



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2021 für Krankenhäuser

Krankenhaus: Krankenhaus Wermelskirchen
Institutionskennzeichen: 260531193
Anschrift: Königstraße 100
42929 Wermelskirchen

**Ist zertifiziert nach KTQ®
mit der Zertifikatnummer:** 2022-0003 KH
**durch die von der KTQ-GmbH
zugelassene Zertifizierungsstelle:** WIESO CERT GmbH, Köln

Gültig vom: 13.02.2022
bis: 12.02.2025
Zertifiziert seit: 13.02.2007

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	6
1. Patientenorientierung	Fehler! Textmarke nicht definiert.
2. Mitarbeiterorientierung	Fehler! Textmarke nicht definiert.
3. Sicherheit	Fehler! Textmarke nicht definiert.
4. Informations- und Kommunikationswesen	Fehler! Textmarke nicht definiert.
5. Unternehmensführung	Fehler! Textmarke nicht definiert.
6. Qualitäts- und klinisches Risikomanagement	Fehler! Textmarke nicht definiert.

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.

Im Beirat der KTQ® sind die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) vertreten. 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,
- Sicherheit,
- das Informations- und Kommunikationswesen,
- die Unternehmensführung und
- das Qualitäts- und klinisches Risikomanagement

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.

Während 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.

Dieser KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 48 Kriterien des KTQ-Kataloges Version 2021.

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

Wir freuen uns, dass das **Krankenhaus Wermelskirchen** 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

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

F. Wagner

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung

Seit der Inbetriebnahme im Jahre 1961 stellen die verantwortlichen Mitarbeiter des Krankenhauses eine qualitativ hochwertige und patientennahe medizinische, pflegerische und therapeutische Behandlung in Wermelskirchen sicher.

Konsequent wurde mit der Umwandlung in eine GmbH im Jahre 1972 auch nach außen deutlich gemacht, dass sich das Krankenhaus als moderner Dienstleistungsanbieter im Gesundheitswesen versteht.



Unser Leitbild bildet den Orientierungsrahmen für die tägliche Arbeit mit den Patienten und Angehörigen, für die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen, die wirtschaftliche Weiterentwicklung, für die Zusammenarbeit mit externen Kooperationspartnern, für die Erreichung der Qualitätsziele und die Darstellung in der Öffentlichkeit.

Die Leitung und die Mitarbeiter der Krankenhaus Wermelskirchen GmbH stellen sich der Herausforderung, die das Gesundheitswesen Krankenhäusern unserer Zeit abverlangt.

Das Ziel der verantwortlichen Mitarbeiter ist es, durch wirtschaftliches, zielgerichtetes Handeln und den schonenden, sparsamen Umgang mit Ressourcen die Weiterentwicklung unseres Krankenhauses zu sichern. Dadurch wird es auch zukünftig Teil des modernen Gesundheitssystems für die Stadt Wermelskirchen und seiner umliegenden Region sein.

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Im Vorfeld einer Behandlung im Krankenhaus können sich interessierte Bürger, Patienten und Angehörige umfassende Informationen über das Krankenhaus und das Leistungsspektrum über die Homepage oder verschiedene Informationsflyer holen.

Die elektiven Aufnahmen werden über die jeweiligen CA-Sekretariate organisiert. Notfallpatienten werden über die interdisziplinäre Notaufnahme über ein Triage-System eingeschätzt und an den Arzt der zuständigen Fachabteilung zur Diagnostik und Behandlung weitergeleitet.

Im Vorfeld der stationären Aufnahme werden die Patienten entweder in der Oberarzt- oder Chefarztsprechstunde oder bei einem vorstationären Besuch gesehen.

Dort erhalten die Patienten Informationen über das weitere Procedere und es werden die noch notwendigen Voruntersuchungen und Aufklärungsgespräche durchgeführt. Das Krankenhaus ist gut in das öffentliche Nahverkehrsnetz eingebunden. Eine Bushaltestelle befindet sich direkt am Krankenhaus.

1.1.2 Leitlinien, Standards und Richtlinien

Unsere Leitlinien und Standards sind fachabteilungsübergreifend erstellt. Diese orientieren sich an gesetzlichen Vorgaben oder den Empfehlungen der Fachgesellschaften. Für die Mitarbeiter sind diese über das im Intranet des Krankenhauses hinterlegte Qualitätshandbuch abrufbar und werden regelmäßig aktualisiert.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten (MeSeGe)

Die geplanten Untersuchungen und die sich daraus ableitenden Behandlungsschritte werden mit dem Patienten oder dessen gesetzlichen Vertreter sowie auf Wunsch des Patienten mit den Angehörigen in einem persönlichen Gespräch besprochen. Besondere Wünsche werden durch die Berufsgruppen berücksichtigt und fließen in die Behandlungsplanung mit ein.

Die Aufklärung erfolgt mittels strukturierter Aufklärungsbögen. Das Aufklärungsgespräch findet entsprechend den gesetzlichen Vorgaben 24 h vor dem geplanten Eingriff statt.

Patienten mit infauster Prognose werden durch den behandelnden Arzt über die Möglichkeit der palliativen Behandlung informiert.

1.1.4 Service und Ausstattung

Die Speiseanforderung erfolgt über standardisierte Essenskarten. Die Patienten können beim Frühstück und Abendessen aus verschiedenen Komponenten wählen. Das Mittagessen kann aus 3 verschiedenen Essen gewählt werden. Besondere Wünsche können berücksichtigt werden.

Wahlleistungspatienten können mittags aus einer zusätzlichen Karte mit weiteren Menüs auswählen.

Eine auf den Patienten angepasste Ernährung ist sichergestellt.

Das HACCP-Konzept wird sowohl in der Zentralküche als auch auf den Stationen umgesetzt.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die Erstdiagnostik und Erstversorgung des Patienten findet interdisziplinär in der Notfallambulanz, dem Schockraum und der Intensivstation statt.

Diese ist über 24 Std. mit fachlich qualifiziertem Personal besetzt.

Notfälle nach erfolgter Reanimation und beatmete Patienten werden direkt von der Intensivstation aufgenommen.

Die Behandlung und Erstdiagnostik erfolgt entsprechend der vorgegebenen Leitlinien.

Bei Arbeitsunfällen werden die Vorgaben der Berufsgenossenschaft eingehalten. Bei Kindern und Jugendlichen werden die Eltern in die Behandlung einbezogen.

1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik, Behandlung und Operationen

Für die Versorgung der ambulanten Patienten und der Notfallpatienten steht rund um die Uhr Fachpersonal zur Verfügung.

Die für die Versorgung der Patienten notwendigen bilddiagnostischen Untersuchungen werden im Haus durchgeführt.

Die gängigen Arzneimittel sind vorrätig und werden ambulanten Patienten nach den arzneimittelrechtlichen Vorgaben ausgehändigt. Soweit aktuelle Vorbefunde vorliegen, werden diese genutzt.

Die Terminkoordination und die Betreuung der ambulanten Patienten aus den Spezialambulanzen erfolgt durch die jeweiligen CA-Sekretariate oder die Notfallambulanz.

Die präoperative Vorbereitung des Patienten erfolgt zeitlich abgestimmt mit der Prämedikation und der OP-Aufklärung mindestens 24 Stunden vor dem Eingriff. Die postoperative Überwachung mit angepasster Schmerztherapie erfolgt durch die Anästhesie.

1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität, Behandlung und Visite (MeSeGe)

Zu den wichtigsten Diagnosen liegen Therapieleitlinien vor.

Der zeitliche Ablauf des Aufenthaltes orientiert sich an den therapeutischen und diagnostischen Notwendigkeiten.

Die Dokumentation der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen erfolgt anhand standardisierter Aufnahmedokumente.

Für die Beratung bezüglich sozialer Aspekte stehen qualifizierte Mitarbeiter über den Sozialdienst zur Verfügung. Der Sozialdienst wird früh möglichst einbezogen.

Bei onkologischen Krankheitsbildern erfolgt die interdisziplinäre, multiprofessionelle Abstimmung der weiteren Behandlungsplanung in einer wöchentlichen Tumorkonferenz.

1.4.2 Therapeutische Prozesse und Ernährung (MeSeGe)

Die Organisation und Durchführung der medizinischen Maßnahmen erfolgt patienten- und prozessorientiert.

Die an der Behandlung eines Patienten beteiligten Berufsgruppen arbeiten nach anerkannten Standards und Leitlinien. Die bei der Aufnahme des Patienten festgelegte und eingeleitete Therapie wird kontinuierlich auf ihre Wirksamkeit überprüft.

Eine an den Patienten angepasste Schmerztherapie kann entsprechend den WHO-Empfehlungen

angeboten werden. Die Behandlung wird nach wissenschaftlichen Empfehlungen/ Leitlinien durchgeführt.

Eine multiprofessionelle Tumorkonferenz ist etabliert.
Für die zertifizierten Zentren sind Behandlungspfade etabliert.
Antibiotikaleitlinien liegen fachübergreifend vor. Ein Antibio-Steward wurde ausgebildet.
Nichtmedikamentöse Maßnahmen (Krankengymnastik, Physiotherapie etc.) werden vom zuständigen Arzt mittels standardisierten Verfahrens angeordnet.

1.4.3 Operative und interventionelle Prozesse

Die OP-Indikation erfolgt durch einen Facharzt. Der Behandlungsprozess ist standardisiert. Leitlinien und OP-Standards liegen vor.
Der organisatorische Ablauf der OP-Planung und -durchführung erfolgt über die OP-Koordination.
Es finden tägliche OP- Besprechungen statt.
Notfälle werden in das laufende Programm eingebunden. Die Empfehlungen zur Patientensicherheit der WHO werden eingehalten.
Das medizinische Equipment ist auf dem aktuellen medizinischen Stand und wird ständig dem Bedarf angepasst.
Die Planung der postoperativen Überwachung oder Behandlung erfolgt präoperativ bei der OP-Planung.
Die intensivmedizinische Überwachung ist über die Intensivstation gewährleistet. Die postoperative Schmerztherapie erfolgt über die Anästhesie. Das anästhesiologische Fachpflegepersonal ist zur Pain Nurse ausgebildet.

1.4.4 Visite

Die Visite erfolgt strukturiert auf Grundlage einer VA.
Es wird täglich, auch am Wochenende, bei Patienten eine Visite durchgeführt.
Eine patientenorientierte Gestaltung wird sichergestellt dadurch, dass

- die Beteiligten ein Namensschild mit Angabe der Funktion tragen und eine persönliche Vorstellung erfolgt
- der Patient (und auf Wunsch Angehörige) in die Visitengespräche eingebunden ist,
- Informationen und Erklärungen zu der Erkrankung und Therapie des Patienten gegeben werden,
- die Wünsche der Patienten erfragt und nach Möglichkeit berücksichtigt werden

Die Dokumentation erfolgt über eine gemeinsame ärztliche und pflegerische Patientendokumentation.
Die ärztlichen Anordnungen werden mit Kürzel abgezeichnet.

1.5.1 Entlassungsprozess

Bei der Entlassung der Patienten werden die gesetzlichen Vorgaben beachtet. Ein Entlassungsmanagement ist eingerichtet.
Ärztliche und pflegerische Entlassungsgespräche werden geführt.
Im Bedarfsfall (z.B. Heimunterbringung, Pflegedienst, Beantragung von Pflegegeld, Einleitung einer AHB usw.) wird der Sozialdienst frühzeitig eingeschaltet.
Mit jedem Patienten wird vor Entlassung ein Abschlussgespräch geführt. Während des Gespräches wird die weitere Therapie mit dem Patienten besprochen. Der Hausarzt bekommt einen Arztbrief mit den weiteren Therapieempfehlungen und einen Medikationsplan. Angehörige werden auf Wunsch des Patienten hinzugezogen, gesetzliche Betreuer werden informiert.
Die notwendigen Unterlagen stehen bei der Entlassung bzw. Verlegung zeitnah und umfassend zur Verfügung.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung

Es ist unser Ziel, sterbende Patienten individuell zu begleiten. Den nächsten Angehörigen wird ermöglicht, so lange und so oft sie wünschen, die sterbenden Patienten zu besuchen. Ein Verbleiben der Angehörigen über Nacht wird ermöglicht. Die Verpflegung der Angehörigen wird vom Krankenhaus übernommen. Soweit es von Patienten und Angehörigen gewünscht wird, wird die Begleitung der Sterbenden durch qualifiziertes Fachpersonal übernommen. Dabei werden sie durch Geistliche und den Hospizverein unterstützt. Über den Sozialdienst kann auf Wunsch des Patienten/ der Angehörigen eine Überleitung in ein Hospiz erfolgen. Die Palliativmedizin wird durch die Abteilungsärzte sichergestellt. Mitarbeiter der Pflege sind in Palliativpflege ausgebildet. Die Schmerztherapie findet in Absprache mit der leitenden Anästhesistin statt. Das Anästhesiepflegepersonal ist im Schmerzmanagement qualifiziert. (Pain-Nurse) Schmerzvisiten werden durchgeführt. Patientenverfügungen werden erfragt, erfasst und berücksichtigt.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Personalbedarf und Akquise

Unser Ziel ist, den Personalbedarf so zu planen, dass eine individuelle Patientenversorgung unter Berücksichtigung ökonomischer Gesichtspunkte durch qualifiziertes Personal sichergestellt ist.

Der Personalbedarf (Stellenplan) errechnet sich auf der Basis der Kennzahlen des Vorjahres. Bei Änderung der gesetzlichen Bestimmungen oder Änderung des Leistungsspektrums wird der Stellenplan angepasst.

Die Facharztquote orientiert sich an der Sicherstellung des Facharztstandards und dem Leistungsspektrum der Fachabteilung.

Zur Personalgewinnung im Pflegedienst wurden die Ausbildungsplätze der Krankenpflegeschule aufgestockt.

2.1.2 Personalentwicklung

Ziel ist die langfristige Bindung der Mitarbeiter an das Haus und die Besetzung der Stellen mit qualifizierten Mitarbeitern. Qualifizierungsmaßnahmen werden unter Einbeziehung der Mitarbeiter erstellt.

Die gesetzlichen Vorgaben hinsichtlich der Qualifikation sind in den Bereichen erfüllt.

Die organisatorische Einordnung der Stelle im Krankenhaus wird über das Organigramm der Krankenhaus Wermelskirchen GmbH abgebildet.

2.1.3 Einarbeitung

Ziel ist es, neue Mitarbeiter strukturiert mit Hilfe fester Ansprechpartner anhand eines Einarbeitungskonzeptes einzuarbeiten. Ein Einarbeitungskonzept ist in den Abteilungen erstellt. Im Pflegedienst sind hiermit speziell ausgebildete Praxisanleiter beauftragt. Im ärztlichen und im Verwaltungsbereich übernehmen diese Aufgabe erfahrene Ärzte.

2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung (G-BA MeSeGe) RL: Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus

Ziel ist es, für die Auszubildenden eine enge Theorie-Praxis-Vernetzung zu erreichen. Deshalb wird die Krankenpflegeausbildung in Kooperation mit dem Ev. Krankenhaus Bergisch Gladbach koordiniert, die Inhalte genau abgesprochen und die Einsätze mit dem Kooperationspartner abgestimmt. Verantwortlich dafür ist der Ausbildungsleiter des Krankenhauses.

Die Abteilungsleiter, Chefärzte und Pflegedienstleitung sind für die Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen innerhalb ihres Bereiches zuständig. Sie tragen Sorge für die Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben und dafür, dass die Mitarbeiter den für die Erfüllung ihrer Aufgaben notwendigen Kenntnisstand besitzen. Hierbei werden Wünsche und Fähigkeiten der Mitarbeiter berücksichtigt.

Die Teilnahme an Fortbildungen wird durch Teilnehmerlisten dokumentiert.

Weiterbildungsmaßnahmen werden durch den Abteilungsleiter gemeinsam mit dem Mitarbeiter geplant. Die Teilnahme an Pflichtveranstaltungen wird zentral gesteuert. Die angebotenen Fortbildungen werden durch die Teilnehmer über einen anonymen Bewertungsbogen beurteilt. Die Auswertung wird dem Dozenten zur Verfügung gestellt.

Der praktische Teil der Krankenpflegeausbildung findet entsprechend der gesetzlichen Vorgaben statt.

Eine Koordinierung der Theorie-Praxis-Vernetzung erfolgt dadurch, dass ein geeigneter Pflegewissenschaftler regelmäßig die Weiterbildung zum Praxisanleiter für beide Krankenhäuser durchführt. Durch das Curriculum ist festgelegt, welche Verknüpfungen zwischen Theorie und Praxis zu erfolgen haben.

2.1.5 Arbeitszeiten/Work Life Balance

Die Arbeitszeitregelungen im Krankenhaus Wermelskirchen orientieren sich sowohl an den gesetzlichen Bestimmungen, an den medizinischen und pflegerischen Abläufen und Erfordernissen als auch an den Wünschen der Mitarbeiter. Alternative Arbeitszeitmodelle werden angeboten. Die Dienstplanung und die Dokumentation der geleisteten Arbeitszeiten werden für die Mitarbeiter in einem elektronischen Dienstplanprogramm vorgenommen. Die Überprüfung von Mehrarbeit erfolgt durch ein im Dienstplanprogramm hinterlegtes Ampelsystem. Die Gleitzeitkonten werden von den Abteilungsleitungen überwacht. Verstöße gegen das Arbeitszeitgesetz werden vom Dienstplanprogramm erkannt und angezeigt.

3 Sicherheit

3.1.1 *Eigen- und Fremdgefährdung*

Ziel ist es, den Arbeitsplatz für die Mitarbeiter sicher zu gestalten und bei der Patientenversorgung die Mitarbeiter vor Gefahren zu schützen. Die gesetzlichen Bestimmungen werden eingehalten.

Qualitätsprüfungen zur Sicherheit der Mitarbeiter finden regelmäßig durch fachlich qualifiziertes Personal statt. Ein Gefahrstoffkataster, Gefährdungsbeurteilungen der Arbeitsplätze und Betriebsanweisungen sind erstellt und im Intranet veröffentlicht. Die Vorgehensweise bei Arbeitsunfällen ist standardisiert. Sicherheitsbeauftragte sind benannt und geschult.

Es finden vierteljährliche Arbeitsschutzsitzungen und Begehungen statt.

Die Mitarbeiter werden regelmäßig geschult. Die Schulungen sind als Pflichtveranstaltungen für die Mitarbeiter definiert und erfolgt über E-Learning Module.

Ziel ist es, Brandentstehung zu vermeiden und die Mitarbeiter für den Ernstfall zu schulen, um Schaden für Patienten, Mitarbeiter und die Einrichtung abzuwenden.

Ein Brandschutzbeauftragter ist benannt. Eine Brandschutzordnung liegt vor. Evakuierungsworkshops werden durchgeführt.

Die Mitarbeiter werden regelmäßig geschult. Die Schulungen sind als Pflichtveranstaltungen für die Mitarbeiter definiert und erfolgt über E-Learning Module

Der Umweltschutz wird unter ökonomischen Gesichtspunkten betrachtet. Ein Energie- und Wassereinsparungskonzept sowie ein Abfallkonzept liegen vor. Die Umsetzung der Konzepte erfolgt durch Transparenz, Schulungen und Einweisungen.

Die Abfälle werden nach Abfallverzeichnis- Verordnung zugeordnet und gesammelt. Zu den einzelnen Gefahrstoffen liegen Betriebsanweisungen und Sicherheitsdatenblätter vor.

Sicherheits-, Abfallbeauftragte sind benannt und ausgebildet.

Das Krankenhaus Wermelskirchen ist in den Katastrophenschutz nach Landesrecht eingebunden.

Die Verantwortlichkeiten im Katastrophenfall sind im Katastrophenplan festgelegt.

Evakuierungsworkshops werden regelmäßig durchgeführt.

Es liegen Pläne zur Notstromversorgung, zum Brandmeldewesen und zum IT-Ausfall vor.

Eine Brandschutzordnung ist erstellt. Diese ist im Intranet veröffentlicht.

Das Kalt- und Warmwassernetz wird entsprechend den gesetzlichen Vorgaben überprüft. In sensiblen Bereichen werden Steril Filter eingesetzt.

Die Wartung des Notstromaggregates findet jährlich durch eine Fremdfirma statt,

eine monatliche Funktionsprüfung wird durch die Haustechnik durchgeführt

Bei Ausfall der ZSVA ist die Aufbereitung der Instrumente über eine externe zertifizierte ZSVA sichergestellt.

3.1.2 *Medizinisches Notfallmanagement*

Das oberste Ziel ist es, Patientin in Notfallsituationen sicher, schnell und adäquat zu versorgen.

Ein Reanimationsteam, besetzt mit einem Arzt und einer Pflegekraft steht über 24h zur Verfügung und kann über eine spezielle Notfallnummer gerufen werden. Ein

mobiler Defibrillator ist vorhanden.

Die Mitarbeiter werden alle 2 Jahre in Reanimation bzw. MegaCodeTraining ausgebildet. Die Termine werden zentral gesteuert und überwacht. Die Mitarbeiter werden über das Dienstplanprogramm über ihre Termine informiert.

3.1.3 Organisation der Hygiene, Infektionsmanagement

Ziel ist es, Infektionen systematisch zu erkennen, zu verhüten und zu bekämpfen. Dabei werden gesetzliche Vorgaben berücksichtigt. (Infektionsschutzgesetz, RKI-Richtlinie)

Die Verantwortlichkeiten sind innerhalb der Hygienekommission geregelt. Ein Organigramm der Hygienekommission und eine Geschäftsordnung liegt vor. Hygienebeauftragte Ärzte sind in den jeweiligen Fachabteilungen ausgebildet. Die Hygienefachkraft führt regelmäßige Schulungen und Begehungen durch. Sie organisiert die vom Robert-Koch-Institut empfohlenen Hygieneuntersuchungen. Die mit der Aufbereitung von Medizinprodukten tätigen Mitarbeiter werden entsprechend des Medizinproduktegesetzes ausgebildet. Die Reinigungs- und Sterilisationsprozesse werden jährlich validiert.

Die Überwachung und Auswertung von Infektionen erfolgt über KISS (Klinical Infektion Surveillance System)

Häufungen von nosokomialen Infektionen im epidemischen Zusammenhang werden nach § 6 Infektionsschutzgesetz an das Gesundheitsamt gemeldet.

Das Krankenhaus ist Beteiligte des MRE-Netzwerkes Rhein-Ahr. Die durch das MRE-Netzwerk festgelegten Qualitätskriterien sind umgesetzt und erfüllen die Anforderungen des Qualitätssiegels Hygiene.

3.1.4 Hygienerrelevante Daten

Die meldepflichtigen Erkrankungen, die nach Infektionsschutzgesetz § 6 zu melden sind, werden entsprechend den Vorgaben vom behandelnden Arzt gemeldet.

Eine Keimresistenzstatistik gemäß § 23 IFSG wird erstellt, ausgewertet und den Abteilungsleitern der einzelnen Fachabteilungen bereitgestellt.

Die Krankenhausinfektionsüberwachung erfolgt über KISS.

Es werden monatliche Resistenzstatistiken von der MVZ Synlab Leverkusen in Leverkusen erstellt. Die Auswertung der Daten erfolgt einmal im Jahr.

Die gesetzlichen Bestimmungen und die Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes werden eingehalten.

Hygienestandards zu Patienten mit übertragbaren Erregern oder Erkrankungen sind erstellt und werden umgesetzt. Der Umgang mit infektiösen Patienten ist in den Bereichen geregelt. Die Überprüfung erfolgt durch die Hygienefachkraft.

Jeder neue Mitarbeiter wird durch die Hygienefachkraft in Händehygiene geschult.

Das HACCP- Konzept ist krankenhausesweit eingeführt.

Die Sicherstellung der Infektionsprävention, -erfassung und -bekämpfung erfolgt durch:

- regelmäßige unangemeldete Begehungen der Hygienefachkraft
- jährliche Begehungen durch das Gesundheitsamt
- jährliche Begehungen durch das Veterinäramt
- Begehungen der Bezirksregierung
- Umsetzung des HACCP- Konzepte in Zentralküche und den Stationen
- Teilnahme an KISS

Das Kalt- und Warmwassersystem wird gemäß Trinkwasserverordnung überprüft. In infektionsgefährdeten Bereich sind Sterilfilter angebracht.

Ein Eingangsscreening auf MRSA, MRGN und Corona wird durchgeführt.

3.1.5 Arzneimittel und Arzneimitteltherapiesicherheit

Ziel ist es, die Patienten im Bedarfsfall mit den notwendigen Arzneimitteln zeitnah zu versorgen. Die Bestellung der Medikamente soll unter ökologischen Aspekten erfolgen. Beim Umgang mit Medikamenten werden gesetzliche Bestimmungen eingehalten (Arzneimittelgesetz).

Informationen zu Therapien und Nebenwirkungen werden digital zur Verfügung gestellt. Vor jeder Verordnung werden die Patienten vom Arzt aufgeklärt.

Zytostatika werden gebrauchsfertig durch die externe Apotheke angeliefert und ausschließlich durch geschultes Personal verabreicht.

Strukturierte Vorgehensweisen in der Anwendung von Arzneimitteln liegen in der Verantwortung der Chefärzte.

Die externe Apotheke ist für die Erfassung von Vorkommnissen, Unverträglichkeiten und Beinahevorkommnissen verantwortlich. Die Rückmeldung über Zwischenfälle erfolgt direkt durch den ärztlichen Dienst an die Apotheke, die weitere Schritte einleitet.

Der Umgang mit Betäubungsmitteln ist schriftlich fixiert.

3.1.6 Labor- und Transfusionsmedizin

Ziel ist, dass die Bereitstellung von Blut- und Blutprodukten, Arzneimitteln und Medizinprodukten jederzeit gewährleistet ist.

Das Transfusionswesen ist über eine Transfusionsrichtlinie abgebildet, in der alle Verantwortlichkeiten geregelt sind. Eine Transfusionskommission ist etabliert. Diese ist über ein Organigramm abgebildet.

Die Anwendung von Blut- und Blutprodukten erfolgt nach einem standardisierten Verfahren. Die Bestellung erfolgt durch das Labor bei der Blutbank Hagen.

Der behandelnde Arzt überprüft vor der Gabe der Blutkonserve die Übereinstimmung der Konserve mit dem Begleitschein und führt alle notwendigen Testungen persönlich durch.

Das examinierte Pflegepersonal und das Ärztliche Personal werden regelmäßig zu dem Thema über E-Learning geschult.

3.1.7 Medizinprodukte

Ziel ist es, die Anwendung und Aufbereitung von Medizinprodukten nach einem geregelten Verfahren durchzuführen. Deshalb werden im Krankenhaus Wermelskirchen nur zugelassene und geprüfte Medizinprodukte durch speziell eingewiesene Mitarbeiter verwendet.

Die Einweisung in technische Geräte erfolgt entsprechend den rechtlichen Bestimmungen.

Es sind beauftragte Personen gemäß MPBetreibV benannt und geschult.

Erst- und Folgeeinweisungen in den Umgang mit Medizingeräten erfolgen nach einem strukturierten Verfahren.

Die Betreuung der technischen Medizinprodukte erfolgt durch die Firma Cosolvia. Neue -, Austausch und Leihgeräte werden durch die Firma erfasst

Der Umgang mit Vorkommnissen und Beinahe-Vorkommnissen erfolgt nach den gesetzlichen Bestimmungen.

3.2.1 Arbeitsschutz

Ziel ist es, den Arbeitsplatz für die Mitarbeiter sicher zu gestalten und bei der

Patientenversorgung die Mitarbeiter vor Gefahren zu schützen. Die gesetzlichen Bestimmungen werden eingehalten.

Qualitätsprüfungen zur Sicherheit der Mitarbeiter finden regelmäßig durch fachlich qualifiziertes Personal statt. Ein Gefahrstoffkataster, Gefährdungsbeurteilungen und Betriebsanweisungen sind erstellt und im Intranet veröffentlicht. Die Vorgehensweise bei Arbeitsunfällen ist standardisiert Sicherheitsbeauftragte sind benannt und geschult.

Es finden vierteljährliche Arbeitsschutzsitzungen und Begehungen statt.

Die Mitarbeiter werden regelmäßig geschult. Die Schulungen sind als Pflichtveranstaltungen für die Mitarbeiter definiert und erfolgt über E-Learning Module.

3.2.2 Brandschutz

Ziel ist es, Brandentstehung zu vermeiden und die Mitarbeiter für den Ernstfall zu schulen, um Schaden für Patienten, Mitarbeiter und die Einrichtung abzuwenden. Ein Brandschutzbeauftragter ist benannt. Eine Brandschutzordnung liegt vor. Evakuierungsworkshops werden durchgeführt.

Alle Mitarbeiter werden regelmäßig geschult. Die Schulungen sind als Pflichtveranstaltungen für die Mitarbeiter definiert und erfolgt über E-Learning Module.

3.2.3 Krankenhausalarm und -einsatzplanung inkl. Ausfall von Systemen (DAKEP)

Die Informationstechnologie ist elementarer Bestandteil des Krankenhausbetriebes. Ziel ist es, unter Beachtung des Kosten-Nutzen-Prinzip den Anwendern ein unterstützendes, verfügbares und nutzbares Informationssystem zur Verfügung zu stellen. Es soll die Prozesse und Abläufe im Krankenhaus unterstützen und einen Mehrwert schaffen.

Ziel ist eine vollständige Integration aller EDV-Systeme des Krankenhauses. Führendes System ist dabei das SAP IS-H. Die anderen Systeme erhalten die Patientenstammdaten aus diesem System. Als KIS wird MCC kontinuierlich erweitert. Eine elektronische Patientenakte ist teilweise etabliert und wird weiter entwickelt.

Ein EDV-Ausfallkonzept liegt vor. Die organisatorischen und systemtechnischen Voraussetzungen für eine Hochverfügbarkeit sind gegeben.

Telemedizin wird da, wo es sinnvoll ist, genutzt.

Es liegen Pläne zur Notstromversorgung und zum Brandmeldewesen vor.

Bei Ausfall der ZSVA ist die Aufbereitung der Instrumente sichergestellt.

3.2.4 Umweltschutz

Der Umweltschutz wird unter ökonomischen Gesichtspunkten betrachtet. Ein Energie- und Wassereinsparungskonzept sowie ein Abfallkonzept liegen vor. Die Umsetzung der Konzepte erfolgt durch Transparenz, Schulungen und Einweisungen.

Bei ökonomisch gleichwertigem Angebot werden ökologische Produkte bevorzugt.

Die Abfälle werden nach Abfallverzeichnis- Verordnung zugeordnet und gesammelt.

Zu den einzelnen Gefahrstoffen liegen Betriebsanweisungen und Sicherheitsdatenblätter vor.

Sicherheits-, Abfall- und Gefahrstoffbeauftragte sind benannt und ausgebildet.

3.2.5 Katastrophenschutz

Das Krankenhaus Wermelskirchen ist in den Katastrophenschutz nach Landesrecht eingebunden.

Die Verantwortlichkeiten im Katastrophenfall sind im Katastrophenplan festgelegt. Evakuierungsworkshops werden regelmäßig durchgeführt.

3.2.6 Ausfall von Systemen

Ziel ist eine vollständige Integration aller EDV-Systeme des Krankenhauses. Eine elektronische Patientenakte ist teilweise etabliert und wird weiter ständig weiterentwickelt.

Ein zeitlich uneingeschränkter Zugang zum EDV-System ist über die technischen Voraussetzungen sichergestellt. Das EDV-System ist stets online. Ein Benutzer- und Berechtigungskonzept liegt vor.

Es liegt ein IT- Ausfallkonzept vor. Die technischen Voraussetzungen für eine Hochverfügbarkeit sind gegeben. Notfallpläne für die wichtigsten medizinischen Bereiche liegen vor.

Die Meldung von Störungen durch die Anwender erfolgt über ein Störungsmeldesystem im Intranet bzw. telefonisch direkt an die Systemadministratoren.

Ein digitales Patientenaktenarchiv ist integriert.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme (APS) HE: Digitalisierung und Patientensicherheit – Risikomanagement in der Patientenversorgung

Ziel ist es, unter Beachtung des Kosten-Nutzen-Prinzip den Anwendern ein unterstützendes, verfügbares und nutzbares Informationssystem zur Verfügung zu stellen. Es soll die Prozesse und Abläufe im Krankenhaus unterstützen und einen Mehrwert schaffen.

Ziel ist eine vollständige Integration aller EDV-Systeme des Krankenhauses. Eine elektronische Patientenakte ist teilweise etabliert und wird ständig weiterentwickelt.

Ein zeitlich uneingeschränkter Zugang zum EDV-System ist über die technischen Voraussetzungen sichergestellt. Das EDV-System ist stets online. Ein Benutzer- und Berechtigungskonzept liegt vor.

Es liegt ein IT- Ausfallkonzept vor. Die technischen Voraussetzungen für eine Hochverfügbarkeit sind gegeben. Notfallpläne für die wichtigsten medizinischen Bereiche liegen vor.

Die Meldung von Störungen durch die Anwender erfolgt über ein Störungsmeldesystem im Intranet bzw. telefonisch direkt an die Systemadministratoren.

Ein digitales Patientenaktenarchiv ist integriert.

4.1.2 Einsatz von Software

Ziel ist, die Patientenakte bis 2024 komplett zu digitalisieren. Konzepte zur Pflegedokumentation sowie zur ärztlichen Anordnung sind erstellt. Die Konzepte umfassen auch Schulungen für die Mitarbeiter.

Schulung zum Umgang mit der digitalen Akte werden angeboten.

Der Arztbrief und der Medikamentenplan werden dem Patienten digital zur Verfügung gestellt.

4.2.1 Klinische Dokumentation

Die Erfassung der relevanten Patienten- und Behandlungsdaten erfolgt vollständig, zeitnah, im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen und unter Beachtung des Datenschutzes. Für die wichtigsten Dokumentationsbereiche (Führung einer Akte, Dokumentation nach §301 SGB V, etc.) liegen VA vor.

Die Patientendokumentation erfolgt sowohl EDV-gestützt als auch auf Papier. Die Patientendokumentation entspricht den gesetzlichen Vorgaben und gültigen Bestimmungen. Grundlage ist die Nachvollziehbarkeit durch externe Dritte (z.B. MDK).

Eine Dokumentationsrichtlinie ist erstellt.

Die Patientenakten werden strukturiert geordnet und digital archiviert. Die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen und Datenschutzbestimmungen werden beachtet.

4.2.2 Datenschutz

Ziel ist es, den gesetzlichen Datenschutz einzuhalten und die verantwortlichen Mitarbeiter entsprechend zu informieren und zu begleiten. Hierbei steht die Abwägung zwischen den Notwendigkeiten der Patientenbehandlung und der informationellen Selbstbestimmung des Patienten im Mittelpunkt. Eine

Datenschutzleitlinie dokumentiert den hohen Stellenwert des Datenschutzes aus Sicht. Sie ist für alle Mitarbeiter/innen verbindlich und soll über entsprechende Audits überwacht werden. Verantwortlich für die Einhaltung sind die Mitarbeiter. Ein externer, zertifizierter Datenschutzbeauftragter ist benannt und der Aufsichtsbehörde mitgeteilt. DA und VA zum Thema Datenschutz liegen vor. Eine regelmäßige Schulung ist über eine E-Learning-Plattform sichergestellt.

Die kritischen Daten sind gegen unberechtigten Zugriff elektronisch gesichert. Ein IT-Sicherheitskonzept sowie ein umfassendes, dokumentiertes Ausfallkonzept liegt vor. Ein Berechtigungskonzept, das alle relevanten Programme umfasst, ist etabliert. Die Datenschutz-Risiken für den Patienten werden durch eine umfassende Analyse (PIA-„Privacy Impact Assessment“) analysiert, dokumentiert und bewertet. Entsprechende Maßnahmen abgeleitet.

Die Weitergabe von personenbezogenen Daten an externe Dienstleister und Personen wird durch den Abschluss von Verträgen zur Verarbeitung im Auftrag (Art. 28 DSGVO) geregelt und beschrieben.

Die Mitwirkung Dritter an der Berufsausübung schweigepflichtiger Personen - zur Umsetzung der Verpflichtung nach § 203 StGB und Art. 28 Abs. 3b DS-GVO wird in entsprechenden Vereinbarungen/Erklärungen dokumentiert.

Die Mitarbeiter werden über einen regelmäßigen Newsletter über aktuelle Belange des Datenschutzes informiert.

Den Informationspflichten (Art.13 DSGVO) gegenüber den Mitarbeiter/innen und den Patienten kommt das Krankenhaus nach.

Ein entsprechendes Löschkonzept für die Löschung der Daten wird unter Berücksichtigung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen erstellt.

4.3.1 Einsatz neuer Medien

Ziel ist Recruiting von Personal über Social Media zu erwirken.

Eine feste Kommunikationsstruktur wird kontinuierlich weiterentwickelt. (Intranet, internen Email Kontakt, personalisierte mobile Telefone)

Videokonferenzen zum externen Austausch werden genutzt.

E-Learning Plattformen sind zu verschiedenen Themen sind als Pflichtschulungen etabliert.

4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Der Empfang ist erste Anlaufstelle für alle Besucher des Hauses. Entsprechend kommt ihm eine hohe Bedeutung beim ersten Eindruck der Besucher über das Krankenhaus zu.

Der Empfang ist an 365 Tagen rund um die Uhr im Schichtdienst besetzt. Er fungiert gleichzeitig als Telefonzentrale des Hauses. Der Empfang ist mit modernen Kommunikationsmitteln ausgestattet.

Die Mitarbeiter des Empfangs werden regelmäßig sowohl fachlich wie auch im Bereich Kundenservice geschult.

5 Unternehmensführung

5.1.1 Unternehmenskultur (MeSeGe)

Das zentrale Leitbild stellt eine Handlungsorientierung für alle Mitarbeiter dar. Seit September 2004 existiert ein zentrales, für alle Mitarbeiter verbindliches Leitbild. Die Erarbeitung erfolgte in einer Leitbildarbeitsgruppe, bestehend aus dem QMB, dem Betriebsrat stellvertretenden GF und der PDL.

Abschließend wurde die Zustimmung der CÄ und des Aufsichtsrates eingeholt. Das erstellte Leitbild ist für alle Mitarbeiter und Berufsgruppen verpflichtend. Die Einführung weiterer Leitbilder ist nicht geplant.

Es wurden Informationsveranstaltungen für die Mitarbeiter durchgeführt. Dabei wurde das Leitbild besprochen. Anschließend erhielt jeder Mitarbeiter das Leitbild in Papierform mit der Gehaltsabrechnung.

Neue Mitarbeiter erhalten das Leitbild im Zuge des Einstellungsverfahrens.

Praktikanten wird das Leitbild durch die PDL ausgehändigt.

Organigramme bilden in bestimmten Fachbereichen die Organisationsstruktur wider. Mitarbeiterbefragungen werden bei Bedarf durchgeführt.

Eine kontinuierliche Patientenbefragung ist etabliert, wird vierteljährlich ausgewertet und den Abteilungen abteilungsbezogen ausgehändigt.

Der allgemeine Teil der Patientenbefragung wird im Intranet veröffentlicht.

5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Ziel der Maßnahmen ist, dass die Arbeitsplätze aller Mitarbeiter durch eine entsprechende Betriebsführung gesichert sind. Eine transparente Informationspolitik soll sicherstellen, dass die Mitarbeiter die Entscheidungen der Betriebsleitung so weit wie möglich nachvollziehen können.

Eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Betriebsrat ist für den Erfolg des Unternehmens unerlässlich.

Regelmäßige und umfassende Information des Betriebsrates durch die Geschäftsführung ist die Grundlage des Vertrauens.

Die Motivation und die Fähigkeiten der Mitarbeiter sind das wichtigste Kapital des Unternehmens. Der individuellen Personalentwicklung kommt hierbei eine herausgehobene Bedeutung zu. Sie soll durch individuelle Fort- und Weiterbildungen transportiert werden.

5.1.3 Ethische, religiöse und gesellschaftliche Verantwortung (MeSeGe)

Das Krankenhaus hat das Ziel, dass keine Mitarbeiter, keine Kunden und keine Patienten sowie deren Angehörige und Besucher durch ihre religiösen oder weltanschaulichen Einstellungen Nachteile erleiden.

Der Kontakt zu Selbsthilfegruppen wird aktiv gepflegt. Ihre Tätigkeit wird im Rahmen der Möglichkeiten unterstützt.

Ziel ist es, dass jeder Mitarbeiter, jeder Patient und jeder Angehörige bei Fragen zu ethischen Problemen eine ethische Fallbesprechung initiieren kann.

Die Betriebsleitung zeichnet sich verantwortlich für das ethische Konsil und wird hierbei durch die Krankenhausseelsorger beider Konfessionen unterstützt.

Das Krankenhaus bietet kostenlose Bestattungen von Sternenkindern an.

5.1.4 Unternehmenskommunikation

Eine zielgruppenspezifische Information über die Leistungsfähigkeit des Hauses

erfolgt im Zusammenspiel von medizinischen Fachabteilungen und Geschäftsführung in öffentlichen Veranstaltungen. Dabei werden Niedergelassene themenbezogen in die Veranstaltungen als Vortragende eingebunden. Daneben werden Flyer sowie der Internetauftritt als Werbemedien genutzt. Die Aktualisierung der Homepage erfolgt über das Sekretariat der Geschäftsführung. Das Krankenhaus bietet bei dem Gesundheitstagen Vorträge zu aktuellen Themen an. Aktuelle Entwicklungen und Pläne werden von der Geschäftsführung in Pressegesprächen bekannt gegeben. Im Ausbruchfall liegt ein Standard für ein strukturiertes Vorgehen vor.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung

Für die Krankenhaus Wermelskirchen GmbH liegt eine eindeutige Organisationsstruktur in einem Unternehmensorganigramm vor. Von diesem abgeleitet sind Abteilungsorganigramme erstellt. Vertretungsregelungen liegen vor. Zu Stellvertretern werden nur befähigte Mitarbeiter ernannt.

5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement und Compliancemanagement

Einer Zielplanung geht zwingend eine Analyse der Ist-Situation, bezogen auf das Krankenhaus, das regionale Umfeld und die langfristigen Rahmenbedingungen voraus. Aufbauend auf den Ergebnissen der Analyse wird unter Einbeziehung der Entscheidungsträger eine Gesamtstrategie für das Krankenhaus entwickelt, die entsprechend angepasst auf die Fachabteilungen herunter gebrochen wird. Letztendliches Ziel des Strategiebildungsprozesses sind einzelne konkrete, zeitlich gestaffelte Maßnahmen, die auf die Erreichung der Abteilungsziele und des Krankenhausziels abzielen. Sowohl Ziele wie auch Maßnahmen werden den Mitarbeitern kommuniziert. Eine regelmäßige Überprüfung der Strategie findet statt. In der Verantwortung der Geschäftsführung wird ein mehrjähriger Finanz- und Investitionsplan erstellt und durch den Aufsichtsrat genehmigt. Durch die geplanten Maßnahmen soll erreicht werden, den seit vielen Jahren bestehenden positiven Jahresabschluss fortzuführen.

Die Finanz- und Investitionsplanung berücksichtigt die Zielsetzung der Krankenhaus Wermelskirchen GmbH zur Weiterentwicklung der Abteilungen und der Mitarbeiter. Budgets für einzelne Abteilungen liegen nicht vor. Auf Grund der überschaubaren Größe des Hauses erfolgt explizit keine Budgetbildung. Vielmehr erfolgt die betriebswirtschaftliche Steuerung über ein detailliertes Berichtswesen. Eine enge Kommunikation zwischen den Ergebnisverantwortlichen und der BL, in die auch weitere nachgeordnete Mitarbeiter eingebunden sind, garantiert eine hohe Identifikation mit dem Berichtsergebnis.

5.2.3 Partnerschaften und Kooperationen (MeSeGe)

Mit den externen Partnern werden Kooperationsverträge geschlossen wenn ein gegenseitiger Nutzen zu erkennen ist. Ein partnerschaftliches Miteinander steht hierbei im Zentrum. Die Kriterien orientieren sich sowohl an ökonomischen wie auch Gesichtspunkten der optimalen Patientenversorgung. Die Zusammenarbeit ist auf einen langfristigen gemeinsamen Erfolg ausgerichtet.

Das Krankenhaus unterstützt aktiv (Räumlichkeiten) die Arbeit der örtlichen Selbsthilfegruppen. (Schlaganfall, Adipositas, ILCO, MS- Gruppe) Das Krankenhaus ist Teil des städtischen und regionalen Netzwerkes zur Betreuung von Senioren.

Die Organspende wird unterstützt. Die gesetzlichen Verpflichtungen sind erfüllt. Das Krankenhaus bietet Ausbildungsplätze in der Pflege, in der Küche und im kaufmännischen Bereich an.

Das Krankenhaus ist Mitglied des Verbundes Kommunaler Krankenhäuser und beteiligt sich aktiv an den eingerichteten Arbeitsgruppen.

5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

Für die Krankenhaus Wermelskirchen GmbH liegt eine eindeutige Organisationsstruktur in einem Unternehmensorganigramm vor. Von diesem abgeleitet sind Abteilungsorganigramme erstellt.

Ziel ist es, eine Organisationsstruktur aufzubauen, die optimal an die Bedürfnisse des Krankenhauses angepasst ist und dabei die Flexibilität einer in der Größe überschaubaren Organisation erhält.

5.3.2 Innovation, Wissens- und Ideenmanagement

Neue Strukturen oder Prozesse werden in der Betriebsleitung auf Wirtschaftlichkeit, Nutzen für den Patienten und für das Krankenhaus geprüft.

Die hausinternen Leitlinien, Standards, Verfahrens- und Dienstanweisungen sind allgemein zugänglich.

Der Zugang zum Internet ist für die Mitarbeiter freigeschaltet.

Die Mitarbeiter werden kontinuierlich über angebotene Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen dem aktuellen Wissensstand angepasst.

Pflichtfortbildungen über E-Learning Programme sind etabliert.

Die Teilnahme an externen Fortbildungen ist im Rahmen der dienstlichen Möglichkeiten möglich und wird gefördert. Interne Fortbildungen und Inhouse-Schulungen werden angeboten.

6 Qualitäts- und klinisches Risikomanagement

6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitäts- und des klinischen Risikomanagements (APS) HE: Anforderungen an klinische Risikomanagementsysteme im Krankenhaus

Unser Ziel ist es, ein Qualitätsmanagementsystem quer zu allen Berufsgruppen und Abteilungen zu etablieren. Die Strukturen sind in einem Organigramm abgebildet. Bereits 2005 wurde von dem GF festgelegt, ein umfassendes Qualitätsmanagement (UQM) einzuführen entsprechende Strukturen zu schaffen und zur Dokumentation der Qualitätsmanagementregelungen, Dokumente und Formulare in einem elektronischen Qualitätsmanagementhandbuch einzuführen.

Das Krankenhaus stellt sich der externen Bewertung von

Für die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems wird die regelmäßige Überprüfung der relevanten Prozesse im Rahmen einer Selbstbewertung nach dem jeweils gültigen KTQ Katalog genutzt.

6.1.2 Methoden des klinischen Risikomanagements zur Patientensicherheit (APS) HE: Anforderungen an klinische Risikomanagementsysteme im Krankenhaus

Über das wöchentliche, monatliche und quartalsweise Berichtswesen werden die Geschäftsführung, die BL und die verantwortlichen Mitarbeiter regelmäßig über die ökonomischen Risiken informiert. Eine Diskussion und Bewertung der Risiken erfolgt in der Betriebsleitung, der Krankenhausleitungskonferenz und bei Bedarf in Einzelgesprächen. Eine Liquiditätsüberwachung ist etabliert.

CIRS wurde eingeführt. Eine Betriebsvereinbarung liegt vor.

Die CIRS-Mitglieder wurden unter Einbeziehung des Betriebsrates schriftlich durch die Geschäftsleitung bestellt. Für die CIRS-Mitglieder gibt es ein passwortgeschütztes Login Modul. Es finden regelmäßige Teammitglieder-Sitzungen statt. (alle 4 Wochen, in dringenden Fällen öfter.)

Die Mitarbeiter sind im Umgang mit CIRS geschult.

Von jedem Computerarbeitsplatz können die Mitarbeiter auf das Modul zugreifen. Der CIRS-Administrator wurde zum Risikomanager im Gesundheitswesen ausgebildet.

Über die CIRS Fälle wird regelmäßig anonymisiert dem Geschäftsführer Bericht erstattet.

Vom CIRS Team ausgewählte CIRS Fälle werden im Intranet publiziert.

Ein Notfallmanagement ist etabliert. Die Maßnahmen zur Patientensicherheit nach den Vorgaben der WHO werden eingehalten. VA´s und Checklisten liegen vor. Jeder Patient trägt ein Identifikationsarmband. Standards zum Umgang mit infektiösen Patienten liegen vor.

Die technische Regel 250 wird eingehalten.

In den Bereichen EDV, Technik liegen Ausfallkonzepte vor.

Ein Beschwerdemanagement ist eingeführt.

6.1.3 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung (MeSeGe)

Ziel ist es Projekte oder Teilprozesse dem QM oder benannten Personen zu übertragen. Je nach erforderlicher Qualifikation sollen Mitarbeiter der Schnittstellen gezielt beteiligt werden.

Mitarbeiter verschiedener Hierarchieebenen sollen durch Schulungen und Weiterbildung befähigt werden, QM- Prozesse nachzuvollziehen und sich aktiv an

Projekten zu beteiligen.

Die Planung und Gestaltung der Prozesse ist unter Berücksichtigung der Anforderungen in Prozessbeschreibungen, Verfahrensanweisungen und Standards geregelt und in einem elektronischen Handbuch veröffentlicht. Das QM-Handbuch ist für die Mitarbeiter jederzeit einsehbar.

6.2.1 Patientenbefragungen (MeSeGe)

Seit 2009 wird die Patientenzufriedenheit kontinuierlich über einen anonymisierten Fragebogen ermittelt. Die Auswertung der Befragungen erfolgt EDV-gestützt. Die Ergebnisse werden zur Einleitung von Verbesserungsmaßnahmen genutzt.

6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Es besteht ein enger Kontakt zu den externen Partnern durch die Beteiligung an regionalen Arbeitsgruppen und Gremien. Das Krankenhaus ist aktives Mitglied in verschiedenen Arbeitskreisen mit nachbetreuenden Einrichtungen.

Die Chefarzte sind mit den niedergelassenen Ärzten verbunden (gemeinsame Veranstaltungen für die Öffentlichkeit, Netzwerkarbeit, Mitgliedschaft in den KV- bzw. Ärztekammergremien)

In der Betriebsleitung erfolgt ein regelmäßiger Austausch über die Zusammenarbeit mit den externen Partnern.

6.2.2 Mitarbeiterbefragungen (MeSeGe)

Zur Messung der Zufriedenheit der Mitarbeiter führt das Krankenhaus anonymisierte Mitarbeiterbefragungen durch. Die Auswertung der Fragebögen und die Vorstellung erfolgt durch eine externe Firma. Im Vorfeld war der Betriebsrat an der Entwicklung und Freigabe der Fragebögen beteiligt. Die Auswertung der Fragebögen wurden den Abteilungen durch den Betriebsrat vorgestellt. Aus der Auswertung konnten Verbesserungspotentiale abgeleitet werden. Diese wurden auf die Möglichkeit der Umsetzung überprüft und gfls. umgesetzt.

6.3.1 Beschwerdemanagement: Lob und Beschwerden von Mitarbeitern, Patienten und weiteren Externen

Durch eine festgelegte Vorgehensweise wird sichergestellt, dass Beschwerden zeitnah erfasst und bearbeitet werden.

Das Beschwerdemanagement ist auf der Homepage des Krankenhauses veröffentlicht.

Die Patienten können ihre Beschwerde an einen Mitarbeiter ihres Vertrauens, den Patientenfürsprecher, die Abteilungsleitung, das Beschwerdemanagement oder direkt an den Geschäftsführer richten.

Darüber hinaus können Beschwerden der Patienten über den Patientenfragebogen eingereicht werden.

6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner/externer Verfahren

Das Krankenhaus erhebt verschiedene Daten zur Prozess- und Ergebnisqualität. Die gesetzlichen Verpflichtungen zur Erhebung qualitätsrelevanter Daten (werden erfüllt). Die Erhebung der Daten findet auf unterschiedlichen Ebenen statt. Eine Rückmeldung zur Analyse erfolgt systematisch.

Im Rahmen eines Benchmark- Projektes über den Zweckverband werden Qualitätskennzahlen aus den Routinedaten nach § 301 SGB V und

Personalkennzahlen erhoben, ausgewertet und verglichen.

Die kompletten Daten sind im KIS enthalten. Damit besteht die Möglichkeit, Daten abteilungs-, patientenspezifisch und krankenhausbezogen zu entnehmen.

Das Krankenhaus gewährleistet die Einhaltung der gesetzlichen Regularien und Vorgaben. Entsprechende Ressourcen werden durch die Geschäftsführung zur Verfügung gestellt.

Die für die Erhebung benötigte Software ist im KIS integriert und wird in regelmäßigen Abständen aktualisiert

Die verantwortlichen Mitarbeiter (QS- Koordinator, QS-Verantwortliche) sind benannt.

Die Daten werden im Qualitätsbericht veröffentlicht.

Das Krankenhaus nimmt parallel an einem Projekt des Krankenhauszweckverbandes Rheinland teil, in dem Qualitätskennzahlen aus Routinedaten ermittelt und verglichen werden.