

Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ - QUALITÄTSBERICHT

Krankenhaus: Vinzenz Pallotti Hospital GmbH

Institutionskennzeichen: 260531159

Anschrift: Vinzenz-Pallotti-Str. 20-24
D-51429 Bergisch Gladbach

**Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer: 2008 – 0112 K
durch die "Name" KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle**

BSI Management Systems und Umweltgutachter Deutschland GmbH, Hanau

Datum der Ausstellung: 07.11.2008

Gültigkeitsdauer: 06.11.2011

Vorwort der KTQ®

Die KTQ-Zertifizierung ist ein krankenhausspezifisches Zertifizierungsverfahren, das getragen wird von der Bundesärztekammer (BÄK), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Deutschen Pflegerat (DPR) und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherungen¹. Darüber hinaus wurde der Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschland e. V. (HB) mit Beginn des Routinebetriebes im „Niedergelassenen Bereich“ ebenfalls Gesellschafter der KTQ-GmbH. 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 wurden ausschließlich von Krankenhauspraktikern entwickelt und erprobt.

Mit diesem Zertifizierungsverfahren bietet die KTQ® den Krankenhäusern ein Instrument an, mit dem sie die Qualität ihrer Leistungen durch die Zertifizierung und den zu veröffentlichenden KTQ-Qualitätsbericht nach außen transparent darstellen können.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen, von Krankenhauspraktikern entwickelten Kriterien, die sich auf die Patientenorientierung, die Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit im Krankenhaus, das Informationswesen, die Krankenhausführung und das Qualitätsmanagement beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt.

Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes Visitorenteam eine externe Prüfung des Krankenhauses - die so genannte Fremdbewertung - vorgenommen.

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den Visitoren gezielt hinterfragt und durch Begehungen einzelner Krankenhausbereiche überprüft.

¹ Zu diesen zählen: der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., der ADK-Bundesverband, der BKK Bundesverband, der IKK-Bundesverband, der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Bundesknappschaft, die See-Krankenkasse.

Auf Grund des positiven Ergebnisses der Selbst- und 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 die individuelle Einleitung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Beschreibung der insgesamt 72 Kriterien des KTQ-Kataloges. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet im zweijährigen Turnus den strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht: Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass das Krankenhaus mit diesem Qualitätsbericht allen Interessierten - in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen - einen umfassenden Überblick hinsichtlich seines Leistungsspektrums, seiner Leistungsfähigkeit und seines Qualitätsmanagements vermitteln kann.

Der Qualitätsbericht ist auch auf der KTQ-Homepage unter <http://www.ktq.de/> abrufbar.

Dr. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

J. Wermes

Für die Spitzen-
verbände der Krankenkassen

Dr. med. B. Metzinger

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

M.-L. Müller

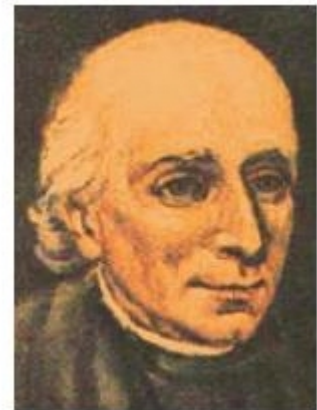
Für den Deutschen Pflegerat

Das Vinzenz Pallotti Hospital



Das Vinzenz Pallotti Hospital Bensberg wurde 1958 an jetziger Stelle neu errichtet. Es ist die Nachfolgeeinrichtung des alten Bensberger Krankenhauses, welches im früheren Schloss der Grafen von Berg untergebracht war. Die Trägerschaft übernahmen die Pallottinerinnen, die Kongregation der Missionsschwestern vom

Katholischen Apostolat, nach dem Gründer, dem 1963 von Papst Johannes XXIII heilig gesprochenen Vinzenz Pallotti, benannt. Zum 01.01.1998 erfolgte die Überführung in die Rechtsform einer gemeinnützigen GmbH, mit den Pallottinerinnen als Gesellschafterinnen. Im Jahr 2004 haben die Pallottinerinnen das Vinzenz Pallotti Hospital in die St. Vinzenz Pallotti Stiftung eingebracht, Rechtsträger des Vinzenz Pallotti Hospitals ist die Vinzenz Pallotti Hospital GmbH, wobei 94,7% der Geschäftsanteile die St. Vinzenz Pallotti Stiftung hält. Weitere Tätigkeitsfelder der Stiftung sind die Altenpflege, das Exerzitien- und Bildungswesen, sowie der Betrieb einer Kindertagesstätte.



Sein Attribut als Krankenhaus im Grünen verdankt das Vinzenz Pallotti Hospital der vorzüglichen Lage auf einem rund 90.000 m² großen Areal mit Wald, gepflegten Rasenflächen, schönen Spazierwegen und einem Obst- und Blumengarten.

Das Haus hat sich kontinuierlich weiterentwickelt. So wurde gerade in den vergangenen Jahren fortwährend modernisiert, insbesondere durch den Neubau der Intensivstation und den Neu- bzw. Umbau der Operationsräume und Kreißsäle. Erweiterungen erfolgten durch den Anbau für die Palliativstation, das Hospiz und der



Physikalischen Therapie sowie durch den jüngsten Erweiterungsbau für die internistische Funktionsdiagnostik, Radiologie und Endoskopie, in dem zudem eine Patienten- und Besuchercafeteria geschaffen wurde. Im Jahr 2006 wurde mit dem Ausbau des Bettentraktes (Südseite des Hauses) begonnen, um so unseren Patienten eine angemessene Unterbringung anbieten zu können. Der Abschluss dieser Sanierungsmaßnahme ist für den Herbst 2007 geplant.

Durch systematischen Ausbau des medizinischen und pflegerischen Leistungsspektrums verfügt das Vinzenz Pallotti Hospital über 250 Planbetten in folgenden Behandlungsschwerpunkten: Innere Medizin, Palliativ und Hospiz, Hämatologie/Onkologie, Infektionskrankheiten, Allgemein- und Visceralchirurgie, Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Arthroskopische Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Anästhesie- und Intensivmedizin mit Schmerztherapie.

Abgerundet wird das Angebot durch die angegliederten Einrichtungen am Vinzenz Pallotti Hospital: Radiologische Praxis, Gemeinschaftspraxis für Laboratoriumsmedizin, Neurologische Untersuchungsstelle, Institut für Pathologie, Zytologisches Institut, Zytogenetisches Institut sowie Praxis für Sport- und Unfallrehabilitation.

Mit dem Ausbau des ambulanten Operationszentrums wurde bereits frühzeitig der Entwicklung stationärer Massnahmen Rechnung getragen. Darüber hinaus nimmt das Krankenhaus in vielfältiger Weise an der ambulanten Patientenversorgung teil.

Das ambulante Versorgungsspektrum umfasst eine abteilungsübergreifende Notfallambulanz, Chefarzt- und Ermächtigungsambulanzen und die Zulassung zum Durchgangsarztverfahren in der Unfallchirurgie. Für die ambulante palliative pflegerische sowie ärztlich konsiliarische Versorgung stehen entsprechende hausinterne Dienste zur Verfügung.

Im Vinzenz Pallotti Hospital wird modernste Medizin und Pflege betrieben. Darüber hinaus versteht sich das Vinzenz Pallotti Hospital insbesondere auch durch die Prägung der Pallottinerinnen als Haus mit Herz, in dem sich Menschen als willkommene Gäste wohl fühlen sollen, welches sie geheilt und gestärkt wieder verlassen mögen.

Weiterer wichtiger Baustein ist das Engagement im Bildungsbereich unter dem Dach des Bildungsinstituts für Gesundheit mit den Einrichtungen der Verbundkrankenpflegeschool für insgesamt fünf Krankenhäuser, der Hebammenschule, der Elternschule und dem Fortbildungszentrum.

Die durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) ermöglichten Konzepte einer Integrierten Versorgung und eines Medizinischen Versorgungszentrums sind zwecks Etablierung aufgegriffen worden. Seit Oktober 2006 besteht ein erster Integrierter Versorgungsvertrag zur Versorgung von Patienten mit Kolorektalem Karzinom im Rahmen des Darmzentrums Rheinisch-Bergischer Kreis. Wir sind Kooperationspartner im Rahmen des Disease Management Programms Brustkrebs.

Im November des Jahres 2005 wurde die Vinzenz Pallotti Hospital GmbH als erstes Krankenhaus im Rheinisch Bergischen Kreis nach KTQ® 4.1 zertifiziert, die Vorbereitungen für die Rezertifizierung nach KTQ® für das Jahr 2008 sind getroffen.

Die geburtshilfliche Abteilung wurde im Jahr 2006 mit dem Zertifikat "Best Practice" ausgezeichnet. Das Vinzenz Pallotti Hospital wurde im Jahr 2007 nunmehr seit 10 Jahren als "Babyfreundliches Krankenhaus" anerkannt.



Im Jahr 2008 feiert das Vinzenz Pallotti Hospital 50 jähriges Jubiläum.

Die Krankenhausleitung, vertreten durch den Geschäftsführer Herrn Sagen-Emden, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Inhaltsverzeichnis

1	Patientenorientierung im Krankenhaus	8
1.1	Vorfeld der stationären Versorgung und Aufnahme.....	8
1.2	Ersteinschätzung und Planung der Behandlung.....	9
1.3	Durchführung der Patientenversorgung	9
1.4	Übergang des Patienten in andere Versorgungsbereiche	11
2	Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung.....	12
2.1	Planung des Personals	12
2.2	Personalentwicklung	12
2.3	Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern	13
3	Sicherheit im Krankenhaus.....	15
3.1	Gewährleistung einer sicheren Umgebung.....	15
3.2	Hygiene	16
3.3	Bereitstellung von Materialien	17
4	Informationswesen	18
4.1	Umgang mit Patientendaten.....	18
4.2	Informationsweiterleitung	18
4.3	Nutzung einer Informationstechnologie	19
5	Krankenhausführung	20
5.1	Entwicklung eines Leitbildes	20
5.2	Zielplanung.....	20
5.3	Sicherstellung einer effektiven und effizienten Krankenhausführung	21
5.4	Erfüllung ethischer Aufgaben	22
6	Qualitätsmanagement	23
6.1	Umfassendes Qualitätsmanagement.....	23
6.2	Qualitätsmanagementsystem.....	23
6.3	Sammlung und Analyse qualitätsrelevanter Daten	24
6.4	Externe Qualitätssicherung nach §137 SGB V	24

Die KTQ-Kriterien

beschrieben von Vinzenz Pallotti Hospital

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.

Internetauftritt, ausgelegte Broschüren, Teilnahme an Messeaktivitäten, verstärkte Zusammenarbeit mit Niedergelassenen Ärzten und individuelle ärztliche Beratung kennzeichnen die patientenorientierte Vorbereitung zur stationären Aufnahme von Patienten. Die Geburtshilfe bietet zudem einen Infoabend mit Besichtigung der Familienzimmer, Geburtshaus und Kreißsaal als integrativem Bestandteil an. Medizinische und soziale Aspekte terminieren die Aufnahme. Gute Lage, ausreichend Parkplätze und gute öffentliche Verkehrsanbindung sind positive Ergänzungen.

1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

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

Im Außengelände, den einzelnen Ebenen des Hauses und in den Aufzügen befinden sich Hinweisschilder. Die Liegend Anfahrt ist gesondert ausgeschildert. Fachabteilungen sind zur besseren Orientierung farblich abgegrenzt. Bei Bedarf wird über die Telefonzentrale ein Begleitservice zur Verfügung gestellt. Jeder Mitarbeiter bietet Patienten und Besuchern seine Hilfe an. Größere Veranstaltungen sind zudem durch zusätzliche Informationstafeln auf dem Gelände ausgeschildert. Behinderten Personen stehen zur Begleitung Personal und ausreichend Hilfsmittel 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 im Eingangsbereich befindliche Patientenaufnahme ist mit erfahrenen Mitarbeiterinnen besetzt und orientiert sich an den Bedürfnissen des Patienten. Umfassende Serviceangebote (Cafe, Getränkeautomat, Internetzugang etc.) gestalten den Aufnahmeprozess angenehmer. Notfallpatienten werden vorrangig behandelt. Pflegerische Fachkräfte bereiten die Untersuchung vor, der Arzt ordnet weitere Maßnahmen an. Die Versorgung der Patienten orientiert sich an medizinischer Dringlichkeit und seinen Bedürfnissen.

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.

Die Integration des Patienten in die Versorgungsabläufe ist uns wichtig. Rettungsdienst, Labor- und Röntgenpraxis sind selbstverständlich in die Notfallversorgung eingebunden. Der Schweregrad der jeweiligen Notsituation bestimmt die Reihenfolge der Versorgung. Schwerverletzte Patienten werden über den Rettungsdienst angemeldet, technische Geräte und Notfallteam stehen unmittelbar zur Verfügung. Die Besetzung der Notfallaufnahme auch samstags sichert eine verbesserte Koordination. Geburtshilfliche Notfälle werden umgehend im Kreißsaal fachkundig versorgt.

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.

Durch die Erhebung der pflegerischen und ärztlichen Patientendaten wird bei allen neu aufgenommenen Patienten eine fachkundige Ersteinschätzung der körperlichen, seelischen und sozialen Situation des Patienten sichergestellt. Fester Bestandteil in der Patientenversorgung ist hierbei die Wahrung von Intimsphäre und Datenschutz. Diagnose und Therapiemaßnahmen werden durch einen Facharzt überprüft. Im Krankenhausinformationssystem werden alle Daten dokumentiert. Jederzeit ist eine seelsorgliche Begleitung des Patienten möglich.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

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

Bei Terminvergabe werden die Patienten gebeten Vorbefunde mitzubringen, fehlende Befunde werden telefonisch beim Hausarzt angefordert, welche dann unmittelbar per Fax übermittelt werden. Informationen über vorangegangene stationäre Aufenthalte sind über das Krankenhausinformationssystem zugänglich. Bereits vorhandene Patientenakten können über das Archiv angefordert werden. Alle Vorbefunde werden bei weiteren diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen berücksichtigt. Eingeführte Patientenbücher verbessern den schnellen Zugriff auf Vorbefunde.

1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

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

Zur Sicherung eines optimalen Behandlungsablaufes werden durch hinterlegte Leitlinien diagnostische und therapeutische Vorgehensweisen geplant. Die Behandlungsplanung wird abhängig vom individuellen Krankheitsverlauf z.B. bei der täglichen Visite in Rücksprache mit einem Fach- oder Oberarzt überprüft und gegebenenfalls aktualisiert. Alle erforderlichen Maßnahmen werden in der Patientenakte dokumentiert. Die EDV-gestützte Anforderung von Funktionsdiagnostik, Konsilen, Sozialdienst, Ernährungsberatung und Hygiene sichert eine zügige interdisziplinäre Zusammenarbeit.

1.2.4 Integration der Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Patientenwünsche sowie kulturelle oder religiöse Besonderheiten werden im Rahmen der Patientenversorgung berücksichtigt. Bei Erfordernis spezieller diagnostischer Untersuchungen oder operativen Eingriffen klärt der Arzt die Patienten zuvor umfassend und verständlich in standardisierter Form auf. Bei Bedarf kann ein Laien-Dolmetscher oder geprüfter Dolmetscher unmittelbar hinzugezogen werden. Schwerstkranken und Sterbenden steht mit der Palliativstation eine auf ihre Bedürfnisse ausgerichtete Behandlungsmöglichkeit zur Verfügung.

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.

Rund um die Uhr sind in allen Abteilungen Fachärzte vorort oder in Rufbereitschaft. Der Schmerztherapie liegen strukturierte Konzepte zugrunde, wobei der im Haus vorhandene Schmerztherapeut konsiliarisch hinzugezogen werden kann. Feingewebliche Untersuchungen erfolgen in Kooperation mit ansässigen Instituten. Neben festgelegten Therapieformen stehen den Patienten auch spezielle Formen wie z.B. Kunsttherapie, Musiktherapie im Hause zur Verfügung. Patienten und Angehörige werden mit der Anwendung von Heil- und Hilfsmitteln vertraut gemacht.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

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

Gelebte hausinterne und wissenschaftlich basierte Leit- und Richtlinien sichern eine gleich bleibende Qualität in der Patientenversorgung. Bestehende Behandlungskonzepte basieren auf aktuellen Qualitätsstandards und Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften, so auch im Darmzentrum unseres Hauses. Krankengymnastische Behandlungsvorgaben, Beachtung anerkannter Hygienerichtlinien und strukturierte MRSA-Bekämpfung sind Bestandteile der Patientenversorgung. Sofortiger Zugriff auf erforderliche Informationen ist über das Intranet gesichert.

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.

Die Patienten werden in den bedürfnisorientierten Behandlungsprozess eingebunden, Beratung u. Schulung werden angeboten. Angehörige können mit aufgenommen werden. Die Besuchzeiten sind großzügig gestaltet. Der renovierte und erweiterte Bettentrakt bietet eine ansprechende Ausstattung der Zimmer mit Wertfächern (Safes), kostenfreies TV, Telefon u. Aufenthaltsräume. Patientencafe, Grünanlage mit Kinderspielplatz, Kapelle, Bücherei und Sonderleistungen für Privatpatienten fördern das Wohlbefinden. Info-Mappen dienen der Orientierung im Klinikalltag.

1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

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

Im wöchentlichen Menüplan werden drei Kostformen zur Auswahl angeboten wobei kulturelle, religiöse oder persönliche Ernährungswünsche ebenfalls Berücksichtigung finden. Vegetarische Kost, Schweinefleisch freie und Kostformen für Allergiker stehen zusätzlich zur Auswahl. Der Ernährungsplan wird den Ernährungsgewohnheiten des Patienten und dem Behandlungsprozess angepasst. Speisenversorgung erfolgt im Tablettsystem. In der gynäkologischen und geburtshilflichen Abteilung steht ein Frühstücks- und Abendbuffet zur Verfügung.

1.3.5 Koordinierung der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Die festgestellte Diagnose wird den Patienten mitgeteilt und im Rahmen der Behandlungsplanung abgesprochen. Während täglicher Visiten wird die Wirkung der Behandlung überprüft und entsprechend Genesungsprozess aktualisiert. Der Patiententransport zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erfolgt größtenteils durch einen Patientenbegleitedienst und bei Erfordernis durch examiniertes Pflegepersonal. Notfalluntersuchungen erfolgen in Koordination mit anderen Abteilungen sofort, bei größtenteils EDV-gestützter Befundübermittlung.

1.3.6 Koordinierung der Behandlung: OP-Koordination

Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.

Der OP-Koordinator erstellt in EDV-gestützter Form den abteilungsübergreifenden OP-Plan für stationäre und ambulante Eingriffe. Er überwacht den OP-Tagesablauf und stimmt erforderliche Veränderungen unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Bettenkapazität der Intensivstation oder Intermediate Care Station mit den verschiedenen Fachabteilungen ab. Notfälle werden entsprechend Dringlichkeit in den bestehenden OP-Plan eingefügt und rund um die Uhr versorgt. Die Vorbereitung und Durchführung geplanter Eingriffe erfolgt standardisiert.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

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

Ganzheitliche Patientenorientierung in der Versorgung wird durch regelmäßige abteilungsbezogene und -übergreifende Besprechungen, mit allen an der Behandlung und Beratung des Patienten beteiligten Personen sichergestellt. Tägliche Visiten, wöchentliche Gastroenterologische/Onkologische/Chirurgische Visite, pflegerische Übergabegespräche, gut funktionierendes Konsiliarwesen, Einbindung von Physiotherapie, Diätassistentin, Sozialdienst, psycho-sozialem Dienst und auf Wunsch seelsorgerliche Betreuung machen eine individuelle abgestimmte Therapie möglich.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

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

Gemeinsame ärztliche und pflegerische Visiten stellen einen wesentlichen Bestandteil der Patientenversorgung dar. Der Visitenablauf ist strukturiert, die Ergebnisse werden dokumentiert. Chefarztvisiten finden mindestens wöchentlich statt. Gemäß den Leitlinien des Hauses werden die Patienten ganzheitlich entsprechend ihrer Bedürfnisse betreut. Untersuchungen finden weitestgehend unter Wahrung der Intimsphäre statt, sensible Gespräche über den Krankheitsverlauf werden (soweit möglich) in Form diskreter Einzelgespräche geführt.

1.4 Übergang des Patienten in andere Versorgungsbereiche

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

1.4.1 Entlassung und Verlegung

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

Die Entlassung oder Verlegung der Patienten wird frühzeitig in Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst unter Einbindung der Angehörigen und/oder weiter betreuenden Einrichtung geplant. Vom Arzt geprüfte, notwendige Rehabilitationsmaßnahmen werden vom Sozialdienst in die Wege geleitet. Der Entlassungstag wird dem Patienten frühzeitig bekannt gegeben. Es erfolgt eine eingehende Anleitung des Patienten und der Angehörigen im Umgang mit Hilfsmitteln. Pflegeüberleitungsbogen und Arztbrief unterstützen die Orientierung weiterführender Pflegeeinrichtungen und behandelnder Ärzte.

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.

Arztbrief, aktuelle Befundkopien und pflegerischer Überleitungsbogen beinhalten alle zur optimalen Patientenversorgung relevanten Informationen. Die Stationssekretärinnen führen noch ausstehende Befunde mit diesen Unterlagen zusammen. Nach Möglichkeit wird vor Verlegung der Verlegungstermin mit den weiter betreuenden Einrichtungen abgestimmt. Nachfolgende Befunde werden umgehend entweder telefonisch oder elektronisch übermittelt. Die Nutzung eines zur Verfügung gestellten Patientenbuches unterstützt die Übersicht im Behandlungsverlauf.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

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

Die Entlassung unserer Patienten erfolgt strukturiert, wobei insbesondere bei Weiterleitung der Patienten in andere Einrichtungen, zur ambulanten Pflege oder bei geplanter Heimunterbringung dem Sozialdienst unseres Hauses besondere Bedeutung zukommt. Patienten mit vorangegangenen Berufsunfällen werden in der BG-Sprechstunde unseres Hauses weiterbehandelt. Patienten unseres Darmzentrums erhalten alle Befunde in einem Patientenbuch ausgehändigt. In besonderen Fällen erfolgt direkte Kontaktaufnahme zwischen weiterbehandelndem Arzt und Ärzten unseres Hauses.

2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

2.1 Planung des Personals

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

2.1.1 Planung des Personalbedarfes

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

Der qualitative und quantitative Personaleinsatz wird durch Einführung eines sogenannten Arbeitszeitkontos bedarfsgerecht gesteuert und sichert somit die angemessene Anzahl qualifizierter Mitarbeiter. Die Bedarfsplanung orientiert sich an Belegungszahlen, Fallzahlen, Pflegeintensität und Berechnungen im Rahmen der DRGs auf Basis der INEK-Kalkulation. Die Personalausfallquote liegt in unserem Hause niedriger als im allgemein bekannten Durchschnitt. Die Personalfluktuationsrate liegt im allgemeinen Vergleich im unteren Mittelfeld.

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.

Orientierend an der Abteilung, Profession, Person und Position der Mitarbeiter findet die Personalentwicklung statt. Aus Stellen- u. Tätigkeitsprofilen hervorgehende Anforderungen sowie Mitarbeiterwünsche steuern das Angebot an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen. Strukturierte Mitarbeitergespräche dienen der gemeinsamen Erarbeitung von Entwicklungspotentialen und Förderung der Mitarbeiterzufriedenheit. Zudem wird den Mitarbeitern im Rahmen bestehender Möglichkeiten und persönlicher Kompetenz die Weiterbildung für Führungspositionen angeboten.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

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

Stellen- und Tätigkeitsbeschreibungen formulieren die Anforderungen an Fähigkeiten und Fertigkeiten bei Erfüllung spezieller Aufgabenbereiche. Sie dienen der organisatorischen Einordnung der Stelle im Krankenhaus, Benennung erforderlicher Qualifikationen und der Festlegung des jeweiligen Kompetenzbereiches. Aktualisierung der Beschreibungen erfolgt mindestens alle 2 Jahre. Erforderliche Qualifikationserweiterungen werden mit den Mitarbeitern besprochen und entsprechende Fort- und Weiterbildungen in gegenseitigem Einvernehmen durchgeführt.

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.

Das Bildungsinstitut des Hauses erstellt ein jährliches Fortbildungsprogramm, mit Orientierung an internen und externen Bedürfnissen. Bei dieser Planung werden Mitarbeiterwünsche aller Berufsgruppen berücksichtigt. Die Mitarbeiter erhalten bei Veranstaltungsteilnahme einen schriftlichen Nachweis. Zudem wird den Mitarbeitern auch die Teilnahme an externen Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten angeboten. Die Evaluation der Veranstaltungen erfolgt per Auswertung von Beurteilungsbögen und dient der inhaltlichen Prüfung der Veranstaltungen und der Referentenauswahl.

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Im Vinzenz Pallotti Hospital gibt es ein Gesamtbudget für Fortbildungen. Zu Beginn eines jeden Kalenderjahres erfolgt die Beantragung in der Personalabteilung, dieses wird dann vom Geschäftsführer freigegeben. Eine anteilmäßige Verteilung erfolgt zwischen Pflege- und ärztlichem Dienst. Verbleibende Restbestände werden in Rücksprache mit der Personalabteilung und den jeweiligen Abteilungsleitern auf Antrag verhandelt. Fachweiterbildungen sind von dieser Regelung ausgeschlossen. Freistellung der Mitarbeiter zu Veranstaltungen erfolgt auf Grundlage AVR § 10a.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

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

Beamer, Overheadprojektoren, Flip-Charts, Metaplanwände und eine Videokamera gehören zur medientechnischen Ausstattung und stehen zur Nutzung allen Bereichen zur Verfügung. Die Mitarbeiter haben Zugriff auf das Intranet und Internet. Fachzeitschriften aus Medizin, Pflege, Wirtschaft und Hygiene stehen im Umlaufverfahren Mitarbeitern in leitenden Funktionen oder mit speziellen Aufgaben zur Verfügung. Auf Antrag können weitere Personen in den Verteiler aufgenommen werden. Bibliotheknutzung und Buchverleih sind möglich.

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 im Leitbild unseres Hauses verankerte Berufsausbildung auf qualitativ hohem Niveau wird durch die angegliederten Ausbildungsstätten (Krankenpflegeschule, Hebammenschule, Fort- und Weiterbildungsinstitut) in die Praxis umgesetzt. Regelmäßige Besprechungen zwischen Praxis und Ausbildungsstätte sowie Praxisbegleitungen durch Lehrkräfte und Reflexionsgespräche mit den Schülern sichern den erforderlichen Theorie-Praxis-Bezug und bereiten so die Mitarbeiter angemessen auf ihre Tätigkeit vor. Zudem stehen in der Pflege ausgebildete Mentoren zur Verfügung.

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.

Partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen allen Mitarbeitern und Bereichen, im Sinne eines kooperativen Führungsstils sind im Leitbild des Hauses festgelegt. Leitenden Mitarbeitern werden Seminare zur Reflexion eigenen Führungsverhaltens und zur Kompetenzförderung angeboten. Ein respektvoller Umgang, transparente Kommunikation, Teamarbeit und Kritikfähigkeit stellen die Integration der Mitarbeiter sicher und fördern die Orientierung an den Unternehmenszielen. Die Qualitätspolitik des Hauses unterstreicht den Stellenwert der Mitarbeiterorientierung.

2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Die Dienstplanung berücksichtigt je nach Einsatzbereich das traditionelle Schichtensystem aber auch andere Arbeitszeitmodelle. So wurde z.B. im ärztlichen Dienst das Urteil des Europäischen Gerichtshofes umgesetzt. In allen Bereichen sind die Arbeitszeiten durch Dienstvereinbarungen geregelt. Die Dienstplangestaltung stellt eine qualifizierte Patientenversorgung sicher unter Berücksichtigung von Wünschen der Mitarbeiter. Das in der Pflege eingeführte Arbeitszeitkonto erhöht die Flexibilität für Arbeitgeber und Mitarbeiter.

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Es gibt ein bereichsübergeordnetes Einarbeitungskonzept, was insbesondere den ersten Arbeitstag der Mitarbeiter mitgestaltet. Im Anschluss daran werden die Mitarbeiter durch weiterführende Konzepte professionell und systematisch in den jeweiligen Bereichen fachspezifisch eingearbeitet. Die Einarbeitung neuer Mitarbeiter in der Pflege wird durch pädagogisch geschulte Praxisanleiter unterstützt. Die genannte Vorgehensweise ist zur Einsicht aller im Organisationshandbuch per Ablaufbeschreibung „Mitarbeiter-einarbeitung“ verbindlich hinterlegt.

2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

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

Im Rahmen von Projekten und Arbeitsgruppen fließen Mitarbeiterideen und Wünsche in das betriebliche Geschehen mit ein. Prozesspaten stehen als Ansprechpartner zur Verfügung. Die Mitarbeitervertretung ist für jegliche Verbesserungsvorschläge offen. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit sich mit Ideen und Wünschen (auch in anonymisierter Form) durch Ausfüllen eines Beschwerdeboogens an den Beschwerdemanager zu wenden. Je nach selbst gewähltem Bearbeitungsweg erhält der Mitarbeiter entsprechende Rückmeldung.

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.

Dem Arbeitsschutz wird hohe Priorität eingeräumt, so wurde z. B. ein sicheres Blutentnahmesystem eingeführt. Das Beauftragtenwesen regelt die Bestellung und Qualifikation der jeweiligen Beauftragten, wobei Tätigkeitsbeschreibungen den Aufgabenbereich in detaillierter Form darstellen. Die Hygienekommission achtet auf Einhaltung gesetzlicher Bestimmungen und organisiert notwendige Kontrolluntersuchungen. Betriebsärztliche Untersuchungen werden entsprechend Vorgaben durchgeführt und dokumentiert. Die Pflege nahm am Projekt „Rückenschonendes Arbeiten“ teil.

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Die bestehende Brandschutzordnung des Hauses regelt alle Maßnahmen und Verantwortlichkeiten. Flucht- und Rettungswegpläne liegen vor, sind gekennzeichnet und werden in Absprache mit der regionalen Feuerwehr durch den Brandschutzbeauftragten aktualisiert. Die Prüfung aller Brandschutzeinrichtungen liegt im Aufgabenbereich des technischen Dienstes. Zudem wurde zur Steigerung der Sicherheit in 2008 eine Evakuierungsübung durchgeführt, welche in 2jährigen Abständen Wiederholung findet. Brandschutzunterweisungen erfolgen mehrfach jährlich.

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.

Alarm- und Einsatzpläne für Unglücks- oder Katastrophenfall regeln die Alarmmeldung, Alarmierung, Krankenhauseinsatzleitung, Vorbereitungsmaßnahmen zur Patientenaufnahme, Versorgung von Patienten, Angehörigen und Personal. Die Pläne liegen der Krankenhausleitung, dem technischen Leiter sowie der Bezirksregierung vor und sind somit in das Landesrecht NRW eingebunden. Die Telefonzentrale verfügt über aktuelle Anweisungen und wird regelmäßig geschult. Monatliche Probeläufe des Notstromaggregates sichern die unterbrechungsfreie Stromversorgung.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Für medizinische Notfallsituationen gibt es z.B. für Absetzung des Notrufes, die Alarmierung des Notfallteams über Gruppenruf, Bereitstellung einer eigenen Reanimationseinheit und die tägliche Besetzung des Notfallteams ist standardisierte Vorgehensweise. Dieses wird jährlich geschult und durch Probealarmierungen geprüft. Zudem erfolgen praktische Übungen zur Reanimation von Säuglingen durch die Leitung des Kreißsaales, das geburtshilfliche Ärzteteam wird zweimonatlich geschult, Einzelschulung erfolgt monatlich.

3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

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

In der Geburtshilflichen Abteilung schützt eine Codenummer der Zugangstür zum Säuglingszimmer vor unbefugtem Zutritt. Säuglinge werden zum Schutz vor Kindesentführungen immer von der Mutter oder autorisierten Begleitperson zu Untersuchungen begleitet. Desorientierte Patienten erhalten angemessene Unterstützung auf dem Weg zu Untersuchungen, optische Markierungen der Zimmertür sind eine Orientierungshilfe. Patienten, welche andere Patienten gefährden, werden in Einzelzimmern untergebracht, Infektionspatienten isoliert.

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 Hygienekommission, bestehend aus den gesetzlich festgelegten Vertretern trägt die organisatorische und inhaltliche Verantwortung für die Hygiene. Sie trifft sich zu regelhaften und außerordentlichen Sitzungen, verabschiedet Hygienepläne und steht zur Lösung aktueller Probleme zur Verfügung. Sie veranlassen hygienerelevante Veränderungen deren praktische Umsetzung durch die Hygienefachkraft und den Hygienebeauftragten Arzt überwacht werden. Hygienefachkraft und Hygienebeauftragter Arzt gestalten betriebsinterne Fortbildungen für die Mitarbeiter.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

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

Primär werden Routinedaten zur Analyse der aktuellen Hygienesituation herangezogen. Mikrobiologische Kontrollergebnisse, laborstatistische Auswertungen von Erregern und deren Resistenzverhalten spiegeln die Hygienesituation wieder. Die Anzahl der Wundinfektionen bei ausgewählten Operationen geht aus der externen Qualitätssicherung hervor und zeigt aktuell keine Auffälligkeiten. Eine Eingangsuntersuchung auf multiresistente Keime mittels Schnellverfahren dient der Früherkennung und Vorbeugung einer Keimübertragung innerhalb des Krankenhauses.

3.2.3 Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen

Hygienesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Die Hygienefachkraft prüft in Begehungen der Fachbereiche die Umsetzung von in Hygieneplänen fixierten Hygienemaßnahmen. Missstände werden hierbei aufgedeckt und einer unmittelbaren Veränderung zugeführt. Die vorhandenen Hygienepläne werden in festgelegten Revisionszyklen oder Veränderung der Rahmenbedingungen kontinuierlich aktualisiert. Hygienesichernde Maßnahmen werden in enger Zusammenarbeit mit dem externen Krankenhaushygieniker und gegebenenfalls mit dem Gesundheitsamt festgelegt und überwacht. Einganguntersuchungen auf multiresistente Keime sind Standard.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.

Alle Hygienepläne entsprechen den Anforderungen der Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Umgebungsuntersuchungen und Betriebsbegehungen sichern die Einhaltung gegebener Anweisungen. Durch aktuelle Fortbildung, Internetzugang und zur Verfügung gestellte Fachliteratur halten sich die Hygieneverantwortlichen auf aktuellem Stand des Wissens. Darüber hinaus wird seit 2007 im Haus als zusätzliche infektionsvorbeugende Maßnahme ein Verfahren zur Früherkennung einer Besiedelung mit Multiresistenten Keimen praktisch angewandt.

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 geregelter Verfahren zur Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten.

Eine externe Apotheke beliefert das Vinzenz Pallotti Hospital. Dienstanweisungen und Ablaufbeschreibungen regeln Beschaffung, Prüfung und Lagerung von Arzneimitteln und Blutprodukten. Bereitstellung und Umgang mit Blut und Blutprodukten sind als Verfahrensanweisung beschrieben. Anforderungen zum sicheren Transport werden berücksichtigt. Beschaffung und Bereitstellung von Medizinprodukten und Desinfektionsmitteln obliegt dem Zentraleinkauf. Die Bestellung von Arzneimitteln und Medizinprodukten erfolgt EDV-gestützt und orientiert sich an sogenannten Hitlisten.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregelter Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

In Abstimmung mit der Arzneimittelkommission erfolgt die Versorgung unseres Hauses mit Arzneimitteln. Es besteht eine verbindliche Regelung bezüglich Dokumentation von Anordnungen und Gabe von Arzneimitteln. Betäubungsmittel werden im Tresor, thermolabile Medikamente im temperaturkontrollierten Kühlschrank gelagert. Die Arzneimittelversorgung ist auch außerhalb der Apothekendienstezeiten sichergestellt. Die praktische Umsetzung festgelegter Vorgehensweisen wird überprüft. Zytostatika werden gebrauchsfertig in geschlossenen Boxen von der Apotheke geliefert.

3.3.3 Anwendung von Blut- und Blutprodukten

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

Es besteht ein System zur Qualitätssicherung im Umgang mit Blut- und Blutprodukten. Die Organisation transfusionsmedizinischer Aufgaben obliegt der interdisziplinären Transfusionskommission. Es erfolgt eine patienten- und produktbezogene Chargendokumentation. Die Organisation der Bereitstellung und die damit verbundene Qualitätssicherung von Blutkonserven obliegen dem externen Labor. Der krankenhausinterne Meldeweg über Vorkommnisse/Beinahevorkommnisse mit Blut- und Blutprodukten ist im bestehenden Organisationshandbuch verbindlich geregelt.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregelter Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Aus Medizinproduktegesetz und Medizinprodukte-Betreiber-Verordnung (MPBetrV) abgeleitete Dienstanweisungen sichern den Umgang mit Medizinprodukten. Die Umsetzung dieser Vorgaben zum sicheren und rechtskonformen Betrieb bzw. die Anwendung obliegt der technischen Abteilung. In der Zentralsterilisation wird die Einhaltung gesetzlicher Forderungen durch Validierung des Aufbereitungsverfahrens unterstützt. Die Anforderungen des Robert Koch-Instituts werden erfüllt. Schulungen zum Umgang mit Sterilgut werden durchgeführt.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Es wird bei Produktauswahl auf geringen Schadstoffgehalt und Recyclingfähigkeit geachtet. Zur Abfallvermeidung wurde auf ein spezifisches Infusionssystem umgestellt. Soweit gesetzliche Rahmenbedingungen dies zulassen, werden umweltfreundliche Desinfektionsmittel eingesetzt. Im Rahmen von Hygieneplänen oder anderen Dienstanweisungen und Rundschreiben wird auf ordnungsgemäße Abfallentsorgung hingewiesen. Regenwasser wird zum Betrieb des Brunnens genutzt. Ein Blockheizkraftwerk reduziert den Energieverbrauch und damit auch den Emissionsanteil.

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.

Das hausinterne Dokumentationssystem wird von allen Berufsgruppen genutzt. Verantwortlichkeiten sind in der Pflege durch Anweisungen geregelt, im ärztlichen Bereich obliegt dies dem jeweiligen Chefarzt. Zu ärztlicher und pflegerischer Dokumentation liegen Handlungsanweisungen (verbindliches Dokumentationshandbuch) vor. Im Rahmen der stationären Aufnahme erfolgt eine Datenerhebung welche im Krankenhausinformationssystem allen Bereichen zugänglich ist. Eine systematische Archivierung alter Patientenakten ermöglicht schnellen Zugriff auf alte Befunde.

4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

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

Patientendaten werden sowohl konventionell in Papierform, als auch in der elektronischen Patientenakte dokumentiert. Kontinuierliche zeitnahe Aufzeichnung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen durch Ärzte und Pflegepersonal macht eine nachvollziehbare Beurteilung des Gesundheitszustandes und des Therapieerfolges möglich. Die Dokumentation wird mindestens einmal täglich nach der Visite überprüft und vervollständigt. Einheitlich strukturierte Patientenakten sorgen für Übersichtlichkeit und ermöglichen ein schnelles Auffinden benötigter Daten.

4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

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

Die Öffnungszeit des Archivs liegt montags-freitags zwischen 08:00 - 15:45 Uhr, außerhalb dieser Zeiten besteht die Möglichkeit über die Krankenhausoberin Unterlagen anzufordern. Die Archivierung von Patientenakten erfolgt gemäß gesetzlichen Bestimmungen. Es steht eine Anweisung zum Umgang mit Patientenakten zur Verfügung. Das Krankenhausinformationssystem ermöglicht rund um die Uhr den Zugriff auf Patientendaten aus vorangegangenen Aufenthalten. Durch das Medizincontrolling erfolgt die Überprüfung auf Vollständigkeit DRG-relevanter Daten. Patienten des Darmzentrums verfügen über ein Patientenbuch.

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.

Abteilungs-, berufsgruppenübergreifende und abteilungsinterne Besprechungen gehen aus einer Besprechungsmatrix hervor und sind Grundlage des Informationsaustausches. Es besteht eine klinikinterne Regelung des Informationsflusses. Aktuelle Neuigkeiten werden über Rundschreiben, Intranet, schwarzes Brett und Litfasssäulen bekannt gegeben. Für alle Mitarbeiter der St. Vinzenz Pallotti Stiftung wird sechsmal jährlich ein Mitarbeiterbrief „ALLES PALLOTTI“ herausgegeben. Jährlich geplante Info-Märkte bieten die Möglichkeit zu themenbezogenem Austausch.

4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

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

Die Telefonzentrale unseres Hauses ist ganztägig besetzt und erhält monatlich die Dienstpläne der Fachabteilungen zur Einsicht. Darüber hinaus sind hier alle hausinternen Veranstaltungen bekannt. Über das Leistungsangebot des Hauses werden die Mitarbeiter unter anderem über das Intranet und die Patienten durch eine Patienten-Info-Mappe informiert. Aktuelle Informationen über Patientenaufenthalte finden Mitarbeiter der Telefonzentrale im EDV-gestützten Krankenhausinformationssystem. Im diskreten Umgang mit Patienten- und Mitarbeiterdaten sowie Datenschutz sind die Mitarbeiter geschult.

4.2.3 Information der Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Geschäftsführung, Stiftungsratsvorstand und Leitung Organisationsentwicklung/EDV vertreten intern den Bereich Öffentlichkeitsarbeit. Öffentlichkeitsbezogene Maßnahmen, wie Artikel, Anzeigen, Veranstaltungen, Flyer, Info-Broschüren, Internetauftritt etc. werden in Absprache mit Geschäftsführung, Pressebeauftragte und den Fachabteilungen durchgeführt. Die geburtshilfliche Abteilung bietet wöchentlich Infoabende für werdende Eltern an. Ein umfangreiches Informations- und Fortbildungsprogramm steht allen Interessierten zur Verfügung.

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.

Es gelten die kirchlichen Regelungen zum Datenschutz in unserem Haus. Die Prüfung der Einhaltung erfolgt durch die Datenschutzbeauftragte. Neue Mitarbeiter erhalten mit Dienstvertrag eine Verpflichtungserklärung auf das Datengeheimnis. Alle in die Patientenversorgung integrierten Mitarbeiter und kooperierende Ärzte erhalten Information über die zu unterzeichnende Verpflichtungserklärung. Ein Berechtigungskonzept für den Zugang zu elektronischen Patientendaten sichert deren Daten. Sensible Gespräche werden unter Ausschluss Dritter geführt.

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.

Nahezu alle Bereiche des Hauses sind an das Krankenhausinformationssystem angebunden. Der Zugang ist über Benutzerrechte geschützt. Das EDV-Ausfallkonzept umfasst Stromausfall, Datensicherung auf zwei Domain-Controllern, drei voneinander unabhängigen Systemen und Bandlaufwerken (Safeaufbewahrung). Ein EDV-Ausfall bei Updates ist durch eine Zusatzsoftware gesichert. Zur Aufrechterhaltung des täglichen Arbeitsablaufes ist eine EDV-Hotline eingerichtet. Bei Einführung neuer Programme finden Schulungen statt. Mitarbeiter werden zu externen EDV-Schulungen freigestellt.

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 Leitlinien unseres Hauses basieren auf den durch Vinzenz Pallotti vorgelebten Werten und entstanden in Zusammenarbeit interessierter Mitarbeiter aller Berufsgruppen, Angehörigen des Ordens und der Geschäftsführung. Sie wurden erstmals 1999 veröffentlicht. Sie sind Bestandteil von Arbeitsverträgen und Thema im jährlich stattfindenden Leitungsseminar der Pflege. Zudem wurde zur Umsetzung eigens die "PALLOTTI"-Gruppe gegründet, welche sich regelmäßig zum Austausch und zur Gestaltung kirchlicher und themenbezogener Veranstaltungen trifft.

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 Strategien zur Entwicklung einer Zielplanung werden in der Betriebsleitung in Abstimmung mit dem Stiftungsrat gemeinsam entwickelt. Die Unternehmensziele orientieren sich am Leitbild des Hauses. Die Zielplanung ist Grundelement der strategischen Planung zur Weiterentwicklung des Hauses. Die Ausrichtung erfolgt nach den Gesichtspunkten Wertschöpfung und Wirtschaftlichkeit sowie Qualitäts- und Prozessverbesserung im Haus. Überprüfung der Wirtschaftsdaten erfolgt quartalsweise mit Ergebnisrechnungen, die regelmäßig im Stiftungsrat angezeigt werden.

5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

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

Entscheidungsstrukturen und Verantwortungsbereiche des Hauses sind in einem Organigramm festgehalten. Grafisch dargestellt, erlaubt es eine schnelle Orientierung zum grundlegenden Aufbau der Einrichtung. Im QM-System werden alle wesentlichen Kern- und Arbeitsprozesse zu den skizzierten Organisationsbereichen erfasst und beschrieben, die Verantwortlichen bzw. Regelungen zu Entscheidungs- und Durchführungsverantwortung benannt.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

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

Die Geschäftsführung erstellt zu Jahresbeginn einen Wirtschafts- und Finanzplan. Dieser beinhaltet zu erwartende Ausgaben und Einnahmen aus z. B. stationärer und ambulanter Behandlung, Wahlunterkunft etc.. Er wird dem Stiftungsrat zur Genehmigung vorgelegt. Die Prüfung des Wirtschaftsplans erfolgt quartalsweise. Im erweiterten Führungskreis werden die Abteilungsleitungen und in jährlich Mitarbeitervollversammlungen die Mitarbeiter über betriebswirtschaftliche Aspekte informiert. Eine abteilungsspezifische, hausinterne Budgetierung ist geplant.

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.

Die Betriebsleitung nimmt bereichsübergreifende Führungsaufgaben wahr. Sie ist für die strategische Planung und Ausrichtung der Klinik verantwortlich. Zusätzlich ist eine erweiterte Führungsrunde etabliert. Regelmäßige Sitzungen mit Tagesordnung, Protokollführung, Vergabe von Projektaufträgen durch die Betriebsleitung regeln die strukturierte Arbeitsweise, durch Teilnahme mindestens eines Mitgliedes der Betriebsleitung erfolgt die Koordination von Projekten. Inhalte und Ergebnisse werden den Mitarbeitern mit Hilfe unterschiedlichster Medien vermittelt.

5.3.2 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung

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

Die Kommunikation der Krankenhausführung ist durch Teilnahme an regelmäßigen Sitzungen sichergestellt. 4-mal jährliche Stiftungsratssitzungen, bis 10-mal jährlich erweiterter Führungskreis, 14-tägige Steuerungsgruppensitzungen mit Qualitätsmanagementbeauftragten und wöchentlich Betriebsleitungssitzungen dienen dem Informationsaustausch. Nachgeordnete Leitungsebenen werden in Besprechungen über Managemententscheidungen informiert. Die Berichterstattung von Vorgesetzten an die Krankenhausführung dient der Überprüfung von Umsetzungsmaßnahmen.

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 im Rahmen gemeinsamer Sitzungen und Sitzungen unterschiedlicher Ebenen regelmäßig über die Entwicklungen und Vorgänge informiert. Durch das etablierte Projektmanagement wird über Projektfortschritte und Abweichungen informiert. Es existiert ein strukturiertes Berichtswesen für die Krankenhausführung mit täglicher Liquiditätsmeldung, monatlichen Kennzahlen (z.B. Personalkostenentwicklung, medizinische Leistungsentwicklung, medizinischer Sachbedarf) und quartalsweise Ergebnisrechnung.

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

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

Der 2-monatlich erstellte "Mitarbeiterbrief" umfasst alle Informationen und wird den Mitarbeitern mit der Gehaltsabrechnung ausgehändigt. Die Einführung einer Mitarbeitersprechstunde der Betriebsleitung soll zu gemeinsamen Dialogen motivieren. Das jährlich durch die Mitarbeitervertretung organisierte und von der Krankenhausführung mitgetragene Betriebsfest und der Info-Markt werden ebenfalls als vertrauensfördernde Maßnahme verstanden. Das interne QM-System gewährleistet die kontinuierliche Einbindung aller Mitarbeiter in Verbesserungsprozesse.

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.

Die Leitlinien des Vinzenz Pallotti Hospitals umfassen grundlegende ethische Prinzipien. Leitsätze wie: "Jeder Mensch ist Ebenbild Gottes und bezieht daraus seine Würde, die unbedingt zu achten ist. Unsere Zuwendung muss jedem Menschen gelten von vor der Geburt bis zum Tod", oder "Die Ehrfurcht vor der Würde des Menschen unabhängig von Lebensalter, Herkunft, Geschlecht, Beruf, Stellung, Nationalität, Rasse, Religion oder Hautfarbe prägt unser Handeln" spiegeln sich im Verhalten wieder. Das im Mai 2008 gebildete Ethikkomitee unterstützt die darin formulierte Zielsetzung.

5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

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

Um sterbende Menschen entsprechend ritueller und spiritueller Anforderungen individuell betreuen zu können steht ein großes Netzwerk von Personen und Einrichtungen zur Verfügung. Anstehende Maßnahmen (Therapie, Therapieverzicht, Sterbebegleitung, Organisation der häuslichen/ hospizischen Versorgung, Vorgehensweise nach dem Tod) werden individuell mit sterbenden Patienten und deren Angehörigen abgestimmt. Auf Wunsch wird seelsorgerliche Begleitung ermöglicht. Fehl- oder Totgeburten werden in besonderer Weise berücksichtigt.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

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

Für den Umgang mit Fehl- und Totgeburten gibt es Richtlinien zur Vorbereitung der Geburt, Begleitung der Eltern und Vorgehensweise bzgl. Bestattung und Obduktion. Die Versorgung Verstorbener ist in Ablaufbeschreibungen beschrieben, darüber hinaus verfügt unsere Palliativstation über einen sogenannten "Stillen Raum" zum Abschiednehmen von Verstorbenen. Jedem Bedürftigen wird hier Raum für Trauer und zum Innehalten gewährt. Allen Glaubensrichtungen ist die Möglichkeit gegeben, ihre besonderen spirituellen Rituale zu leben (z.B. gemeinsame Waschungen Verstorbener).

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.

Es besteht ein KTQ® zertifiziertes fach- und abteilungsübergreifendes Qualitätsmanagementsystem. Die Weiterentwicklung dieses QM-Systems wird durch die Krankenhausführung unterstützt. So wurde bereits in 2005 ein QM-Team benannt, im Jahr 2007 wurde der Stellenumfang für die QMB auf 100% erhöht. Es wurden alle im QM tätigen Mitarbeiter gezielt fortgebildet und darüber hinaus auch spezielle Schulungen wie Moderationstechniken und Projektmanagement angeboten. Auf diese Weise sind alle Arbeitsbereiche in die Weiterentwicklung der Qualität des Hauses eingebunden.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

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

Die Steuerungsgruppe des Vinzenz Pallotti Hospitals trägt die Verantwortung für die Entwicklung von übergeordneten Qualitätszielen. Alle Aktivitäten orientieren sich am Leitbild des Hauses und berücksichtigen dabei Patienten- und Kundenbedürfnisse, gesetzliche Anforderungen und laufende Entwicklungen.

Die übergeordneten Qualitätsziele werden im Rahmen von Projekten oder QM-Teamarbeiten weiter entwickelt und deren Zielerreichung kontinuierlich überprüft. Maßnahmen und Ergebnisse aus der Projektarbeit werden mit der Krankenhausführung abgestimmt.

6.2 Qualitätsmanagementsystem

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Es wurde die Form eines prozessorientierten Qualitätsmanagementsystems gewählt, um durch Integration und Ausrichtung aller Prozesse die Erfüllung formulierter Qualitätsziele anzustreben und gleichzeitig alle Bemühungen auf die Leistungsfähigkeit und Effizienz zu konzentrieren. Es dient der Vertrauensbildung unserer Patienten durch kontinuierlich hochwertige Leistungserbringung und durch Darlegung der Transparenz von Vorgängen innerhalb der Klinik.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

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

Als Qualitätszirkel wurden QM-Team-Sitzungen etabliert. Im gynäkologisch/geburtshilflichen Bereich wurde ein Assessment zur Risikobewertung durchgeführt. Die dort erarbeiteten Ergebnisse wurden der beteiligten Arbeitsgruppe, der Betriebsleitung und den Qualitätsmanagementbeauftragten vorgestellt. Ein weiteres Assessment wurde in der unfallchirurgischen Abteilung durchgeführt. Ergebnisse der externen Qualitätssicherung werden im internen Qualitätsmanagement mit berücksichtigt.

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.

Im VPH wird die gesetzlich vorgeschriebene externe Qualitätssicherung durchgeführt. In der geburtshilflichen Abteilung wird ein erweiterter Perinatalbogen geführt. In der Anästhesie wird der erweiterte Kerndatensatz der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin dokumentiert. Im Rahmen der Versorgung von Patienten mit Kolorektalem Karzinom werden qualitätsrelevante Daten systematisch erhoben und gemeinsam mit den Kooperationspartnern analysiert. Zudem erfolgt die Erfassung qualitätsrelevanter Daten bei Durchführung klinischer Studien.

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 Vinzenz Pallotti Hospital hat sich die Durchführung von mindestens einer großen Befragung pro Jahr zum Ziel gesetzt, hierbei wird eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit Vorbefragungen angestrebt. Die Befragungen richten sich u. a. an Patienten, Mitarbeiter und Niedergelassene Ärzte. Die Ergebnisse werden in verschiedenen Gremien, präsentiert, analysiert, veröffentlicht und gegebenenfalls Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet. Zudem erlaubt diese Vorgehensweise eine Überprüfung der Wirksamkeit bereits zuvor eingeleiteter Veränderungen zur Qualitätssteigerung.

6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Seit Februar 2005 existiert ein Beschwerdemanagement. Patienten, Angehörige, Besucher und Mitarbeiter können Anregungen, Beschwerden, Kritik oder Lob mittels Erhebungsbogen zur Bearbeitung durch den Beschwerdemanager weiterleiten. Die Erhebungsbögen liegen in den Stationen, in der Patientenaufnahme, bei der Telefonzentrale und am Beschwerdebriefkasten aus. Eingegangene Beschwerden werden umgehend bearbeitet, vom Beschwerdemanager systematisch erfasst, ausgewertet, interpretiert und Veränderungen abgeleitet.

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.

Die Datenerhebung für die gesetzliche Qualitätssicherung erfolgt in einem im Krankenhausinformationssystem integrierten Softwaremodul. Die Dokumentation erfolgt in der Gynäkologie und Geburtshilfe durch die behandelnden Ärzte, in den übrigen Fachabteilungen durch eine QMB, die ebenfalls Ärztin ist. Die Freigabe erfolgt durch den QS beauftragten Oberarzt jeder Fachabteilung. Durch regelmäßige EDV gestützte Erhebung des Soll -Ist Vergleiches durch die verantwortliche QMB wird eine vollständige Dokumentation gewährleistet. Die Dokumentationsrate lag in den Jahren 2005, 2006 und 2007 über 95%.

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 jedem Chefarzt und dem Qualitätsmanagement zur Verfügung gestellt. Die Ergebnisse werden analysiert in Leistungsgesprächen thematisiert.

Möglicher Handlungsbedarf wird herausgestellt und kontinuierlich Verbesserungen abgeleitet, so z. B. die Messung der Sauerstoffsättigung bei jeder Aufnahme in die internistische Abteilung. Sofern die QS Nordrhein zu strukturierten Dialogen auffordert, werden diese von den QS beauftragten Oberärzten und Chefarzten in Kenntnis der Geschäftsführung geführt.