseres Hauses ist in Organigrammen mit Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten transparent festgelegt. Die Organigramme werden ergänzt durch Übersichtslisten der Funktionsträger (z.B. Betriebsbeauftragte). Jede Übersichtsliste enthält die Angabe der Funktion, die Namen und die Hausdurchwahl. Änderungen werden zwischen Geschäftsführung, Krankenhausleitung und betroffenen Abteilungen abgestimmt aktualisiert.

#### 5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

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

Auf der Grundlage der Leistungsvereinbarungen mit den Kostenträgern wird jährlich ein Wirtschaftsplan, bestehend aus Finanzplan, Erfolgsplan und Stellenplan erstellt. Jede Abteilungsleitung meldet zu Jahresbeginn Investitionswünsche schriftlich an. Nach Abgleich mit den zur Verfügung stehenden Investitionsmitteln, der Zielplanung des Hauses und der Priorisierung der Investitionswünsche werden diese bewilligt.

### 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.*

Zur Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise liegen für die Gesellschafterversammlung, Aufsichtsrat, Geschäftsführung und Krankenhausleitung Geschäftsordnungen vor, die auch Vorgaben über die Interaktion dieser Gremien untereinander enthalten. Für eine effektive Kommunikation der einzelnen Leitungsgremien untereinander gibt es u. a. Krankenhaus-, Stations- und Abteilungsleitungssitzungen, Hygienekommission, Arzneimittelkommission, Arbeitsschutzausschuss, als strukturierte Gesprächsforen. Alle Sitzungen werden protokolliert.

#### 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.*

Monatlich findet eine standortübergreifende Geschäftsführungssitzung statt, an der neben der Geschäftsführung die Krankenhausleitungen beider Krankenhäuser sowie die Abteilungsleitungen Rechnungswesen, Controlling und Personal teilnehmen. Die Geschäftsführung trifft sich mit den jeweiligen Abteilungsleitungen auch zu Einzelgesprächen. In diesen Besprechungen wird der jeweilige Stand laufender Projekte, aktuelle Themen wie personalbezogene Themen, Finanzthemen, etc. erörtert. Darüber hinaus trifft sich die Krankenhausleitung wöchentlich.

#### 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 Krankenhausleitung wird strukturiert über relevante Daten, Fakten und Kennzahlen z. B. Fallzahlen, Auslastung, Kostenstellenauswertung, Erlöse, Keimstatistik, Ergebnisse von Mitarbeiter-, Patienten- und Zuweiserbefragungen von den jeweils zuständigen Verantwortlichen informiert. Die Ergebnisse werden ausgewertet und Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet. In regelmäßigen Gesprächen zwischen KHL und Abteilungsleitungen wird der derzeitige Status einzelner Projekte und aktuelle Entwicklungen besprochen, Lösungsvorschläge entwickelt und umgesetzt.

#### 5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

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

Grundlage der Mitarbeiterführung sind Leitbild und Führungsleitlinien. Vertrauensbildende Maßnahmen spiegeln sich u. a. im Rahmen unseres Qualitätsmanagements in zahlreichen Projekten und Qualitätsteams wider, durch welche die Mitarbeiter aktiv an der Unternehmensgestaltung teilnehmen können. Die Krankenhausleitung steht den Mitarbeitern unbürokratisch für Gespräche zur Verfügung, und arbeitet eng mit dem Betriebsrat zusammen. Die Zufriedenheit mit vertrauensfördernden Maßnahmen wird durch Mitarbeiterbefragungen und jährliche Zielgespräche evaluiert.

## 5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben

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

### 5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

*Im Krankenhaus werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt.*

Die Achtung und Wahrung der Individualität der Patienten ist in unserem Leitbild verankert. Hierzu zählt auch die Berücksichtigung ethischer und religiös bedingter Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen. Ein „Team für ethische Fragen“ ist beauftragt, Fragestellungen und bereits getroffene Entscheidungen in den Bereichen Medizin, Pflege und Ökonomie ethisch zu reflektieren, aufzuarbeiten und die Sensibilisierung des ethischen Bewusstseins durch offene Kommunikation in unserem Hause zu fördern.

### 5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

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

Eine Leitlinie dient allen Mitarbeitern zur Orientierung im Umgang mit Sterbenden, Verstorbenen und deren Angehörigen. Ziel unseres leitlinienorientierten Vorgehens ist es, durch einen respekt- und würdevollen Umgang, den individuellen, ethischen und religiösen Bedürfnissen von sterbenden Patienten und ihren Angehörigen unter Berücksichtigung ihres Selbstbestimmungsrechtes zu entsprechen. Auf Wunsch wird ein Seelsorger begleitend hinzugezogen und der Hospizdienst eingebunden. Sterbende können jederzeit von ihren Angehörigen besucht und begleitet werden.

### 5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

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

Unsere Leitlinie „Umgang mit Sterbenden, Verstorbenen und deren Angehörigen“ enthält verbindliche Handlungsanleitungen und Verhaltensgrundsätze für einen respekt- und würdevollen Umgang mit Verstorbenen und ihren Angehörigen. Angehörige können im Zimmer oder dem Aufbahrungsraum ungestört Abschied nehmen. Wir bieten den Hinterbliebenen Unterstützung zur Bewältigung ihrer Trauer durch die Vermittlung nachgehender Hilfen an. Die individuellen Bedürfnisse Andersgläubiger finden Berücksichtigung und die Angehörigen werden in der Ausübung ihrer Rituale unterstützt.

## 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.*

Die Geschäftsführung ist verantwortliches Entscheidungsgremium für die Umsetzung und Weiterentwicklung unseres Umfassenden Qualitätsmanagements (UQM) und Mitglied der UQM-Konferenz, die als Steuerorgan und Koordinator verantwortlich für die Umsetzung der auf alle Bereiche bezogenen Qualitätsstrategie ist. Weitere Mitglieder der UQM-Konferenz sind die Krankenhausleitung, die Qualitätsmanagementbeauftragten und der Betriebsrat. Die Führungskräfte aller Bereiche sind in die Umsetzung und Weiterentwicklung des UQM regelhaft miteinbezogen.

#### 6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

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

Unsere Qualitätsziele basieren auf den strategischen und operativen Zielen unserer Qualitätspolitik, die in unserem Leitbild verankert ist. Die Ziele werden in Abstimmung mit der Geschäftsführung von der UQM-Konferenz halbjährlich auf Zielkonferenzen den Führungskräften und Belegärzten vorgestellt und im Konsens abgestimmt. Für jedes Ziel werden konkrete Maßnahmen, Verantwortlichkeiten und Zeitraum für die Umsetzung festgelegt. Die Umsetzung erfolgt durch Einrichtung von entsprechenden Projektgruppen und Qualitätsteams sowie im Rahmen von Arbeitsaufträgen.

### 6.2 Qualitätsmanagementsystem

*Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.*

#### 6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

*Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.*

Das Qualitätsmanagement dient dazu, unsere Abläufe und Prozesse fortlaufend effektiver und effizienter zu gestalten. Eine Geschäftsordnung regelt Strukturen, Verantwortlichkeiten und Aufgaben. Die hauptamtliche Qualitätsmanagementbeauftragte ist für die gesamte Koordination zuständig. Sie koordiniert die Arbeitsschritte zur Umsetzung und Weiterentwicklung. Unterstützt wird sie durch einen Stellvertreter und 18 weitere geschulte Mitarbeiter. In zahlreichen Qualitätsteams und Projekten wird kontinuierlich an der Verbesserung unserer Leistungen gearbeitet.

#### 6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

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

In unserem Haus wird die Qualität unserer Leistungen regelmäßig überprüft. Eingeführte Instrumente sind u. a. regelmäßig durchgeführte Patienten- und Mitarbeiterbefragungen. Der Selbstbewertungsbericht nach KTQ dient ebenso wie die Befragungen als Grundlage für die Entwicklung von Verbesserungsmaßnahmen. Die geplanten Maßnahmen werden den Führungskräften in Zielkonferenzen vorgestellt, Aufträge formuliert und Qualitätsteams mit der Erarbeitung von Lösungen beauftragt. Die Umsetzung der Lösungsvorschläge erfolgt nach Prüfung durch die Geschäftsführung.

## 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 Sammlung der Daten erfolgt auf Grundlage unseres Konzepts zur internen/externen Qualitätssicherung. Die qualitätsrelevanten Daten werden EDV-gestützt erfasst. Über die gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V hinaus, werden weitere qualitätsrelevante Daten systematisch erhoben und ausgewertet. Die Ergebnisse dienen als Grundlage für qualitätsverbessernde Maßnahmen in unserem Haus.

### 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 führt standardisierte Patienten- und Mitarbeiterbefragungen durch. Die Ergebnisse von Befragungen dienen dazu, Probleme zu identifizieren um daraus notwendige Qualitätsentwicklungsmaßnahmen für Behandlungs- und Arbeitsprozesse ableiten zu können. Andererseits werden so die Erfolge von bisher durchgeführten Verbesserungsmaßnahmen messbar gemacht. Die kontinuierlichen Kontaktpflege und Erfassung der Bedürfnisse von niedergelassenen Ärzten erfolgt auf Grundlage eines „Konzepts zu strukturierten Einweiserkontakten“.

### 6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

*Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.*

Patientenwünsche und -beschwerden sind für uns wichtige Gradmesser zur Bewertung unserer Behandlungsqualität. Auf Grundlage der Richtlinie zum „Zentralen Beschwerdemanagement“ ist der strukturierte Umgang mit Beschwerden und Wünschen der Patienten von der Annahme, Weiterleitung, Bearbeitung und Auswertung bis zur Erfolgskontrolle geregelt. Bei Aufnahme erhält jeder Patient einen „Meinungsbogen“ mit der Bitte, uns seine Anliegen mitzuteilen sowie ein „Informationsblatt“ in dem alle zuständigen Ansprechpartner wie z. B. der Patientenführsprecher aufgeführt sind.

## 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.*

Unser Krankenhaus beteiligt sich an allen gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V. Durch die Implementierung eines speziellen Filters in das elektronische Krankenhausinformationssystem können die beauftragten und speziell geschulten Verantwortlichen sämtliche Fälle, die der externen Qualitätssicherungspflicht unterliegen, ermitteln und die Dokumentation der erforderlichen Datensätze durchführen. Der Versand der erhobenen Daten an die Bundes- und Landesgeschäftsstellen obliegt dem Medizincontrolling.

### 6.4.2 Umgang mit Ergebnissen der externen Qualitätssicherung

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

Der Umgang mit den Ergebnissen der externen Qualitätssicherung erfolgt auf Grundlage unseres Konzepts zur internen/externen Qualitätssicherung. Die Ergebnisse werden durch das Medizincontrolling detailliert und kritisch analysiert und die aufbereiteten Daten den jeweiligen Chefarzten zugestellt. Anhand der Analyse entwickelt die Fachabteilung bei Bedarf erforderliche Maßnahmen, die zur Verbesserung abweichender Ergebnisse beitragen sollen. Die Analyse der Ergebnisse und die entwickelten Verbesserungsmaßnahmen werden in einer Qualitätskonferenz vorgestellt.