

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Organisationseinheit:	Onkologisches Zentrum der Kliniken Maria Hilf GmbH
Institutionskennzeichen:	260510666
Anschrift:	Viersener Straße 450 41063 Mönchengladbach
Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer:	2015-0064 KHOE
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche
Gültig vom:	08.05.2015
bis:	07.05.2018

Inhaltsverzeichnis

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

Vorwort der KTQ[®]

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

Gesellschafter der KTQ[®] sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

Die Verfahrensinhalte, insbesondere der KTQ-Katalog, wurde hierarchie-, und berufsgruppenübergreifend in konstruktiver Zusammenarbeit zwischen der KTQ-GmbH und Praktikern aus dem Gesundheitswesen entwickelt und erprobt. Im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden die Kataloge entsprechend weiterentwickelt.

Mit dem freiwilligen Zertifizierungsverfahren und dem damit verbundenen KTQ-Qualitätsbericht bietet die KTQ[®] somit Instrumente an, die die Sicherung und stetige Verbesserung der Qualität in Einrichtungen des Gesundheitswesens für die Öffentlichkeit darstellen.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen Kriterien, die sich auf

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Führung des Krankenhauses und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes Visitorenteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

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

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

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009/2. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet 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 **Onkologische Zentrum der Kliniken Maria Hilf GmbH in Mönchengladbach** 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

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung

Seit der Gründung vor 158 Jahren haben in den Krankenhäusern der Kliniken Maria Hilf GmbH hunderttausende Patienten Heilung und Linderung erfahren. Als erstes Krankenhaus der Kliniken Maria Hilf GmbH entstand 1854 im Zentrum der Stadt Mönchengladbach das Krankenhaus Maria Hilf. Ursprünglich als ein Waisenhaus unter der Obhut der Franziskanischen Schwestern erbaut, wurde es bald zur Anlaufstelle für alte und kranke Menschen.



Hieraus entwickelte sich im Laufe der Zeit ein Hochleistungs-Krankenhaus mit einer Versorgung auf höchstem medizinischem Niveau. Mit mehreren Standorten und als Träger der Akademie für Gesundheitsberufe zählt die Kliniken Maria Hilf GmbH heute zu den größten Arbeitgebern der Region und ist das größte akademische Lehrkrankenhaus für Medizinstudenten der RWTH Aachen. Die Behandlung von Tumorerkrankungen innerhalb des Onkologischen Zentrums der Kliniken Maria Hilf bildet dabei einen wesentlichen Schwerpunkt im Leistungsportfolio der Kliniken.

Das entsprechend der Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierte Onkologische Zentrum bietet den Patienten deutliche Vorteile. Onkologische Patienten erhalten hier eine kontinuierliche und umfassende Versorgung. Die abgestimmte Zusammenarbeit von Spezialisten verschiedener Fachrichtungen gewährleistet dabei bestmögliche Behandlungsergebnisse.



Die Unterstützung der Patienten und ihrer Angehörigen geht dabei über eine rein medizinische Betreuung hinaus. Sie umfasst beispielsweise auch eine psychoonkologische und soziale Beratung und Betreuung, Ernährungsberatung, physiotherapeutische Angebote sowie die Kontaktvermittlung an Selbsthilfeorganisationen.

Des Weiteren besteht die Möglichkeit, Patienten mit einer nicht heilbaren und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung auf der Palliativstation zu behandeln.

Insgesamt sind in das Onkologische Zentrum der Kliniken Maria Hilf GmbH folgende Fachabteilungen integriert:

- Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
- Klinik für Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde
- Klinik für Hämatologie, Onkologie, Gastroenterologie
- Klinik für Nuklearmedizin
- Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Klinik für Pneumologie
- Klinik für Radiologie
- Klinik für Strahlentherapie
- Klinik für Thoraxchirurgie
- Klinik für Urologie

In diesen 10 Fachabteilungen mit ca. 160 Ärzten und modernster Medizintechnik ausgestattet, welche so in Nordrhein-Westfalen nur selten anzutreffen ist, erfolgt eine enge und strukturierte Zusammenarbeit. Das garantiert eine hoch qualifizierte, interdisziplinäre medizinische Versorgung der ca. 14.600 stationären und 50.000 ambulanten Patienten pro Jahr. Für die rund 370 Betten stehen 900 Mitarbeiter zur Verfügung, denen das Wohlergehen und die Betreuung der anvertrauten Patienten am Herzen liegen.

Ziel und Aufgabe des Onkologischen Zentrums ist die Verbesserung der Versorgung von Tumorpatienten durch Vorbeugung, Früherkennung, Diagnostik, Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von Krebserkrankungen in der Region Mönchengladbach. Hierzu bündelt das Onkologische Zentrum die hausinterne und die regionale Expertise in einem interdisziplinären und sektorübergreifenden Versorgungskonzept auf Basis neuester, wissenschaftlicher Erkenntnisse. Sensible pflegerische und menschliche Zuwendung spielt dabei eine ebenso wichtige Rolle. Dies haben uns schon die Gründerinnen, die Franziskanerinnen von Lüdinghausen, seit über 150 Jahren vorgelebt. Den Menschen als Ganzes betreuen und behandeln!



Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das Onkologische Zentrum ist in die Krankenhäuser der Kliniken Maria Hilf integriert. Es ist gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar. In unmittelbarer Nähe der Krankenhäuser befinden sich ein Taxistand und Bushaltestellen. Parkmöglichkeiten sind ebenfalls vorhanden. Innerhalb des Hauses existiert ein Wegeleitsystem, welches auf einer Nah- und Fernwegweisung beruht.

Zur Aufnahmeplanung werden den Patienten verschiedene Flyer zu den Kliniken sowie zu Fragen und Antworten zum bevorstehenden Krankenhausaufenthalt ausgehändigt. Bei der administrativen Aufnahme in der Patientenaufnahme werden Patienten über den Aufnahme-/Behandlungsvertrag, Wahlleistungen und Eigenbeteiligung informiert. Die Aufnahme auf Station erfolgt durch examiniertes Pflegepersonal und den Stationsarzt.

1.1.2 Leitlinien

Eine Behandlung im Onkologischen Zentrum basiert auf aktuell anerkannten Leitlinien und etablierten Standards. Im Pflege- und Funktionsdienst werden spezielle Pflegestandards eingesetzt. Deren Anwendung ist verbindlich.

Der Zugang zu Leitlinien ist elektronisch sichergestellt, zum Teil liegen diese auch in Papierform in den jeweiligen Bereichen vor. Aktualisierungsroutinen für diese Vorgaben sind festgelegt. Von Leitlinien abweichende Behandlungen werden fachärztlich geprüft und schriftlich in der Patientenakte begründet.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Informationsmaterialien sind als Flyer, Merkblätter und Aushänge vorhanden. Eine weitere Informationsmöglichkeit stellt die Homepage dar. Im Rahmen der Aufklärung werden schriftliche Aufklärungsbögen eingesetzt.

Die Vorstellung der Mitarbeiter erfolgt persönlich bei Erstkontakt. Auf allen Stationen ist eine einheitliche Bildtafel angebracht, auf welcher die betreuenden Mitarbeiter namentlich und bildlich dargestellt sind.

Für Patienten und Angehörige werden verschiedene Schulungen und Beratungen angeboten, wie z. B. Patientenveranstaltungen und Vorträge des Fördervereins, Gespräche mit Selbsthilfegruppen oder Pflegekurse.

Patientenrechte wie das Selbstbestimmungsrecht, das Recht auf Information und Aufklärung, die Einbeziehung in die Behandlungsplanung, das Recht der Wahrung des Datenschutzes und der Schweigepflicht der Ärzte sowie die Einholung einer Zweitmeinung werden gewahrt. Die Privatsphäre wird durch Einzelgespräche und separate Untersuchungsräume sichergestellt.

1.1.4 Service, Essen und Trinken

Auf den Stationen werden Servicekräfte eingesetzt, die die Patientenwünsche täglich hinsichtlich der Speiserversorgung abfragen. Neben frei zusammenstellbaren Komponenten beim Frühstück und Abendessen können auch beim Mittagessen einzelne Komponenten getauscht und kleine oder große Portionen bestellt werden. Bei der Speiserversorgung gibt es für alle Patienten passende Angebote, z. B. freitags traditionelle christliche Fischangebote sowie täglich schweinefleischfreie Menüs. Das Getränkeangebot mit Mineralwasser und Säften steht den Patienten kostenfrei zur Verfügung. Daneben gibt es tagsüber ein kostenfreies Angebot an Heißgetränken zur Selbstbedienung.

Die Patientenzimmer und Wartebereiche verfügen über eine gängige Grundausstattung. Zusätzliche Räumlichkeiten sind die Aufenthaltsräume, Kaffee- und Getränkeecken, die Bibliothek, ein Bistro und die Cafeteria, die Abschiedsräume, der überkonfessionelle Raum der Stille sowie natürlich die Kapellen.

1.1.5 Kooperationen

Das Onkologische Zentrum verfügt über feste Kooperationen mit

- niedergelassenen Ärzten,
- Rehakliniken,
- Sozial-, ambulanten Pflege- und Palliativdiensten,
- Physiotherapeuten,
- Prothetikern,
- Psychoonkologen,
- Hospizen.

Weiterhin bestehen zu verschiedenen Selbsthilfegruppen enge Kontakte, in denen z.B. Ärzte Vorträge halten oder für Gespräche zur Verfügung stehen. Auch befinden sich Facharztpraxen innerhalb des Hauses, mit denen eine besondere Vernetzung besteht.

Durch das interdisziplinäre Spektrum des Zentrums ist eine interne abteilungsübergreifende und multiprofessionelle Zusammenarbeit gewährleistet. Für spezielle medizinische Fragestellungen gibt es interdisziplinäre Besprechungen, wie z. B. die wöchentliche Tumorkonferenz.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Es besteht eine 24-stündige Aufnahmebereitschaft für Notfälle in der Zentralen Notaufnahme und auf den Aufnahme- und Intensivstationen. Die Erstversorgung der onkologischen Notfälle erfolgt in der zentralen Notaufnahme, von dort wird die weitere Versorgung organisiert.

Das Personal der Notaufnahme ist durch spezielle Fortbildungsmaßnahmen zur Erstversorgung kritisch kranker Patienten qualifiziert. Nach der Erstdiagnose werden die Spezialisten der jeweiligen Fachabteilung zu weiteren Maßnahmen hinzugezogen, die Behandlungsplanung wird immer durch einen Facharzt bestätigt.

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Alle Kliniken des Onkologischen Zentrums verfügen über Spezialambulanzen, in denen die ambulante Versorgung der Patienten sichergestellt werden kann. Die Angebote reichen von allgemeinen und onkologischen Sprechstunden über Strahlen-, Chemo- und Immuntherapien bis hin zur Teilnahme an therapeutischen oder diagnostischen Studien. Die Terminplanung erfolgt über die jeweilige Klinik.

Für Notfälle besteht eine ständige Aufnahmebereitschaft.

1.3.2 Ambulante Operationen

Ambulante Operationen werden im Zentral-OP der Kliniken Maria Hilf durchgeführt. Neben einer einwandfreien medizinischen Versorgung wird besonderes Augenmerk auf die Sicherstellung der häuslichen Versorgung im Anschluss an den Eingriff gelegt.

Vorbereitende Untersuchungen werden in den Ambulanzen der jeweiligen Klinik oder durch niedergelassene Ärzte durchgeführt. Die Patientenaufklärung erfolgt mindestens 24 Stunden vor dem Eingriff. Der Patient kommt am Eingriffstag nüchtern ins Haus. Im Anschluss an den Eingriff wird der Patient sorgfältig versorgt und beobachtet, bis er entlassen werden kann. Wichtige Informationen zu Verhaltensregeln, Nachbehandlung und in welchem Fall eine erneute Vorstellung in der Klinik dringend angezeigt ist, werden ihm auf einem Informationsblatt zusammen mit einem Entlassbrief mitgegeben. Die Nachsorge wird durch die Spezialambulanz oder den niedergelassenen Arzt sichergestellt.

1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Für jeden Patienten erfolgt eine individuelle mit ihm abgestimmte Behandlungsplanung. Die Festlegung der Behandlung beruht auf den Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften. Wenn gewünscht werden auch Angehörige in die Behandlungsplanung integriert.

Durch die Vielzahl der Fachabteilungen ist eine interdisziplinäre und multiprofessionelle Abstimmung und Zusammenarbeit sichergestellt. In gemeinsamen Besprechungen und Visiten wird über Notwendigkeit und Dringlichkeit von Diagnostik und Therapie entschieden.

Neben den Visiten stehen Ärzte und Pflegepersonal zu einem individuellen Gespräch zur Verfügung.

Auch spezifisches Informationsmaterial, z. B. in Form von Merkblättern, Verhaltensregeln nach Eingriffen und Flyer ist vorhanden.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die individuelle Therapieplanung je Patient erfolgt im Rahmen der interdisziplinär besetzten Tumorkonferenz. Hier werden Diagnosen, Maßnahmen und Verläufe gemeinsam beraten und festgelegt.

Das Onkologische Zentrum hält ein umfangreiches therapeutisches Angebot entsprechend der aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften vor. Hierzu gehören

- Operationen,
- Strahlentherapie,
- Chemo-Immuntherapie,
- Radionuklidtherapie,
- Schmerztherapie,
- interventionelle radiologische minimalinvasive Techniken,
- autologe Stammzelltransplantation,
- palliative Versorgung,
- soziale und psychoonkologische Betreuung und Beratung und
- eine leitliniengerechte Nachsorge.

Zusätzlich bestehen Angebote der

- Logopädie,
- Musiktherapie,
- Ernährungsberatung,
- Physiotherapie und
- Ergotherapie.

Die therapeutischen Angebote sind auf der Homepage und in den Klinikflyern beschrieben.

1.4.3 Operative Verfahren

Die Festlegungen der operativen und anästhesiologischen Versorgung beruhen auf den Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften und erfolgen unter Verantwortung der jeweiligen Chefärzte. In jedem OP-Bereich wird die Organisation durch eine pflegerische OP-Leitung unterstützt.

Die Vorbereitung zur Operation erfolgt in der Regel vor der stationären Aufnahme im Rahmen der Sprechstunde und in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten. Bei größeren Eingriffen erfolgt die Vorbereitung stationär. Die anästhesiologische und operative Aufklärung wird max. 14 Tage vor dem Eingriff durchgeführt. Mit Hilfe von standardisierten Aufklärungsbögen erfolgt eine individuelle Aufklärung im Arzt-Patientengespräch.

Bei der OP-Planung werden Reservekapazitäten für Notfälle eingeplant, so dass in der Regel keine OP abgesetzt werden muss.

Die operativen Kliniken sowie die Anästhesie verfügen über eine 24-stündige Einsatzbereitschaft.

1.4.4 Visite

Die täglichen Stationsvisiten erfolgen gemeinsam mit Ärzten und Pflegenden. Bei Bedarf werden weitere Berufsgruppen hinzugezogen. Zusätzlich findet mind. 1x wöchentlich eine Oberarzt-/Chefarztvisite statt. Auch am Wochenende ist eine tägliche Visite durch einen fachspezifischen Arzt sichergestellt. Auf den Intensivstationen erfolgen Visiten mehrmals täglich. Zusätzlich werden auf einzelnen Stationen Pflegevisiten durchgeführt. Patienten und Angehörige werden im Rahmen der Aufnahme über die Visitenzeiten informiert.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Die Terminierung von Maßnahmen vor und nach dem stationären Aufenthalt wird über die Sekretariate oder Fachambulanzen der Kliniken koordiniert. Die Vorbereitungen zur Operation erfolgen mit der notwendigen Diagnostik, Aufklärung und Narkosevisite außerhalb des stationären Aufenthaltes. Weiterhin werden den Patienten verschiedene Informationen über die Klinik sowie zum stationären Aufenthalt ausgehändigt. Maßnahmen nach dem stationären Aufenthalt erfolgen im Rahmen der OP-Nachsorge.

Teilstationäre Leistungen werden im Onkologischen Zentrum nicht angeboten.

1.5.1 Entlassung

Mit der Entlassungsplanung wird bereits bei der Aufnahme eines Patienten begonnen. Entsprechend der Diagnose wird ein vorläufiges Entlassdatum festgelegt, das dem individuellen Verlauf angepasst wird. Der Sozialdienst wird frühzeitig in die Entlassungsplanung mit einbezogen, um einen nahtlosen Übergang nach Hause bzw. in eine weiterversorgenden Einrichtung sicherzustellen.

Patienten erhalten am Entlassungstag einen Entlassbrief für den weiterbehandelnden Arzt. Dessen Inhalte und Empfehlungen werden in einem ärztlichen Entlassungsgespräch erläutert. Tumorpatienten erhalten in einer Patientenmappe eine vollständige Zusammenstellung ihrer Befunde, Therapie- und Nachsorgeplanungen bzw. -ergebnisse sowie Informationen über weiterbehandelnde und nachsorgende Dienste.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Bei vielen Krankheitsbildern oder Operationen werden die Patienten in den Ambulanzen der jeweiligen Kliniken weiterversorgt. Bei Entlassungen zum Wochenende werden bei Bedarf Medikamente oder sonstige Hilfsmittel mitgegeben.

Darüber hinaus hat das Onkologische Zentrum enge Kooperationen mit verschiedenen weiterversorgenden Diensten und Einrichtungen geschlossen, z. B. niedergelassene Ärzte, ambulante Pflegedienste, Hospize oder Physiotherapie. Durch diese soll eine kontinuierliche Weiterbehandlung und -betreuung sichergestellt werden.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Sterbenden Patienten und ihren Angehörigen wird eine angemessene Begleitung angeboten. Diese umfasst die persönliche Seelsorge, das Angebot von Sakramenten und kirchlichen Ritualen. Dabei werden die persönlichen, kulturellen und religiösen Wünsche individuell durch die Seelsorge und Mitarbeiter, die zum Teil über eine Qualifikation in der Palliativmedizin verfügen, berücksichtigt. Intimsphäre und Würde werden dem Patienten unter anderem durch Bereitstellung eines Einzelzimmers gewährleistet. Eine zusätzliche Liegemöglichkeit sowie Speisen und Getränke für Angehörige werden bereitgestellt.

Im Aufnahmegespräch wird das Vorhandensein einer Patientenverfügung abgefragt, deren Inhalt selbstverständlich berücksichtigt wird.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Die Versorgung eines Verstorbenen erfolgt pietät- und würdevoll. Angehörige erhalten die Möglichkeit, sich entsprechend ihrer Bedürfnisse von dem Verstorbenen zu verabschieden. Hierfür stehen unter anderem auch überkonfessionell gestaltete Verabschiedungsräume zur Verfügung.

Die Seelsorge begleitet Angehörige wie Mitarbeiter. Zur Vorbereitung der Beerdigung steht außerdem der Sozialdienst zur Verfügung.

Mit mehreren ökumenischen Gottesdiensten jährlich stehen für Hinterbliebene auch langfristige Trauerangebote zur Verfügung.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Der Personalbedarf wird vorausschauend 1x jährlich ermittelt, mit dem Fachvorgesetzten abgestimmt und durch den Stiftungsvorstand genehmigt. Auf eine hohe Qualifikationsrate wird Wert gelegt. Die eingesetzten Personalbemessungsverfahren richten sich nach den individuellen Bedürfnissen der Bereiche.

Im Geschäftsbereich Personalmanagement werden personalwirtschaftliche Kennzahlen, wie Personalkosten, Überstunden oder Fluktuation regelmäßig ermittelt und analysiert.

2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Die Qualifikationen und die wesentlichen Tätigkeitsmerkmale der Mitarbeiter werden in Stellenbeschreibungen dokumentiert.

Es finden regelmäßige Mitarbeitergespräche statt, um eine an den Bedürfnissen des Zentrums und den Interessen der Mitarbeiter ausgerichtete Personalentwicklung zu ermöglichen.

Mitarbeiterbeurteilungen werden standardisiert nach Beendigung der Probezeit und bei Beschäftigungsende durchgeführt. Zur Karriereplanung werden verschiedene Ausbildungsberufe/ Praktika angeboten. Ausgebildet wird entsprechend des mittelfristigen Personalbedarfs. Auszubildende werden nach Möglichkeit im Unternehmen weiterbeschäftigt.

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Die Einarbeitung neuer Mitarbeiter erfolgt nach einem standardisierten Einarbeitungskonzept. Einen ersten Einstieg erhält jeder neue Mitarbeiter in den 4x jährlich stattfindenden Einführungsveranstaltungen. Neuen Mitarbeitern steht für die Einarbeitungszeit ein Mentor zur Seite. Es werden mehrmals Gespräche zwischen Mitarbeiter und Vorgesetztem durchgeführt. Die Einarbeitung wird mit einer Probezeitbeurteilung und Übernahmeempfehlung abgeschlossen.

2.2.3 Ausbildung

Die Ausbildung erfolgt in der angegliederten und zertifizierten Ausbildungsstätte, der Akademie für Gesundheitsberufe GmbH. Tätigkeitsfelder im Bereich der Ausbildung sind:

- Altenpflege,
- Gesundheits- und Krankenpflege,
- Gesundheits- und Krankenpflegeassistentz,
- Operationstechnische Assistenz,
- Anästhesietechnische Assistenz,
- Medizinisch-Technische Radiologieassistentz und
- Rettungsdienst.

Die theoretische Ausbildung erfolgt durch fachpraktischen Unterricht. Praxisanleiter übernehmen die praktische Ausbildung in der Klinik. Jedem Auszubildenden steht während des Praxiseinsatzes ein fester Praxisanleiter zur Verfügung. Die Theorie-Praxis-Vernetzung wird durch regelmäßigen Informationsaustausch zwischen Klinik und Schule, durch Feedbackgespräche während des Praxiseinsatzes sowie Prüfungen und Lernaufgaben sichergestellt.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

In Form von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen werden die Qualifikationen und Kompetenzen der Mitarbeiter bedarfsgerecht aufrechterhalten und ausgebaut. Für Fortbildungszwecke werden die Mitarbeiter an 5 Tagen pro Jahr unter Fortzahlung der Bezüge freigestellt. Im ärztlichen Dienst finden interne Fortbildungen statt. Im Pflege- und Funktionsdienst besteht ein Personalentwicklungskonzept, in welchem spezifische Fort- und Weiterbildungen verankert sind. Für alle Mitarbeiter besteht ein Fort- und Weiterbildungsprogramm der Akademie für Gesundheitsberufe GmbH.

Führungsfähigkeiten und Kompetenzen werden durch externe Fortbildungen vermittelt.

Der Zugriff auf Fachliteratur ist durch eine Grundausstattung an Fachliteratur am Arbeitsplatz, klinikinterne Bibliotheken sowie die Bibliothek der Katholischen Bildungsstätte, das Internet und interne Datenbanken sichergestellt.

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Führungsgrundsätze für eine mitarbeiterorientierte Führung wurden schriftlich festgelegt. Alle am Führungsprozess Beteiligten sind gemeinsam für die Umsetzung verantwortlich. Gemeinsame Ziele sind z. B. einen wertschätzenden Umgang miteinander zu pflegen, Anerkennung zu vermitteln und fürsorglich in persönlichen Gesprächen zur Seite zu stehen. Bereits bei der Personalauswahl von Führungskräften stellt die Sozialkompetenz ein wesentliches Merkmal dar. Im weiteren Verlauf stehen allen Führungskräften Führungsseminare zur Verfügung. Die Führungskräfte bzw. Fachvorgesetzten führen 1x jährlich strukturierte Mitarbeiterjahresgespräche durch.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Dienstzeitenregelungen sind eingeführt. Wesentliche Inhalte sind Beginn und Ende der täglichen Arbeitszeit, Pausenkorridore sowie ggf. zu leistende (Ruf-) Bereitschaftsdienste und Hintergrunddienste. Tatsächliche Arbeitszeiten werden im Dienstplanungsprogramm oder über eine Anwesenheitsliste erfasst. Die Einhaltung der geplanten Arbeitszeiten wird durch die Fachvorgesetzten überwacht. Mitarbeiterwünsche in Bezug auf die Arbeitszeiten werden unter Berücksichtigung der betrieblichen Belange realisiert. Neben Teilzeitarbeit werden weitere Arbeitszeitmodelle umgesetzt.

2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Jeder Mitarbeiter kann über das Betriebliche Vorschlagswesen/Ideemanagement Verbesserungsvorschläge schriftlich einreichen. Die Bewertung erfolgt durch eine festgelegte Bewertungskommission. Jeder Verbesserungsvorschlag wird mit einer Prämie entsprechend anerkannt. Mitarbeiterwünsche können über verschiedene Wege, in der Regel über den Fachvorgesetzten, geäußert werden. Hierzu stehen die Personalreferenten und die Mitarbeitervertretung beratend zur Seite. Mitarbeiterbeschwerden verlaufen über die Mitarbeitervertretung und in Einzelfällen über Vertrauenspersonen im Geschäftsbereich Personalmanagement.

3 Sicherheit

3.1.1 Arbeitsschutz

Maßnahmen zu Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung werden durch den Arbeitsschutzausschuss koordiniert. Die Verfahren zum Arbeitsschutz sind in einem Sicherheitshandbuch geregelt, dessen Inhalt durch die Fachvorgesetzten an die Mitarbeiter vermittelt wird.

Arbeitsplatzbegehungen und Gefährdungsbeurteilung werden durch den betriebsärztlichen Dienst und den Sicherheitsbeauftragten durchgeführt.

Zur Gesundheitsförderung werden den Mitarbeitern Seminare angeboten, Kurse bezuschusst und Impfungen angeboten.

3.1.2 Brandschutz

Maßnahmen zum Brandschutz sind in der Brandschutzordnung sowie in weiterführenden Informationen zum Verhalten im Brandfall geregelt. Die Inhalte sowie die Melde- und Alarmierungswege werden neuen Mitarbeitern in Form einer verpflichtenden Unterweisung bei der Einführungsveranstaltung bekannt gemacht.

Flucht- und Rettungswegepläne sind in allen Bereichen ausgehängt. Jeder Standort ist mit einer Brandmeldeanlage ausgestattet. Für den Fall einer Evakuierung sind außerhalb der Gebäude Sammelstellen definiert.

Brandschutzbegehungen finden mit dem Gesundheitsamt sowie durch den Sicherheitsingenieur statt.

3.1.3 Umweltschutz

Umweltziele und -programme werden durch die Kommission für Energie- und Umweltfragen definiert und umgesetzt. Neben der Umsetzung von Vorschriften zu Emission und Immission und der Reduzierung der Umweltbelastung durch Abfallvermeidung und umweltgerechte Entsorgung stehen die Berücksichtigung ökologischer und ökonomischer Anforderungen sowie ein bewusster Ressourceneinsatz im Mittelpunkt. Hierfür werden Wasser- und Energiesparkonzepte kontinuierlich erweitert und ein jährliches Abfallwirtschaftskonzept erstellt.

3.1.4 Katastrophenschutz

Die Arbeitsgruppe „Einsatz- und Alarmplan“ hat Maßnahmen und Verantwortlichkeiten entwickelt und implementiert, um im Katastrophenfall, z.B. einem Massenanfall von Verletzten oder Infizierten, einem Brand oder dem Ausfall wichtiger technischer Anlagen, den laufenden Betrieb sicher aufrecht zu erhalten.

Die Aufnahmeverpflichtung und die Versorgungssicherstellung für Notfallpatienten bei solchen Großschadensereignissen sind darin ebenfalls umfassend geregelt.

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Nichtmedizinischen Notfällen wird durch regelmäßige Gerätewartungen und -instandhaltungen vorgebeugt. Mitarbeiter werden in die Bedienung der Geräte eingewiesen, Bedienungsanleitungen liegen vor. Zur Meldung und Bearbeitung technischer Notfälle/Störungen steht eine zentrale Serviceleitstelle zur Verfügung. Außerhalb der Dienstzeiten ist ein Bereitschaftsdienst erreichbar.

3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Zum Schutz des Patienten und zur Gewährleistung einer möglichst hohen Patientensicherheit werden verschiedene Maßnahmen eingesetzt:

- klinische Verfahren erfolgen nach anerkannten und intern festgelegten Standards.
- um Patienten- und Eingriffsverwechslungen zu vermeiden, wird der OP-Ablauf durch eine OP-Sicherheitscheckliste kontrolliert.
- Aufsichtsbedürftige sowie aggressive oder suizidgefährdete Patienten werden durch examiniertes Personal betreut.
- Patienten werden z.B. durch barrierefreie Wege, Begleitung zu Untersuchungen oder pflegerische Hilfen in ihren Aktivitäten unterstützt.
- (Beinahe-) Zwischenfälle können anonym und sanktionsfrei gemeldet werden, um aus diesen lernen zu können.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Zur Versorgung von Patienten in akuten Notfallsituationen sind an allen Standorten Notfallteams eingerichtet. Diese werden im Notfall durch interne Rufnummern alarmiert.

Die Stationen und Funktionsbereiche sind mit einer standardisierten Notfallausrüstung inkl. Beatmungsbeutel ausgestattet. Für pädiatrische Notfälle sind spezielle Koffer vorhanden. An definierten Orten sind Sauerstoffgeräte angebracht. Am Krankenhaus St. Franziskus sind automatische externe Defibrillatoren installiert.

Die Mitarbeiter im ärztlichen und pflegerischen Dienst nehmen mindestens alle zwei Jahre an einer verpflichtenden Reanimationsschulung teil.

3.2.3 Hygienemanagement

Zur Einhaltung von hygienischen Standards wurden in den Kliniken Maria Hilf vielfältige Maßnahmen umgesetzt. In einer eigenen Abteilung für Klinikhygiene unter ärztlicher Leitung werden die Vorgaben des Robert-Koch-Instituts regelmäßig gesichtet und in interne Leitlinien und Hygienepläne übertragen. In der Hygienekommission erfolgen mind. zweimal jährlich strategische Beratungen und Beschlüsse. Zur Umsetzung der Hygienevorgaben sind ärztliche und pflegerische Hygienebeauftragte in allen Bereichen benannt. Im Rahmen von Schulungen oder Begehungen erfolgt die Einweisung bzw. Prüfung der Umsetzung dieser Regelungen.

3.2.4 Hygienerrelevante Daten

Zur Überprüfung der Hygienemaßnahmen werden umfangreiche hygienerrelevante Daten erhoben. Dazu gehört die Erfassung von

- speziellen Keimen,
- Infektionshäufungen, z.B. bei bestimmten Eingriffen oder Therapien
- Infektionen, die laut Infektionsschutzgesetz zu melden sind,
- Keimresistenzen,
- Maßnahmen zur Händedesinfektion.

Die Daten und Ergebnisse werden durch die Abteilung für Klinikhygiene regelmäßig bewertet und an die Hygienekommission und die Hygienebeauftragten der Kliniken zurückgemeldet.

3.2.5 Infektionsmanagement

Um Infektionen zu vermeiden, werden verschiedene vorbeugende Maßnahmen ergriffen. Zum Beispiel werden Mitarbeiterschulungen und Bereichsbegehungen durchgeführt, hygienetechnische Geräte geprüft, Hygienestandards und Fachliteratur bereitgestellt, alle Patienten bei Aufnahme einer Überprüfung auf das Vorliegen von speziellen Keimen (MRSA-Screening) unterzogen und eine regelmäßig Händedesinfektion durchgeführt.

Das Haus nimmt an der „Aktion Saubere Hände“ zur Bekämpfung von Krankenhausinfektionen teil. Hierzu sind krankenhausesweit Desinfektionsmittelspender installiert worden.

Bei der Speisen- und Wasserversorgung werden engmaschige Qualitätsprüfungen durchgeführt.

3.2.6 Arzneimittel

Bei jeder Aufnahme führt der Arzt eine Arzneimittelanamnese durch, in welcher die derzeitige Medikation und Unverträglichkeiten erfasst werden. Die Arzneimitteltherapie wird individuell festgelegt. Bei Fragen und Komplikationen wird die Meinung des Apothekers eingeholt.

Arzneimittel werden bei einer zentralen Krankenhausapotheke bestellt und durch diese regelmäßig geliefert. Der Arzneimittelbestand auf den Stationen sowie das Bestellwesen sind so ausgelegt, dass die Arzneimittelversorgung der Patienten jederzeit sichergestellt ist.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Für eine jederzeit sichere Anwendung von Blutprodukten sind neben einem Transfusionsverantwortlichen auch in jeder Klinik transfusionsbeauftragte Ärzte benannt. Außerdem ist eine Transfusionskommission eingerichtet. Die klinische Anwendung von Blutkomponenten und Blutplasmabestandteilen ist umfassend in einem Qualitätsmanagementhandbuch geregelt.

Die Möglichkeit zur Eigenblutspende besteht.

Mitarbeiter, die Umgang mit Blutkomponenten und Blutplasmabestandteilen haben, werden durch Einweisung und Schulung qualifiziert. Je Bereich erfolgt jährlich eine Qualitätsprüfung (Selbstinspektion), die die Einhaltung der Abläufe und Strukturen überprüft.

3.2.8 Medizinprodukte

Medizinprodukte, also alle Gegenstände oder Stoffe, die für Diagnostik und Therapie eingesetzt werden, werden streng überwacht. Hierfür wurde eine Dienstordnung über die Zuständigkeiten und Verantwortungsbereiche beim Einsatz von Medizinprodukten festgelegt. Technische Geräte dürfen nur von ausgewiesenen Personen genutzt werden, die Materialien werden nach strengen Vorgaben aufbewahrt und eingesetzt. Mitarbeiter haben Gerätepässe, in denen die Schulungen dokumentiert werden. Für alle Geräte sind Wartungsintervalle festgelegt, deren Einhaltung wird streng überwacht. Für den Ausfall von kritischen Geräten liegen Ersatzgeräte vor.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Die Abläufe der Patientenversorgung werden durch umfangreiche Informations- und Kommunikationstechnologien unterstützt. Patienteninformationen zu Aufnahme, Diagnostik, Behandlung, Verlauf und Abrechnung werden elektronisch erfasst und allen an der Behandlung beteiligten und dazu berechtigten Mitarbeitern zur Verfügung gestellt. Die EDV-Systeme wurden hierfür mit vielfältigen Schnittstellen und Sicherungssystemen versehen, die den Datenfluss in die einzelnen Untersysteme sowie eine durchgehende Datenverfügbarkeit sicherstellen. Die Nutzung bzw. der Zugang ist 24 Stunden täglich für berechnigte Mitarbeiter möglich. Für den Fall eines Systemausfalls existieren geprüfte Ausfallkonzepte.

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Alle für die Versorgung des Patienten wesentlichen Informationen werden systematisch dokumentiert. Hierfür ist die papiergebundene Patientenakte in einer einheitlichen Struktur mit 10 Registern aufgebaut. Für die elektronische Dokumentation ist ebenfalls eine einheitliche Struktur vorgegeben. Für die ordnungsgemäße Dokumentation sind die Chefärzte bzw. im Pflegedienst der Pflegedirektor verantwortlich. Die Akte wird gemeinsam vom ärztlichen und pflegerischen Personal geführt. Akten werden sicher archiviert und verwahrt, um bei weiteren Krankenhausaufenthalten zur Verfügung zu stehen.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Auf Informationen zum Patienten, die elektronisch hinterlegt sind, kann jederzeit durch berechtigte Mitarbeiter zugegriffen werden. Während des stationären Aufenthaltes befinden sich die Patientenakten im Stationsstützpunkt.

Akten von vorherigen Aufenthalten werden über das Archiv angefordert. Seit 2009 werden Akten elektronisch gespeichert, so dass diese elektronisch im System eingesehen werden können. Im Rahmen der Patientendokumentation wird der aktuelle Zustand, der klinische Verlauf, die Gründe für die ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen sowie die therapeutische Wirkung für Dritte nachvollziehbar dokumentiert.

4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Die Krankenhausführung wird kontinuierlich über laufende Projekte, Entwicklungen, Vorgänge, Kennzahlen informiert. Hierzu zählen z. B.

- ein detailliertes monatliches Berichtswesen zur wirtschaftlichen Situation,
- Protokolle/ Aktenvermerke der regelmäßigen Besprechungen, Konferenzen und Kommissionen oder die
- Kommunikation der Daten der externen Qualitätssicherung sowie
- die Ergebnisse von Befragungen.

Mitarbeiter können sich grundsätzlich jederzeit vertrauensvoll an die Krankenhausführung wenden. Weitere Möglichkeiten zur Meinungsäußerung sind die Fachvorgesetzten, die Personalreferenten, die Beschwerdestelle zum Allgemeinen Gleichstellungsgesetz und die Schwerbehindertenvertretung.

4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

Es gibt zahlreiche Kommunikationswege, wie z. B. Telefon, E-Mail und Hauspost. Darüber hinaus werden vielfältige Besprechungen/Sitzungen durchgeführt. Klinikintern erscheint einmal im Quartal die Zeitung der Mitarbeitervertretung. Spätestens alle zwei Wochen erscheint der „Flurfunk“, ein Email-Informationsblatt für Mitarbeiter. Zweimal jährlich erscheint außerdem das Klinikmagazin „life@mariahilf“, in welchem Beiträge aus dem Haus publiziert werden. Zielgruppe sind Mitarbeiter, Patienten, Angehörige, Besucher und Kooperationspartner.

Die Information von Patienten, Partnern und der Öffentlichkeit erfolgt über

- die Website,
- Presseberichte,
- Veranstaltungen in Form von Vorträgen, Fortbildungen oder Symposien,
- Flyer,
- Aushänge,
- den gesetzlichen Qualitätsbericht,
- Einladungen oder auch
- Facebook.

4.4.1 Organisation und Service

In den Haupteingangsbereichen der beiden Standorte befinden sich die Info- bzw. Telefonzentralen, die Patienten und Besuchern Auskunft in allen klinikspezifischen Fragen erteilen können. Die notwendigen Informationen werden z.T. minutenaktuell über eine spezielle EDV-Anwendung zur Verfügung gestellt. Die Info- bzw. Telefonzentralen sind 24 Stunden täglich besetzt.

Die Infozentralen und der Eingangsbereich sind patienten- und besucherfreundlich gestaltet. Es liegen verschiedene Informationen, Flyer und Klinikmagazine aus. Ausleihbare Rollstühle und Kofferkulis, Übersichtstafeln sowie Briefkästen für Lob und Kritik sind vorhanden. Am Standort St. Franziskus befindet sich außerdem in unmittelbarer Nähe das Patientenbistro.

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Die Verpflichtung zum Datenschutz entsprechend der Kirchlichen Datenschutzordnung (Bistum Aachen) wird durch neue Mitarbeiter bereits bei der Einstellung in Form einer Schweigepflichterklärung schriftlich bestätigt. Durch den Fachvorgesetzten erfolgen regelmäßige Unterweisungen.

Die Rechner, Datenbanken und Programme sind durch Berechtigungskonzepte geschützt. Auf die elektronische Patienten-Akte kann nur unter Eingabe eines Kennwortes zugegriffen werden. Die Papier-Akte wird während des stationären Aufenthaltes so im Pflegestützpunkt hinterlegt, dass Fremde nicht zugreifen können.

Für die Datenübermittlung an Externe sind spezielle Regelungen getroffen. Durch die IT-Struktur ist sichergestellt, dass unbefugte Dritte nicht auf elektronischem Weg von außen auf Patientendaten zugreifen können.

5 Führung

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Die Unternehmensphilosophie ist von der geschichtlichen Entwicklung geprägt. Sie beruht auf den Grundsätzen der Franziskanerinnen von Lüdinghausen und prägt das Leitbild der Kliniken Maria Hilf und des Onkologischen Zentrums. Dieses wurde durch das Direktorium unter Einbeziehung verschiedener Berufsgruppen, des Ordens und des Aufsichtsrates erstellt.

Kernaspekte des Leitbildes sind

- die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse von Patienten und Mitarbeitern,
- die Sicherstellung einer bestmöglichen medizinischen Versorgung, eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Partnern,
- die Verpflichtung zur Region und
- ökonomisches Handeln.

In der Vision des Onkologischen Zentrums werden diese formulierten Leitgedanken umgesetzt.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Als Basis für vertrauensbildende und -fördernde Maßnahmen dienen das Leitbild und die Führungsgrundsätze. Beide sind für die Mitarbeiter bindend und tragen zu einer guten Dienstgemeinschaft bei. Die praktische Umsetzung erfolgt z. B. durch eine offene und faire Kommunikation. Das Betriebsfest alle zwei Jahre, das jährliche Fußball-Event "Maria Hilf Cup", jährliche adventliche Feiern und das große Jubilarfest sind weitere Maßnahmen zur Förderung und Bildung von Vertrauen.

Die Fürsorgepflicht des Dienstgebers wird durch die Fachvorgesetzten ausgeübt, welche aufgrund der Nähe mögliche Veränderungen beim Mitarbeiter wahrnehmen können. Bei Problemen steht die Mitarbeitervertretung zur Verfügung. Die allgemeinen Gleichbehandlungsgrundsätze werden gewahrt.

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Als konfessionelles Krankenhaus sieht sich die GmbH verpflichtet, ethische und weltanschauliche sowie kulturelle und religiöse Bedürfnisse zu erfüllen. Hierzu ist ein Ethik-Komitee eingerichtet worden, welches interdisziplinär besetzt und für sämtliche ethische Problemstellungen zuständig ist. Es entwickelt als Beratungsorgan des Direktoriums Empfehlungen zum Umgang mit wiederkehrenden Entscheidungssituationen. Bei konkreten Problemstellungen wird auf Anforderung eine ethische Fallbesprechung vor Ort durchgeführt.

Daneben gibt es zahlreiche Beratungsangebote, wie z. B. den seelsorgerlichen, sozialen oder psychologischen Dienst und Kontakte zum Hospiz.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Die Finanz- und Investitionsplanung obliegt dem Geschäftsbereichsleiter Finanzwesen und der Geschäftsführung. Die Liquiditäts-, Ergebnis- und Investitionsplanung sind mit dem Stellenplan Bestandteil des Wirtschaftsplanes für das Folgejahr. Verantwortlich für die Einhaltung der internen Teilbudgets bzw. der Wirtschaftlichkeit sind die Chefarzte, der Pflegedirektor und die Geschäftsbereichsleitungen. Jährlich werden protokollierte Zielvereinbarungen mit den Führungskräften und dem Geschäftsführer getroffen. Strategische Entscheidungen werden unter Einbeziehung der Leitungsfunktionen getroffen. Die Nachhaltigkeit der Zielplanung wird über Beratungen in Gremien, Kommissionen und Arbeitsgruppen sichergestellt. Ziel und Ergebnisse werden in Besprechungen durch die Führungskräfte und Fachvorgesetzten an die Mitarbeiter kommuniziert.

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Es bestehen umfangreiche Kooperationen in medizinischen wie nichtmedizinischen Bereichen, die über Kooperationsverträge geregelt sind. Die Kooperationen betreffen u. a. die Anmietung und Nutzen von Räumen, Geräten und Infrastruktur sowie die Durchführung von Leistungen im Auftrag des Krankenhauses.

Die gesellschaftliche Verantwortung wird durch Ausübung und Pflege von sozialen, kulturellen und ökologischen Projekten zum Ausdruck gebracht. Hierzu werden Mitarbeiter aller Berufsgruppen einbezogen. Kulturelle und soziale Veranstaltungen, z.B. Literaturabende, Konzerte, Bibellesung, Maria Hilf Lauf, werden regelmäßig organisiert.

Die Umsetzung der gesetzlichen Verpflichtung zur Organspende ist über die Transplantationsbeauftragten der GmbH geregelt.

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Die Organisationsstruktur einschließlich Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten ist im Organigramm des Onkologischen Zentrums dargestellt. Zusätzliche Organigramme bilden die Strukturen der Geschäftsbereiche und des Pflegedienstes sowie alle benannten Betriebsbeauftragten ab.

Für Patienten, Angehörige, Mitarbeiter und externe Partner gibt es in allen wesentlichen Bereichen feste Ansprechpartner. Diese werden auf der Homepage, in Flyern oder durch persönliche Vorstellung bekannt gemacht. Die Erreichbarkeit der Bereiche ist über Vertretungsregelungen sichergestellt.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Die Aufgaben, Kompetenzen und Arbeitsweisen der Führungsgremien sind in Satzungen oder Geschäftsordnungen geregelt. Gremiensitzungen werden einheitlich protokolliert, Maßnahmen, Verantwortlichkeiten und Fristen werden in den Protokollen benannt. Der Protokollabgleich ist regelmäßiger Tagesordnungspunkt in Folgesitzungen.

Das Lenkungsgremium des Onkologischen Zentrums tagt regelmäßig im Rahmen der Qualitätszirkel. Hier werden die strategischen Entscheidungen des Zentrums interdisziplinär festgelegt.

Zu den Besprechungen der Krankenhausführung zählen

- Gesellschafterversammlung,
- Stiftungssitzung,
- Chefarzt-Konferenz,
- Direktoriumssitzung sowie
- Geschäftsbereichsleitersitzung.

Darüber hinaus gibt es weitere Gremien/Kommissionen, wie z. B.

- Hygiene-,
- Transfusions-,
- Qualitätsmanagement- und
- Arzneimittelkommission sowie
- Ethik-Komitee und
- Gesamtstationsleitungskonferenzen.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

Neue Behandlungsstrategien werden im Lenkungsgremium des Onkologischen Zentrums beraten und z.B. mittels Studien unterstützt. Umfangreiche Neustrukturierungen werden mit Hilfe eines Projektmanagements organisiert. Hierzu werden Meilensteine, Verantwortlichkeiten und Zeitziele definiert und kontinuierlich überwacht.

Zur Kommunikation und Weiterentwicklung von Wissen werden intern verschiedene Systeme eingesetzt (z. B. Klinikzeitung, EDV-System Beschwerdemanagement, Betriebliches Vorschlagswesen, Befragungen und Besprechungen). Das betriebliche Knowhow wird durch einen Zugang zur Bibliothek, Bereitstellung von Fachliteratur, Internet sowie Fort- und Weiterbildungen gefördert.

5.4.1 Externe Kommunikation

Die Öffentlichkeit wird durch das Internet, Pressegespräche, Presseinformationen und Veranstaltungshinweise informiert. Vom Förderverein werden Vorträge für die Bevölkerung zu aktuellen Themen organisiert. Um einzelne Leistungsbereiche besonders bekannt zu machen, finden Informationsveranstaltungen statt. Als weitere Instrumente zur Information und Optimierung der Wirkung nach außen werden z.B. das Klinikmagazin, Zeitungsartikel und Informationsblätter eingesetzt. Auch die Informationsmöglichkeiten auf der Website sind vielfältig.

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Zur Reduzierung von Patientenrisiken werden verschiedene vorbeugende und aktuelle Maßnahmen umgesetzt. Zwischenfälle und Beinahezweifel können anonym und sanktionsfrei gemeldet werden, so dass kritische Abläufe erkannt und verbessert werden können. Klinische Prozesse werden in internen Überprüfungsmaßnahmen geprüft, hierbei wird besonderes Augenmerk auf Maßnahmen zur Risikovermeidung gelegt. Besonders kritische Prozesse werden durch Checklisten und Behandlungspfade gesteuert. So sollen insbesondere Verwechslungen von Patienten, Medikamenten oder Therapien verhindert werden. Alle Vorfälle, Beschwerden, Schadensfälle, externe und interne Prüfergebnisse sowie der Fortschritt der daraus abgeleiteten Verbesserungsmaßnahmen werden der Geschäftsführung in einem jährlichen Risikobericht vorgestellt.

6 Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation

Das Qualitätsmanagement des Onkologischen Zentrums ist in einem QM-Handbuch umfangreich festgeschrieben. Für dessen Umsetzung und Weiterentwicklung ist das Lenkungsgremium verantwortlich, jährlich wird die erfolgreiche Umsetzung durch die Fachgesellschaften in einem externen Audit bestätigt. Es besteht eine enge Anbindung an die QM-Maßnahmen und -Strukturen der GmbH. Die Zentrumskoordinatorin ist Mitarbeiterin im zentralen QM, der Leiter des Onkologischen Zentrums ist ständiges Mitglied der QM-Kommission. In jedem klinischen Bereich gibt es Ansprechpartner bzw. Qualitätsbeauftragte. Zur Erfüllung der Aufgaben werden verschiedene Methoden und Instrumente (z. B. Prozessmanagement, Qualitätszirkel, Befragungen, Überprüfungen) angewendet.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Das Qualitätsmanagementsystem ist prozessorientiert aufgebaut. Prozesse werden in Form von Standards, Arbeits- und Verfahrensanweisungen sowie Dienstanweisungen schriftlich festgelegt, allen Mitarbeitern über eine spezielle EDV-Lösung transparent gemacht und regelmäßig überprüft bzw. aktualisiert. In den Standards werden Verantwortlichkeiten, Nahtstellen zu anderen Kliniken, Einzelmaßnahmen, zu erstellende Aufzeichnungen und Überprüfungsschritte festgelegt.

Im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden verschiedene Prüfinstrumente (z.B. Prozessüberprüfungen, Arbeit mit Qualitätsmerkmalen, Befragungen) genutzt, um die Prozesse stetig zu verbessern.

6.2.1 Patientenbefragung

Die Patienten des Onkologischen Zentrums werden regelmäßig nach Ihrem stationären Aufenthalt schriftlich zu ihrer Zufriedenheit mit

- der ärztlichen und pflegerischen Versorgung,
- den Abläufen bezüglich Aufnahme, Visite, Operation, Medikation und Entlassung,
- der Verpflegung und Unterbringung sowie
- der Organisation und den Räumlichkeiten befragt.

Die Ergebnisse aus den Patientenbefragungen werden genutzt, um Verbesserungsmaßnahmen für die Patientenversorgung zu erarbeiten und umzusetzen. Sie zeigten zuletzt eine insgesamt sehr hohe Zufriedenheit.

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Die einweisenden Ärzte des Onkologischen Zentrums werden regelmäßig schriftlich zu Ihrer Zufriedenheit mit

- der Wartezeit auf einen Aufnahmetermin,
- der Erreichbarkeit und Zusammenarbeit mit den Ärzten,
- dem Angebot und dem Informationsgehalt von Fortbildungen und Veranstaltungen,
- dem Informationswert und der Schnelligkeit des kurzen wie des ausführlichen Entlassungsbriefes sowie
- der fachlichen Kompetenz der Ärzte und den Behandlungsergebnissen befragt.

Die Ergebnisse werden genutzt, um Verbesserungsmaßnahmen für die Patientenversorgung zu erarbeiten und umzusetzen. Sie zeigten zuletzt eine insgesamt sehr hohe Zufriedenheit.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Über Befragungen unter Mitarbeitern der GmbH wurden in den letzten Jahren Ansatzpunkte für die Optimierung der eigenen Attraktivität und Qualität als Arbeitgeber ermittelt. Die Auswertung der Befragung 2013 zeigt insgesamt ein Ergebnis über dem Durchschnitt aller teilnehmenden Kliniken. Unter Mitarbeitern, die in den letzten 2 bzw. 5 Jahren ins Unternehmen gekommen sind, liegen die Ergebnisse überwiegend auf oder über dem Niveau der TOP11-Kliniken.

Für einzelne unternehmerische Entscheidungen werden zusätzliche und gezielte, anonyme Befragungen vorgenommen, z.B. zu Angeboten der Kinderbetreuung, Mitarbeiterparkplätzen und Mitarbeiterverpflegung.

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Grundsätzlich ist jeder Mitarbeiter des Hauses berechtigt und aufgefordert, Beschwerden von Patienten, Angehörigen oder sonstigen Beschwerdeführern entgegen zu nehmen. Zielsetzung dieses Erstkontaktes ist die sofortige Bearbeitung des Anliegens. Nicht sofort zur Zufriedenheit zu bearbeitende Beschwerden werden an die Geschäftsführung zur Koordination weiterer Maßnahmen weitergegeben, hier ist das zentrale Beschwerdemanagement angesiedelt.

Zur Beschwerdeaktivierung liegen in allen Bereichen Meinungskarten aus. Durch den neutralen Patientenführsprecher werden die Anliegen der Patienten gegenüber der Klinik vertreten. Auf der Homepage stehen die Kontaktdaten des Beschwerdemanagements und des Patientenführsprechers für alle Interessierten zur Verfügung.

6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Qualitätsrelevante Daten werden an verschiedenen Stellen in der Kliniken Maria Hilf GmbH (z.B. Hygiene, Controlling, Qualitätsmanagement, Pflegedirektion) erhoben. Die Erfassung, Auswertung, Analyse und Kommunikation der Daten liegt im Verantwortungsbereich des jeweiligen Bereiches.

Um die Ergebnisqualität zu verbessern, nimmt die Klinik an der gesetzlich verpflichtenden Qualitätssicherung, an verschiedenen Qualitätssicherungs-Projekten und Befragungen teil, um die Prozessqualität zu überprüfen und die Ergebnisqualität stetig zu verbessern.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Das Verfahren der externen Qualitätssicherung wird in den Kliniken Maria Hilf konsequent umgesetzt. So wird die Ergebnisqualität quartalsweise durch ein internes Berichtswesen in die Bereiche rückgemeldet und mit dem ärztlichen Dienst thematisiert. Bei Bedarf werden Verbesserungsmaßnahmen erarbeitet und umgesetzt. Für jeden Leistungsbereich gibt es einen für die zeitnahe und vollständige Dokumentation verantwortlichen ärztlichen Ansprechpartner. Dieser wird durch das zentrale Qualitätsmanagement unterstützt.