

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

Krankenhaus: St. Marien-Hospital Hamm gGmbH
Anschrift: Nassauerstr. 13-19
59065 Hamm

Institutionskennzeichen: 260590388

Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer: 2009 – 0043 K
durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle

QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH

Datum der Ausstellung: 30.04.2009
Gültigkeitsdauer: 29.04.2012

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Einleitung	5
Die KTQ-Kriterien beschrieben von St. Marien-Hospital Hamm	8
1 Patientenorientierung im Krankenhaus	8
2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung.....	13
3 Sicherheit im Krankenhaus.....	16
4 Informationswesen	19
5 Krankenhausführung	21
6 Qualitätsmanagement	24

Vorwort der KTQ®

Die KTQ-Zertifizierung ist ein spezifisches Zertifizierungsverfahren des Gesundheitswesens für die Bereiche Krankenhaus, Arztpraxen, Rehabilitationskliniken und Pflegeeinrichtungen. Getragen wird die KTQ® von der Bundesärztekammer (BÄK), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Deutschen Pflegerat (DPR) und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherungen¹. Darüber hinaus wurde der Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschland e. V. (HB) mit Beginn des Routinebetriebes im „Niedergelassenen Bereich“ ebenfalls Gesellschafter der KTQ-GmbH. Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet. Die Verfahrensinhalte wurden ausschließlich von Praktikern entwickelt und erprobt.

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

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 Führung und das Qualitätsmanagement der Einrichtung beziehen.

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

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

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

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

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

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

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

Dr. G. Jonitz
Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann
Für die Spitzen-
verbände der Krankenkassen

Dr. med. B. Metzinger
Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

M.-L. Müller
Für den Deutschen Pflegerat

Dr.med. Roland Quast
Für den Hartmannbund

Einleitung

Die St. Marien-Hospital Hamm gem. GmbH blickt auf eine 160-jährige Tradition zurück. Gegründet 1849 als katholisches Krankenhaus für die Stadt Hamm aus der sozialfürsorglichen Tradition der damaligen Zeit, hat es sich in der langjährigen Geschichte zu einem modernen und leistungsstarken Krankenhaus mit 584 Betten verteilt auf 16 medizinische Fachabteilungen entwickelt.



Zu den Fachabteilungen zählen die:

- Allgemein-, Visceral- und Thoraxchirurgie
- Unfall- und Wiederherstellungschirurgie
- Orthopädie und orthopädische Chirurgie
- Gefäßchirurgie und Angiologie
- Hals- Nasen-Ohren-Belegarztzentrum
- Allgemeine Innere Medizin
- Geriatrie
- Gastroenterologie
- Kardiologie
- Hämatologie/Onkologie
- Strahlentherapie
- Neurologie
- Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
- Anästhesiologie und operative Intensivmedizin
- Nuklearmedizin
- Diagnostische Radiologie und Neuroradiologie

Als akademisches Lehrkrankenhaus der

- Westfälischen Wilhelms-Universität Münster und der
- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie als Universitätsklinik der Privaten Universität Witten-Herdecke
- Klinik für Neurologie als kooperierende Klinik der Privaten Universität Witten-Herdecke

bietet es angehenden Ärzten und Pflegenden eine umfassende Aus-, Fort-, und Weiterbildung. Mehr als 1250 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter engagieren sich täglich für eine umfangreiche patientenorientierte Versorgung von behandlungs- und betreuungsbedürftigen Menschen. Dieses geschieht auf der Grundlage neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse aus Pflege, Medizin und den angrenzenden Bezugswissenschaften.



Modernste medizinische Ausstattung, fachliche Kompetenz und vor allem menschliche Zuwendung sind die Basis unserer Betreuungsqualität. Diese wird sowohl für stationäre als auch für ambulante Versorgungsprozesse angeboten. Unterstützt wird dieses durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit der medizinischen Fachabteilungen und umfangreiche Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und weiteren Einrichtungen des Gesundheitswesens, wie z. B. Rehabilitationseinrichtungen.

Diese Kooperationen finden sich wieder in den Medizinischen Zentren:

- Orthopädisch-Traumatologisches Zentrum (OTZ)
- Tumorzentrum mit interdisziplinärer onkologischer Konferenz
- Gefäßzentrum in Kooperation mit niedergelassenen Ärzten
- Ambulantes Operationszentrum (AOZ)
- HNO-Belegarztzentrum
- Zentrum für Lungen- und Bronchialheilkunde
- Kompetenzzentrum Diabetes
- Brustzentrum Hamm-Ahlen-Soest in Kooperation mit der St. Barbara-Klinik Hamm, dem Franziskus-Hospital Ahlen und niedergelassenen Ärzten
- Westfälisches Darmzentrum Hamm in Kooperation mit der St. Barbara-Klinik Hamm und niedergelassenen Ärzten

Ergänzt wird das medizinische Behandlungsspektrum durch die therapeutischen, pflegerischen und beratenden Berufsgruppen, wie z. B. die Physio-, Ergo-, Logopädie, die Gesundheits- und Krankenpflege oder die kath. und ev. Krankenhauseseelsorge.

Aber auch über den Klinikaufenthalt hinaus werden unsere Patienten begleitet. Dazu zählt das Angebot der Psychosozialen Dienste, die Pflegeüberleitung, die enge Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen, die den Menschen helfen, ihr Leben mit der Erkrankung zu gestalten sowie ein vielfältiges Informationsangebot über Prävention, Nachsorge und Therapie.

Unterstützt wird diese Zusammenarbeit durch einen leistungsfähigen EDV-basierten Datentransfer, der einen schnellen Zugriff auf wichtige Patienteninformationen ermöglicht unter Berücksichtigung eines Höchstmaßes an Datenschutz sowie der weiteren dienstleistungsorientierten Abteilungen, z. B.:

- Technische Abteilung/Medizintechnik
- der Wirtschafts- und Versorgungsdienste
- dem Zentrallabor
- der Zentralapotheke/Zytostatika-Labor

Die Mitarbeiterorientierung am St. Marien-Hospital fördert und unterstützt die Entwicklung der fachlichen, sozialen und spirituellen Kompetenzen aller Mitarbeiter. Dieses wird erreicht durch umfangreiche Angebote der Aus-, Fort- und Weiterbildung innerhalb und außerhalb des Krankenhauses.

So wird ein umfangreiches Angebot sowohl der innerbetrieblichen Fortbildung zu einzelnen Themengebieten angeboten als auch die Teilnahme an einer Vielzahl von fachlichen Weiterbildungen am St. Marien-Hospital oder in Kooperation mit anderen Weiterbildungsverbänden, Fachhochschulen und Universitäten.

Im St. Marien-Hospital hat das Qualitätsmanagement bereits eine lange Tradition. Die konsequente Patientenorientierung ist die Grundlage aller Qualitätsmaßnahmen. Die Leitlinien des St. Marien-Hospitals bestimmen das tägliche Handeln und stellen den Patienten mit seinen individuellen medizinischen, pflegerischen und sozialen Bedürfnissen in den Mittelpunkt aller Arbeit.

Neben der kontinuierlichen Patientenbefragung nehmen wir regelmäßig an vergleichenden Verfahren und Benchmark-Projekten mit anderen Krankenhäusern teil. Ein internes Qualitätsmanagementsystem ist etabliert. Zertifizierungen und Qualitätsbewertungen durch unabhängige Einrichtungen von außen, wie dem Re-Zertifizierungsverfahren nach KTQ oder im Brustzentrum, der Speisenversorgung oder des Umweltverfahrens sind integraler Bestandteil der Qualitätspolitik.

Mit dem vorliegenden aktuellen KTQ-Qualitätsbericht, geben wir der interessierten Öffentlichkeit, den Patienten, den Krankenkassen und den einweisenden Ärzten erneut einen aktuellen Überblick über unsere Leistungen, unsere besonderen Qualifikationen sowie unsere Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement.

Die Krankenhausleitung der St. Marien-Hospital Hamm gGmbH, vertreten durch den Geschäftsführer

Dr. Nikolaus Dlugos



Die KTQ-Kriterien beschrieben von St. Marien-Hospital Hamm

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.

Vor der stationären Aufnahme bestehen Informationsmöglichkeiten über Internet, Broschüren und persönliche Gesprächs- und Beratungsangebote. Die Aufnahmepvorbereitung erfolgt in den jew. Fachabteilungen und Ambulanzen. Notwendige Vorbefunde werden angefordert oder elektronisch/ per Papier aus den Archiven des Hauses bereitgestellt. Die Terminierung erfolgt nach der medizinischen Notwendigkeit. Notfallbehandlungen finden rund um die Uhr statt. Die Kliniken sind per PKW und öffentl. Verkehrsmitteln gut zu erreichen. Parkplätze sind in ausreichender Zahl vorhanden.

1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

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

Die Orientierung im Krankenhaus wird durch eine einheitliche Beschilderung im Außen- und Innenbereich sichergestellt. Als erster Infopunkt dienen an beiden Standorten die neu gestalteten offenen Empfangsbereiche. Der Empfang ist in beiden Betriebsstätten rund um die Uhr mit qualifiziert geschultem Personal besetzt.

Zur weiteren Unterstützung und Orientierung stehen Mitarbeiter des Patientenbegleitdienstes zur Verfügung. Zwischen den Standorten besteht ein Patientenfahrtdienst.

1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

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

Die Abläufe der Aufnahme sind geregelt. Die administrative Registrierung erfolgt durch qualifizierte Mitarbeiter der Patientenverwaltung in den neuen, freundlich gestalteten Bereichen. Sie informieren gleichzeitig über nichtmedizinischen Serviceleistungen und Datenschutzbestimmungen. Die medizinische Aufnahme erfolgt durch die Ärzte der jew. Fachabteilungen. Erste Untersuchungen und Behandlungsschritte werden veranlasst und besprochen. Die pflegerische Aufnahme findet auf der Station durch die Pflegekräfte statt, mit Einweisung in den Stationsalltag.

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 Notfallversorgung erfolgt rund um die Uhr durch qualifiziertes Fachpersonal in der neu gestalteten Zentralambulanz/der neu gebauten internistischen Notaufnahme und einer psychiatrischen Station. Hier erfolgt auch die Erstbehandlung mit der notwendigen Diagnostik und Therapie. Die vor- und nachstationären Behandlungen werden in den Ambulanzen, Sprechstunden und dem Medizinischen Versorgungszentrum nach Terminvereinbarung durchgeführt. Ein "Ambulantes Operationszentrum" ist etabliert. Neu im Leistungsspektrum ist die gerontopsychiatrische Tagesklinik

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 Ersteinschätzung erfolgt bei Notfallpatienten sofort, bei geplanten Patientenaufnahmen während der Aufnahmeuntersuchungen, in der die weitere Diagnostik und Therapie festgelegt wird. Eine umfassende Erhebung des körperlichen, seelischen und sozialen Status erfolgt innerhalb der ersten 24h durch Ärzte und Pflegekräfte, sowie weitere erforderliche Therapeuten. In Abstimmung mit dem Patienten werden Angehörige einbezogen, um die individuelle Situation nachvollziehbar zu erfassen. Es bestehen Angebote der Seelsorge und psychosozialen Dienste.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

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

Vorbefunde des Patienten werden zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen berücksichtigt. Interne Vorbefunde sind rund um die Uhr im EDV-System oder im Archiv des St. Marien-Hospitals zugänglich. Externe Vorbefunde werden zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen – soweit der Patient sie nicht direkt mitbringt – schriftlich oder telefonisch angefordert und online oder per Fax übermittelt. Bei hausinternen Verlegungen stehen dem weiterbehandelnden Personal alle Befunde, wie auch alle Röntgenbilder durch das neue digitale Radiologiesystem sofort zur Verfügung.

1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

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

Der Behandlungsprozess wird durch den behandelnden Arzt festgelegt und dokumentiert. Jeder Patient erhält die notwendige und bedarfsgerechte Diagnostik und Therapie. Anerkannte Leitlinien und Expertenstandards werden berücksichtigt. Der festgelegte Behandlungsprozess wird in den Visiten, Behandlungskonferenzen und individuellen Fallbesprechungen gemeinsam mit allen an der Behandlung Beteiligten überprüft und in der Patientenakte schriftlich dokumentiert. Zur Optimierung der Standardbehandlungen werden prozessorientierte klinische Pfade erarbeitet.

1.2.4 Integration der Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Im Aufnahmeprozess wird der Patient bei der Erhebung des Krankheitsgeschehens ausführlich befragt und informiert. Wünsche und Vorstellungen des Patienten werden in Abwägung der Möglichkeiten im Behandlungsplan berücksichtigt. Alle wesentlichen Behandlungsschritte werden vom therapeutischen Team mit dem Patienten, seinen Angehörigen und z.B. bei Kindern, mit dem gesetzlichen Vertreter, besprochen. Individuelle und allgemeine Beratungsangebote zur Krankheitsbewältigung werden dem Patienten durch Arzt, Pflegende, Sozialdienst und weiteren Experten angeboten.

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.

Durch die Anwesenheit qualifiziert ausgebildeter Mitarbeiter sowie umfassender und moderner Diagnose- und Behandlungsverfahren gewährleisten wir eine professionelle Behandlung in der Routine- und Notfallversorgung. Der Facharztstandard ist dabei durchgehend gewährleistet. Die Versorgung mit Medikamenten und Heil- und Hilfsmitteln ist jederzeit über unsere hauseigene Apotheke und anderen Kooperationspartnern sichergestellt. Durch den Akutschmerzdienst ist die Behandlung von Betreuung von Schmerzpatienten umfassend gewährleistet.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

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

Medizinische Behandlungs- und Pflegestandards sowie fach- und abteilungsübergreifende Verfahrens- und Arbeitsanweisungen gewährleisten einen einheitlichen Qualitätsstandard. Grundlage für die Erarbeitung sind neueste wissenschaftliche Erkenntnisse, wie z. B. die Vorgaben der medizinischen Fachgesellschaften und nationalen Expertenstandards der Pflege. Sie sind in Handbüchern für die Mitarbeiter hinterlegt. Die jeweils zuständigen Chefärzte, Abteilungs- und Pflegedienstleitungen, oder die fachlich Beauftragten sind für die Aktualisierung verantwortlich.

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.

Patienten werden umfassend über Erkrankung, Prognose, Behandlung u. Eingriffe informiert und aufgeklärt. Mitarbeiter mit Fremdsprachenkenntnissen tragen als Dolmetscher zur Verständigung bei. Alle Mitarbeiter sind per Dienstaussweis mit Namen u. Qualifikation erkennbar. Es wird ein umfangreiches Beratungs- und Schulungsangebot teilweise in Kooperationen mit Selbsthilfegruppen angeboten. Für Patienten wie Besucher stehen Patientenzimmer, Aufenthaltsräume, Cafeteria, eine Kapelle, bzw. Andachtsraum zur Verfügung.

1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

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

Die Klinik betreibt eine eigene Küche. Die Patienten können täglich aus mehreren Menüangeboten, u.a. vegetarisch, auswählen. Kulturelle und individuelle Essgewohnheiten werden auf Wunsch berücksichtigt. Medizinisch notwendige Kostformen werden vom Arzt verordnet. Diät- und Diabetesberaterinnen informieren und schulen individuell und in Gruppen. Auf den Stationen sind Diabeteslotsen eingesetzt.

Die Küche setzt das HACCP-Konzept um. Diese Umsetzung wird jährlich durch externe Gutachter geprüft.

1.3.5 Koordination der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Die Maßnahmen zur Diagnostik und Therapie werden vom behandelnden Arzt im Behandlungsplan festgelegt und EDV-gestützt für den Patienten angemeldet. Dabei werden auch die Transportart und Begleitung berücksichtigt. Für den effizienten Ablauf ist der Patientenfahr- und -begleitdienst verantwortlich, der ggf. durch examiniertes Personal unterstützt wird. Zurzeit wird in ausgewählten Bereichen eine EDV-gestützte Visite per Laptop, die zeitnahe Ergebnisbewertung von Funktionsdiagnostik schon während der Visiten ermöglicht.

1.3.6 Koordination der Behandlung: OP-Koordination

Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.

Die Stellung der OP-Indikation und Terminvergabe obliegt dem jeweiligen Facharzt. Die Organisation der zuverlässigen täglichen OP-Planung liegt in der Verantwortung des OP-Managements, welches auch die Kapazitäten in der Nachbetreuung einer Operation, z.B. im Aufwachraum oder auf der 2008 neu errichteten Intensivstation mit berücksichtigt. Notfallpatienten werden nach Dringlichkeit unmittelbar oder innerhalb eines vorgegebenen Zeitraumes operiert. In allen operativen Abteilungen ist eine ständige OP-Bereitschaft durch Anwesenheitsdienste gewährleistet.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

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

Die Klinik bietet umfassende Möglichkeiten zur Diagnostik und Therapie. Um den Behandlungserfolg zu erreichen, erfolgt die Behandlung der Patienten in Zusammenarbeit aller Beteiligten unter Einbeziehung ihrer umfassenden Kompetenzen. Es werden regelmäßige berufsgruppen- und bereichsübergreifende Besprechungen, Fall- und Behandlungskonferenzen (auch mit niedergelassenen Fachärzten) abgehalten. Zur optimalen Zusammenarbeit werden Zentren gebildet (Brust-, Darm, Gefäß-, Tumor-, Diabetes-, Parkinson-, Orthopädisch-Traumatologisches-Zentrum)

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

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

Die Visite dient als Informations- und Kommunikationsinstrument zur Koordinierung und Absprache der Behandlung mit dem Patienten und allen an der Behandlung Beteiligten. Sie findet täglich durch den behandelnden Arzt und eine Pflegekraft statt, je nach Abteilung und Bedarf auch unter Beteiligung weiterer Berufsgruppen wie z.B. Krankengymnasten, Therapeuten. Chefarzt- und Oberarztvisite finden einmal pro Woche statt. Die festgelegten Zeiten werden den Patienten bekannt gegeben. Die Dokumentation erfolgt in der Patientenkurve.

1.4 Übergang des Patienten in andere Versorgungsbereiche

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

1.4.1 Entlassung und Verlegung

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

Die Vorbereitung auf die Entlassung wird frühzeitig geplant und besprochen. Der behandelnde Arzt informiert den Patienten im Entlassungsgespräch über die weiteren zu beachtenden Maßnahmen. Die erforderlichen Unterlagen für die Nachsorgenden werden dem Patienten mitgegeben. Die Vorbereitung zur Anschlussheilbehandlung und die Organisation der ambulanten oder stationären Weiterbetreuung werden in Absprache mit dem Patienten und seinen Angehörigen durch den Sozialdienst und die Pflegeüberleitung koordiniert.

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.

Jeder Patient erhält beim Verlassen unseres Hauses einen Entlassungsbrief in dem alle notwendigen Informationen und Befunde für den weiterbehandelnden Arzt enthalten sind. Ausführlichere Informationen werden, wenn erforderlich in einem späteren detaillierten Bericht an diesen weitergeleitet. Die für die Betreuung und pflegerische Weiterversorgung erforderlichen Informationen sind von den beteiligten Berufsgruppen – Pflege, Sozialdienst, Pflegeüberleitung - im Überleitungsbericht dokumentiert.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

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

Zur Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbehandlung des Patienten erfolgt eine frühzeitige Kontaktaufnahme mit dem nachfolgenden Betreuungsteam. Die Weiterbetreuung wird durch den zuständigen Arzt, den Sozialdienst und die Pflegeüberleitung organisiert. Die Angehörigen werden bei Bedarf darin eingebunden. Eine ambulante Behandlung sowie eine vor- und nachstationäre Versorgung sind über die Fachambulanzen und Spezialsprechstunden gegeben. In Behandlungskonferenzen (z.B. Gefäß-, Tumor-, Brustzentrum) sind niedergelassene Ärzte mit eingebunden.

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 Ermittlung des Personalbedarfs erfolgt nach anerkannten Methoden. Die auf diese Art ermittelten Soll-Größen fließen in den Stellenplan ein. Der Stellenplan wird jährlich im Rahmen der Wirtschaftsplanung festgeschrieben. Unterjährige Anpassungen richten sich nach leistungsbezogenen Veränderungen wie z.B. Fallzahlveränderungen, Auslastungen etc.. Die Fluktuationsrate und die Personalausfallquote werden berufsgruppenbezogen erfasst, und durch interne und externe Analysen interpretiert.

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.

Um ihrer Bedeutung gerecht zu werden, ist die Personalentwicklung als Aufgabenbereich direkt dem Geschäftsführer zugeordnet. Der Personalentwicklungsbedarf wird in Abstimmung mit den jeweiligen Vorgesetzten ermittelt. Diesem stehen die Qualifikationsprofile und Zielvorstellungen der Mitarbeiter gegenüber. In Beurteilungs- und Mitarbeitergesprächen sowie über Befragungen, werden die erforderlichen internen und externen Schulungs- und Qualifizierungsmaßnahmen für Mitarbeiter ermittelt.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

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

Die organisatorische Einbindung der Stelle geht aus dem Organigramm des Hauses hervor. Für einige Bereiche bestehen Tätigkeits- und Stellenbeschreibungen. Die notwendige Qualifikation der Stelleninhaber ergibt sich aus den Aufgaben und Anforderungen, die mit der jeweiligen Stelle einhergeht. Die Überprüfung der erforderlichen Qualifikation erfolgt grundsätzlich bei jeder Einstellung und Übernahme neuer Aufgabenbereiche.

2.2.3 Fort- und Weiterbildung

Das Krankenhaus sorgt für eine systematische Fort- und Weiterbildung, die sowohl an den Bedürfnissen der Mitarbeiter als auch des Krankenhauses ausgerichtet ist.

Das umfassende Angebot der Fort- und Weiterbildung ist berufsgruppenspezifisch als auch übergreifend angelegt. Ziel ist es, die Mitarbeiter entsprechend den fachlichen und persönlichen Anforderungen ausreichend zu fördern. Grundlage der Fort- und Weiterbildung sind neue wissenschaftliche Erkenntnisse, gesetzliche Bestimmungen sowie die Wünsche der Mitarbeiter. Die Unterstützung der Mitarbeiter in der beruflichen Weiterbildung liegt in der Verantwortung der zuständigen Vorgesetzten, die Organisation und Durchführung bei der Personalentwicklung.

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Die Teilnahme an beruflicher Fort- und Weiterbildung wird unterstützt. Es wird ein jährliches Budget bereitgestellt. Die Vergabe der Mittel orientiert sich am Bedarf der einzelnen Abteilungen unter Abwägung der gesamtunternehmerischen Zielsetzung. Für die Teilnahme an genehmigten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen werden die Mitarbeiter im vereinbarten Rahmen unter fortlaufenden Bezügen von ihren dienstlichen Pflichten freigestellt. Das umfangreiche innerbetriebliche Fortbildungsangebot ist für alle Mitarbeiter kostenfrei.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

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

In allen Abteilungen des St. Marien-Hospitals stehen Internetanschlüsse zur Verfügung, über die erforderliche Literaturrecherchen erfolgen können. Ebenso haben alle Abteilungen Zugriff auf die Informationen im Intranet. Fachbücher stehen an definierten Standorten, aktuelle Fachzeitschriften über einen definierten Verteiler zur Verfügung ebenso wie bereits archivierte ältere Exemplare. Für die Durchführung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen werden mehrere Schulungsräume einschließlich moderner Medien vorgehalten.

2.2.6 Sicherstellung des Lernerfolges in angegliederten Ausbildungsstätten

Angegliederte Ausbildungsstätten leisten eine Theorie-Praxis-Vernetzung und bereiten Mitarbeiter angemessen auf ihre Tätigkeiten im Rahmen der Patientenversorgung vor.

Dem St. Marien-Hospital ist eine Krankenpflegeschule mit 91 Ausbildungsplätzen angegliedert. Die Ausbildung erfolgt nach den gesetzlichen Bestimmungen und der Richtlinie des Landes NRW. Die praktischen Einsätze werden durch Lehrkräfte und ausgebildete Praxisanleiter begleitet und bewertet. Dadurch, und durch den theoretischen Unterricht sind die Auszubildenden nach dreijähriger Ausbildungszeit und der staatlichen Abschlussprüfung, in der Lage, als examinierte Fachkräfte eigenverantwortlich zu arbeiten. Eine Weiterbildung zum Praxisanleiter wird angeboten.

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.

Grundsätze mitarbeiterorientierter Führung sind in den Leitlinien und in den in 2005 schriftlich fixierten "Führungsgrundsätzen" des St. Marien Hospitals verankert. Darin sind die Führungskräfte aufgefordert eine offene Informations- und Kommunikationskultur zu pflegen und gemeinschaftlich mit den Mitarbeitern zur Weiterentwicklung des Unternehmens beizutragen. Mit der Teilnahme an Projekten, Arbeitsgruppen und Workshops werden Mitarbeiter in die Entscheidungsprozesse der Krankenhausführung und Gestaltung ihrer Arbeitsbereiche einbezogen.

2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Durch geeignete Arbeitszeitmodelle werden optimale Betriebsabläufe in der Patientenversorgung sichergestellt, gesetzliche Vorgaben erfüllt, auf Arbeitsspitzen flexibel reagiert und Wünsche der Mitarbeiter nach Möglichkeit berücksichtigt. Zur Planung, Durchführung und Überwachung werden Dienstpläne, teilweise EDV-gestützt eingesetzt. Die Überwachung der Einhaltung erfolgt im laufenden Betrieb und zum Ende der Abrechnungsperiode durch die Personalabteilung. Familienfreundliche Angebote werden in Beteiligung an einem vom Land geförderten Projekt erarbeitet.

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Am quartalsweise stattfindenden Einführungstag erhält jeder Mitarbeiter grundlegende Informationen zum St. Marien-Hospital und dessen Leistungsspektrum in schriftlicher/mündlicher Form sowie erste Einweisungen und Fortbildungen. Die Einarbeitung in das Aufgabengebiet liegt in der Verantwortung des Vorgesetzten und erfolgt durch die Anleitung erfahrener Mitarbeiter und Praxisanleiter. Je nach Aufgabengebiet sind Pflichtschulungen für die neuen Mitarbeiter vorgegeben. Die Probezeit endet mit einer Leistungsbeurteilung und Reflektion der Einarbeitungszeit.

2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

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

Mitarbeiterideen werden im Betrieblichen Ideenwettbewerb strukturiert gesammelt, bewertet und auf deren Umsetzbarkeit überprüft. Gute Ideen werden veröffentlicht und von der Geschäftsführung honoriert. Mitarbeiter können sich bei Beschwerden an den jeweiligen Vorgesetzten, die Krankenhausleitung oder die Mitarbeitervertretung wenden. Wünsche finden Berücksichtigung bei der Dienstplan- und Arbeitsvertragsgestaltung sowie beim Fort- und Weiterbildungsangebot. Um generelle Verbesserungspotentiale offen zu legen werden Mitarbeiterbefragungen durchgeführt.

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.

Es ist ein übergeordneter Arbeitsschutzausschuss eingerichtet, dem ausgebildete und verantwortliche Mitarbeiter (Fachkraft für Arbeitssicherheit, Sicherheitsbeauftragte, Betriebsarzt), angehören. Die erforderlichen Verfahren zum Umgang mit Arbeitsunfällen, Gefahrstoffen und Strahlenschutz etc. sind in Verfahrensanweisungen geregelt, deren Einhaltung durch kontinuierliche Begehungen überprüft wird. Regelmäßige, teilweise verpflichtende Schulungsmaßnahmen schaffen und erhalten die Befähigung der jeweiligen Mitarbeiter im Umgang mit Gefahrstoffen.

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Zur Sicherstellung eines umfassenden Brandschutzes, liegen entsprechende Regelungen vor. Das Brandschutzkonzept wurde in Zusammenarbeit mit der Feuerwehr vom beauftragten Mitarbeiter erarbeitet. Eine Aktualisierung erfolgt laufend. Flucht- und Rettungspläne hängen in der gesamten Klinik gut sichtbar aus. Die Mitarbeiter sind informiert und werden in Brandschutzschulungen unterwiesen. Eine Überprüfung erfolgt durch regelmäßige Begehungen, anteilig gemeinsam mit der Feuerwehr.

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.

Ein Alarm- und Katastrophenplan ist für das St. Marien-Hospital erarbeitet und wird regelmäßig aktualisiert. Darin sind hausinterne Notfallsituationen vorbeugend und abwehrend geregelt, wie z.B. Brandfall, Wassereinbruch, Bombendrohung, technische Störungen. Die Regelungen sind allen Mitarbeitern über das Intranet zugänglich. Unterweisungen, Begehungen und technische Prüfungen finden regelmäßig statt. So werden z.B. die zur Verfügung stehenden Notstromaggregate monatlich auf Einsatzbereitschaft geprüft.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Die Sicherstellung der Versorgung vital bedrohter Patienten ist über die ärztlichen Leiter der Intensivstationen standardisiert geregelt. Die Durchführung erfolgt durch einsatzbereite und voll ausgestattete Reanimationsteams, die durch zentrale Notrufnummer alarmiert werden. Alle Patientenbereiche sind mit Notfallkoffern ausgestattet. Alle Mitarbeiter in der Patientenbetreuung werden zur Reanimation geschult und sind informiert über die Vorgehensweise und Abläufe. Schulungen werden monatlich über die innerbetriebliche Fortbildung angeboten.

3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

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

Die fortlaufende Beurteilung von Eigen- und Fremdgefährdung ist Bestandteil der täglichen Patientenbetreuung. Diesem wird durch bauliche Maßnahmen (Sicherung von Fenstern, Türen, Steckdosen, etc.) und durch besondere Betreuungskonzepte nachgekommen. Dazu gehören Konzepte der Bereichs- und Bezugspflege, engmaschige Beobachtungskontrollen, der Einsatz von Sitzwachen zur Gewährleistung von 1:1 Betreuungen. Freiheitsbeschränkende- und entziehende Maßnahmen nur unter Wahrung der gesetzlichen Auflagen und unter Ausschöpfung aller anderen Möglichkeiten.

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.

Strukturen und Verantwortlichkeiten der Hygiene sind geregelt. Eine Hygienekommission, unterstützt durch eine externe Beratung, ist eingesetzt. Verfahrens- und Dienstanweisungen sind von der Hygienefachkraft (HFK) in Zusammenarbeit mit den Leitungen der jeweiligen Bereiche erarbeitet. Die Hygieneunterlagen sind für alle Mitarbeiter zugänglich. Die Vorgesetzten sind für die Umsetzung, Einhaltung und Information zuständig. Bei Problemen, Fragen und Schulungen steht die HFK zur Verfügung. Die Einhaltung der Vorgaben wird von ihr durch regelmäßige Begehungen geprüft.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

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

Hygienerelevante Daten werden von der HFK entsprechend der Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes (RKI) im Krankenhaus Infektions Surveillance System (KISS) erhoben, ausgewertet und mit den an der Behandlung Beteiligten besprochen. Notwendige Maßnahmen orientieren sich an den Empfehlungen des NRZ. Eine Datenauswertung und Maßnahmenplanung erfolgt über die Hygienekommission. Bei der externen Qualitätssicherung werden die Ergebnisse mit anderen Krankenhäusern regelmäßig verglichen. Für die gesetzlichen Meldepflichten ist der behandelnde Arzt verantwortlich.

3.2.3 Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen

Hygienesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Hygienesichernde Maßnahmen sind in der Hygieneunterlage verbindlich geregelt, von der Hygienekommission verabschiedet und stehen allen Mitarbeitern zur Verfügung. Information, Schulung, Unterweisung und Beratung der Mitarbeiter erfolgen durch die Hygienefachkraft. Die Vorgesetzten überwachen die Einhaltung. Mängel werden der Hygienefachkraft gemeldet und von ihr überprüft. Von ihr werden kontinuierliche Begehungen und mikrobiologische Untersuchungen durchgeführt, protokolliert und mit den Bereichen besprochen.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.

Die Kontrolle der Einhaltung der Hygienerichtlinien erfolgt durch interne angemeldete und unangemeldete Begehungen. Umgebungsuntersuchungen werden entsprechend der Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention durchgeführt. Das St. Marien-Hospital hat sich an der bundesweiten "Aktion saubere Hände" beteiligt.

In der Zentralsterilisation werden die Chargen dokumentiert.

Ein QM-Konzept in der Küche für Anlieferung, Lagerung, Produktion und Verteilung der Lebensmittel ist eingeführt und wird jährlich durch Begehungen externer Prüfer überwacht.

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 Krankenhausapotheke sorgt für die Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung, insbesondere für die Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit der eingesetzten Arzneimittel. Die Beschaffung von Blut und Blutprodukten erfolgt über die Apotheke und das Labor. Medizinprodukte werden je nach Beschaffenheit vom Einkauf, der Technischen Abteilung oder der Apotheke bereitgestellt. Die Verfahren werden in der Arzneimittel-, Transfusions- und Einkaufskommission entschieden, festgelegt und sind teilweise in Handbüchern schriftlich hinterlegt.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Die im Hause vorrätigen Fertigarzneimittel werden in der Arzneimittelkommission unter Vorsitz der leitenden Apothekerin festgelegt. Spezielle Arzneimittel, wie z.B. Zytostatika werden für die Patienten individuell zubereitet. Die Verfahren sind in Arbeitsanweisungen schriftlich festgelegt. Die Apotheke sorgt für die Arzneimittelsicherheit, überwacht deren Lagerung und startet Rückrufe bei Feststellung unerwünschter Wirkungen und leitet diese an die jew. Aufsichtsbehörden weiter. Betäubungsmittel und Notfalldepot sind nur autorisierten Personen zugänglich.

3.3.3 Anwendung von Blut- und Blutprodukten

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

Alle Prozesse zur Anwendung von Blut- und Blutprodukten und der Eigenblutspende sind über Verfahrensanweisungen im Transfusions-Handbuch geregelt und werden vom Transfusionsverantwortlichen, den -beauftragten und der -kommission überwacht. In Kooperation mit dem DRK-Blutspendedienst zur Eigenblutherstellung erfolgen durch diesen jährliche Begehungen, um die Qualität der Verfahren zu evaluieren. Alle Vorkommnisse werden dokumentiert und in der Transfusionskommission erörtert. Die Chargendokumentation erfolgt patienten- und produktbezogen.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Medizinprodukte werden je nach Beschaffenheit über den Einkauf, die Apotheke oder die Technische Abteilung bereitgestellt. Letztere stellt durch den dort beschäftigten Medizintechniker die Wartung, Instandhaltung und Beschaffung von Medizingeräten sicher, neben den zusätzlich bestehenden Wartungsverträgen mit den Herstellerfirmen. Die Einweisung in die Geräte erfolgt durch den Medizintechniker und Gerätebeauftragte. Aufbereitung und Umgang mit Sterilgut erfolgen nach validierten festgelegten Verfahren in der Zentralsterilisation.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Regelungen des Umweltschutzes, wie die Abfalltrennung und -entsorgung, Einsatz energiesparender Techniken, Umgang und Entsorgung mit Gefahrstoffen sind im Umwelthandbuch festgeschrieben. Dieses wird vom Umweltbeauftragten erstellt und mit der Krankenhausleitung abgestimmt. Alle Anschaffungen von Ver- und Gebrauchsgütern werden neben den medizinischen Erfordernissen auch nach ökologischen Aspekten geprüft. Eine kontinuierliche Unterweisung der Mitarbeiter erfolgt durch den Umweltbeauftragten. Das St. Marien-Hospital ist seit 2002 nach der EMAS II zertifiziert.

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.

In hauseigenen Kurvensystemen mit vorgefertigten Dokumentationsformularen werden die Behandlungsschritte und deren Ergebnisse von allen Beteiligten schriftlich niedergelegt. Befunde werden in der Krankenakte gesammelt und nach Entlassung im Archiv gemäß der Archivordnung gelagert. Weitere Daten, wie z.B. OP-Berichte, Arztbriefe, Befunddokumentationen werden über das EDV-Krankenhausinformationssystem für alle Berechtigten jederzeit abrufbar dokumentiert. Die Verantwortlichkeit für die Dokumentation ist im ärztlichen und pflegerischen Bereich geregelt.

4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

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

Alle bedeutsamen Beobachtungen und Maßnahmen sowie Untersuchungs- und Behandlungsergebnisse werden in einer einheitlichen Patientendokumentation festgehalten. Eine schrittweise Ablösung der Papier- durch EDV-Dokumentation, wie z.B. die Einführung der digitalen Röntgenbilder, wird mit den erforderlichen begleitenden Schulungs- und Prüfmaßnahmen, krankenhausesweit umgesetzt. Medizincontroller und Kodierkräfte prüfen am Ende des Aufenthaltes die Krankenakte auf die Erfassung der Diagnosen und Prozeduren sowie deren Vollständigkeit.

4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

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

Die Patientendaten sind über das Krankenhausinformationssystem (KIS) und über die Krankenakte für alle an der Behandlung Beteiligten verfügbar. Die digitalen Röntgenbilder sind am Bildschirm an allen Arbeitsplätzen unmittelbar einsehbar. Nach Abschluss der Behandlung werden alle Befunde in der Patientenakte zusammengeführt und vorübergehend im Handarchiv der Abteilung und anschließend dem Zentralarchiv zugeführt. Berechtigte Personen, wie z.B. der behandelnde Arzt haben jederzeit Zugriff auf die Daten im Archiv als auch auf die elektronisch gesicherten Daten im KIS.

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.

Informationen werden berufsgruppen- und hierarchieübergreifend zwischen den Abteilungen und Fachbereichen durch schriftliche Aufzeichnungen und regelmäßige Besprechungen weitergeleitet. Patientendaten können von allen berechtigten Personen/Abteilungen eingesehen werden. Komplexe Inhalte werden z.B. in Behandlungskonferenzen, Kommissionen miteinander besprochen und protokolliert. Kurzfristige Infos werden per EDV/Intranet weitergeleitet. Die Kommunikationsstruktur durch ein Intranet ist bereits vorhanden und wird weiter aufgebaut.

4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

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

Die Information von Patienten, Angehörigen und Besuchern ist über zentrale, rund um die Uhr besetzte Auskunftsstellen in den Eingangsbereichen geregelt sowie Aushänge in den Stationsbereichen. Die Information der Mitarbeiter erfolgt über EDV, Rundschreiben, Anschreiben, Aushänge an zentralen Stellen oder durch die Informationsweitergabe der Vorgesetzten. Für den in- und externen Notfall besteht ein Alarm- und Katastrophenplan. Alle relevanten Daten dazu sind an den zentralen Stellen hinterlegt, verbunden mit der Dienstanweisung für deren Nutzung.

4.2.3 Information der Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Das Leistungsspektrum der Klinik wird in der Krankenhausbroschüre, Flyern und dem Internet dargestellt. Eine Information zu aktuellen Themen erfolgt über die 6x jährlich erscheinende Klinikzeitung sowie an Tagen der offenen Tür. Informations- und Beratungsangebote der Fachbereiche informieren zu Themen aus Prävention und Therapie. Fort- und Weiterbildungsangebote sind für externe Teilnehmer geöffnet. Informationsveranstaltungen werden mit anderen Institutionen (VHS, Arbeitsamt) gemeinsam durchgeführt. Der Kontakt zur Fach- und Lokalpresse wird gepflegt.

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.

Patienten- aber auch Mitarbeiterdaten sind gegen den unberechtigten internen und externen Zugriff geschützt. Mittels Kennwörtern können nur berechtigte Mitarbeiter auf die Daten zugreifen. Auskünfte an Dritte werden nur im Einverständnis mit den Patienten/Mitarbeitern gegeben. Die Einhaltung der Regeln wird durch den Datenschutzbeauftragten kontrolliert. Der Datenschutz ist Bestandteil des Dienstvertrages für alle Mitarbeiter. EDV-basierende Daten werden nach extern in verschlüsselter Form weitergeleitet.

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.

Der Ausbau eines leistungsfähigen Informationssystems wird seit Jahren betrieben. Sämtliche Arbeitsbereiche sind mit PC ausgestattet und vernetzt. Eine zu Dienstzeiten besetzte EDV-Hotline sowie der EDV-Rufdienst außerhalb der Dienstzeit und Schulungsmaßnahmen durch in- und externe EDV-Trainer unterstützen die Mitarbeiter im Umgang mit der Software. Fehler werden sofort bearbeitet. Erfasste Daten werden im Managementinformationssystem und durch das Controlling ausgewertet und in den betreffenden Abteilungen miteinander besprochen.

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.

1999 wurden mit einer Gruppe von Führungskräften aus unterschiedlichen Berufsgruppen und Bereichen des St. Marien-Hospitals Leitsätze entwickelt. Nach Diskussion der Arbeitsergebnisse mit den Mitarbeitern aller Bereiche des Hauses sind daraus zentrale Leitlinien hervorgegangen. Die Leitlinien sind Grundsatzaussagen des St. Marien-Hospitals zur christlichen Trägerschaft, der täglichen Orientierung in der Patientenversorgung, der Zusammenarbeit im Haus. Die Leitlinien sind im Haus veröffentlicht und sind z.B. durch Führungsgrundsätze weiter inhaltlich präzisiert.

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 dient der strategischen Steuerung des Hauses. In Strategieworkshops wird, unter Beteiligung von Führungskräften des Hauses, das medizinische Leistungsspektrum des Hauses nach den wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen mit interner und externer Expertise analysiert und bewertet. Die Ergebnisse dienen der kontinuierlichen Sicherung einer leistungsfähigen Patientenversorgung und der wirtschaftlichen Sicherung des St. Marien-Hospitals. Die Maßnahmen werden durch modernes Management und Controllingmethoden gesteuert.

5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

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

Die Aufbauorganisation ist im Gesamtorganigramm und in den daraus abgeleiteten Teilorganigrammen festgelegt. Funktionsträger der medizinischen, pflegerischen und Verwaltungsbereiche sind darin aktualisiert benannt. Die Zuständigkeits- und Verantwortungsbereiche gehen aus den Organigrammen hervor. Übergreifende Aufgaben werden mit Auftrag der Krankenhausleitung durch Projektgruppen bearbeitet. Diese präsentieren ihre Ergebnisse in den benannten Gremien. Dort werden auch die Umsetzung und Zielerreichung überwacht.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

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

Der Geschäftsführer legt in Absprache mit dem Direktorium und nach Rückmeldung der einzelnen Abteilungen unter Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsberechnungen, Personalbedarfsberechnungen, Ermittlung der Folgekosten und einer Prioritätenbewertung die aktuelle Planung fest. Durch ein umfassendes Berichtswesen und den jährlichen Wirtschaftsbericht sind ökonomische Aspekte transparent. Die Budgetplanung erfolgt jährlich auf der Basis des verhandelten Budgets mit den Kostenträgern. Für das Bauwesen liegt eine in 2008 aktualisierte Zielplanung vor.

5.3 Sicherstellung einer effektiven und effizienten Krankenhausführung

Das Krankenhaus wird effektiv und effizient geführt mit dem Ziel der Sicherstellung der Patientenversorgung.

5.3.1 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Leitungsgremien und Kommissionen

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise von Leitungsgremien und Kommissionen, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.

Die effektive Arbeitsweise der Leitungsgremien und Kommissionen ist durch Geschäfts- und Zuständigkeitsordnungen geregelt. Die Ergebnisse aus der Regelkommunikation werden schriftlich protokolliert und im erforderlichen Umfang weitergeleitet. Die übergreifenden Gremien, wie z.B. Hygienekommission, tagen in definierten Rhythmen mit fester Tagesordnung und anschließendem Sitzungsprotokoll, in dem die zu erfüllenden Aufgaben mit Verantwortlichkeit, Ergebnis und Zeitrahmen festgehalten sind. Eine Veröffentlichung erfolgt für die relevanten Bereiche des Hauses.

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.

Direktoriumssitzungen werden z. T. unter Einbeziehung weiterer fachlicher Expertise von Mitarbeitern durch den Geschäftsführer geleitet. Ergebnisse werden protokolliert und an die entsprechenden Personen weitergeleitet. Ergebnisse aus Kommissionen und nachgeordneten Sitzungen der verschiedenen Bereiche werden über Protokollverteiler an das Direktorium gegeben. Vorgaben und geplante Maßnahmen werden durch ein umfassendes Berichtswesen überprüft. Relevante Informationen und Beschlüsse werden in Rundschreiben und Aushängen veröffentlicht.

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.

Das Direktorium wird fortlaufend über die aktuellen Entwicklungen in allen Krankenhausbereichen durch ein umfassendes Berichtswesen, das Managementinformationssystem und persönliche Mitteilungen informiert. Die Informationsweitergabe ist durch die direkte Beteiligung oder Leitung der Sitzungen durch Direktoriumsmitglieder oder über Protokollverteiler gewährleistet. Zu außergewöhnlichen Vorkommnissen besteht eine Informationspflicht der Mitarbeiter. Durch aktive Mitarbeit in Verbänden erfolgt der Austausch mit andern Partnern im Gesundheitswesen.

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

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

Prinzipien der Zusammenarbeit und Führung sind in den Leitlinien verankert und in den Führungsgrundsätzen weiter präzisiert. In Zusammenarbeit mit der Mitarbeitervertretung und ggf. unter Einbeziehung externer Trainer/Supervisoren erfolgt Unterstützung bei der Lösung von persönlichen oder abteilungsinternen Fragestellungen. Mitarbeiterbefragungen, die extern ausgewertet werden, ermöglichen eine zeitnahe und geschützte Rückmeldung. Gemeinsame Veranstaltungen im festlichen Rahmen tragen zu der Entwicklung eines positiven Arbeitsklimas bei.

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.

Unsere Positionen zu ethischen Fragestellungen orientieren sich an der christlichen Trägerschaft. Persönliche, religiöse und ethische Einstellungen des Patienten werden berücksichtigt. Die Betreuung von Patienten, die nicht in der Lage sind ihre Bedürfnisse zu äußern, geschieht in enger Zusammenarbeit mit ihnen vertrauten Personen. Patientenverfügungen, -vollmachten werden berücksichtigt, Beratung bei der Erstellung über den Sozialdienst angeboten. Unterstützende Beratung in patientenorientierten Konfliktsituationen wird durch das Ethik-Forum angeboten.

5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

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

Die Begleitung schwerstkranker und sterbender Patienten wird von allen Mitarbeitern in besonderer Weise berücksichtigt. Dazu gehören das Angebot der persönlichen Begleitung, Berücksichtigung individueller Bedürfnisse, die Schmerztherapie und auf Wunsch Einbindung des ambulanten Hospizdienstes. Es steht jew. ein Andachtsraum/Kapelle zur Verfügung, die von allen genutzt werden können. Eine gesonderte Fallbesprechung zur Palliativkomplexbehandlung wurde in 2008 eingerichtet. Mehrere Mitarbeiter wurden in Palliativmedizin und -pflege qualifiziert.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

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

Angehörige können im Zimmer der Verstorbenen nach ihren Bedürfnissen Abschied nehmen. Verschiedene Ansprechpartner, wie Ärzte, Pflegemitarbeiter, Seelsorger etc. stehen auf Wunsch zur Verfügung und bieten Begleitung, Gebet und Gespräch an. In Absprache können Angehörige an der Versorgung des Verstorbenen teilnehmen. Persönliche Wünsche, z.B. Anlegen persönlicher Bekleidung oder Schmuck des Verstorbenen werden ermöglicht. Leitlinien regeln den würdevollen Umgang mit dem Verstorbenen, dabei werden die unterschiedlichen religiösen Besonderheiten berücksichtigt.

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.

Zur übergreifenden Qualitätsentwicklung sind alle Krankenhausbereiche in der fachlichen Gremienarbeit oder in den Qualitätsgremien eingebunden. Die Qualitätspolitik wird durch die Krankenhausleitung in Zusammenarbeit mit den Führungskräften des Hauses in wiederkehrenden Strategieworkshops weiterentwickelt. Befragungsinstrumente, Selbstbewertungen, z.B. nach dem KTQ-Verfahren und Teilzertifizierungen, z.B. in den Organzentren, der Speisenversorgung geben Impulse für die kontinuierliche Verbesserung der einzelnen Leistungsbereiche.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

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

Die Krankenhausführung ist im QM-Lenkungsgremium und über das Qualitätsmanagementteam in alle Prozesse involviert und übt somit die Gesamtsteuerung aus. Die Grundlage der Qualitätsziele sind die christliche Trägerschaft, die daraus abgeleiteten Leitlinien, die Patienten- und Mitarbeiterbedürfnissen sowie die gesetzlichen Anforderungen. Den Grundgedanken in allen Bereichen bildet das Bestreben nach kontinuierlicher Verbesserung. Eine Weiterentwicklung der Qualitätsziele erfolgt über Strategieworkshops, Qualitätszirkel und bereichsübergreifende Projekte.

6.2 Qualitätsmanagementsystem

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Qualitätsmanagement ist grundlegende Führungsaufgabe. Verantwortlich für den Aufbau, die Weiterentwicklung und die Überprüfung des QM-Systems ist die Stabsstelle der Qualitätsmanagementbeauftragten in direkter Anbindung an den Geschäftsführer. Zusätzlich wurde zur Erreichung der o. g. Aufgaben ein QM-Lenkungsgremium eingerichtet, in dem die Krankenhausführung aktiv mitwirkt, sowie ein Qualitätsteam, in dem berufsübergreifend alle fachlich Beauftragten und die Krankenhausbereiche vertreten sind.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

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

Die interne Qualitätssicherung ist in vielen Arbeitsbereichen etabliert. Controlling-Berichte und Leistungsstatistiken werden monatlich veröffentlicht ausgewertet und besprochen. Fachübergreifende Konferenzen, Qualitätszirkel, Projekt- und Arbeitsgruppen, Etablierung der Schmerztherapie und Maßnahmen der Arzneimittel-, Hygiene- und Transfusionskommission sind Beispiele für die fortlaufende kontinuierliche Qualitätsverbesserung.

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.

Es erfolgt eine EDV-gestützte Teilnahme an der gesetzlichen externen Qualitätssicherung. Zusätzlich erfolgt die Teilnahme an freiwilligen Maßnahmen wie z.B. "Qualitätssicherung Schlaganfall in Nordwestdeutschland" –oder dem „Benchmark des Westdeutschen Brustzentrums“
Zusätzlich werden diagnostisch-therapeutische Maßnahmen dokumentiert, ausgewertet und daraus Leistungs- und OP-Statistiken erstellt sowie Aussagen zu Alter, Erkrankungsschwere, Komplikationen, wie z.B. Sturzereignisse etc. erfasst und ausgewertet.

6.3.2 Nutzung von Befragungen

Regelmäßig durchgeführte Patienten- und Mitarbeiterbefragungen sowie Befragungen niedergelassener Ärzte werden als Instrument zur Erfassung von Patienten- und Mitarbeiterbedürfnissen und zur Verbesserung der Patientenversorgung genutzt.

Das St. Marien-Hospital nutzt unterschiedliche interne und externe Befragungsinstrumente. Die Ergebnisse ermöglichen kontinuierlich einen Einblick in den Leistungsstand der verschiedenen medizinisch, pflegerisch und verwaltungsorientierten Krankenhausbereiche aus Patienten- und Mitarbeitersicht. Die Ergebnisse werden dokumentiert, präsentiert und publiziert. Dadurch werden Stärken sichtbar und Verbesserungspotentiale zielgerichtet bearbeitet. Durch Teilnahme an vergleichenden Studien und Umfragen wird die Positionierung im Gesundheitssektor geprüft.

6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Jeder Patient kann sich mit seinen Wünschen und Beschwerden an das betreuende Personal wenden oder seine Zufriedenheit/Unzufriedenheit in einem Patientenfragebogen persönlich oder anonym äußern. Dieser wird während des Krankenhausaufenthaltes an jeden Patienten verteilt. Formlose schriftliche Eingaben werden zeitnah durch die Krankenhausleitung beantwortet und werden von den verantwortlichen Stellen bearbeitet. Die Erreichbarkeit der unabhängigen Patientenführsprecher ist in der Patienteninformation und in den Eingangshallen beschrieben und sichergestellt.

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.

Im St. Marien-Hospital sind geeignete Strukturen geschaffen worden, um die Anforderungen des § 137 SGB V zu erfüllen. Die Dokumentation der externen Qualitätssicherungsdaten erfolgt elektronisch und ist in das Krankenhausinformationssystem integriert. Die Dokumentation erfolgt durch die behandelnden Ärzte/Pflegekräfte der Fachabteilung. Das Vorgehen ist in einer Verfahrensanweisung festgelegt. Die Dokumentationsrate wird zu 100% erfüllt.

6.4.2 Umgang mit Ergebnissen der externen Qualitätssicherung

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

Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung werden in elektronischer Form bereit gestellt. Problemorientierte Ergebnisanalysen werden jährlich und auch unterjährig in den Fachbereichen durchgeführt und ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet und umgesetzt. Zu bestimmten Fragestellungen erfolgt ein strukturierter Dialog, um Abweichungen vom Bundesdurchschnitt zu klären. Bisher sind keine wesentlichen Auffälligkeiten bei uns aufgetreten. In den meisten Qualitätsindikatoren erzielen wir durchschnittliche bzw. überdurchschnittlich gute Ergebnisse.