



KTQ - QUALITÄTSBERICHT

Krankenhaus: Hohenloher Krankenhaus gGmbH
Krankenhaus Öhringen
Krankenhaus Künzelsau

Anschrift: Kastellstrasse 5
74613 Öhringen

Institutionskennzeichen: 260811114

Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer: 2010 – 0014 K
durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle:
SAMA Cert GmbH

Datum der Ausstellung: 28.02.2010
Gültigkeitsdauer: 27.02.2013

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Einleitung	5
1 Patientenorientierung im Krankenhaus	7
2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung.....	11
3 Sicherheit im Krankenhaus.....	14
4 Informationswesen.....	17
5 Krankenhausführung	19
6 Qualitätsmanagement.....	22

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 Visitorteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

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

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

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

¹ ZU DIESEN ZÄHLEN: VERBAND DER ERSATZKASSEN E. V., AOK-BUNDESVERBAND, BKK-BUNDESVERBAND, IKK-BUNDESVERBAND, SPITZENVERBAND DER LANDWIRTSCHAFTLICHEN SOZIALVERSICHERUNG, DIE KNAPPSCHAFT

Wir freuen uns, dass die Hohenloher Krankenhaus gGmbH 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

Die Hohenloher Krankenhaus gGmbH ist ein gemeinnütziges Unternehmen des Hohenlohekreises. Mit hoher Fachkompetenz, professionellem Management und bewusster Gemeinwohlorientierung bietet sie Gesundheit und Pflege aus einer Hand. Unter dem Dach der Regionalen Gesundheitsholding Heilbronn-Franken GmbH (RGHF- Zusammenschluss der Krankenhäuser des Stadt- und Landkreises Heilbronn mit den Krankenhäusern des Landkreises Hohenlohe) wird die wirtschaftliche und medizinische Weiterentwicklung der beteiligten Unternehmen und ihrer Standorte weiter gesichert und auf eine breitere kommunale Basis gestellt.

Unser Ziel ist die wohnortnahe und familienorientierte Krankenversorgung bei wirtschaftlicher Leistungserbringung mit hohem Qualitätsniveau in vertrauter Umgebung. Das Hohenloher Krankenhaus, als Dienstleistungsunternehmen an zwei fachlich spezialisierten Standorten, eines geriatrischen Kompetenzzentrums, sowie Seniorenheime in sechs Städten und Gemeinden sowie betreute Wohnkonzepte, bieten ein zukunftsorientiertes Netzwerk zur Sicherung der regionalen Kranken- und Seniorenversorgung im Hohenlohekreis.

Mit seinem Leistungsspektrum gewährleistet das Hohenloher Krankenhaus in Öhringen und in Künzelsau nicht nur die Basisversorgung für alle und vor Ort, sondern bietet durch Schwerpunktbildungen in den Abteilungen auch eine spezialisierte fachärztliche Versorgung auf hohem Niveau. Mit einer Gesamtzahl von 283 Betten versorgte es im Berichtsjahr 2008 11.831 Patienten stationär und 21261 Patienten ambulant. Es wurden 1044 Kinder geboren. Dem Hohenloher Krankenhaus wurde nach 2003 auch 2006 das Gütesiegel nach KTQ verliehen. Es ist ein bundesweites, krankenhausspezifisches Zertifikat für nachgewiesenes Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Die Küche und der Reinigungsdienst sind nach EN DIN ISO 9001:2000/2008 Re-zertifiziert.

Die angegliederte Geriatrische Rehabilitationsklinik in Öhringen bietet ein ganzheitliches Konzept zur Genesung bei altersbedingten Funktions- und Gesundheitsstörungen und wurde Frühjahr 2009 auch nach KTQ zertifiziert. Qualifizierte Mitarbeiter, insbesondere im Ärztlichen Dienst, bei den Gesundheits- und Krankenpflegekräften, den Therapeuten, im Sozialdienst und der Klinikseelsorge, erfüllen wichtige Aufgaben im ganzheitlichen Angebot.

Das Hohenloher Krankenhaus kooperiert eng mit den Kreisärzteschaften, mit denen auch regelmäßig gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt und medizinisch-ethische Fragen erörtert werden. Eine Reihe von öffentlichen Veranstaltungen werden von leitenden Krankenhausärzten in Zusammenarbeit mit Volkshochschulen, Krankenkassen, Selbsthilfegruppen und Vereinen zur Aufklärung, Prävention und Begleitung angeboten.

Die Hohenloher Krankenhaus gGmbH ist Mitglied in einem regionalen Pflege- und Betreuungsverband gemeinnütziger ambulanter Dienste und stationärer Altenhilfeeinrichtungen und gewährleistet damit ein abgestimmtes Entlassungsmanagement und eine Nachsorge „aus einer Hand.“ Zwei Altenheime werden von der Hohenloher Krankenhaus gGmbH und vier Seniorenzentren (ein weiteres ist in der Planung) von der Hohenloher Seniorenbetreuung GmbH, einem Tochterunternehmen der Hohenloher Krankenhaus gGmbH betrieben. Kostenlose Beratungsstellen geben fachliche Auskunft oder vermitteln weiter in Fragen zu Gesundheit und Pflege, insbesondere in alters- oder krankheitsbedingten neuen Lebenssituationen.

Kooperationen mit Kirchen, Diakonie, Caritas und qualifizierten ehrenamtlichen Diensten unterstützen die am gesamten Menschen orientierte Ausrichtung. Die Verzahnung und Vernetzung ambulanter Leistungserbringung durch niedergelassene Ärzte mit dem stationären Bereich im Krankenhaus Künzelsau wird durch eines am Krankenhaus Künzelsau angedocktem Ärztehauses realisiert.

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter <http://www.hk-gmbh.net>, oder auf Anfrage von unserem Qualitätsmanagement (helmut.munz@hk-gmbh.net).

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Herrn Helmut Munz, Qualitätsmanagementbeauftragter, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Die KTQ-Kriterien beschrieben von Hohenloher Krankenhaus gGmbH

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.

Planbare Aufnahmen erfolgen nach Standard und werden in den Fachabteilungen von Ärzten koordiniert und Stationen zugeteilt. Zur Steuerung stehen ihnen die aktuellen Belegungszahlen der einzelnen Stationen zur Verfügung. In den Ambulanzen und in der Anästhesie werden vorstationäre Termine zu weiterer Diagnostik, Information und Aufklärung abgehalten. Im Hause besteht rund um die Uhr Zugriff auf archivierte Vorbefunde früherer Aufenthalte. Es liegen Broschüren zum stationären Aufenthalt aus. Hinweise und Vorbefunde des einweisenden Arztes werden berücksichtigt.

1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

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

Hinweistafeln im Eingangsbereich ermöglichen Patienten und Besuchern die Orientierung. Die Hinweise teilen sich auf in Angaben zu den Notfallambulanzen, zur stationären Aufnahme und zu den Stationen. In den Fahrstühlen und an den Zugängen zum Treppenhaus sind richtungsweisende Informationstafeln angebracht, die sich auf den Etagen fortsetzen. International gültige Piktogramme und Hinweise in Signalfarben zeigen den Weg zu den Notfallambulanzen. An der Information stehen geschulte Mitarbeiter für weitergehende Auskünfte zur Verfügung.

1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

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

Die administrative Patientenaufnahme erfolgt strukturiert. Die Mitarbeiter gehen auf die Bedürfnisse der Patienten ein, informieren und klären auf, versuchen Unsicherheiten und Ängste zu minimieren. Das stationäre Aufnahmeverfahren im ärztlichen und pflegerischen Bereich ist in allen Abteilungen durch Ablaufstandards geregelt. Individuelle Patientenwünsche werden berücksichtigt. Informationen zu Visiten-, Essen- und Besuchszeiten, zum Stationsablauf und zu personellen Zuständigkeiten liegen in jedem Patientenzimmer bereit.

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.

Über die Notfallambulanz sind Aufnahmen rund um die Uhr möglich. Die Reihenfolge der Behandlung erfolgt nach Behandlungsdringlichkeit und nach Eintreffen. Die Ambulanz ist mit fachkompetentem ärztlichem und pflegerischem Personal besetzt. Bei speziellen Fragestellungen werden umgehend die anderen Fachabteilungen des Hauses zu Rate gezogen. Die Ermächtigungs- und Wiedereinbestellambulanzen vergeben Termine zu festgelegten Sprechzeiten. Spezialsprechstunden werden angeboten.

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.

In jeder Abteilung wird die ärztliche Ersteinschätzung nach einem standardisierten Aufnahmebogen durchgeführt, in dem die Anamnese- und Befunderhebung geregelt ist. Dabei ist sichergestellt, dass der körperliche, seelische und soziale Status des Patienten individuell von Arzt und Pflege erfasst wird. Dies erfolgt unter Beachtung der Intimsphäre. Wünsche, Vorstellungen und Ressourcen fließen in die Ersteinschätzung ein. Der Facharztstandard ist gewährleistet. Bei Bedarf wird der Sozialdienst hinzugezogen. Die Möglichkeit den Seelsorger in Anspruch zu nehmen, besteht.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

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

Relevante Vorbefunde von Extern oder Intern sowie Gesichtspunkte früherer Anamnesen fließen in allen Abteilungen in die aktuelle Behandlung ein. Alle zur Verfügung stehenden Vorbefunde werden einbezogen, um dem Patient unnötige Mehrfachuntersuchungen zu ersparen. Viele Vorbefunde liegen in elektronischer Form vor und sind vom betreuenden Personal sofort einsehbar.

1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

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

Für jeden Patienten wird ein Behandlungsplan erstellt. Die Wünsche und Erwartungen des Patienten werden berücksichtigt. Die diagnostische Vorgehensweise ist standardisiert. Zu den pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen von häufigen Krankheiten gibt es in den Abteilungen schriftlich festgelegte Standards bzw. die Leitlinien der Fachgesellschaften. Der Behandlungs- und Pflegeprozess wird dokumentiert.

1.2.4 Integration der Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Der Patient bzw. Angehörige werden in die Behandlungsplanung einbezogen, über alle geplanten und wesentlichen Schritte sowohl diagnostischer, therapeutischer als auch pflegerischer Art und über Alternativen informiert. Es ist sichergestellt, dass die Patienten rechtzeitig sowohl über das Vorgehen bei Untersuchungen, als auch über Risiken des Eingriffes oder der Operation informiert werden. Grundsätzlich wird die ablehnende Haltung des Patienten und seiner Angehörigen, auch bei religiös begründeter Ablehnung respektiert. Aufklärungsprospekte liegen auch in Fremdsprachen vor.

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.

Das Leistungsangebot orientiert sich an den Vorgaben des Landeskrankenhausplanes (z. B. Geriatrischer Schwerpunkt, Schlaganfallstation). Die Patienten erfahren eine hochwertige, umfassende und zeitgerechte Behandlung. Die Indikation zu einer Operation und wichtige Therapieentscheidungen werden stets durch einen Facharzt getroffen. Diagnostik und Behandlung orientieren sich an den Richtlinien der Medizinischen Fachgesellschaften, an eigenen pflegerischen Standards sowie an nationalen Expertenstandards.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

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

Die angewandten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen entsprechen den aktuellen wissenschaftlichen Empfehlungen der Fachgesellschaften. Für den Pflegedienst existieren zahlreiche schriftliche, auch abteilungsübergreifende Standards. Leitlinien und Standards stehen den Mitarbeitern zur Verfügung. Die persönliche aktuelle Fachkompetenz der Mitarbeiter wird durch das Fort- und Weiterbildungsprogramm und das Studium von Fachliteratur unterstützt.

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.

Größe und Charakter des Hauses ermöglichen individuelle Behandlung und Pflege. Wünsche in Bezug auf Wahlleistungsangebote, nach individueller Weckzeit, Information, Aufklärung und Mitsprache werden nach Möglichkeit berücksichtigt. Ansprechpartner werden dem Patienten bekannt gemacht. Es finden Beratungen zur weiteren Lebensweise und Schulungen zum Erhalt der Selbstständigkeit statt. Die Besuchszeiten sind großzügig geregelt. Es stehen Aufenthaltsbereiche zur Verfügung. Angehörige werden auf deren Wunsch hin aufgenommen.

1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

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

Den Patienten stehen drei Menüs für Mittag- und Abendessen zur Auswahl. Morgens wird in der Cafeteria ein Buffet angeboten. Sonderwünsche sowie religiöse und kulturelle Aspekte werden berücksichtigt. Diäten werden vom Arzt festgelegt und von der Diätassistentin nach ernährungswissenschaftlichen Grundlagen zusammengestellt und zubereitet. Eine qualifizierte Diätberatung wird angeboten. Um zu gewährleisten, dass Patienten ihre Mahlzeiten ungestört einnehmen können, werden Visiten und Untersuchungszeiten den Essenszeiten angepasst.

1.3.5 Koordinierung der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Die Durchführung der Diagnostik und Behandlung erfolgt koordiniert. Diagnostische Maßnahmen werden zeitnah und termingerecht angeboten und individuell auf den Patienten abgestimmt. Vor operativen Eingriffen erfolgt die Diagnostik ambulant, vorstationär oder zeitgerecht am Aufnahme-tag.

1.3.6 Koordinierung der Behandlung: OP-Koordination

Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.

Die OP Planung elektiver Eingriffe erfolgt über EDV. Der leitende Anästhesiologe ist als OP-Koordinator zuständig. Er überwacht die Vorplanung und Einhaltung des OP-Planes. Sollte dennoch im Ausnahmefalle eine Operation verschoben werden müssen, wird diese spätestens am nächsten Tag durchgeführt. Notfalleingriffe sind rund um die Uhr möglich. Die präoperative Vorbereitung erfolgt koordiniert, ebenso, falls erforderlich, eine Nachbetreuung in der Wachstation oder in der Intensivstation.

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 kooperieren eng miteinander. Dies geschieht in Form von Röntgenbesprechungen, ärztlichen und pflegerischen Übergabegesprächen, gemeinsamen Visiten, Einzelgesprächen mit Therapeuten und in interdisziplinären Fallkonferenzen. Es wird ein geregelter Konsiliarwesens praktiziert. Gute persönliche Kontakte zu anderen Abteilungen garantieren unverzügliche Hilfe untereinander. Unsere Ärzte und die niedergelassenen Ärzte informieren sich zur Behandlung gegenseitig und führen im Haus gemeinsame Fortbildungen durch.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

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

Die Visiten des Stationsarztes erfolgen täglich gemeinsam mit der verantwortlichen Pflegekraft. Auf Station erfolgt eine Chef- und Oberarztvisite pro Woche, bei speziellen Problempatienten und bei Neuaufnahmen auch häufiger. In der Intensiv- und in der Wachstation visitieren immer der Chefarzt oder Oberärzte. Im Bedarfsfall werden auch andere Berufsgruppen wie z. B. Physiotherapie, Ergotherapie, Sozialdienst, Diätassistentin in das Behandlungskonzept mit eingebunden. Das weitere Vorgehen wird mit dem Patienten abgesprochen.

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.

Der Sozialdienst wird frühzeitig hinzugezogen, um mit Patienten und Angehörigen eine weiterführende Betreuung zu regeln. Die Notwendigkeit einer Rehabilitation wird individuell geprüft und vom Sozialdienst oder dem Geriatrischen Schwerpunkt in die Wege geleitet. Der Entlassungstag wird dem Patienten rechtzeitig, spätestens jedoch am Vortag mitgeteilt. Zur Sicherstellung des Behandlungserfolges werden dem Patienten bei Visiten Verhaltensempfehlungen gegeben. Die Medikation wird besprochen und krankheitsbezogene Merkblätter ausgehändigt.

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.

Je nach nachfolgendem Versorgungsbereich erfolgen vom Sozialdienst, vom geriatrischen Schwerpunkt, vom Pflegedienst, von Arzt zu Arzt zur Verlegung/Entlassung telefonische Informationen. Entsprechend der Verlegungs- oder Entlassungsart werden vorläufiger oder endgültiger Arztbrief, Kopien wichtiger Befunde, ggf. Röntgenbild und Pflegeüberleitungsbericht vorbereitet und mitgegeben. Individuelle Überleitungsbögen an Altenheime beinhalten wichtige Informationen für die weiterbetreuende Einrichtung. Zur Überbrückung werden Medikamente bei Bedarf 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.

Wir sind Mitglied im Pflege- Betreuungsverbund, der alle Bürger erreicht, und für diese Pflege und Betreuung "aus einer Hand" anbietet. Die Dienstleistungen werden durch einheitliche Qualitätsstandards durchgeführt. Falls notwendig, werden Nachsorgende an der Entlassungsvorbereitung beteiligt. Bei geplanten therapeutischen Maßnahmen sprechen sich die Ärzte mit den Hausärzten ab. Geriatrischer Schwerpunkt und Sozialdienste tauschen sich mit Nachsorgeeinrichtungen (Altenheime, Reha, ambulanter Pflegedienst) oder betreuenden Angehörigen aus und bieten Hilfe an.

2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

2.1 Planung des Personals

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

2.1.1 Planung des Personalbedarfes

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

Die Berechnung und Planung des Personalbedarfs erfolgt einmal jährlich durch die Servicestelle Personal unter Beteiligung der verantwortlichen Abteilungsleiter. Sie erfolgt auf der Grundlage von Anhaltszahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, aus erbrachten Leistungszahlen und aus Vergleichszahlen anderer Häuser. Arbeitserleichternde Maßnahmen, auch verbesserte Organisation oder der Einsatz neuer Technologien werden berücksichtigt, ebenso die Ausfallquote. Unterjährige Anpassungen erfolgen bei bedeutenden Änderungen des Leistungsgeschehens.

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.

Zukunftsperspektiven und Wünsche der Mitarbeiter in Hinblick auf Entwicklungsmöglichkeiten werden im Rahmen des jeweiligen Aufgabengebietes berücksichtigt. Die Koordination der Entwicklungsmaßnahmen liegt in der Hand des Abteilungsleiters. Die Umsetzung der Maßnahmen wird über die Servicestelle Personal organisiert. Bei neuen Aufgabenfeldern werden die eigenen Mitarbeiter gezielt gefördert.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

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

Sofern sich bei leitenden Mitarbeitern die Aufgaben nicht aus dem Arbeitsvertrag ableiten, existieren Verantwortungsbeschreibungen die den Aufgabenbereich beschreiben. Sie regeln die erforderliche Qualifikation und die Einordnung im Unternehmen. Generell werden nach dem Anforderungsprofil der Stelle Fachweiterbildungen und Zusatzqualifikationen veranlasst bzw. gefördert. (z. B. OP, Anästhesie, Intensiv, Stationsleitung).

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.

Für alle Abteilungen wird jährlich der Fort- und Weiterbildungsbedarfs ermittelt. Die Erhebung wird unter Berücksichtigung der Erfordernisse des Unternehmens und der Mitarbeiter analysiert und ein Jahresfortbildungsprogramm erstellt. Daraus erfolgt eine Fort- und Weiterbildungsplanung, Organisation und Koordination.

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Die Kosten der Fort- und Weiterbildung werden im Rahmen des Fortbildungsbudgets übernommen. Über die Genehmigung von Freistellung und Kostenübernahme entscheidet der Abteilungsleiter. Das Gesamtbudget orientiert sich am Budget der Vorjahre und an dem im Vorfeld von den Abteilungsleitern angemeldeten voraussichtlichen zusätzlichen Bedarf. Die Teilnahme der Fort- und Weiterbildung wird in der Regel als Arbeitszeit angerechnet. Konkrete Vorgaben sind in einer Betriebsvereinbarung geregelt.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

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

Den Mitarbeitern steht die notwendige Standardliteratur zur Verfügung. Für alle Abteilungen und Bereiche sind Fachzeitschriften abonniert, die den Mitarbeitern im Umlauf zu Verfügung stehen. Außerdem sind in den Medizinischen Abteilungen Bibliotheken mit der notwendigen Fachliteratur zeitlich uneingeschränkt zugänglich. Leitende Mitarbeiter und Führungskräfte haben über das Intranet ständig Zugriff auf Datenbanken für aktuelles Fachwissen. Das Intranet kann von allen Mitarbeitern 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.

Die theoretische Ausbildung unserer Gesundheits- und Krankenpflege- sowie der Altenpflegeschüler und Schüler der Physiotherapie erfolgt in Kooperation mit Ausbildungseinrichtungen in der Region. Der praktische Teil orientiert sich an einem Lernzielkatalog. Während des Praxiseinsatzes sind den Schülern Mentoren und Praxisanleiter zugeteilt. Es werden Erst-, Zwischen- und Abschlussgespräche geführt. Die Theorie-Praxis-Vernetzung wird durch Praxisbesuche der Ausbildungsverantwortlichen und Besprechungen der Lehrer mit den Stationen unterstützt.

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 Unternehmensleitsätze beziehen sich auch auf grundsätzliche Aspekte eines mitarbeiterorientierten und beteiligenden Führungsstiles. Wertschätzung, Motivation der Mitarbeiter, Zufriedenheit und Identifikation mit dem Arbeitsplatz sind dabei wichtige Aspekte. Es werden Mitarbeitergespräche mit Zielvereinbarungen geführt. In regelmäßigen Abteilungs- und Teambesprechungen erhalten Mitarbeiter Informationen und Feedback. Ihre Meinung zu strategischen Planungen wird dabei erfragt, sie fließt in Entscheidungen ein.

2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Grundlage ist das geltende Arbeitszeitgesetz, der Tarifvertrag und die hauseigene Arbeitsordnung. EDV-gestützte Dienstplanprogramme übernehmen die Ermittlung des Soll- Ist- Abgleichs. Innerhalb der Rahmendienstpläne werden Mitarbeiterwünsche berücksichtigt. Im Gegenzug besteht die Erwartung einer gewissen Flexibilität zur Möglichkeit einer am Arbeitsanfall orientierten Personalsteuerung. Mehrarbeit wird in der Regel in Freizeit ausgeglichen. Die abteilungsspezifischen Arbeitszeitregelungen sind in Betriebsvereinbarungen festgeschrieben.

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Einarbeitungskataloge bzw. Richtlinien in verschiedenen Abteilungen ermöglichen, dass neue Mitarbeiter systematisch in ihre Tätigkeiten eingewiesen werden. In der Pflege sind Mentoren oder Praxisanleiter neuen Mitarbeitern zugeordnet. Zur Überprüfung der Wirksamkeit des Einarbeitungskonzeptes werden während der Einarbeitungsphase Vor-, Zwischen- und Abschlussgespräche geführt. Neuen Ärzten wird ein Oberarzt zugeteilt. In den Ressorts und Servicebereichen erfolgt die Begleitung der Einarbeitungsphase in der Regel durch den direkten Vorgesetzten oder durch erfahrene Mitarbeiter.

2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

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

Es ist ein Vorschlagswesen mit einer unabhängigen Bewertungskommission eingerichtet. Die Vorschläge werden nach vorgegeben Kriterien geprüft und je nach Umsetzung gestaffelt prämiert. Es existiert ein Beschwerdemanagement sowohl für Patienten- als auch für Mitarbeiterbeschwerden. Die Beschwerden und Anregungen werden durch die Abteilungsleiter oder Führungsassistenten bearbeitet und einer Lösung zugeführt. Jeder Beschwerdeführer erhält eine Rückmeldung. Es erfolgt eine Jahresauswertung durch den Qualitätsmanagementbeauftragten.

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.

Eine Fachkraft für Arbeitssicherheit, eine Betriebsärztin und mehrere Sicherheitsbeauftragte sind bestellt und unterstützen Führungskräfte und Mitarbeiter in Arbeitsschutzmaßnahmen. Sie berichten dem Geschäftsführer und beraten ihn in diesen Belangen. Ein Arbeitssicherheitsausschuss führt jährlich planmäßige Arbeitsplatzbegehungen unter Arbeitsschutzaspekten durch. In Fortbildungen werden Themen zur Unfallverhütung und Arbeitssicherheit angeboten. Unterweisungen werden durchgeführt.

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Die Brandschutzordnung ist aktuell. Sie regelt die Alarmierung, Aufgaben der Einsatzleitung und Verhalten des Personals im Brandfall. Wichtige Aspekte darin sind mit der Feuerwehr abgestimmt. Die Vorgaben eines Brandsachverständigen bei den Sanierungsmaßnahmen werden umfassend berücksichtigt. Flucht- und Rettungswegepläne werden regelmäßig geprüft und ggf. aktualisiert. Der Brandschutzbeauftragte führt Brandschutzübungen und Überprüfungen der Brandmeldeanlagen durch. Über die innerbetriebliche Fortbildung werden Mitarbeiter zum Brandschutz geschult.

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.

Der "Krankenhausalarm- und Einsatzplan bei Massenanfall von Notfallpatienten" ist erstellt und regelt detailliert die Vorgehensweise und Verantwortlichkeiten. Das Krankenhaus ist in den Katastrophenplan des Landratsamtes eingebunden. Es ist im Detail festgelegt, dass eine Einsatzleitung aus bestimmten Personen zu bilden ist. Deren Aufgabe, Räumlichkeiten und die Ausstattung sind genau geregelt. Die gezielte Alarmierung der relevanten Personen erfolgt automatisch über einen Alarmserver.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Für Standardisierung des Notfallinstrumentariums, Ausstattung der Notfallkoffer, deren ständige Überprüfung, der Organisation und Durchführung von Reanimationsschulungen ist ein Oberarzt der Anästhesie verantwortlich. Über den sogenannten „Herzalarm“ werden automatisch Ärzte der Abteilung mit speziellem akustischem und optischem Signal alarmiert. Die Reanimation ist abteilungsspezifisch organisiert. Regelmäßige Schulungen zum Thema „Reanimation und Notfall“ werden durchgeführt.

3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

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

Bei der Behandlung und Betreuung achten wir darauf, dass gefährdete Patienten und Kinder vor Fremd- und Eigengefährdung geschützt sind. Speziell bei Kindern, verwirrten Patienten, suizidgefährdeten Patienten, Patienten nach Schädel- Hirn- Trauma und postoperativen Patienten sowie Schwerkranken wird die Aufsicht durch das Pflegepersonal und das ärztliche Personal sichergestellt. Der Zutritt zur Intensivstation ist nur mittels Klingeln möglich. Das Neugeborenenzimmer obliegt der Aufsichtspflicht der Pflege, es ist ständig verschlossen.

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 ist über eine hauptamtliche Hygienefachkraft, über die Hygienekommission sowie über hygienebeauftragten Arzt und Pflegekräfte gewährleistet. Hygienepläne wurden von der Hygienefachkraft erstellt und nach Genehmigung durch die Hygienekommission eingeführt. Sie liegen für alle Bereiche vor und werden entsprechend den Richtlinien des Robert Koch Institutes ständig aktualisiert. Die Hygienekommission trifft sich 3 bis 4 Mal jährlich oder bei Bedarf. In hygienerelevanten Bereichen finden planmäßige Begehungen und Schulungen statt.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

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

Entsprechend gesetzlicher Vorgaben werden nosokomiale Infektionen EDV- gestützt dokumentiert. Abteilungsintern hat jeder Chefarzt ständigen Zugriff auf die Ergebnisse der Infektionsstatistik seiner Abteilung, der Vorsitzende der Hygienekommission hausübergreifend. Die Erhebung von Infektionserregern wird durch ein externes Labor durchgeführt und statistisch nach Erregergruppen, Untersuchungsbereichen und Fachabteilungen dargestellt.

3.2.3 Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen

Hygienesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Die Planung und Festlegung von Maßnahmen zur Umsetzung hygienesichernder Maßnahmen erfolgt in der Hygienekommission. Für die Umsetzung sind die Abteilungen verantwortlich. Die Beratung erfolgt durch den Hygienebeauftragten und die Hygienefachkraft. Den aktualisierten Hygieneplänen, dem Hygienehandbuch und den Merkblättern sind detaillierte Handlungsvorgaben zu entnehmen. Die Inhalte orientieren sich an den Vorgaben des Robert- Koch- Institutes. Schulungen erfolgen jährlich und nach erkanntem Bedarf.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.

Die Überwachung der Hygienerichtlinien, der angewandten Mittel und Verfahren erfolgen durch die Hygienekommission in Zusammenarbeit mit den verantwortlichen Abteilungs- und Bereichsleitungen. Grundlage ist der jeweils für den Bereich gültige Hygieneplan, der für jeden Mitarbeiter verbindlich ist. Für den Küchenbereich gilt zusätzlich das HACCP - Konzept. Die Kontrollen der Hygienefachkraft, mikrobiologische Untersuchungen und Überprüfungen von Anlagen (z. B. Trinkwasser) sowie Mitarbeiterschulungen unterstützen die Einhaltung der Hygienevorschriften.

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 Bezug der Arzneimittel erfolgt nach Vertrag und vorgegebenem Bestellmodus über die Apotheke der SLK Klinik Heilbronn. Die Beschaffung von Blut erfolgt durch das Labor über die DRK - Blutzentrale Mannheim. Intern existiert ein Transfusionshandbuch unter Verantwortung eines Transfusionsverantwortlichen Arztes. Medizinprodukte werden durch die Servicestelle Wirtschaft beschafft. Es gibt Beschaffungsrichtlinien und Richtlinien für Ausschreibungen. Bei vergleichbarer Preiswürdigkeit und Qualität werden ökologische Produkte bevorzugt.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Eine Arzneimittelkommission ist vorhanden. Es existieren Richtlinien für den Umgang mit Arzneimitteln, mit Blut und Blutprodukten, und mit sterilen Einmalartikeln. Bestellung und Lagerhaltung ist geregelt, die Bereitstellung von Arzneimitteln durch einen Notdienst ständig gewährleistet. Auf den Stationen sind schriftliche Richtlinien über den Umgang mit Arzneimitteln vorhanden, sie befinden sich im Vorspann bei der Arzneimittelliste und sind für jeden zugänglich. Über die pflegerische Medikamentenverabreichung gibt es einen Standard.

3.3.3 Anwendung von Blut- und Blutprodukten

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

Das Verfahren zur Anwendung von Blut und Blutprodukten und die konkreten Abläufe sind in der Transfusionsordnung verbindlich festgelegt. Für die Umsetzung der gesetzlichen Richtlinien ist die Transfusionskommission verantwortlich, die die Abläufe regelt und überwacht. In jeder Fachabteilung sind Transfusionsbeauftragte Ärzte bestellt, welche die Durchführung der festgelegten Richtlinien innerhalb der Fachabteilung sicherstellen. Die Versorgung mit Blut und Blutprodukten ist durch das hauseigene Blutdepot, im Notfall durch die Blutbank jederzeit sichergestellt.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Die Zuständigkeiten für die Anwendung von technischen Medizinprodukten sind gesetzeskonform auf Abteilungsebene geregelt. Die Geräteeinweisungen erfolgen durch Medizinprodukteverantwortliche und den Medizinproduktebeauftragten und sind dokumentiert. Gerätebücher und Aufzeichnungen von messtechnischen Kontrollen liegen vor. Ebenso ist die Zuständigkeit für nichttechnische Medizinprodukte geregelt. Die Lagerung, Lagerdauer von Einwegprodukten und Sterilgut ist im Hygieneplan für den Operations- und Anästhesiedienst geregelt.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Im Krankenhaus werden bei der Auswahl und Beschaffung von Produkten nach Möglichkeit Umweltschutzaspekte beachtet. Abfalltrennung und die Zuführung zur Wiederverwertung sind gemäß Landkreisvorgaben umgesetzt. Sondermüll wie Restchemikalien, Organabfälle, Speiseabfälle werden von autorisierten Firmen mit Nachweis entsorgt. Durch den Einsatz moderner Waschtechnik wird durch Wasserrückgewinnung Wasser eingespart. Am Standort Öhringen wurde eine Pellet-Heizung installiert.

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.

Medizinische und pflegerische Anordnungen und Leistungen werden in einem einheitlichen und hausweit eingesetzten Dokumentationssystem dokumentiert. Einheitliche Formulare werden für die Anforderung und Durchführung diagnostischer Leistungen benützt. Die Führung der Patientenakte ist berufsgruppenübergreifend festgelegt und ist abteilungsspezifisch geregelt. Ebenso gibt es festgelegte Überprüfungsabläufe bezüglich der Vollständigkeit, Richtigkeit und Übersichtlichkeit der Patientenakte bzw. Dokumentation.

4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

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

Mit der stationären Aufnahme erfolgt die Anlage der Patientenakte. Sämtliche relevanten Maßnahmen der Patientenversorgung werden zeitnah festgehalten. Darin sind der aktuelle Zustand des Patienten, der klinische Verlauf, der Grund für ärztliche und pflegerische Maßnahmen sowie der entsprechende therapeutische Erfolg nachvollziehbar. Von allen Untersuchungen und Eingriffen wird sofort im Anschluss ein Bericht erstellt, der in die Akte einfließt. Somit können sachkundige Dritte den aktuellen Zustand sowie den klinischen Verlauf des Patienten nachvollziehen.

4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

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

Der zeitlich uneingeschränkte Zugriff auf die aktuellen und früheren Patientenakten ist für berechtigte Personen möglich. Auch bei der EDV-Dokumentation ist die Zugriffsregelung durch Autorisierung bestimmter Personengruppen geregelt. Für jeden Krankenhausaufenthalt existiert eine Akte. Alle überprüften und vollständigen Patientenakten werden nach der Entlassung im Zentralarchiv abgelegt und stehen bei einem erneuten Klinikaufenthalt jederzeit zur Verfügung, so dass Vorbefunde für die erneute Behandlung genutzt werden können.

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.

Der Geschäftsführer informiert die Abteilungsleitenden Chefärzte, Servicestellen und Stabsstellen zu Entwicklungen, Verläufen und Ergebnissen. Rundschreiben, Intranet und Mitarbeiterzeitung werden genutzt. Ein Austausch zwischen Ärzten und Pflege findet täglich statt. In allen Fachbereichen werden täglich Arzt- und Pflegebesprechungen durchgeführt. Organisatorische Informationen werden in berufsgruppenübergreifenden Abteilungsbesprechungen weitergegeben. Bei Verlegung wird per Verlegungsbericht und mündlicher Absprache informiert.

4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

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

Die Mitarbeiter an der Information können rund um die Uhr an Angehörige, Patienten und Mitarbeiter Auskunft zur Aufnahme, Entlassung, Verlegung zu Zimmernummern von Patienten geben. Listen und Dienstpläne ermöglichen ihnen über die Bereitschaftsdienste im Hause und die Notdienste weiterer Fachärzte im Stadtbereich Auskunft zu geben. Im Falle fremdsprachlich bedingter Verständigungsschwierigkeiten liegt eine Dolmetscherliste vor. Notwendige Listen wie Telefonverzeichnis, Sprechzeiten in Ambulanzen und andere, werden fortlaufend aktualisiert.

4.2.3 Information der Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Die Öffentlichkeit informieren wir über die Tagespresse, anlassbezogen auch über Rundfunk. 4 mal im Jahr erscheint die Kunden- und Mitarbeiterzeitschrift "Xundheit". Für die Fachabteilungen existieren zahlreiche Faltblätter und Broschüren. Die Internet- Homepage www.hk-gmbh.net wird ständig aktualisiert. "Tage der offenen Tür", Besichtigungen und Messen gewähren Bürgern einen Einblick in unser Haus. Regelmäßig finden Infoveranstaltungen für Schwangere mit Kreißsaalführungen statt. An Schulen informieren wir zum Angebot von Ausbildungsberufen.

4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

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

Der Datenschutz ist in einem Datenschutzhandbuch geregelt. Die Vorgaben sind für alle Mitarbeiter verbindlich. Die Abteilungsverantwortlichen und der Datenschutzbeauftragte überwachen dessen Einhaltung. Die Zugriffsteuerung der EDV erfolgt durch Rechtevergabe. Die Kennwortänderung wird automatisch eingefordert. Die Patientenakten auf Station und im Archiv sind nur berechtigten Personen zugänglich. Die gesetzliche Schweigepflicht ist für alle Mitarbeiter durch Unterschrift der Schweigepflichterklärung bindend.

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.

Das Krankenhaus betreibt ein Krankenhausinformationssystem. Alle Arbeitsplätze sind über ein Netzwerk verbunden. Jeder Anwender hat über einen passwortgeschützten Zugang den Zugriff auf die für ihn freigeschalteten Bereiche. Die eingesetzte Lösung bietet verschiedene Module zur medizinischen Dokumentation und Schnittstellen zu anderen Systemen. Der Zugang zum System ist zeitlich uneingeschränkt möglich. Es steht ein internes E- Mail Programm zur Verfügung, das auch rege genutzt wird.

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.

Das Hohenloher Krankenhaus hat ein umfassendes zentrales Unternehmensleitbild entwickelt. Neben der allgemeinen unternehmenspolitischen Zielsetzung wurden dabei die Wert- und Normenvorstellungen sowie die Einstellung des Unternehmens zu Mitarbeitern, zu Patienten und Kunden beschrieben. Dabei fand eine ausführliche Wertediskussion in Bezug auf Kunden- und Mitarbeiterorientierung statt. So lautet heute unser zentraler Leitsatz: "Im Mittelpunkt der Hohenloher Krankenhaus GmbH steht der Mensch".

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.

Das Krankenhaus entwickelt seine Zielplanung mit Festlegung der Geschäftsfelder, des medizinischen Leistungsspektrums, der Wachstums-, Qualitäts-, Wirtschaftlichkeitsstrategie, der Bauvorhaben und des Marketing regelmäßig fort. Bei aktuellen Entwicklungen innerhalb dieses Zeitrahmens werden die Unternehmensziele fortgeschrieben. Die aus der Unternehmensstrategie abgeleiteten Jahresziele sind im Wirtschaftsplan enthalten und werden auf die Abteilungen heruntergebrochen.

5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

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

Die herkömmliche Organisationsstruktur eines Krankenhauses wurde 2000 von der Dreisäulenstruktur in ein Geschäftsführermodell mit Abteilungsleitenden Chefärzten umgewandelt. Dabei erhalten sie eine Unterstützung durch Servicestellen. Das nun gültige Organigramm berücksichtigt diese Aufbauorganisation unter Benennung der Funktionsträger. Es wird regelmäßig aktualisiert. Die Kompetenzen und Verantwortlichkeiten der Abteilungsleitenden Chefärzte sind in einer Rahmenregelung detailliert beschrieben. Aktuelle Organigramme der Abteilungen liegen vor.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

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

Die Finanz- und Investitionsplanung wird jährlich fortgeschrieben und im Rahmen des Wirtschaftsplans von der Gesellschafterversammlung beschlossen. Allen Abteilungsleitern wurde Budgetverantwortung übertragen. Da sie für die wirtschaftlichen Ergebnisse ihrer Abteilung verantwortlich sind, wurden sie mit umfassenden Kompetenzen zur Steuerung ausgestattet. Sie erhalten monatlich eine Budgetübersicht.

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 in Gremien, Kommissionen und Projektsitzungen gibt es schriftliche Vorgaben. Für die Führungskonferenz wurde eine Geschäftsordnung erlassen. Für die Abteilungsebene sind die Sitzungshäufigkeit, die Art der Einladung, die Protokollführung und die Verantwortlichkeit von der Geschäftsführung in einer Rahmenregelung festgelegt. In allen Gremien und Kommissionen wird auf effektive und effiziente Sitzungskultur Wert gelegt. Die Verantwortung hierfür liegt beim Vorsitzenden des Gremiums.

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.

Das Hohenloher Krankenhaus wird seit 2000 nach dem Geschäftsführermodell geführt. Neben dem Geschäftsführer haben die Abteilungsleitenden Chefärzte umfassende Kompetenzen. Der Geschäftsführer legt die operativen Ziele fest. Die Führungskonferenz ist vertikal ein beratendes, und horizontal ein abstimmendes Gremium. Die getroffenen Entscheidungen werden von den Abteilungsleitenden Chefärzten umgesetzt und die Zielerreichungsgrade vom Geschäftsführer überprüft.

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.

Der Geschäftsführer wird regelmäßig und systematisch über Entwicklung, Vorgänge und Abweichungen in den einzelnen Krankenhausbereichen informiert. Alle Protokolle von Besprechungen und Kommissionen werden ihm vorgelegt. Es gibt Beauftragte für Qualitätsmanagement, Hygiene, Medizincontrolling, Arbeitssicherheit, Transfusionswesen und ein Risikomanagement mit Informationspflichten. Die Informationen werden zur Einleitung von Verbesserungen herangezogen. Bei aktuellen Ereignissen die keinen Zeitverzug dulden, wird der Geschäftsführer direkt informiert.

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

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

Der Geschäftsführer fördert die zielgerichtete vertrauensfördernde Kommunikation zwischen sich, der Führungsmannschaft und den Mitarbeitern. Die Unternehmensleitlinien mit konkreten Aussagen zum Führungsstil, zur Mitarbeiterorientierung und den Umgang miteinander stellen hohe Anforderungen an alle Vorgesetzten und Mitarbeiter. Transparenz und intensiver Informationsaustausch werden ausdrücklich gewünscht und angeregt. Zur Vertrauensförderung finden monatlich Besprechungen über wichtige Vorgänge des Unternehmens mit dem Betriebsrat statt.

5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben

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

5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

Im Krankenhaus werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt.

Der Umgang mit ethisch schwierigen Situationen wird an den allgemein anerkannten ethischen Normen unserer Rechtskultur und Stellungnahmen der Verbände ausgerichtet. Eine Ethikkommission ist eingerichtet, Grenzfälle können dort beraten werden. Zudem besteht eine sehr enge Zusammenarbeit mit den Krankenhauseelsorgern und den Gemeindepfarrern der Umgebung. Ein Krankenhausbesuchsdienst ist eingerichtet. Hospizgruppen können hinzugezogen werden.

5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

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

Sterbende Patienten begleiten wir in Würde und persönlicher Zuwendung. Angehörigen wird es ermöglicht, über die Zeit des Sterbens anwesend zu sein. Wir unterstützen sie und versuchen zu trösten. Auf Wunsch wird der Hospizdienst oder die Krankenhauseelsorge hinzugezogen. Auf letzte Wünsche und Vorstellungen der Patienten gehen wir ein, z. B. Krankensalbung, Kommunion oder Abendmahl. Individuelle Bedürfnisse werden berücksichtigt. Der Umgang mit Sterbenden wird darüber hinaus im medizinisch-ethischem Kolloquium thematisiert.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

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

Die Versorgung Verstorbener ist geregelt. Dabei wird die Würde des Verstorbenen berücksichtigt. Die Angehörigen werden begleitet und ihre Wünsche bezüglich des Abschiednehmens beachtet. Wir unterstützen sie in den ersten verwaltungstechnischen Angelegenheiten und geben weiterhel-fende Informationen. Ein abschließendes Gespräch mit dem Arzt wird angeboten. Es ist im Hause geregelt, dass über den Todeseintritt die Angehörigen vom Arzt persönlich informiert werden. Ebenso wird umgehend der Hausarzt des Verstorbenen verständigt.

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.

Grundlagen für die Qualitätspolitik sind das Leitbild, strategische Ziele des Aufsichtsrates und die Vorgaben des Geschäftsführers. Alle an der Versorgung der Patienten beteiligten Abteilungen und Bereiche, vom Chefarzt bis zum Transportdienst, sind in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess eingebunden. Dabei wenden wir das Qualitätsmanagement-Modell nach KTQ an. Qualitätsmanagementmaßnahmen werden gemeinsam mit den Abteilungsleitern geplant und gesteuert. Die Umsetzung unterstützt der Qualitätsmanagementbeauftragte und der Lenkungsausschuss Qualität.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

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

Strategische Qualitätsziele orientieren sich an den Vorgaben des Aufsichtsrates. Diese werden auf Abteilungsebene heruntergebrochen, indem mit dieser Qualitätsziele vereinbart werden. Sie werden auch ausgerichtet an den KTQ- Erfordernissen, oder sie leiten sich aus Anregungen von Mitarbeitern und Patienten, sowie auch aus Vorschlägen der Projektgruppen ab. Aktuelle gesetzliche Vorgaben, Normen, Richtlinien und Leitlinien der Medizinischen Fachgesellschaften und der Pflegeverbände werden umgesetzt.

6.2 Qualitätsmanagementsystem

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Die jährliche Zielplanung der Geschäftsführung beinhaltet auch die Zielplanung für das Qualitätsmanagement. Ein Qualitätsmanagementbeauftragter ist dem Geschäftsführer als Stabstelle direkt zugeordnet. Ein krankenhauserweiter Lenkungsausschuss Qualitätsmanagement, berufsgruppenübergreifend und interdisziplinär zusammengesetzt, bearbeitet und bewertet qualitätsrelevante Belange und gibt Empfehlungen an den Geschäftsführer oder an die Abteilung ab. Das Qualitätsmanagement ist unternehmensbezogen und zentral organisiert.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

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

Ein Auditplan regelt Maßnahmen, Methoden und Termine zur internen Qualitätssicherung. Diese sind: Qualitätsüberprüfungen zu Hygiene und Dokumentation, Befragungen von Patienten, Mitarbeitern einweisenden Ärzten, ambulanten Diensten und Heimen. Ein Beschwerdemanagement ist eingeführt. Es werden abteilungsspezifische und interdisziplinäre Fallbesprechungen abgehalten. Die Infektionsstatistik wird geführt. Die bundesweit geltende Verordnung (HACCP) für Großküchen wird konsequent angewandt.

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.

Das EDV- Programm unterstützt die Erfassung relevanter Qualitätskriterien zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die Dokumentation sowie die Auswertung der Daten zur Sicherung der Behandlungsqualität. Controlling und verschiedene Abteilungsleiter haben über EDV die Möglichkeit, qualitätsbezogene Daten abzurufen und auszuwerten. Leistungszahlen wie Fallzahlen, Verweildauer und Pflegetage werden monatlich vom Controlling zur Verfügung gestellt. Das Krankenhaus beteiligt sich an der landesweiten externen Qualitätssicherung.

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.

Mit dem Ziel einer hohen Kundenzufriedenheit initiiert, unterstützt und fördert der Geschäftsführer alle dafür erforderlichen Initiativen. So werden viele qualitätsrelevante Daten erfasst und analysiert: z. B. Patienten-, Einweiser- und Mitarbeiterzufriedenheit, Wartezeiten, Hygiene, Umfeld und Ausstattung. Die Ergebnisse werden mit Daten vorausgegangener Untersuchungen verglichen und mit den Führungskräften und Mitarbeitern lösungsorientiert besprochen. Gespräche mit den niedergelassenen Ärzten dienen einer Verbesserung der Zusammenarbeit.

6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Das Krankenhaus hat in seinen Leitlinien der Kundenzufriedenheit hohe Priorität eingeräumt und ein Beschwerdemanagement eingerichtet. Durch Beschwerdestimulation wollen wir erreichen, dass sich Patienten, Angehörige oder auch andere Kunden zur subjektiven Unzufriedenheit äußern und konstruktive Kritik einbringen. Jeder Patient hat die Möglichkeit, sich mündlich und schriftlich über einen Fragebogen anonym, oder unter Nennung seines Namens zu seinem Aufenthalt zu äußern. Aus den Ergebnissen leiten Abteilungen und Bereiche Verbesserungsmaßnahmen ab.

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 beteiligt sich an gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung. Die Dokumentation für die festgelegten Leistungsbereiche erfolgt durch erfahrene Ärzte und Dokumentationsassistenten über EDV mit Weiterleitung an die zentrale Auswertungsstelle. Mit Rückübermittlung der ausgewerteten Daten erhalten wir die Dokumentationsrate und haben die Möglichkeit einen Vergleich mit dem Landesdurchschnitt vergleichbarer Krankenhäuser herzustellen. Unser Qualitätsbericht ist im Internet unter www.qualitaetsbericht.de einsehbar.

6.4.2 Umgang mit Ergebnissen der externen Qualitätssicherung

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

Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung werden vom Chefarzt analysiert und mit den unmittelbar am Behandlungsprozess beteiligten Mitarbeitern und dem Geschäftsführer besprochen. Die jährliche Darstellung ermöglicht einen Vergleich zu den eigenen Daten des Vorjahres und einen Benchmark des Berichtsjahres zu den anderen beteiligten Kliniken. Identifizierte Schwachpunkte werden zum Anlass genommen verstärkte Anstrengungen zur Verbesserung zu unternehmen. Mit unserem Wissen und unserer Erfahrung möchten wir Sie auf dem Weg zu mehr Gesundheit unterstützen und begleiten.