

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 5.0 für Krankenhäuser

Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Frankfurt am Main
Friedberger Landstraße 430
60389 Frankfurt am Main

Institutionskennzeichen: 260610155

Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer: 2010 – 0027 K
durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle: DIOcert GmbH, Mainz

Gültig vom: 03.05.2010
bis: 02.05.2013

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Einleitung	5
1 Patientenorientierung im Krankenhaus	8
2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung.....	12
3 Sicherheit im Krankenhaus	14
4 Informationswesen.....	17
5 Krankenhausführung	19
6 Qualitätsmanagement.....	22

Vorwort der KTQ®

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kataloges 5.0. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet im zweijährigen Turnus den strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwendige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass **die Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Frankfurt am Main** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen - einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter www.ktq.de abrufbar.

Dr. med. G. Jonitz
Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann
Verbände der Kranken- und
Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH
Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

Andreas Westerfellhaus
Für den Deutschen Pflegerat

Dr. Astrid Bühren
Für den Hartmannbund

Einleitung

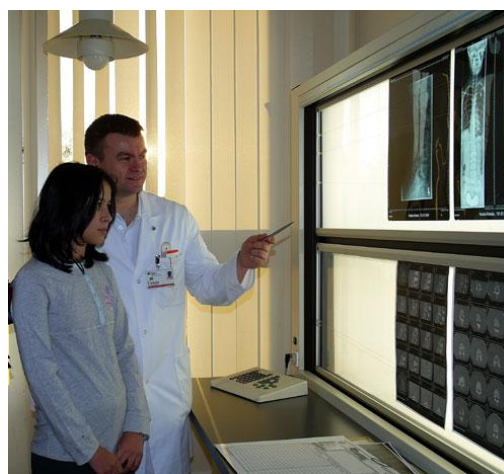
Die optimale Versorgung von Unfallopfern steht im Zentrum der stetigen Entwicklung der 1962 gegründeten Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Frankfurt am Main. Rund 700 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Vollkräfte), kümmern sich um das Wohl unserer Patienten. Für die Versorgung der Patienten stehen in unserer Klinik 348 Betten zur Verfügung.

„Rund um die Uhr in besten Händen“

Nach diesem Leitsatz des Leitbildes leben wir, die Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik (BGU) Frankfurt am Main, die berufsgenossenschaftliche Philosophie.

- Die BGU ist eines der führenden, überregionalen Traumazentren im Rhein/Main Gebiet
- Die hohe Spezialisierung unserer Fachabteilungen garantiert eine optimale unfallchirurgisch-orthopädische und pflegerische Behandlung, bis hin zur sozialen und beruflichen Wiedereingliederung
- Als wichtiger Notarztstandort retten wir 24 Stunden lang an 365 Tagen

Unser Qualitätsmodell basiert auf einem ganzheitlichen Ansatz gemäß dem gesetzlichen Auftrag: "Heilen und Helfen mit allen geeigneten Mitteln" von der Erstversorgung am Unfallort, über eine bestmögliche medizinische und pflegerische Versorgung und die intensive stationäre und ambulante Rehabilitation. Eine umfassende Vor- und Nachsorge unter Beteiligung von Berufshilfe und Sozialdienst zur Wiedereingliederung in Familie und Beruf runden unser Leistungsspektrum



ab.

Der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht ist ein Bestandteil der KTQ-Zertifizierung und zeigt die feste Verankerung des Qualitätsmanagements in der Strategie und Politik der Klinik.

Die stetige Weiterentwicklung des Qualitätsmanagement spiegelt sich in der Umsetzung der Qualitätsziele wieder.

- Patientenorientierung
- Mitarbeiterorientierung
- Ausbau und Verbesserung von Kooperationen
- Transparenz und Optimierung von Prozessen
- Sicherheitskultur - Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern
- Kontinuierliche Verbesserung, medizinisch und organisatorisch

Damit wir unseren Patienten eine stetige Weiterentwicklung unserer Standards garantieren können, werden die Abläufe in allen Bereichen der Klinik ständig überprüft, analysiert und anschließend verbessert.



Die KTQ-Kriterien beschrieben von BG Unfallklinik Frankfurt am Main

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.

Alle Fachabteilungen und die BG-Ambulanz bieten vorstationäre Sprechstunden an. Die Termine und Kontaktdaten sind im Internet verfügbar. Die Belegungsplanung erfolgt im elektronischen Dokumentationssystem, die Planung der Aufnahmetermine in Outlook. Ärzte der Expert-Gruppe haben bevorzugten Zugriff auf Ressourcen unseres Hauses. Auf dem Klinikgelände sind behindertengerechte Patientenparkplätze und ein Taxistand vorhanden. Die Bushaltestelle ist unmittelbar vor der Klinik. Zu ausgewählten Indikationen bieten wir Veranstaltungen für Interessierte an.

1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

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

Die Orientierung der Patienten und Besucher wird durch Wegeleitsysteme sichergestellt. Im Altbau sind zusätzlich farbige Orientierungslinien auf dem Fußboden angebracht (z.B. gelb für Notfallambulanz). Im Rahmen der Umbaumaßnahmen unterstützen Servicemitarbeiter des Empfangs die eintreffenden Patienten. Für den Neubau liegt ein Strukturplan für die Beschilderung vor. Die eindeutige Kennzeichnung einzelner Räume erfolgt durch Piktogramme. An hoch frequentierten Orten steht ausreichend medizinisches Hilfsmaterial 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.

Alle Patienten in der administrativen Aufnahme werden durch den "Patientenservice" begrüßt. In den Warteräumen gibt es ausreichend Sitzgelegenheiten sowie kostenlose Zeitschriften und ein Getränkeautomat. Zur einfacheren Orientierung steht für unsere Patienten ein Lotsen- und Patientenbegleitdienst zur Verfügung. Dieser begleitet Patienten auf Wunsch zum entsprechenden Zielort. Die Notfallambulanz ist rund um die Uhr geöffnet und mit erfahrenen Mitarbeitern besetzt. Der verbindliche patientenorientierte Aufnahmeablauf ist in diversen Dokumenten beschrieben.

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 ambulante Versorgung umfasst bei uns ambulante Operationen und Therapien sowie diverse Sprechstunden (z.B. Septische Chirurgie, Heilverfahrenskontrolle). Die Terminierung der Sprechstunden erfolgt durch die Sekretariate nach Dringlichkeit und Diagnose, wobei die Systematik der Einbestellung elektronisch definiert ist. Die Notfallversorgung ist rund um die Uhr sichergestellt, auch ist die BGU als überregionales Traumazentrum zertifiziert. Durch die Nutzung der gemeinsamen elektronischen Patientenakte sind stationärer und ambulanter Bereich eng verzahnt.

1.2 Ersteinschätzung und Planung der Behandlung

Eine umfassende Befunderhebung jedes Patienten ermöglicht eine patientenorientierte Behandlungsplanung.

1.2.1 Ersteinschätzung

Für jeden Patienten wird ein körperlicher, seelischer und sozialer Status erhoben, der die Grundlage für die weitere Behandlung darstellt.

Die Prozessbeschreibung "Ablauf Patientenaufnahme" gibt den Ablauf dieser vor. Im Standard "Medizinische Aufnahme" ist geregelt, dass die Aufnahmegespräche und die fachärztliche Einschätzung innerhalb der ersten 24 Stunden zu erfolgen haben. Die Ersteinschätzung erfolgt in der Sprechstunde und in der ärztlichen und pflegerischen Aufnahme und wird in der elektronischen Patientenakte dokumentiert. Auf der Intensivstation gibt es einen "Fragebogen für Patienten - Angehörige", damit bei nicht ansprechbaren Patienten eine patientenbezogene Anamnese erfolgen kann.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

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

Unsere Patienten erhalten in den ambulanten Sprechstunden eine Checkliste in der übersichtlich gelistet ist, welche Vorbefunde für den stationären Aufenthalt mitzubringen sind. Mit dem Einsatz dieser Checklisten können wir auch bei der Entlassung überprüfen, dass der Patient alle mitgebrachten Vorbefunde wieder zurück erhält. Mit den Regelungen zum Umgang mit Vorbefunden wird sichergestellt, dass der Patient sich nicht zusätzlichen Untersuchungen unterziehen muss.

1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

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

Um alle Aspekte bei der Behandlungsplanung zu berücksichtigen, erfolgt diese anhand einer Checkliste. Für einzelne Indikationen sind klinische Pfade erarbeitet. Bei ambulanten Patienten erfolgt die Behandlungsplanung bereits in den Sprechstunden. Auf der Intensivstation wird der Therapieplan täglich erstellt. In den täglichen Visiten und den wöchentlichen Teambesprechungen wird die Behandlungsplanung von jedem Patienten berufsgruppenübergreifend erörtert. Alle Behandelnden dokumentieren in derselben Patientenakte, so sind alle auf dem aktuellsten Stand.

1.2.4 Integration der Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Mit einer ausführlichen pflegerischen und ärztlichen Aufnahme werden die Möglichkeiten unserer Patienten in der Behandlungsplanung berücksichtigt. Wünsche und Möglichkeiten werden in der elektronischen Patientenakte dokumentiert und bei jedem Behandlungsschritt mit einbezogen. Wir bieten wichtige Dokumente (z.B. Aufklärungsbögen) in verschiedenen Sprachen an und es gibt eine Liste von Mitarbeitern mit Sprachkenntnissen. Kulturelle und religiöse Wünsche werden bei der Behandlungsplanung berücksichtigt, z.B. der Wunsch nach gleichgeschlechtlicher Pflege.

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.

In der BGU sind eine Vielzahl von medizinischen Leitlinien, Standards (z.B. Schmerztherapie) und Expertenstandards vorhanden und werden im Klinikalltag eingesetzt. Sollte es zu Komplikationen kommen, sind in den Komplikationsstandards (z.B. Nachblutung, MRSA-Infektionen) die korrekten Vorgehensweisen geregelt. In der Pflegeanamnese wird die Schmerzsituation des Patienten erfasst und ggf. nach der Operation in festen Zeitabständen überprüft. Zum Schutz des Patienten kann der Arzt auch prophylaktische Maßnahmen verordnen (z.B. Atemtherapie).

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

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

Bereits im Leitbild verpflichten wir uns zu einer bestmöglichen medizinischen und pflegerischen Betreuung unserer Patienten. Unsere Patienten werden nach den aktuellsten Standards und Leitlinien behandelt. Um dies sicherzustellen, haben alle medizinischen Mitarbeiter Zugang zu anerkannten elektronischen Datenbanken. Fach- und berufsgruppenübergreifende Behandlungsstandards sind erstellt (z.B. Schmerztherapie, Lumbago). Die Wissenschafts-AG prüft die aktuellen Leitlinien auf wissenschaftlicher Basis und informiert regelmäßig über Änderungen.

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.

Alle Mitarbeiter tragen einen Mitarbeiterausweis mit Passfoto und stellen sich bei Erstkontakt dem Patienten mit Namen und Funktion vor. Auf Stationstafeln stellen sich die Mitarbeiter vor und auf Hinweistafeln sind die Verantwortlichen benannt. In den Zimmern gibt es für jeden Patienten ein Multimedia-Terminal mit kostenlosem Radio und TV. Jeder Patient erhält bei Aufnahme eine Informationsbroschüre. Für Patienten und Angehörige werden Schulungen (z.B. Fixateurpflege) u.a. auch mit Selbsthilfegruppen angeboten (z.B. Deutscher Rollstuhl-Sportverband e.V.).

1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

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

Es werden täglich ein Vollkostmenü, ein vegetarisches und ein Diätmenü angeboten, die Komponenten können frei getauscht werden und die Menüs werden in XL, normal oder XS gereicht. Den Menüplan finden unsere Patienten auf den Multimediaterminals oder in den Menükarten. In der Anamnese werden die Patienten nach Ernährungsvorlieben und Allergien gefragt, diese werden in der elektronischen Patientenakte festgehalten. Die Diätassistentin kann in die individuelle Menüplanung mit einbezogen werden. 2007 wurde die Flotte der Isolationswagen erneuert.

1.3.5 Koordinierung der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Für alle Anforderungen sind im elektronischen Dokumentationssystem Standardformulare hinterlegt. Im Pflichtfeld muss die Dringlichkeit vermerkt werden. Diagnostische Anforderungen erfolgen über Standardformulare im elektronischen Dokumentationssystem. Interne Befunde können nach Freigabe direkt im Dokumentationssystem eingesehen werden. Alle relevanten Daten sind den an der Behandlung Beteiligten gemäß Berechtigungskonzept zugänglich.

1.3.6 Koordinierung der Behandlung: OP-Koordination

Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.

Die Koordination der Ablauforganisation erfolgt über den OP-Manager. Als zentrales Kommunikationsinstrument wird das elektronische Dokumentationssystem genutzt. Die Vorgaben sind im OP-Handbuch, bzw. im OP-Statut beschrieben. Am Vortag überprüft der OP-Manager die Durchführbarkeit der Planung. Die Kooperation der Berufsgruppen (z.B. OP- und Anästhesiepflege) ist durch Checklisten, gemeinsame Dokumentation und die Sicherheitscheckliste (Seitenverwechslung) sichergestellt. Transporte zum und vom OP finden immer durch examinierte Pflegekräfte statt.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

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

Interdisziplinäre und interprofessionelle Arbeitsabläufe sind in den Stationsbeschreibungen hinterlegt. Interne Konsile werden über das elektronische Dokumentationssystem unter Angabe der Dringlichkeit angefordert, auch die Konsilberichte erscheinen darin. Externe Konsile werden über Standardformulare angefordert. Der Konsiliarius ist im Dokumentationssystem mit seinen Kontaktdaten hinterlegt. Jeder Arzt im Haus verfügt über ein Mobiltelefon für Rücksprachen. Der Austausch der Berufs- und Fachgruppen wird durch das Besprechungswesen sichergestellt.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

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

Auf allen Stationen erfolgt täglich, auch an Wochenenden und Feiertagen, eine Visite durch den Stationsarzt. Diese wird gemäß Dienstanweisung "Durchführung und Dokumentation der Visite" immer von der Pflege begleitet. Abteilungsspezifisch finden 1-2 mal wöchentlich Oberarzt- und wöchentlich Chefarztvisiten statt. Die Visitenzeiten sind klar geregelt und hängen in den Patientenzimmern aus. Der Patient wird bei den Visiten direkt angesprochen und in das Gespräch einbezogen. Die Visite findet im Patientenzimmer mit dem Patienten und nicht über den Patienten statt.

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.

Das Entlassmanagement erfolgt nach den Vorgaben des gleichnamigen Expertenstandards. Grundsätzlich wird das vorgesehene Datum der Entlassung mit dem Patienten besprochen. Das voraussichtliche Entlassdatum wird innerhalb der ersten 3 Tage nach der Aufnahme bestimmt. Jeder Patient bekommt ein Entlassungsinformationsblatt ausgehändigt und erhält ein pflegerisches und ein ärztliches Entlassgespräch. Auf Wunsch des Patienten können weitere Personen an den Entlassgesprächen teilnehmen. Besteht Nachsorgebedarf oder Unterstützung, wird der Sozialdienst hinzugezogen.

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.

In allen Fachabteilungen gilt die Vorgabe, dass der endgültige Arztbrief mit der Entlassung dem Patienten mitgegeben werden muss. Für die Planung des Übergangs in eine Anschlussheilbehandlung erhält der Patient eine Informationsbroschüre der Deutschen Rentenversicherung. BG-Patienten werden durch einen Berufshelfer unterstützt, dieser erstellt den Bericht für den jeweiligen Unfallversicherungsträger. Durch das elektronische Dokumentationssystem ist sichergestellt, dass ein ärztlicher und pflegerischer Verlegungsbericht bei allen Verlegungen erstellt wird.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

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

Patienten im Entlassmanagement werden 48 Stunden nach der Entlassung telefonisch kontaktiert. Auch ist eine zentrale Hotline für Patienten eingerichtet und im Arztbrief sind alle wichtigen Kontaktdaten enthalten. Die BGU erstellt zu den verschiedenen Rehabilitationsformen spezielle Arztbriefe und der Pflegedienst sowie der Hausarzt werden bei Notwendigkeit häuslicher Pflege durch die Empfehlung einer Verordnung informiert. Zur Sicherstellung einer lückenlosen Weiterbetreuung bestehen verschiedene Kooperationen und Teilnahmen an Arbeitskreisen.

2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

2.1 Planung des Personals

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

2.1.1 Planung des Personalbedarfes

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

Die Personalbedarfsermittlung erfolgt mit Geschäftsführung, Personalleitung und den jeweiligen Budgetverantwortlichen auf Grundlage der Analysen und des Stellenplans. Die Budgetgespräche finden jährlich statt und werden durch quartalsweise Abstimmungen ergänzt. Für die Planung des Personalbedarfs werden verschiedene Kennzahlen berücksichtigt (z.B. OP-Zahlen, Belegungsquote). Nach Ausfall eines Mitarbeiters führt die Führungskraft ein informelles Rückkehrgespräch mit dem Mitarbeiter, bei längerem Ausfall gibt es ein betriebliches Eingliederungsgespräch.

2.2 Personalentwicklung

Die Personalentwicklung des Krankenhauses orientiert sich an den Bedürfnissen des Hauses und der Mitarbeiter.

2.2.1 Systematische Personalentwicklung

Das Krankenhaus betreibt eine systematische Personalentwicklung.

Die Personalentwicklung ist ein Teil der Strategieplanung. Als zentrales Instrument zur Karriereplanung, Zielvereinbarung und gegenseitiger Beurteilung erhalten alle Mitarbeiter einmal im Jahr ein Jahresmitarbeitergespräch. Der Ablauf und die Durchführung dieser Gespräche sind in einem Leitfaden und im Personalentwicklungskonzept klar geregelt. Dieses Konzept beinhaltet u. a. auch die Gesundheitsförderung sowie die Fort- und Weiterbildung. In der ärztlichen Weiterbildung wird ein Logbuch geführt und die Assistenzärzte erstellen die Rotationspläne eigenständig.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

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

Für alle Stellen in unserem Haus gibt es Aufgabenbeschreibungen, diese werden bei jeder Aufgabenanalyse und spätestens nach 3 Jahren aktualisiert. Im Intranet ist das Organigramm der BGU hinterlegt, für die Pflege gibt es ein Organigramm pro Station. Pflegekräfte werden aktiv über die Möglichkeit zur Teilnahme an Qualifikationsverfahren informiert. Im ärztlichen Bereich ist eine Wissenschafts-AG unter der Leitung des Ärztlichen Direktors eingerichtet. Zur Unterstützung forschender Tätigkeiten wurde ein biomechanisches Forschungslabor eingerichtet.

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.

Es gibt ein berufsgruppenübergreifendes Fort- und Weiterbildungskonzept, darin integriert ist das Fortbildungsprogramm. Fachübergreifend werden Angebote im Intranet vermerkt. Nach dem Besuch der Veranstaltungen erhalten alle Mitarbeiter eine Teilnahmebestätigung. Wünsche zu Fort- und Weiterbildung können gegenüber dem Vorgesetzten oder mittels Formular im Intranet geäußert werden. Die Erhebung des individuellen Bedarfs erfolgt in den Jahresmitarbeitergesprächen. Für die jeweiligen Berufsgruppen gibt es entsprechende Beauftragte für Fortbildung.

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Das Personalentwicklungskonzept regelt die Freistellung für Fort- und Weiterbildung. In Absprache mit der Personalabteilung werden auch die Veranstaltungs- und Reisekosten durch die BGU übernommen. Die für Fort- und Weiterbildung bereitzustellenden Mittel werden in Abstimmung mit der Personalabteilung auf Basis einer Bildungsbedarfsanalyse errechnet. Die Teampassung und -entwicklung erfolgt anhand einer jährlichen berufsgruppen-, abteilungs- und stationsspezifischen Statistik über die Anzahl gewährter Fort- und Weiterbildungen und der entstandenen Kosten.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

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

In der BGU gibt es eine zentrale Mitarbeiterbibliothek mit integriertem Zeitschriftenarchiv. Zusätzlich sind in den Bereichen Präsenzbibliotheken eingerichtet. Auch ist eine Onlineplattform für digitale Zeitschriften eingerichtet. Darin kann auf medizinische Datenbanken (z.B. Cochranes Library) und E-Books zugegriffen werden. Alle Arbeitsplätze sind mit arbeitsplatzbezogener Fachliteratur ausgerüstet. Für Seminare und Weiterbildungen stehen 6 Konferenzräume mit modernster Medientechnik zur Verfügung (z.B. Beamer, Netzwerkanschluss).

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.

Bereits im Leitbild verpflichten wir uns, dass Respekt und Wertschätzung unser Miteinander prägt. Zur Umsetzung wurden in interdisziplinär besetzten Arbeitsgruppen 10 Grundsätze der Führung und Zusammenarbeit erstellt. Individuelle Vereinbarungen finden sich im Personalentwicklungskonzept. Jeder Mitarbeiter erhält jährlich ein Mitarbeitergespräch in dem Ziele, die Karriereplanung und gemeinsame Projekte thematisiert werden. Auch werden qualifizierte Mitarbeiter in die strategische Planung einbezogen (z.B. Neubauplanung, Entwicklung einer neuen Abteilung).

2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Die Arbeitszeiterfassung erfolgt für alle Berufsgruppen in einem elektronischen Zeiterfassungssystem. Ausgenommen hiervon sind Mitarbeiter mit vereinbarter Vertrauensarbeitszeit. In jedem Bereich, bzw. auf jeder Station sind "Zeitverantwortliche" benannt, diese sind für die Erstellung der Dienstpläne und die Einhaltung der Arbeitszeiten verantwortlich. Wünsche im Rahmen der Dienstplanung können in den Wunschkdienstplan eingetragen werden. Entsprechend der jeweiligen Lebenssituation werden verschiedene Arbeitszeitmodelle angeboten.

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Jeder neue Mitarbeiter erhält eine Einarbeitungsmappe. Für neue Mitarbeiter ist der Einarbeitungs- und Einsatzplan für die Probezeit maßgebend. Dieser ist auf die Qualifikation und Berufserfahrung der neuen Mitarbeiter abgestimmt. Einmal monatlich finden Einarbeitungsveranstaltungen statt, darin wird grundlegendes Wissen über die BGU vermittelt. Begleitet werden neue Mitarbeiter während der Probezeit durch ausgebildete/ praxiserfahrene Mentoren. Während der Probezeit werden ein Einführungsgespräch, ein Zwischengespräch und ein Beurteilungsgespräch geführt.

2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

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

Mitarbeitervorschläge können direkt im Intranet mittels Standardformular an das Qualitätsmanagement übermittelt werden. Die eingereichte Idee wird mit bestehenden Projekten abgeglichen und an den Fachgutachter geschickt, dieser bewertet die Ideen innerhalb von 4 Wochen. Alle begutachteten Ideen werden in einer Bewertungskommission mit Hilfe einer Bewertungsmatrix bewertet und der Ideengeber wird nach der Kommissionssitzung schriftlich über das Ergebnis benachrichtigt. Es wird in Anerkennungsprämien (z.B. Gutscheine) und in Geldprämien unterschieden.

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.

Um eine sichere Umgebung zu gewährleisten, sind diverse Stellen (z.B. interne Sicherheitsbeauftragte) für den Arbeitsschutz eingerichtet. Der Betriebsärztliche Dienst, die Hygienefachkraft und die Fachkräfte für Arbeitssicherheit sind extern bestellt. Gefährdungsbeurteilungen sind in allen Altbaubereichen flächendeckend erstellt. Die externe Fachkraft für Arbeitssicherheit führt so genannte Monatsgespräche zu aktuellen Arbeitssicherheitsrelevanten Themen mit den Vorgesetzten durch. Alle relevanten Dokumente sind für Mitarbeiter im Intranet zugänglich.

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Präventions- und Reaktionsmaßnahmen im Brandfall sind in der Brandschutzordnung geregelt. Flucht- und Rettungswegpläne hängen aus, in ihnen sind auch Wandhydranten und Feuerlöscher verzeichnet. Zur Überprüfung der brandschutzrechtlichen Vorgaben finden jährlich Brandschutzbegehungen statt. Neue Mitarbeiter werden im Rahmen von Einführungsveranstaltungen und einer Einarbeitungsmappe über den Brandschutz informiert. Der Brandschutzbeauftragte führt mindestens halbjährlich verpflichtende Brandschutzschulungen gemeinsam mit einer externen Firma durch.

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.

Die BGU Frankfurt ist in den Katastrophenschutz nach Landesrecht eingebunden. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, ist eine Krankenhauseinsatzleitung benannt und ein Stab definiert. Für den optimalen Ablauf in Notfallsituationen verfügt die BGU über einen externen Alarmserver. Abhängig vom entsprechenden Schadensfall werden die vordefinierten Mitarbeiter automatisch informiert und erhalten konkrete Handlungsanweisungen. Auch gibt es einen Krankenhausalarm- und Notfalleinsatzplan der jährlich gemeinsam mit dem Gesundheitsamt der Stadt Frankfurt aktualisiert wird.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Für das medizinische Notfallmanagement sind die Stationen mit Notfallkoffern ausgestattet. Zusätzlich sind an zentralen Stellen weitere Koffer (z.B. Notfallambulanz) deponiert. Alle Koffer haben die gleichen Inhalte und werden wöchentlich kontrolliert (z.B. Verfallsdatum). Jährlich wird der Kofferbestand auf inhaltliche Aktualität geprüft. Für die Versorgung von Kindern gibt es einen Kindernotfallkoffer. Alle Pflegemitarbeiter sind im Notfallmanagement geschult, Ärzte im Rettungsdienst absolvieren jährlich ein Mega-Code-Training zu medizinischen Notfällen.

3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

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

Zur Einhaltung der Aufsichtspflicht bei aufsichtspflichtigen Patienten gibt es patientengruppenspezifische Handlungsanweisungen (z.B. prä-medizierte Patienten). Für Kinder sind spezielle Kinderbetten mit Bettgitter und Kinderrollstühle vorhanden. Für Eltern besteht die Möglichkeit, im Zimmer der Kinder zu nächtigen. Freiheitsentziehende Maßnahmen werden nur nach gewissenhafter Abwägung der Freiheitsrechte als letztes Mittel, wenn möglich in Absprache mit dem Patienten, angewandt. Betten von immobilen Patienten sind alle mit Evakuierungstüchern ausgestattet.

3.2 Hygiene

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

3.2.1 Organisation der Hygiene

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

Die Organisation der Hygiene ist durch verschiedene Verfahren und Personen sichergestellt. Zusätzlich zum hygienebeauftragten Arzt und der externen Hygienefachkraft steht uns ein Hygieniker beratend zur Seite. Das Organisationshandbuch im Intranet beinhaltet die Hygienepläne. Zur Konkretisierung dieser sind Merkblätter erstellt. Die Hygienefachkraft führt gemeinsam mit der Fachkraft für Arbeitssicherheit und dem Brandschutzbeauftragten Begehungen durch. Neuerungen bei hygienischen Vorgaben werden schriftlich im "HYGIENE-INFO" kommuniziert.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

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

Der Meldeweg und die Kontaktdaten der Ansprechpartner bei meldepflichtigen Krankheiten finden sich in den Hygieneplänen. Die Hygienefachkraft führt kontinuierlich Keimresistenzstatistiken, diese werden bei der ärztlichen Fortbildung vorgestellt und in die Hygienekommission eingebracht. Die Statistiken werden an das Gesundheitsamt übermittelt. Die Mitarbeiter erhalten bei Hygieneschulungen Hinweise zur frühzeitigen Erkennung von Häufungen von Infektionen, auch nimmt die BGU an der Aktion Saubere Hände des Bundesgesundheitsministeriums teil.

3.2.3 Planung und Durchführung hygiesichernder Maßnahmen

Hygiesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Es gibt Hygienepläne für den Umgang mit den unterschiedlichsten Infektionserregern (z.B. Noroviren). Die Hygienepläne folgen einer einheitlichen Struktur und stellen sicher, dass die Abläufe differenziert und umfassend beschrieben werden. Die Mitarbeiter sind verpflichtet, die auch im Intranet verfügbare "HYGIENE-INFO" zu lesen. Auch schult die Hygienefachkraft Mitarbeiter betroffener Stationen im Rahmen von Teamsitzungen. Sie ist auch bei den Einführungsveranstaltungen präsent. Die Teilnahme an den Hygieneschulungen wird mittels Teilnahmelisten nach gehalten.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.

Die Hygienepläne in der BGU sind auf Basis der Richtlinien des Robert-Koch-Instituts erstellt. Sterilgüter sind mit einem Chargenaufkleber zur Dokumentation der Sterilisation versehen. In der Küche ist das HACCP-Konzept, welches die Einhaltung der Hygienerichtlinien vorgibt, vollständig umgesetzt. Das Gesundheitsamt und die Lebensmittelbehörde führen regelmäßig Begehungen durch. Die Einhaltung des HACCP-Konzepts wird durch das Veterinäramt der Stadt Frankfurt jährlich überprüft. Reinigungsmaschinen und Sterilisatoren werden täglich geprüft.

3.3 Bereitstellung von Materialien

Vom Krankenhaus werden die für die Patientenversorgung benötigten Materialien auch unter Beachtung ökologischer Aspekte bereitgestellt.

3.3.1 Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten.

Die Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten und Medizinprodukten ist in verschiedenen Anweisungen festgelegt. Die Beschaffung von Arzneimitteln erfolgt über ein Onlineportal (e-shop) bei der Lieferapotheke. Medizinprodukte ab einem gewissen Wert, werden in die Bedarfsplanung aufgenommen. Auf Patientenwünsche bei der Bereitstellung wird, z.B. durch das Vorhalten verschiedener Darreichungsformen bei Arzneimitteln, eingegangen. Die Beschaffung der Materialien erfolgt stets unter Berücksichtigung von hygienischen und ökologischen Anforderungen.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Der Umgang mit Betäubungsmitteln ist in der gleichnamigen Dienstanweisung geregelt. Alle Betäubungsmittel werden in verschlossenen Tresoren gelagert. Sollten unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen auftreten, ist ein Meldeweg definiert. Für Rückfragen in Bezug auf Arzneimittel steht die Lieferapotheke rund um die Uhr zur Verfügung. Auch die Versorgung ist rund um die Uhr sichergestellt (z.B. durch Vorräte auf den Stationen). Der Apotheker des Kooperationsklinikums führt halbjährlich Begehungen zur Arzneimittelsicherheit durch.

3.3.3 Anwendung von Blut- und Blutprodukten

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

Für die Hämotherapie gibt es ein eigenes Qualitätsmanagementhandbuch. In allen chirurgischen Abteilungen und in der Anästhesie sind Transfusionsbeauftragte benannt. Neue Mitarbeiter müssen die Regelungen schriftlich bestätigen und werden vom Transfusionsbeauftragten eingewiesen. Um auf mögliche unerwünschte Wirkungen schnell zu reagieren, werden auf jeder Station ein Transfusionszwischenfallset und Meldebögen an das Labor und den Transfusionsbeauftragten vorgehalten. Das Paul-Ehrlich-Institut erhält jährlich die Statistik zum Blut- und Blutproduktverbrauch.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Die Aufbereitung von nicht-technischen Medizinprodukten erfolgt nach klaren Vorgaben im Organisationshandbuch. Mitarbeiter, die mit Medizinprodukten arbeiten, besitzen einen Gerätepass indem ihre jeweiligen Einweisungen dokumentiert sind. Technische Medizingeräte können erprobt werden, hierzu schließt der Leiter Medizintechnik Leihverträge ab. Um zu vermeiden, dass defekte Medizingeräte wieder auf Station gelangen, erhalten die reparierten Geräte eine Prüfbanderole durch die Medizintechnik auf der Name des Prüfers, das Datum und die Unterschrift vermerkt sind.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Für die BGU existiert ein Umweltbericht mit Umweltzielen bis 2015. Der Umweltbericht dient als Kerndokument für eine ökologische Ausrichtung. Darin sind auch Maßnahmen und Kennzahlen zu Wasser- und Energieeinsparungen enthalten. Zur Umsetzung der Ziele wurde eine Energiesparwoche durchgeführt, neue Mitarbeiter werden bei den Einführungsveranstaltungen über Energiesparmaßnahmen informiert. Die Entsorgung von Abfällen erfolgt nach einem Entsorgungsplan. Die BGU nimmt jährlich an einem externen Benchmarking des Deutschen Verbands für Facility Management teil.

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.

Alle Berufsgruppen dokumentieren u.a. zentral im elektronischen Dokumentationssystem. Zur korrekten und eindeutigen Dokumentation wurden berufsgruppenübergreifende interne Regelungen erarbeitet. Für die Führung der Patientendokumentation sind berufsgruppenspezifisch Verantwortliche benannt. Im elektronischen Dokumentationssystem wird jede Eintragung automatisch mit Nutzerkennung signiert. Unterschriftenlisten für die Papierdokumentation werden gepflegt. Zur Überprüfung der Vollständigkeit der Dokumentation erfolgen jährlich Dokumentationsaudits.

4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

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

Durch das Vorhandensein aller relevanten Informationen im elektronischen Dokumentationssystem wird unnötige Mehrfachdokumentation vermieden. So können auch bei Wiederaufnahmen und Verlegungen die vorhandenen Informationen automatisch übernommen, bzw. zur Verfügung gestellt werden. Das System führt zudem Plausibilitätsprüfungen durch. Befunde welche nach der Entlassung eintreffen werden vom zuständigen Mitarbeiter in der Patientenakte eingehaftet. Um alle Informationen zu erfassen, erfolgt die Dokumentation zeitnah, spätestens bei Dienstende.

4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

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

Das elektronische Informationssystem erlaubt die Verfügbarkeit der Daten rund um die Uhr. Alle digital archivierten Daten sind im System einsehbar. Noch nicht digitalisierte Daten können aus dem physischen Archiv entliehen werden. Jeder Patient erhält pro Krankenhausaufenthalt eine physische und eine elektronische Akte. Um die Verfügbarkeit der elektronischen Akte zu gewährleisten, wird die IT-Infrastruktur kontinuierlich überwacht. Sollte es doch zu einem Stromausfall kommen, wird der Server durch das zentrale Notstromaggregat mitversorgt.

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.

Auf einer Besprechungsmatrix sind alle in unserem Haus stattfindenden Besprechungen beschrieben. Im Organisationshandbuch finden sich standardisierte Protokollvorlagen für diese Besprechungen. Um alle an der Behandlung Beteiligten ausreichend über den Behandlungsprozess und deren Entwicklung zu informieren, finden zahlreiche interdisziplinäre, berufsgruppen- und hierarchieübergreifende Besprechungen statt (z.B. zweimal täglich Röntgenbesprechung). Bei Verlegungen in andere Bereiche werden ein pflegerischer und ärztlicher Verlegungsbericht erstellt.

4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

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

Zentrale Auskunftsstellen der BGU sind die Pforte und der Empfang. Die Pforte mit integrierter Telefonzentrale ist rund um die Uhr geöffnet und erreichbar. Die Pforte wird durch einen Zugang ins Intranet und zu den administrativen Daten im elektronischen Informationssystem über alle Veränderungen auf dem Laufenden gehalten und kann so Anfragen schnell und effizient bearbeiten. Alle Mitarbeiter der zentralen Auskunftsstellen verfügen durch ihre langjährige Erfahrung über die notwendigen Kenntnisse über das Haus.

4.2.3 Information der Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Mit der Öffentlichkeitsarbeit soll die Bevölkerung über die Leistungen der Klinik informiert werden. Hierfür ist die Abteilung Presse- und Öffentlichkeitsarbeit eingerichtet. Wichtige Eckpunkte (z.B. der Tag der offenen Tür, Patientenveranstaltungen) der Öffentlichkeitsarbeit sind in der Jahresplanung festgehalten. Die Projekte werden in enger Abstimmung mit der Geschäftsführung geplant. Zu den Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit gehören z.B. unsere Klinikzeitung "bgulform", die BG-Klinik Tour oder Führungen für Firmen bzw. Institutionen.

4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

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

Der Schutz der Patienten- und Mitarbeiterdaten ist in unserem Haus oberstes Gebot. Hierzu sind mehrere Handlungsanweisungen und Merkblätter erstellt. Die Zugriffsrechte auf das Hauptsystem mit Patientendaten hängen von der Funktion und dem Einsatzbereich des Mitarbeiters ab. Auf Systeme welche Mitarbeiterdaten enthalten, hat ausschließlich die Personalabteilung Zugriff. Um den Datenschutz zu gewährleisten, sind an den Patientenzimmern keine Namensschilder vorhanden und bei Aufnahmegesprächen wird stets die Intimsphäre jedes Patienten gewahrt.

4.3 Nutzung einer Informationstechnologie

Im Rahmen der Patientenversorgung wird Informationstechnologie eingesetzt, um die Effektivität und Effizienz zu erhöhen.

4.3.1 Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie

Die Voraussetzung für eine umfassende und effektive Nutzung der unterstützenden Informationstechnologie wurde geschaffen.

Alle die EDV betreffenden Vorgaben und Regelungen finden sich im EDV-Konzept. Alle von der Abteilung EDV bewirtschafteten Computerarbeitsplätze sind an das interne Netz angeschlossen. Ausgewählte Diagnostikergebnisse werden mittels Schnittstellen direkt in die elektronische Patientenakte übernommen. Für die Beratung zu EDV Fragen ist eine Hotline und am Wochenende ein Störsdienst eingerichtet. Kleinere EDV-Probleme werden innerhalb von 10 Minuten gelöst. Mitarbeiter können ihre Wünsche in Bezug auf EDV-Anschaffungen über ein Investitionsantragsverfahren äußern.

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.

Unser Leitbild wurde 2009 durch eine interprofessionelle und hierarchieübergreifende Projektgruppe überarbeitet und den aktuellen Gegebenheiten angepasst. Das Leitbild ist für das Verhalten aller Mitarbeiter in der BGU ausschlaggebend. Bereits bei der Personalauswahl nehmen wir Bezug auf das Leitbild, indem wir nur Mitarbeiter mit der höchsten Kompetenz auswählen. Vertrauensfördernde Maßnahmen (z.B. enge Einbeziehung des Betriebsrats) zielen darauf ab, die im Leitbild hinterlegten Werte durch Anpassung der Prozesse und Abläufe zu verankern.

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 Zielplanung wird für 5 Jahre im Rahmen eines Masterplans festgelegt und jährlich angepasst. Schwerpunkte der Zielplanung sind die Personalentwicklung, die Qualität, die Wirtschaftlichkeit und das Leistungsspektrum. Die Zielplanung wird in Betriebsversammlungen und in Besprechungen kommuniziert. Auch werden die abgeleiteten Projekte aus der Zielplanung in den Quartalsbriefen im Intranet verbreitet. Die BGU pflegt ein Netzwerk mit diversen Kooperationspartnern (z.B. Radiologieverbund Rhein-Main) mit denen u. a. Kooperationsverträge bestehen.

5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

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

Die Organisation der BGU ist in einem zentralen Organigramm festgelegt. Das Organigramm wird jährlich und bei organisatorischen und strukturellen Änderungen unter Einbezug des Betriebsrats aktualisiert. Zusätzlich geben bereichsspezifische Organigramme Auskünfte über Verantwortlichkeiten. Zurzeit sind verschiedene zentrale und dezentrale Projekte eingesetzt. Die Stabsstelle zentrales Projektmanagement ist für das Projektcontrolling zuständig. An sie müssen auch Statusberichte und Evaluationsbögen nach Beendigung eines Projekts eingereicht werden.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

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

Jährlich wird ein Wirtschaftsplan erarbeitet und der 5-Jahres Investitionsplan angepasst. Der Wirtschaftsplan wird für die interne Budgetierung auf die einzelnen Kostenstellen herunter gebrochen. Aktuelle Entwicklungen werden in Monatsberichten transparent dargestellt. Die BGU ist in Budgetbereiche eingeteilt und der Leiter als Budgetverantwortlicher benannt, dieser informiert die Mitarbeiter über die betriebswirtschaftlichen Aspekte. Abweichungen in den Kostenstellenbereichen werden in Budgetgesprächen mit den Kostenstellenverantwortlichen evaluiert.

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.

Im Organisationshandbuch sind alle Kommissionen und Gremien eingetragen. Für die meisten Gremien und Leitungskommissionen liegen Geschäftsordnungen vor, diese folgen einem standardisierten Aufbau. Alle Teilnehmer und die Klinikleitung erhalten die Protokolle. Ergebnisse aus Gremien und Kommissionen werden den Mitarbeitern auf verschiedenen Wegen (z.B. Rundschreiben, Quartalsbriefe) kommuniziert. Als öffentlich gekennzeichnete Ausschnitte von Protokollen sind im Intranet verfügbar. Mitglieder können im Vorfeld der Sitzungen Tagesordnungspunkte einreichen.

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 Geschäftsführung setzt sich aus kaufmännischem und ärztlichem Geschäftsführer zusammen. Im Geschäftsverteilungsplan sind die Zuständigkeiten des ärztlichen und kaufmännischen Geschäftsführers geregelt, diese besprechen sich wöchentlich. Der Koordinierungs- und Lenkungsausschuss dient als zentrales Gremium für die Entscheidungsfindung. Die Zielerreichung von Projekten wird anhand eines Projektplans überprüft, die Maßnahmenumsetzung mittels Wiedervorlage der Protokolle.

5.3.3 Information der Krankenhausführung

Die Krankenhausleitung wird regelmäßig über Entwicklungen und Vorgänge im Krankenhaus informiert und nutzt diese Informationen zur Einleitung verbessernder Maßnahmen.

Die Geschäftsführung wird regelmäßig und kontinuierlich über aktuelle Entwicklungen im Haus informiert. So erhält sie Projektberichte, Protokolle aus Gremien und Kommissionen sowie Finanz- und Personalberichte. Auch erhält sie Informationen durch die Teilnahme an verschiedenen Besprechungen. Mitarbeiter können jederzeit einen individuellen Termin mit der Geschäftsführung vereinbaren. Diese pflegt auch einen starken Austausch mit niedergelassenen Ärzten und kooperierenden Einrichtungen. Befragungsergebnisse werden durch das externe Unternehmen präsentiert.

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

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

Neben vertrauensfördernden Maßnahmen wie Jahresmitarbeitergesprächen, Ideenmanagement, Weihnachtsgeschenk, Gesundheitsförderungsprogrammen, etc. wurden auch diverse Betriebsvereinbarungen, wie z.B. Verhalten am Arbeitsplatz, abgeschlossen. 11 Betriebsratsmitglieder bilden den Betriebsrat der über alle Projekte informiert wird. Der Betriebsrat tagt wöchentlich, auch führen Betriebsrat und Klinikleitung Monatsgespräche. Mitarbeiter haben über das Ideenmanagement und die Mitarbeiterbefragung die Möglichkeit Vorschläge und Maßnahmen anzubringen.

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.

In der BGU ist ein berufsgruppen- und hierarchieübergreifender klinischer Ethikbeirat mit zugehöriger Satzung eingerichtet. Der Beirat kann von Patienten, Mitarbeitern, gesetzlichen Vertretern und dem behandelnden Arzt angerufen werden. Als Psychotraumatologisches Zentrum sind werktätlich mindestens zwei Psychologen vor Ort, der behandelnde Arzt nimmt auf Wunsch Kontakt mit diesen auf. Rund um die Uhr steht die Klinikseelsorge als Ansprechpartnerin zur Verfügung. Die monatlichen Fallkonferenzen dienen auch der Diskussion von ethischen Aspekten und Fragestellungen.

5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

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

Damit sich Sterbende und deren Angehörige nicht alleine gelassen fühlen, ist in unserem Haus der interdisziplinäre Standard "Umgang mit Sterbenden" etabliert. Die Patientenzimmer werden auf Wunsch mit persönlichen Gegenständen (z.B. eigene Bettwäsche, Musik) ausgestattet und die Rahmenbesuchszeiten für Angehörige entfallen. Der Wunsch mit der Klinikseelsorge Kontakt aufzunehmen, kann über die ärztlichen oder pflegerischen Mitarbeiter erfolgen. Die Klinikseelsorge bietet allen Mitarbeitern Fortbildungsveranstaltungen zur Begleitung Sterbender an.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

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

Für verstorbene Patienten und deren Angehörigen steht ein Abschiedsraum zur Verfügung. Der Verstorbene bleibt grundsätzlich mindestens zwei Stunden im Patientenzimmer. Um Angehörige vor übermäßigen seelischen oder psychischen Belastungen zu schützen, werden diese intensiv von den Mitarbeitern des ärztlichen und pflegerischen Dienstes betreut. Auch ist auf Wunsch natürlich die Betreuung durch die Seelsorge gewährleistet. Nach jedem Todesfall führt die jeweilige Stationsleitung ein Reflexionsgespräch mit dem Team.

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.

Bereits im Leitbild betonen wir unseren Anspruch einer umfassend hohen Qualität. Das Qualitätsmanagement ist in der obersten Leitungsebene verankert und die Qualitätspolitik ist Bestandteil des Masterplans. Die berufsgruppenübergreifend besetzte Qualitätsmanagementlenkungsgruppe tagt alle 2 Wochen. In jedem Bereich/Abteilung gibt es mindestens einen Qualitätsbeauftragten, diese tagen monatlich im QM-Forum. Informationen ergehen themenspezifisch auch über die Chefarztkonferenz. Monatlich bietet das Qualitätsmanagement Sprechstunden an.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

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

Kerndokument ist das Organisationshandbuch welches auch Qualitätsziele enthält. Die Qualitätsziele werden von der Geschäftsführung in Abstimmung mit dem Qualitätsmanagement im Rahmen einer Qualitätsmanagement-Strategiesitzung definiert. In dieser Sitzung ist auch das zentrale Projektmanagement einbezogen. Zu den Qualitätszielen sind Maßnahmen und Kennzahlen hinterlegt. Anhand derer erfolgt die Überprüfung des Erreichungsgrads in der Folgesitzung. Die Ziele werden über einzelne Gremien, das Intranet und die einzelnen Qualitätsbeauftragten im Haus kommuniziert.

6.2 Qualitätsmanagementsystem

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Die Abteilung Qualitätsmanagement ist als Stabsstelle der Geschäftsführung angesiedelt und besteht aus 2 Mitarbeitern, zu ihren Aufgaben gehört u. a. auch die Vorbereitung auf Zertifizierungen. In jedem Bereich gibt es mind. einen Qualitätsbeauftragten, diese treffen sich in monatlichen Qualitätsmanagement-Foren. Zentrale Einrichtung ist die Qualitätsmanagementlenkungsgruppe, die die Maßnahmen und Qualitätsmanagementprojekte verteilt und koordiniert. Die Abteilung Qualitätsmanagement bietet monatlich Sprechstunden für alle Mitarbeiter an.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

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

Alle Methoden und Werkzeuge der internen Qualitätssicherung sind im Qualitätsmanagementkonzept dokumentiert. Zu den Methoden gehören u. a. die kontinuierliche Patientenbefragung, der interklinische Qualitätszirkel und der Arbeitskreis klinische Pfade. Bereichsspezifisch werden bedeutende Qualitätskennzahlen erhoben, z.B. wird auf der Intensivstation die Infektionsrate keimspezifisch erhoben. Patientenbezogen werden verschiedene Komplikationsparameter (z.B. Gefäßkomplikationen, Lungenembolie, Reinterventionen, Pneumonie) erhoben.

6.3 Sammlung und Analyse qualitätsrelevanter Daten

Qualitätsrelevante Daten werden systematisch erhoben, analysiert und zu qualitätsverbessernden Maßnahmen genutzt.

6.3.1 Sammlung qualitätsrelevanter Daten

Über die gesetzlich vorgeschriebene externe Qualitätssicherung hinaus werden qualitätsrelevante Daten systematisch erhoben und analysiert.

Die BGU nimmt an der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) teil. Die Mitgliedschaft gibt die erforderlichen zu sammelnden qualitätsrelevanten Daten vor. So werden z.B. Revisionseingriffe kontinuierlich erfasst und unerwartete Todesfälle werden epikritisch in interdisziplinären Fallkonferenzen besprochen. Die Abteilung kann bei Bedarf Zugriff auf die im Medizincontrolling hinterlegten Daten beantragen. Der externe Vergleich im Rahmen von IQM ermöglicht Rückschlüsse auf die Relevanz der erfassten Daten und stellt diese in Relation zu den anderen Teilnehmern.

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.

Der gesamte Ablauf von Befragungen ist im Befragungskonzept beschrieben. Es finden regelmäßig Patienten- und Mitarbeiterbefragungen statt. 2010 ist eine Einweiserbefragung geplant. Vor Befragungen werden Mitarbeiter stets (z.B. über Intranet) informiert. Durch die Zusammenarbeit mit einer externen Firma ist der Datenschutz und die Aussagekraft der Daten gewährleistet. Befragungsergebnisse werden zuerst der Geschäftsführung, danach den Gremien und Abteilungen kommuniziert. Die Mitarbeiter- und Patientenbefragungsergebnisse werden in Intranet veröffentlicht.

6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Mit der kontinuierlichen Patientenbefragung werden Wünsche von Patienten, Angehörigen und weiteren Kunden systematisch erfasst. Die Erfassung von Beschwerden erfolgt auf standardisierten Beschwerdeformularen, diese werden vom zentralen Beschwerde- und Schadenmanagement erfasst und bearbeitet. Der Beschwerdeführer erhält innerhalb von 2 Werktagen eine Eingangsbestätigung, nach spätestens weiteren 15 Werktagen erhält er eine schriftliche Stellungnahme. Patienten werden bei Aufnahme und vor der Entlassung auf die kontinuierliche Patientenbefragung hingewiesen.

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.

Der Umgang mit der externen Qualitätssicherung ist im Konzept "Externe vergleichende Qualitätssicherung" dargelegt. Zur Sammlung der Daten wird ein Softwaresystem eingesetzt, welches mit dem elektronischen Dokumentationssystem verknüpft ist. Module dieses Programms lassen Reliabilitäts- und Validitätsprüfungen zu. Die Übermittlung der Daten erfolgt elektronisch verschlüsselt. Mitarbeiter, welche qualitätsrelevante Daten dokumentieren, werden entweder durch das Medizincontrolling oder den entsprechenden Vorgesetzten geschult.

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 BGU nimmt auch an der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) teil. Die Geschäftsordnung der IQM legt die Verwendung der Ergebnisse der externen Qualitätssicherung in diesem Rahmen fest. Ergebnisse der externen Qualitätssicherung liegen dem Ärztlichen Geschäftsführer, der Pflegedienstdirektorin, dem Medizincontrolling und der Abteilung Qualitätsmanagement vor. Teile der Ergebnisse werden im gesetzlichen Qualitätsbericht veröffentlicht. Diese werden in ärztlichen Besprechungen und in den Stationsleiterbesprechungen präsentiert und diskutiert.