



KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus: St. Vincenz-Krankenhaus
Institutionskennzeichen: 260510746
Anschrift: Am Busdorf 2
33098 Paderborn

**Ist zertifiziert nach KTQ[®]
mit der Zertifikatnummer:** 2014-0009 KH
**durch die von der KTQ-GmbH
zugelassene Zertifizierungsstelle:** proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft,
Frankfurt am Main

Gültig vom: 11.11.2013
bis: 10.11.2016

Inhaltsverzeichnis:

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	8
1 Patientenorientierung	9
2 Mitarbeiterorientierung	15
3 Sicherheit	17
4 Informations- und Kommunikationswesen	20
5 Führung	22
6 Qualitätsmanagement	25

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, alternative Wohnformen und Rettungsdienstleistungen.

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

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

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

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

- Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit,
- das Informations- und Kommunikationswesen,
- 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 Visitorteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren® gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft.

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

Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009. 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 **St. Vincenz-Krankenhaus in Paderborn** 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 <http://www.ktq.de/> abrufbar.

Dr. G. Jonitz
Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann
Für die Verbände der Kranken- und
Pflegekassen auf Bundesebene

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

A. Westerfellhaus
Für den Deutschen Pflegerat

Dr. med. M. Vogt
Für den Hartmannbund

Vorwort der Einrichtung

Vorwort Qualitätsbericht St. Vincenz-Krankenhaus

Die Barmherzigen Schwestern vom hl. Vincenz von Paul, Paderborn sind alleiniger Träger der St. Vincenz-Krankenhaus GmbH Paderborn.

Die Kongregation wurde 1841 von Bischof Friedrich Clemens Freiherr von Ledebur gegründet zur Pflege der Kranken und Betreuung der Armen für die Stadt und das Bistum Paderborn. Sie hat den hl. Vincenz von Paul als Ordenspatron. Mit „Antennen der Liebe“ so sagt Dom Helder Camara fing der hl. Vincenz den vielfältigen Ruf von Menschen nach Hilfe auf, sorgt sich um sie in ihrer Not und versteht es, wie kein anderer, zu unmittelbarer und tatkräftiger Nächstenliebe aufzurufen. In der Tradition dieses Heiligen stehen die Barmherzigen Schwestern.

Die meisten Notlagen werden in der heutigen Zeit durch ein breit gefächertes Netz von Sozialleistungen abgefangen. Die „Hilfebedürftigen“ von früher sind heute „Hilfeberechtigte“. In der Entstehungszeit der meisten apostolisch caritativen Ordensgemeinschaften, zu denen auch die Barmherzigen Schwestern zählen, gab es für kranke und notleidende Menschen keine Helfer außer den Helfern aus Barmherzigkeit.

Heute werden kranke, alte, pflegebedürftige, sterbende, nichtsesshafte Menschen, milieugeschädigte Kinder und Jugendliche oder Menschen in vielfältigen anderen Nöten von professionell ausgebildeten Helfern betreut, die mit ihren Dienstleistungen an diesen Menschen ihren Lebensunterhalt verdienen. Das ist auch gut so. Dennoch kann diese Hilfe verkümmern zu rechtlich abgesicherten Dienstleistungen, denen menschliche Wärme abgehen kann.

Die Barmherzigen Schwestern nehmen ihren Ordenspatron, den heiligen Vincenz von Paul sehr ernst, der sagt: *„Unser Platz ist an der Seite derer, die keinen Menschen haben.“*

Konkret bedeutet das für uns, dass wir über die fach- und sachgerecht erbrachten Dienstleistungen, über unsere zählbare Arbeitsleistung hinaus den Menschen begegnen wollen als Mitmenschen, die zuhören, die Zuspruch leisten und trösten, die ihre Zeit verschenken, die Hilflose in Schutz nehmen, die Geborgenheit und Halt schenken, die Gerechtigkeit, Menschlichkeit und Güte verwirklichen, die anderen helfen, ihre Ängste abzubauen, die Vertrauen schenken und die Menschen helfen, die auf der Suche nach dem Sinn für ihr Leben sind. Als Barmherzige Schwestern wollen wir den Menschen, denen wir begegnen, glaubhaft bezeugen, das *„Gottes innerstes Geheimnis Erbarmen ist.“* (Vincenz von Paul)

Entwicklung des St. Vincenz-Krankenhauses

Das St. Vincenz-Krankenhaus bestand bis vor kurzem aus drei Häusern, dem eigentlichen Stammhaus Am Busdorf, dem ehemaligen Landeshospital und der Frauen- und Kinderklinik. Umfangreiche Baumaßnahmen dienen der Optimierung der räumlichen Gegebenheiten, z. B. durch die Zusammenführung einzelner Standorte an zentraler Stelle – so geschehen bei der Kardiologie, der Radiologie und jetzt bei der Neurologie.

Zuletzt war das Haus im Jahre 1989 umgebaut worden, um der fachlich-medizinischen Entwicklung der Abteilungen gerecht zu werden. Schon 1983 wurde zu diesem Zweck die Landesfrauenklinik vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe in die Trägerschaft der Barmherzigen Schwestern übernommen. Umfangreiche Umbauten und Erweiterungsmaßnahmen waren erforderlich, bevor 1989 die Kinderklinik in das moderne Haus an der Husener Straße einziehen konnte.

Aufgrund der optimalen baulichen Struktur und der daraus resultierenden medizinischen Qualität wurde die Frauen- und Kinderklinik 1990 als Perinatalzentrum in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen. Frauen, bei deren Schwangerschaft ein erhöhtes Risiko für Mutter und Kind besteht, finden hier optimale medizinische Versorgung durch interdisziplinär zusammenarbeitende Abteilungen: Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Neonatologie und Anästhesie. Im Jahr 2005 wurde die Abteilung Gynäkologie als operierender Standort des kooperativen Brustzentrums Paderborn im Krankenhausplan ausgewiesen.

Bereits im 18. Jahrhundert war die Kooperation und Zusammenlegung von Krankenhäusern ein Weg, um optimalere Strukturen im Krankenhauswesen zu schaffen. Im Jahr 1879 wurden das Siechenhaus vor dem Westerntor und das Westerntor-Hospital zu einem neuen Krankenhaus verschmolzen, das spätere Landeshospital war gegründet. Es wurde an verschiedenen Standorten in Paderborn geführt und hatte ursprünglich zehn Betten.

Um eine geordnete Pflege und Verwaltung des Hauses zu gewährleisten, sollten die Betten des Landeshospitals 1825 im Gebäude des Kapuzinenklosters zusammen gelegt werden. 1841 übernahmen Vincentinerinnen die Pflege der Patienten, in erster Linie armen Kranke aus den Kreisen Paderborn, Büren, Warburg und Höxter, die früher die Landstände des Fürstbistums Paderborn bildeten (daher der Name Landeshospital). Zwar gehörte das Landeshospital zu den Anstalten, in denen schon zur Zeit, als die Chirurgie noch in den Windeln lag, die Kranken chirurgisch behandelt wurden. Es soll sich geradezu um eine Bildungsstätte für den Ärztenachwuchs in der preußischen Monarchie gehandelt haben. Doch reichten die Kapazitäten nicht aus.

Um der schlechten Versorgung von Kranken in der Region Abhilfe zu schaffen, entschloss sich die Ordensleitung der Vincentinerinnen zu Beginn des 20. Jahrhunderts, ein eigenes Krankenhaus neben dem Mutterhaus zu erbauen. Dem Krankenhaus wurde eine Krankenpflegeschule angegliedert. Am 15. September 1900 wurde der Grundstein gelegt, rund ein Jahr später konnte das Krankenhaus mit ca. 100 Betten eingeweiht werden.

Mit der Fertigstellung des St. Vincenz-Krankenhauses wurden die medizinischen Aufgaben neu verteilt. Im Landeshospital waren die Fachgebiete Nervenheilkunde (Psychiatrie und Neurologie, heute Neurologie) Orthopädie, Augenheilkunde und Hals-Nasen-Ohrenheilkunde vertreten.

Am 24. März 1945 wurde das St. Vincenz-Krankenhaus von zahlreichen Brandbomben getroffen und brannte nahezu völlig aus, war aber bereits 1948 in Stand gesetzt, wieder mit 100 Betten. Nun begann die medizinische Spezialisierung des Hauses. In der Abteilung für Inneren Medizin wurde ein Schwerpunkt Kardiologie etabliert, schon 1948 wurde die EKG-Registrierung eingeführt.

Auch das Landeshospital wurde nach dem Zweiten Weltkrieg von den beteiligten Kreisen wieder aufgebaut. Um die Aufgaben bei der Versorgung der Kranken sinnvoll zu verteilen, wurde zum Oktober 1952 ein treuhänderischer Vertrag über die Verwaltungs- und Unterhaltungsaufgaben der Schwestern für das Landeshospital geschlossen. Bisher waren im Landeshospital die Abteilungen Neurologie und die Belegabteilungen für Augenheilkunde und Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie vertreten.

Erstmals zwischen 1952 und 1954 wurde eine bauliche Erweiterung des St. Vincenz Krankenhauses nötig. Ein neuer Trakt mit 150 Betten für die chirurgische Abteilung entstand. Gleichzeitig konnte die Säuglings- und Kinderklinik von der Landesfrauenklinik in die neu errichteten Räumlichkeiten des St. Vincenz-Krankenhauses übersiedeln. 1969 wurde eine eigenständige Abteilung für Anästhesie eingerichtet. Die erste Dialyse wurde im Januar 1974 erfolgreich durchgeführt. Vier Jahre später wurde die chirurgische

Abteilung in eine Abteilung für Allgemein- und Visceralchirurgie und eine spezielle unfallchirurgische Abteilung aufgeteilt.

Die notwendige medizinische Subspezialisierung des Krankenhauses wurde weiter entwickelt. 1987 wurde die kardiologische Abteilung in die Klinik für Innere Medizin integriert und der Schwerpunkt Gastroenterologie etabliert. Im selben Jahr wurde auch die Radiologische Abteilung eröffnet und das Zeitalter der Medizinisch-technischen Großgeräte im St. Vincenz-Krankenhaus eingeläutet. Gemäß Krankenhausplan des Landes NRW wurde das Krankenhaus ausgewiesener Standort für Kernspintomographie (NMR), Computertomographie (CT), Digitale-Subtraktionsangiographie (DAS), einen Linksherzkathetermessplatz (LHKM) und ein Bestrahlungsgerät (Cobalt).

Die größte Umbaumaßnahme geschah nun in den Jahren 2011 bis 2013. Das Haupthaus Am Busdorf wurde so erweitert, dass die Klinik für Neurologie und die Belegabteilung mit an den Standort geholt werden konnten. Die Zahl der Standorte des St. Vincenz-Krankenhauses reduziert sich damit von drei auf zwei. Somit bleiben vielen Patienten aufwändige Transporte zwischen den Häusern erspart.

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

1.1 Rahmenbedingungen der Patientenversorgung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Koordination und Vorbereitung der stationären Behandlung obliegt den jeweiligen Fachabteilungen. Die Fachabteilung hat ein bestimmtes Bettenkontingent. Die Terminvergabe zur stationären Behandlung erfolgt bei Anmeldung durch den Hausarzt, den Patienten selber oder in den Sprechstunden der Fachrichtungen. Kriterien für die Terminvergabe sind medizinische Indikation und Kapazitäten des Krankenhauses. Wochenpläne der elektiven Patienten werden an die betreffenden Stationen und administrativen Aufnahmen weitergeleitet. Ist der Patient bekannt, werden vorhandene Informationen schon im Vorfeld bereitgestellt.

Bei der Anmeldung des Patienten durch den Hausarzt erfolgt die Abstimmung des Aufnahmetermins telefonisch. Wurde der Patient im Vorfeld der stationären Behandlung schon ambulant behandelt, bekommt der Hausarzt eine schriftliche Mitteilung über die geplante Aufnahme des Patienten. Einweiser werden um Mitsendung von Vorbefunden und einer Verordnung der Krankenhaus-Behandlung gebeten.

1.1.2 Leitlinien

Die Abteilungen sind angehalten eine leitlinienorientierte Therapie durchzuführen. In der Allgemeinchirurgie existieren Behandlungspfade und Handlungsanweisungen z.B. zu Erkrankungen und Thromboseprophylaxe, perioperativen Antibiotika-Management. Auf Anweisung des Chefarztes der Allgemeinchirurgie wird Literatur aus die gängigen Fachzeitschriften im Sekretariat gesammelt und an den Ärztlichen Dienst verteilt, der Erhalt durch Gegenzeichnen quittiert. In der Medizinischen Klinik 1 existieren Behandlungspfade bezüglich antibiotischer Therapie wichtiger Krankheitsbilder. In der Gynäkologie existieren im Brustzentrum sowie in der Geburtshilfe Behandlungspfade, die jährlich überarbeitet werden. Die Stationen besitzen Ordner, worin sich die gynäkologischen Leitlinien befinden. Im Rahmen der 2x pro Woche stattfindenden Tumorkonferenz wird die leitliniengerechte Therapie reflektiert. Bei der Tumorkonferenz des Darmzentrums wird die leitliniengerechte Therapie interdisziplinär diskutiert und modifiziert. Generell werden Leitlinien im ständigen Fluss unter Federführung der Chefarzte überprüft. In der Stroke Unit existieren Pflegestandards für Patienten mit Schlaganfällen.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

In den Führungsgrundsätzen für die St. Vincenz-Krankenhaus GmbH liegt der Auftrag sicherzustellen, dass der Patient die nötige Hilfe in Form menschlicher, pflegerischer und ärztlicher Dienste aus unserem Selbstverständnis erhält. Dabei unterstützen die aktuellen Leitlinien sowie unser Pflegeleitbild. Beratend zur Seite stehen dem Patienten der Sozialdienst, die Seelsorge sowie der Patienten-Fürsprecher. Mit dem Patienten wird ein Behandlungsvertrag abgeschlossen.

Wir orientieren uns am Patientenrecht und an den Wünschen des Patienten. Bereits im Rahmen der ärztlichen Anamneseerhebung wird nach der Existenz einer Patientenverfügung gefragt und als in der Patientenakte dokumentiert.

Der Patient wird vor einer medizinischen Maßnahme ausführlich informiert und aufgeklärt. Nach Abschluss des Aufklärungsgespräches erhält der Patient eine Kopie des Dokumentes. Zeitpunkt und Ausmaß des Gespräches orientieren sich an den gesetzlichen Vorgaben.

Die Mitarbeiter wurden im Umgang mit einer Patientenverfügung innerbetrieblich fortgebildet. Bei der Umsetzung des Expertenstandards Entlassungsmanagement wurde der Umgang mit der Patientenverfügung geschult. Das Dokument wird in der Patientenakte hinterlegt.

1.1.4 Service, Essen und Trinken

Es existiert eine Agenda zur Speiserversorgung, die mit dem Pflegedienst und dem Verpflegungsleiter abgesprochen ist (Agenda ist in der Küche einzusehen). Ein Zeitplan regelt die Speiserverteilung für die einzelnen Stationen.

Der Einsatz eines elektronischen Menübestellsystems stellt sicher, dass die Patienten täglich differenzierte Essenswünsche abgeben können. Die Speiserversorgung orientiert sich an den medizinischen Notwendigkeiten, sowie an den Wünschen des Patienten.

Bei einer auf die Erkrankung abgestimmten besonderen Ernährung besteht die Möglichkeit über ein Anforderungsformular den Kontakt zu den Diätassistenten herzustellen und in Absprache individuelle Menü- und Speisepläne zu erstellen.

Durch die Verpflegungsassistentinnen erfolgt die Essensbestellung für den Patienten individuell mittels elektronischer Menüfassung. Dabei können auch kurzfristige Änderungen berücksichtigt werden. Die Küche stellt für den Patienten die entsprechende Kost bereit. In Haus 1 wird der Induktions-Essenswagen morgens vom Zentralen Transportdienst auf die Stationen gebracht. Der mit Induktionsgeschirr ausgestattete Wagen entspricht den gesetzlichen Vorschriften der Lebensmittelhygiene Verordnung (LMHV). In Haus 3 werden die Wagen von einem Transportdienst zu den vereinbarten Übergabepunkten der Häuser geliefert, vom Pflegedienst abgeholt und zurückgebracht.

1.1.5 Kooperationen

Der fachliche Austausch der am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen findet bei den täglichen Visiten oder situativ bei gezielten Fragestellungen statt. Interdisziplinäre Fallbesprechungen, Tumorkonferenz sowie definierte Ansprechpartner für das Konsiliarwesen bieten regelmäßig Gelegenheit für kollegiale Gespräche. Die Anforderung von Konsilien erfolgt schriftlich. Bei dringlichen Konsilien erfolgt vorab eine telefonische Information an den Untersucher. Verantwortlich ist die anfordernde Disziplin.

Neben dem standardisierten Konsiliarschein werden fachliche Problemstellungen im kollegialen Dialog direkt beim Patienten oder telefonisch geklärt.

Interdisziplinäre Fallbesprechungen finden mittwochs auf der Kinder-Intensivstation (Gynäkologe, Hebamme, Pädiater) statt; Tumorkonferenz (2x wöchentlich zwischen Pathologen, Radiologen, niedergelassenen Gynäkologen, Strahlentherapie, Onkologen); Kreißsaalvisite (Geburtshelfer, Hebamme) jeden Morgen.

1.2 Notfallaufnahme

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Ziel ist die ständige Aufnahmebereitschaft der Ambulanzen durch ärztliche und pflegerische Dienstplanung. Nach dem Erstkontakt durch Arzt und Pflegepersonal erfolgt die ärztliche und pflegerische Aufnahmeuntersuchung mit Festlegung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Zuständig dabei ist der Aufnahmearzt in Verbindung mit dem zuständigen Oberarzt, der als Facharzt verfügbar ist. Die Pflegeplanung erfolgt durch die aufnehmende Pflegekraft.

Für spezielle Situationen z. B. Polytrauma stehen Notfall-Alarmierungskräfte zur Verfügung. Durch Anmeldung durch die Leitstelle wird sichergestellt, dass der Patient aufgenommen werden kann und die notwendigen Mitarbeiter vor Ort sind. Angehörige werden bei Einverständnis des Patienten in den Aufnahmeprozess einbezogen. Die Aufnahmebereitschaft wird durch die ärztlichen und pflegerischen Dienstpläne der einzelnen Abteilungen sichergestellt. Für die Aufnahmen stehen für die Medizinische Klinik 1 und 2 sowie für die Neurologie eine gemeinsame Ambulanz zur Verfügung, ebenso für die Allgemeinchirurgie und Unfallchirurgie. Gynäkologie und Pädiatrie haben jeweils eigene Ambulanzen. In den Ambulanzen besteht eine 24-Stunden-Bereitschaft.

1.3 Ambulante Versorgung

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Die Notfallambulanzen in beiden Betriebsstätten sind rund um die Uhr besetzt und können in Notfällen aufgesucht werden. Die Ambulanzen, die Röntgenabteilung und das externe Labor sind 24 Stunden durch den ärztlichen Dienst und den Pflegedienst besetzt. Für die Fachrichtungen befinden sich Fachärzte im Haus oder in Bereitschaft. Notfallaufnahmen, die mit dem Rettungsdienst gebracht werden, kommen in den Ambulanzen direkt in einen Behandlungsraum. Notfälle werden von den Leitstellen der Feuerwehr direkt in den Ambulanzen vorab angekündigt. Spezielle Untersuchungsräume werden freigehalten und zusätzliche Ärzte (Oberarzt Anästhesie und ärztlicher Dienst anderer Fachrichtungen) können in die Ambulanz gerufen werden. Je nach Schwere der Erkrankung / Verletzung werden Notfälle von den Leitstellen der Feuerwehr direkt in den Ambulanzen angekündigt. Die Ambulanzen sind hochwertig ausgestattet und erlauben eine fachgerechte Versorgung

1.3.2 Ambulante Operationen

Die Patienten werden über unterschiedliche Spezialsprechstunden für den ambulanten OP-Bereich terminiert. Die Planung der Operationen obliegt im ärztlichen Dienst dem jeweiligem Chefarzt der operativen Kliniken (einschl. Anästhesie) Es gibt im Haus 1 ein OP-Zentrum (Anlaufzentrum präoperativ) für die operierenden Fächer. Von hier aus wird die Verteilung in die einzelnen OP's gesteuert. Im Haus 3 wird dieses über die Station organisiert.

Im Ambulanten OP-Zentrum wird von 6.30 Uhr bis 17.00 Uhr eine Überwachungseinheit mit 7 Patientenbetten vorgehalten. Diese Überwachungseinheiten werden nach der Aufwachraumphase genutzt. Im Haus 3 werden die Patienten postoperativ auf den Stationen überwacht. Bei Schmerzen wird durch eine Skala der Schmerzgrad ermittelt. In dieser Überwachungseinheit wird der Pat. bis 17.00 Uhr durch einen qualifizierten Mitarbeiter betreut.

1.4 Stationäre Versorgung

1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Die Abteilungen sind angehalten eine leitlinienorientierte Therapie durchzuführen. Durch Standards wie Antibiotikarichtlinien, Expertenstandards, Pflegestandards, Leitlinien und hausinterne Richtlinien wird eine optimale Behandlung und Pflege der Patienten gemäß dem Leitbild sichergestellt.

Die erstellten Leitlinien haben Weisungscharakter, Abweichungen werden mit den entsprechenden Oberärzten/Chefärzten abgesprochen. Im Bauchzentrum wurden 2007 Behandlungspfade bezüglich des kolorektalen Karzinoms entwickelt. Leitlinien für Schmerztherapie sind auf den chirurgischen und gynäkologischen Stationen einzusehen. Durch die Anästhesieabteilung im Hause wurden 2 getrennte Leitlinienpakete für die Chirurgie und die Gynäkologie entwickelt. Koordination und Vorbereitung der stationären Behandlung obliegt den jeweiligen Facharzt.

Für die einzelnen Fachärzte sind Patientenpfade, Algorithmen und Leitlinien im Intranet hinterlegt.

Für häufige Krankheitsbilder existieren Behandlungspfade, z.B. in der Allgemeinchirurgie das Vorgehen bei Gallenwegs- und Schilddrüsenerkrankungen und im Darmzentrum für das kolorektale Karzinom. Als Standards in der Unfallchirurgie sind die Nachbehandlungen für Hüft- und Knieprothesen, Radiusfrakturen, Fibulafrakturen und hüftgelenksnahe Femurfrakturen etabliert und unter Dokumente Unfallchirurgie im Intranet hinterlegt.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Für die Patienten wird die therapeutische Prozessplanung unter Berücksichtigung der aktuellen Leitlinien, Behandlungspfaden und Therapiestandards vorgenommen. Verantwortlich für die diagnosebezogene Planung der Therapie ist der Chefarzt einer Abteilung. Die pflegerische Planung erfolgt anhand eines standardisierten Patienten-Begleitbogens, in denen die nationalen Expertenstandards Dekubitus, Sturz und Entlassung integriert sind. Die Verantwortlichkeit der Durchführung liegt bei dem Pflegedirektor und durch Delegation bei der Teamleitung/Stationsleitung.

Die Festlegung der geplanten therapeutischen Maßnahmen erfolgt, in den jeweiligen Abteilungen, durch die bestehenden Behandlungspfade und Leitlinien. Die nationalen Expertenstandards Dekubitus, Sturz und Entlassung und Pflege von Menschen mit chronischen Wunden sind umgesetzt. Die Erhebung erfolgt in den ersten 24 Stunden nach der Aufnahme. Die Dokumentation erfolgt auf standardisierten Bögen. Der nationalen Expertenstandards Schmerz ist in der Erarbeitung.

1.4.3 Operative Verfahren

Ziel ist ein geregelter sicherer Ablauf der operativen Verfahren.

Die Operationsindikationsstellung erfolgt durch einen Facharzt der operativen Abteilung. Die Anästhesievorbereitung erfolgt durch einen Assistenzarzt der Anästhesie, ggf. bei Bedarf durch einen Oberarzt. Voruntersuchungen werden bei der Prämedikation nötigenfalls veranlasst.

Um den aktuellen Stand des Wissens zu entsprechen, nehmen die Mitarbeiter der beteiligten Abteilungen regelmäßig an abteilungsinternen, abteilungsübergreifenden und externen Fortbildungen teil.

Die Operationsindikation wird in den operativen Abteilungen durch einen Facharzt gestellt und der Name des Facharztes im OP-Programm hinterlegt. Notwendige Vor-

untersuchungen werden durchgeführt, bevor eine OP-Freigabe erfolgt. Bei Anästhesievorbereitung werden ebenfalls notwendige Voruntersuchungen festgelegt. Der Ablauf wird mit Checklisten überprüft, bevor der Patient in den OP eingeschleust wird.

1.4.4 Visite

In manchen Abteilungen gibt es feste Visitenzeiten. Die Zeiten richten sich nach dem Bedarf der an der Visite beteiligten Personen. Überschneidungen mit z.B. Mahlzeiten oder diagnostischen/ pflegerischen Maßnahmen werden hierbei weitestgehend vermieden. Die Visiten der Oberärzte und Chefärzte finden ebenfalls in einem festen Rhythmus statt. Beim Ablauf der Visite wird auf die Intimität des Patienten Wert gelegt, so dass vertrauliche Gespräche ermöglicht werden. Arzt und Pflege bereiten eine Visite grundsätzlich durch kurze Vorgespräche vor.

Nach der Vorbereitung und Absprache zwischen Ärzten und Pflegepersonal gehen die beteiligten Personen systematisch durch die Zimmer. Der Arzt legt schriftlich auf dem jeweiligen Anordnungsbogen, nach Absprache mit dem Patienten Therapieänderungen und weitere Diagnostik fest. Das Pflegepersonal wird in diesen Prozess mit einbezogen.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Um die notwendige Aufenthaltsdauer für den Patienten möglichst kurz zu halten, werden viele Untersuchungen vorstationär erbracht. Die Entscheidung über eine prästationäre oder teilstationäre Behandlung trifft der behandelnde Aufnahmearzt bei der Erstuntersuchung in Rücksprache mit einem zuständigen Oberarzt oder Chefarzt. Die Planung der Indikationsstellung für Diagnostik und Therapie, die Abläufe und Zeitziele entsprechen dem Standard der stationären Pfade. Die Planung einer poststationären Behandlung erfolgt bei Entlassung.

Teil- und prästationäre Maßnahmen werden in der jeweiligen Sprechstunde oder in der Notaufnahme geplant und bereits terminiert. Die Abteilungen bieten spezielle Sprechstunden an. Die Sprechstunden sind durch einen Oberarzt, Chefarzt aber mindestens Facharzt besetzt.

1.5 Übergang in andere Bereiche

1.5.1 Entlassung

Die Vorgehensweisen sind laut unserem Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ geregelt.

Bei den zu entlassenden Patienten wird mit dem Patient und/ oder Angehörigen, dem ärztlichen Dienst, dem Pflegedienst, Sozialdienst oder weiterbetreuenden Institutionen die Entlassung besprochen.

Bereits im pflegerischen Erstkontakt erfolgt mit Hilfe des Entlassungsplans eine Einschätzung des poststationären Pflegebedarfs innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme.

Im pflegerischen Erstkontakt wird der Patienten-Begleitbogen unter Einbeziehung des Patienten und/ oder Angehörigen ausgefüllt. Hierdurch erfolgt eine Einschätzung des poststationären Versorgungsbedarfs innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme.

Im Rahmen der zertifizierten Zentren erfolgt zusätzlich innerhalb des Behandlungsteams kollegialer fachlicher Austausch und eine gezielte Absprache hinsichtlich der Weiterversorgung nach stationärer Entlassung.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

In den zertifizierten Zentren wird der Weiterversorgungsbedarf im Behandlungsteam wöchentlich in einer festen Besprechung ermittelt und die beteiligten Berufsgruppen organisieren die notwendige Weiterversorgung in Absprache.

In der ärztlichen und pflegerischen Ersteinschätzung und im weiteren stationären Verlauf wird während der Visiten der poststationäre Weiterversorgungsbedarf ermittelt, um eine lückenlose Behandlungs- und Pflegekontinuität des Patienten sicherzustellen. Vorgehensweisen sind in unserem Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ geregelt.

Im pflegerischen Erstkontakt wird der Patienten-Begleitbogen unter Einbeziehung des Patienten und/ oder Angehörigen ausgefüllt. Hierdurch erfolgt eine Einschätzung des poststationären Versorgungsbedarfs innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme.

1.6 Sterben und Tod

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Nach dem christlichen Selbstverständnis des St. Vincenz-Krankenhauses, gehört die Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen zu den zentralen Aufgaben des Hauses.

Der ärztliche Dienst hat die Möglichkeit, zur Linderung der Schmerzen des Patienten die Anästhesie im Zuge eines Schmerzkonsils hinzuzuziehen. Um die Möglichkeiten der Palliativmedizin vollständig nutzen zu können – das Haus verfügt über drei Ärzte mit der Zusatzqualifikation Palliativmedizin-, wird bei Bedarf die Abteilung für Palliativmedizin eines benachbarten Krankenhauses konsultiert oder eine Verlegung in das Hospiz der Kongregation angestrebt.

Im pflegerischen Erstkontakt mit den Patienten und Angehörigen fragen die Pflegefachkräfte nach vorhandenen Patienten-Verfügungen und dokumentieren diese auf dem Patienten-Begleitbogen, um den schriftlich fixierten Patienten-Willen präsent zu haben. Auch in der ärztlichen Anamnese werden Patienten-Verfügungen, Vorsorgevollmachten, gesetzliche Betreuungen und ggf. Gesprächsprozesse mit den Beteiligten, zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens erfasst und dementsprechend im weiteren Verlauf berücksichtigt.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Die Versorgung verstorbener Patienten ist für die beteiligten Berufsgruppen durch einen hausinternen Standard „Umgang mit Verstorbenen“ geregelt.

Bei Fehl- und Totgeburten werden die Leitlinien zur „stillen Geburt“ angewendet. Der Begleitbogen zur „stillen Geburt“ wird zur Orientierung und als hausinternes Kommunikationsmittel genutzt.

Der Verstorbene wird von den Pflegefachkräften und nach Möglichkeit unter Einbezug der Angehörigen würdevoll versorgt und gepflegt. Detailliertere Angaben zu Pflegehandlungen sind im Standard zum Umgang mit Verstorbenen beschrieben. Gläubigen anderer Glaubensrichtungen wird die Ausübung verschiedener Rituale mit Unterstützung der Seelsorge in der Prosektur ermöglicht.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1 Personalplanung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Im Pflegedienst stellen monatliche Besprechungen der Pflegedirektion mit den Stationsleitungen einen Austausch über Personalbedarf sicher, andere Abteilungen planen den konkreten Personalbedarf mit der Geschäftsführung. Zugrunde gelegt werden die Stellenschlüssel der einzelnen Berufsverbände, Fachgesellschaften, die Fallzahlen der Abteilung sowie Rückmeldungen der Abteilungen über Auslastung. Die Fluktuations- und Ausfallquote findet ebenfalls jährlich Berücksichtigung bei der Personalplanung.

Ein Projekt zur Implementierung eines Transportdienstes wurde aufgesetzt. Pflegestellten werden unter anderem über Pflege-Personal-Regelungs-Daten ermittelt, Teamleitungen werden in die Personalplanung mit einbezogen.

2.2 Personalentwicklung

2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Die Personalentwicklung richtet sich nach den allgemeinen und den individuellen Anforderungen der einzelnen Berufsgruppen sowie nach der Organisationsentwicklung des Krankenhauses. Im ärztlichen Bereich bestimmt die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer die Personalentwicklung der jeweiligen Fachgebiete. Das Leitbild des Krankenhauses und die darin enthaltenen Führungsgrundsätze fordern eine bedarfsgerechte Förderung der Aus-, Fort und Weiterbildung der Mitarbeiter, nicht nur in fachlicher, sondern auch in ethischer und religiöser Hinsicht.

Die strategische Ausrichtung der Personalentwicklung wird seitens der Geschäftsführung und der Betriebsleiter festgelegt. Kurz- und mittelfristige Qualifikationsnotwendigkeiten werden durch Leitungskräfte festgelegt und bei Bedarf in einzelnen Gremien thematisiert.

Mitarbeitern wird die Möglichkeit der Fort- und Weiterbildung gegeben. Eigeninitiativen werden finanziell und zeitlich unterstützt, wenn Sie dem Krankenhaus in der Qualitätssicherung unmittelbar oder mittelbar nützlich sind.

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Ziel für neue Mitarbeiter ist, dass sie eine umfassende Einarbeitung erhalten, in der sie die ideellen Ziele der Dienstgemeinschaft, die Umsetzung des Leitbildes in der täglichen Arbeit und im Umgang miteinander sowie eine fundierte Heranführung an ihren Arbeitsbereich erleben. Verantwortlich für die Einarbeitung sind die jeweiligen Abteilungsleitungen und für den Pflegedienst die Team- bzw. Funktionsleitungen. Die Aufgabe kann vom Vorgesetzten an Mitarbeiter delegiert werden.

Am ersten Werktag eines Quartals erhalten die neuen MA eine gemeinsame Einführung. Diese beginnt mit einem Wortgottesdienst. Anschließend stellt die Betriebsleitung Krankenhausstrukturen, Führungsverantwortliche, Abteilungen aktuelle Zahlen und die geplante Weiterentwicklung des Krankenhauses vor.

2.2.3 Ausbildung

Dem St. Vincenz-Krankenhaus sind eine Kranken-, eine Kinderkranken- und eine Hebammenschule angegliedert. Die Ausbildungen enden mit der staatlichen Prüfung. Lehrende in der Schule und Praxisanleiter erfüllen einen gemeinsamen Ausbildungsauftrag. Ein Praxisanleiter ist neben der Stationstätigkeit an zwei Tagen/Woche in der Schule tätig und dort auch in Teilzeit angestellt. Die curricular geplanten Lernerfolgskontrollen werden durchgeführt. Es finden im Laufe der Ausbildung mindestens 3 Praxisbegutachtungen durch Lehrer statt. Die Lernaufgaben werden von den Praxisanleitern gegengezeichnet und von den Bezugslehrern begutachtet.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Die Verpflichtung, Mitarbeitern Fort- und Weiterbildung zu ermöglichen, um eine bestmögliche medizinische und pflegerische Versorgung der Patienten zu sichern, ist Ziel unseres Krankenhauses und im Leitbild verankert. Für die systematische Fort- und Weiterbildung im Pflegedienst sind der Pflegedirektor und der Bildungsreferent verantwortlich. Für den ärztlichen Bereich liegt die Verantwortung beim jeweiligen Chefarzt. Bei der Themenwahl bezüglich Fortbildungen werden Anregungen und Wünsche, aktuelle Entwicklungen und Wissensdefizite berücksichtigt. Hierzu haben die Mitarbeiter u.a. die Möglichkeit, nach der Fortbildungsveranstaltung auf dem Evaluationsbogen entsprechende Wünsche zu äußern. Außerdem wird in dem Fortbildungsheft darauf verwiesen, dass die Möglichkeit besteht, sich mit Wünschen oder Anregungen direkt an den Pflegedirektor oder Bildungsreferent zu wenden.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Um die Verantwortung der Führungskräfte deutlich zu machen, wurden Führungsgrundsätze erarbeitet. Diese sind Bestandteil des Leitbildes. Im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung werden Führungskräfte geschult ihre Aufgaben entsprechend wahrzunehmen. In den regelmäßigen Mitarbeitergesprächen können die Mitarbeiter Rückmeldung zum Führungsverhalten geben.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Grundlage für die Arbeitszeitregelung sind die Arbeitsvertragsrichtlinien des deutschen Caritas-Verbandes in der jeweils gültigen Fassung. Regelarbeitszeiten sind in den einzelnen Abteilungen konkret benannt, mit dem Ziel, den Betrieb des Krankenhauses sicherzustellen.

Die Arbeits-, Urlaubs- und Fehlzeiten werden im elektronischen Dienstplan verwaltet.

2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Im Leitbild wird die Bedeutung des Engagements und der Eigeninitiative der Mitarbeiter sowie eines guten Arbeitsklimas betont. Der Mitarbeiter hat die Möglichkeit, Anregungen und Verbesserungsvorschläge einzubringen. Auch werden über das Maß hinausgehende Leistungen honoriert. Ein schriftlich fixiertes Verbesserungsvorschlagswesen ist implementiert.

Bei positiv beurteilten Vorschlägen, aus dem Gremium des Verbesserungsvorschlagswesens, werden diese an die entsprechende Abteilungsleitung weitergegeben, diese sorgt für eine Umsetzung.

3 Sicherheit

3.1 Schutz- und Sicherheitssysteme

3.1.1 Arbeitsschutz

Der Arbeitgeber wird von der Fachkraft für Arbeitssicherheit über Änderungen im Arbeitsschutzrecht informiert. Dies geschieht in der Regel in den Arbeitsschutzausschusssitzungen.

Die Ergebnisse der regelmäßigen Begehungen der Stationen und Abteilungen werden in Maßnahmenkatalogen festgehalten. Diese Maßnahmenkataloge werden an die Verantwortlichen zur Beachtung und Umsetzung der Maßnahmen weitergeleitet. Darüber hinaus hält die Fachkraft für Arbeitssicherheit die Maßnahmen in einer Datenbank fest und beobachtet deren Umsetzungen.

3.1.2 Brandschutz

Der bauliche Brandschutz wird bereits bei Baumaßnahmen von Architekten in Abstimmung mit der örtlichen Feuerwehr geplant. Die Flucht- und Rettungswege und damit auch die Kennzeichnungen werden ebenfalls bei Bauplanung von Architekten festgelegt. Die Brandschutzbelehrungen und -übungen werden für jedes Jahr an mehreren Tagen geplant, die Teilnahme für die Mitarbeiter ist verpflichtend. Im Katastrophenschutzplan ist die Alarmierungskette für den Telefondienst genau festgelegt.

3.1.3 Umweltschutz

Umweltschutz, Energieeffizienz, Nachhaltigkeit und Klimaschutz gehören zu den gesetzten Zielen im St. Vincenz-Krankenhaus. Darin entwickelte Aussagen des ökologischen Umganges mit den Ressourcen fließen in alle Planungs- und Baumaßnahmen ein.

Deren Umsetzung und Fortschreibung erfolgt durch die Technische Abteilung. Durch verschiedene Ausarbeitungen, Studien und vor Ort durchgeführte Ingenieurarbeiten sind dem Krankenhaus Einspar- und Umweltkonzepte aufgezeigt worden. Die aktive Bearbeitung des Umweltschutzes erfolgt anhand von Energieeinsparkonzepten im Wasser und Energieverbrauch

Die Entsorgung von Abfällen und wieder verwertbaren Stoffen ist schriftlich geregelt und den Abteilungen zugänglich. genauso, wie in der Abfallvermeidung.

3.1.4 Katastrophenschutz

Das St. Vincenz-Krankenhaus sieht sich in einer gemeinsamen Verantwortung mit den Behörden, den anderen Krankenhäusern und sonstigen im regionalen Gesundheitswesen beteiligten Institutionen und Personen, für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung, insbesondere bei Großschadensereignissen. Es sind die Voraussetzungen geschaffen, dass auch eine größere Zahl von Verletzten oder Erkrankten Hilfe erhalten kann.

Zur Sicherung der organisatorischen Abläufe im Schadensfall hat das Krankenhaus einen Einsatz- und Alarmplan erarbeitet und mit der Katastrophenschutzbehörde abgestimmt. Der Plan ist der Geschäftsführung, der Betriebsleitung und den verantwortlichen Chefarzte zur Kenntnis gegeben.

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Für die nichtmedizinischen Notfallsituationen sorgt ein Konzept, in das der technische Dienst rund um die Uhr eingebunden ist. Verantwortlich hierfür ist der technische Leiter. Außerhalb der normalen Arbeitszeit steht ein technischer Bereitschaftsdienst zur Verfügung, welcher über einen Bereitschaftsplan geregelt wird. Bei nichtmedizinischen Notfallsituationen können während der Dienstzeit Mitarbeiter des technischen Dienstes über Telefone direkt verständigt oder telefonisch angefordert werden. Außerhalb der Dienstzeit ist der Bereitschaftsdienst über die Pforten anzufordern.

3.2 Patientensicherheit

3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Patienten, die aufgrund ihres Krankheitsbildes sich selbst oder andere gefährden, werden im Krankenhaus so betreut, dass Gefahrensituationen vermieden werden, d. h. aufsichtspflichtige Patienten, z. B. Kinder, Demente, werden zur Gewährleistung ihrer Sicherheit in Zimmern nahe dem Stationszimmer untergebracht. Der strukturierte Beobachtungsprozess beginnt sowohl mit der medizinischen als auch mit der pflegerischen Anamnese direkt bei der Aufnahme des Patienten. Die Fortsetzung der Beobachtungen ist während des gesamten stationären Aufenthaltes gegeben.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Das erarbeitete Konzept umfasst die allgemeine und spezielle standardisierte Notfallausrüstung der jeweiligen Bereiche, das Vorgehen bei Reanimationen, Schulungen, Checklisten und Fotodokumentation zur Ausstattung. Der Aufbewahrungsort der Notfallausrüstung auf den Stationen und Bereichen ist den Mitarbeitern bekannt, wird in den Basic Life Support Schulungen aufgesucht, der Zugang zur Notfallausrüstung und Notfallmedikation ist sichergestellt.

3.2.3 Hygienemanagement

Für die gesamten Belange im Krankenhaus zum Thema Hygiene sind der ärztliche Direktor und die Geschäftsführung verantwortlich in der weisungsbefugten Organisation und Hierarchie. Die Hygienefachkräfte üben ihre Tätigkeit als Zuarbeiter aus den oben genannten Personen und haben eine beratende Funktion. Sowohl der Hygienebeauftragte als auch die Hygienefachkraft sind in Fachfragen zur Hygienethematik den Weisungen des Ärztlichen Direktors und dem Krankenhaushygieniker unterworfen. Die Hygienefachkraft ist wegen ihrer hauptamtlichen Funktion nicht dem Hygienebeauftragten nachgeordnet, sondern erfährt durch diesen Unterstützung in der Kommissions- und Tagesarbeit.

3.2.4 Hygienerrelevante Daten

Die Regelung zur Meldung erfolgt mündlich per Telefon oder durch die tägliche Sichtung der Befunde durch die Hygienefachkraft. Die Erfassung der meldepflichtigen Erreger nach §23 IfSG wird von den Hygienefachkräften in eine Liste eingetragen und mit Bemerkungen hinterlegt. In der sogenannten Linelist sind die relevanten Daten zum Aufenthalt und Erregerstatus des Patienten erfasst. Somit können nosokomiale Infektionen schnell erkannt und weitere Verbreitungen vermeiden werden.

3.2.5 Infektionsmanagement

Die Maßnahmen beruhen auf den Vorgaben und Ausarbeitungen des Robert Koch-Instituts oder medizinischen Expertenstandards. Das Infektionsschutzgesetz wird immer als Grundlage zur Ausarbeitung und Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben genutzt. Ebenso weitere wichtige Gesetze sind das Medizinproduktegesetz und die Medizinproduktegesetz Betreiberverordnung, die Lebensmittelhygieneverordnung und die Trinkwasserverordnung.

Diese Vorgaben sind im Hygieneplan hinterlegt und werden im zwei Jahre Turnus überarbeitet. Bei Neuerungen werden diese Informationen mittels Intranet und Multiplikator an die Mitarbeiter weitergegeben.

3.2.6 Arzneimittel

Die Planungen zur Bereitstellung von Arzneimitteln verfolgen das Ziel der Gewährleistung von Sicherheit und Wirtschaftlichkeit bei der Anwendung der Präparate. Aspekte, die zu dessen Erreichung zu berücksichtigen sind, werden in den Sitzungen der Arzneimittelkommission oder in projektbezogenen Gremien mit Vertretern von ärztlicher und pflegerischer Seite diskutiert. Die Beschaffung der Arzneimittel erfolgt gemäß den gesetzlichen Regelungen über die Apotheke des Krankenhauses. Ein Wechsel von Präparaten erfolgt unter Berücksichtigung der o.g. Aspekte und gleichzeitig vor dem Hintergrund einer Sicherstellung der lückenlosen Versorgung mit Arzneimitteln.

Die Mitarbeiter werden im Rahmen der Einarbeitung auf die Abläufe des Bestellwesens hingewiesen. Grundsätzliche Änderungen wie z.B. Veränderungen bzgl. der Betäubungsmittelanforderungen werden von der Apotheke mit der Pflegedirektion vorbesprochen und über Pflegedienstleitung sowie Stationsleitung schriftlich kommuniziert.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Die Anwendung von Blut- und Blutprodukten ist gemäß den gesetzlichen Vorgaben des Transfusionsgesetzes geregelt. Ein transfusionsverantwortlicher Arzt ist benannt. In den Abteilungen sind Transfusionsbeauftragte bestellt, die die Einhaltung der Vorgaben überprüfen und neue Mitarbeiter einweisen. Eine Transfusionskommission tagt regelmäßig und ist für die Aktualisierung des Vorgehens bei gesetzlichen Änderungen zuständig.

3.2.8 Medizinprodukte

Die Versorgung mit Verbrauchsmaterialien sowie bei pflegerischen Maßnahmen genutzter Instrumente erfolgt über den Medizinproduktebereich der Apotheke. Ziel der Aufbereitung und Lagerung der Medizinprodukte ist eine größtmögliche Sicherheit zu erreichen.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1 Informations- und Kommunikationstechnologie

4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Die auf den Stationen verfügbaren Stationsarbeitsplätze für medizinisches und pflegerisches Personal unterstützt die OP-Planung, die Patientenaufnahme, -verlegung und -entlassung, sowie die Anforderung von Laborparametern und Speiserversorgung. Leitlinien, Hygienestandards sind im Intranet hinterlegt. Besonderes Augenmerk liegt heute im Einsatz der Termin- und Ressourcenplanung in ausgewählten Bereichen unseres Hauses. Ziel ist es jetzt, den unternehmensweiten Einsatz dieser Termin- und Ressourcenplanung abzuschließen, um die bestmögliche Nutzung und Auslastung der vorhandenen Ressourcen unseres Unternehmens zu erreichen.

4.2 Patientendaten

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Die Patientendokumentationsmappe ist zentrales Ablagesystem für alle medizinischen und pflegerischen Dokumente. Sollvorgaben zum Ablagesystem in der Dokumentationsmappe sind krankenhausintern erarbeitet und umgesetzt. Eine Verfahrensregelung regelt die Dokumentation und Archivierung. Die Patientendokumentation ist in alle Abteilungen einheitlich, es werden ein einheitliches Kurvenblatt und einheitliche Befundsammelordner geführt. Die digitale Archivierung von Patientendaten und -befunden wird im Zentrallabor, Radiologie und den Schreibdiensten durchgeführt.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Die Zugriffsmöglichkeit ist abhängig von der Tätigkeit des Mitarbeiters. Die Autorisierung erfolgt durch die EDV-Abteilung und ist passwortgeschützt. Zunehmend steht ein Großteil von Patientendaten elektronisch zur Verfügung, so dass relevante Daten wie z. B. Entlassungsberichte, Röntgenaufnahmen, Labor- und Untersuchungsbeefunde sofort einsehbar sind.

4.3 Informationsmanagement

4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Da das Gesundheitswesen / der Krankenhaussektor wesentlich durch externe Faktoren bestimmt wird, kommt der Informationsbeschaffung und der Marktbeobachtung eine besondere Bedeutung zu.

Um agieren und frühzeitig auf externe und interne Veränderungen reagieren zu können, informiert sich die Krankenhausleitung regelmäßig über externe Entwicklungen, insbesondere im Gesundheitswesen, und im regionalen Umfeld, aber auch in anderen Themengebieten (Kirche, Gesetze/Tarife etc.), Sie bedient sich zu diesem Zweck diverser zeitgemäßer Medien und wird z. T. von nachgeordneten Stellen informativ unterstützt.

4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

Ziel ist es im Krankenhaus die relevanten, wichtigen Informationen mithilfe diverser Informationsinstrumente an verschiedene Informationsstätten weiterzugeben. Die Weiterleitung soll innerhalb einer Abteilung und/ oder abteilungsübergreifend stattfinden.

Eine im Intranet verfügbare Kommunikationsmatrix listet die im Krankenhaus bestehenden Gremien sowie deren Teilnehmer, Leiter, Häufigkeit etc. auf.

4.4 Telefonzentrale und Empfang

4.4.1 Organisation und Service

Die Telefonzentrale ist 365 Tage im Jahr rund um die Uhr besetzt.

Mitarbeiter in entsprechenden Bereichen müssen belastbar, kommunikativ sein und die Hausstruktur kennen.

Neu einzuarbeitende Mitarbeiter werden vom übrigen Personal angewiesen und angeleitet und lernen dadurch die Arbeitsvorgänge kennen.

4.5 Datenschutz

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Für die St. Vincenz-Krankenhaus GmbH ergeben sich die wesentlichen Rechtsvorschriften zum Datenschutz aus der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB), der Anordnung über den kirchlichen Datenschutz, sowie diversen bereichsspezifischen Datenschutz-Regelungen. Diese sind im Datenschutz-Konzept detailliert aufgeführt. Grundlegende Zielsetzung des Datenschutzes ist es, das Recht auf informationelle Selbstbestimmung - allgemeines Persönlichkeitsrecht - zu schützen. Personenbezogene Daten von Patienten, Angehörigen, Mitarbeitern oder Kooperationspartnern werden unter Beachtung der aktuell gültigen Datenschutzgesetzgebung verarbeitet.

5 Führung

5.1 Unternehmensphilosophie und -kultur

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Die im Leitbild formulierten Ziele, Werte und Grundhaltungen fördern die Weiterentwicklung unseres Krankenhauses und dienen den Mitarbeitern als Orientierung. Die Geschäftsführung, Betriebsleitung und Führungskräfte des Hauses tragen für Umsetzung und Einhaltung der Leitbildinhalte die Verantwortung. Intention ist, die christliche Ausrichtung des Hauses für die Mitarbeiter, Partner und sonstige Institutionen transparent zu machen.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Geschäftsführung und Betriebsleitung erachten die Transparenz, innerhalb und außerhalb des Hauses durch offene Kommunikation und Information, als grundlegenden Baustein für gegenseitiges Vertrauen. Die Planungen sind bereits im Leitbild („Unser Umgang miteinander“) festgelegt. Die Kommunikationsstrukturen sind in einer Kommunikationsmatrix definiert und dienen der Vertrauensbildung.

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Die Mitarbeiter, insbesondere in der Medizin und der Pflege, werden auf die im Leitbild formulierten ethischen Grundsätze verpflichtet. Zur Begleitung und Unterstützung in ethischen Fragen stehen die Krankenhaus-Seelsorge und die Ordensschwwestern zur Verfügung. Vorhandene Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten werden beachtet und sind in der Krankenakte dokumentiert, das ungeborene Leben wird im Sinne der katholischen Moraltheologie geschützt.

5.2 Strategie und Zielplanung

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Abgeleitet aus den Leitbild hat die Geschäftsführung fünf allgemeine Ziele formuliert: 1. Die Entwicklung des Krankenhauses orientiert sich am Leitbild. Das Wachstum des Krankenhauses wird gefördert. 2. Die Führung und Kommunikation wird verbessert. 3. Die Qualität wird gesteigert. 4. Die Wirtschaftlichkeit wird gesichert bzw. erhöht. 5. Die Qualifikation der Mitarbeiter wird kontinuierlich und systematisch den geänderten Anforderungen angepasst.

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Das St. Vincenz-Krankenhaus ist Partner in der lokalen und regionalen Struktur des Gesundheitswesens. Es vernetzt sich im Rahmen und auf der Basis der gesetzlichen Möglichkeiten mit anderen Gesundheitseinrichtungen, um eine gute Patientenversorgung zusammen mit den anderen Einrichtungen zu gewährleisten. Kooperationen sind damit ein wesentliches Instrument der strategischen Ausrichtung. Darüber hinaus engagiert sich das Haus als katholischer Träger in gesellschaftlichen Fragen und Strukturen und beachtet die Belange des Umweltschutzes. Die gesetzlichen Verpflichtungen zur Organ- und Gewebespende werden umgesetzt und die Umsetzungsbemühungen gegenüber Patienten und sonstigen Beteiligten kommuniziert.

5.3 Organisationsentwicklung

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Durch den Gesellschaftsvertrag und die Geschäftsordnungen für Aufsichtsrat und Geschäftsführung sind die grundlegenden Organisationsstrukturen beschrieben. Es besteht ein Organigramm. Ziel des Krankenhauses ist es, durch eine eindeutige Organisations- und Kommunikationsstruktur Transparenz herzustellen. Die Aktualisierung wird durch das Qualitätsmanagement in Zusammenarbeit mit Geschäftsführung und Betriebsleitung sichergestellt. Die Bearbeitung von Projekten erfolgt aufgrund strukturierter Vorgaben einheitlich und schließt eine Anwendungsbeobachtung und das Projektcontrolling ein.

Das Organigramm ist im Qualitätsbericht und im Intranet veröffentlicht.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Die Gremien sind durch Gesellschaftsvertrag oder Gesetz vorgegeben (Gesellschafterversammlung, Aufsichtsrat, Geschäftsführung, Betriebsleitung, Hygienekommission) oder durch die Betriebsleitung oder Geschäftsführung eingerichtet (Qualitätsmanagement-Kernteam, Arzneimittelkommission). Das Verfahren der Gremien ist durch Geschäftsordnungen strukturiert, die Beratungen werden protokolliert, die Beschlüsse bekannt gemacht und es findet ein Controlling der Umsetzung statt. Prozesse werden evaluiert und ggf. angepasst, Projekte mittels strukturiertem Projektmanagement durchgeführt. Die Verantwortlichkeiten für die Kernprozesse sind strukturiert. Personal-Einstellungen und Investitionsmaßnahmen werden strukturiert vorbereitet, beraten und durchgeführt.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

Die Mitarbeiter entwickeln im Rahmen ihrer Tätigkeit Ideen, die in strukturierter Weise bewertet werden, um die Umsetzbarkeit zu prüfen. Innovationen und Kooperationen werden vor dem Hintergrund der strategischen Ziele des Hauses bewertet, geplant und ggf. umgesetzt. Soweit möglich, werden Wissensdatenbanken bereichsübergreifend zur Verfügung gestellt. Die Mitarbeiter haben ein Bewusstsein dafür, dass Veränderungen zur Weiterentwicklung des Hauses nötig sind und wirken an solchen konstruktiv mit.

5.4 Marketing

5.4.1 Externe Kommunikation

Im Mai 2012 wurde die Stabstelle „Kommunikation und Marketing“ auf zwei Vollkräfte aufgestockt. Die Abteilung Kommunikation und Marketing ist im direkten Austausch mit der Geschäftsführung zentral für die Belange der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit sowie der anderen Bausteine des Marketings zuständig. Innerhalb der Abteilung gibt es klare Zuständigkeiten, die in Form von Stellenbeschreibungen in einem Abteilungskonzept schriftlich fixiert sind.

2012 wurde erstmals ein verbindliches Corporate Design-Konzept verabschiedet, welches das Erscheinungsbild von Drucksachen regelt. Festgehalten werden diese zugrundeliegenden Informationen in einem Corporate Design-Handbuch, das im Intranet einzusehen ist. Darüber hinaus finden Patientenvorträge seit 2012 unter dem übergreifenden Motto "Fragen Sie Vincenz" statt, welches konsequent kommuniziert wird.

5.5 Risikomanagement

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Ziel unserer Planungen für ein umfassendes Risikomanagementsystem ist die bewusste Gestaltung einer Fehlerkultur dahingehend, offen mit Fehlern umzugehen und diesen Umgang so restriktionsfrei zu pflegen, dass aus Fehlern gelernt wird und Ursachen für Fehler gezielt abgestellt werden.

Ein umfassendes klinisches Risikomanagement wurde in einzelnen Kliniken (bisher Gynäkologie/Geburtshilfe, Pädiatrie, Anästhesie, Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie, Medizinische Klinik II) in mehreren Schritten und teilweise mit externer Begleitung eingeführt. Mit diesem Vorgehen werden die beteiligten Mitarbeiter schrittweise an die Thematik herangeführt und die Fehlerkultur verändert. Das Verständnis für die anderen Berufsgruppen und das verbesserte interprofessionelle Miteinander wird durch Einbezug der Schnittstellen (OP, Physiotherapie...) erreicht.

6 Qualitätsmanagement

6.1 Qualitätsmanagementsystem

6.1.1 Organisation

Im St. Vincenz-Krankenhaus wurde im April 2002 mit dem Aufbau eines umfassenden Qualitätsmanagement-Systems nach dem Manual von proCum Cert inkl. KTQ begonnen.

Grundlage für die gemeinsamen Qualitätsziele ist das Leitbild. Zusätzlich sind Führungsgrundsätze formuliert, die dem leitenden MA als Handlungsleitfaden dienen. Unter Punkt VI „Unsere Einstellung zu Wirtschaftlichkeit und Qualität“ ist diese Thematik auch explizit verankert. Im Intranet als ein Medium der Verbreitung von Qualitätsmanagement-Gedankengut wird unter anderem regelmäßig über den Stand der laufenden Qualitätsmanagement-Projekte informiert. Zusätzlich erscheinen regelmäßig Artikel in der Krankenhauszeitschrift Visite oder es wird ein Qualitätsmanagement-Newsletter erstellt. Dabei wird über den Stand der Dinge (Rückblick und Ausblick) informiert.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

In den zertifizierten Zentren und Bereichen wurden sind die Kern- Führungs- und Unterstützungsprozesse klar benannt und den Mitarbeitern bekannt. Hier sind auch teilweise Prozesskennzahlen vorgegeben, die zur Steuerung genutzt werden.

6.2 Befragungen

6.2.1 Patientenbefragung

Die Geschäftsführung unterstützt aktiv die Nutzung von Befragungen zum einen durch die Einbindung in Projektgruppen zur Initiierung von Befragungen und zum anderen durch die Bereitstellung der finanziellen und personellen Ressourcen für Befragungen.

Um die Meinung der Patienten für das Gesamthaus zu erheben wurde jeweils eine Projektgruppe eingerichtet, die sich um die Auswahl entsprechenden Fragebögen kümmerte. Hierbei wurde stets auf externe Unternehmen zurückgegriffen, die bereits über validierte Instrumente verfügte und einen gewissen Benchmark ermöglichte.

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Als Hauptgruppe externer Einrichtungen sind für das Haus die niedergelassenen Ärzte zu sehen. Daher finden regelmäßig Einweiserbefragungen statt.

Die Kontaktpflege zu niedergelassenen Kollegen obliegt den jeweiligen Chefärzten. Im Jahr 2012 wurde die Einweiserbefragung im Rahmen des Qualitätsportals qualitätskliniken.de durchgeführt. Die Ergebnisse sind den Chefärzten zur Verfügung gestellt worden und sind online veröffentlicht.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Die Geschäftsführung unterstützt aktiv die Nutzung von Befragungen zum einen durch die Einbindung in Projektgruppen zur Initiierung von Befragungen und zum anderen durch die Bereitstellung der finanziellen und personellen Ressourcen für Befragungen.

Die Ergebnisse von Befragungen werden den Mitarbeitern vorgestellt und sind im Intranet veröffentlicht. Als Befragungsinstrumente kommen nur wissenschaftlich validierte Befragungsinstrumente in Betracht.

6.3 Beschwerdemanagement

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Ziel eines strukturierten Beschwerdemanagements ist die Erfassung von Verbesserungspotentialen, um den Vorstellungen und Wünschen unserer Patienten noch besser entsprechen zu können. Insbesondere Beschwerden sind dabei interessant, denn damit kann konkret auf Defizite reagiert werden.

6.4 Qualitätsrelevante Daten

6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Bei der Festlegung der jährlichen Ziele für das Krankenhaus und die einzelnen Kliniken und Bereiche sind die optimale Nutzung vorhandener Routinedaten ebenfalls Thema.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

In der Prozessbeschreibung zum Umgang mit externer Qualitätssicherung sind die Voraussetzungen, Verantwortlichkeiten und Abläufe zur Umsetzung festgelegt. Hier finden sich auch die gesetzlichen Verpflichtungen für die externe Qualitätssicherung, die Dokumentations- und Auswertepflichten für den leitenden Arzt der Fachabteilung, die an der Leistungserbringung beteiligten Mitarbeiter und die Informationsverpflichtung an die Geschäftsführung wieder.