

KTQ - QUALITÄTSBERICHT

Krankenhaus: Klinikum Bremen Links der Weser

Institutionskennzeichen: 260400048

Anschrift: Senator-Weßling-Str. 1

28277 Bremen

Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer: 2009 – 0062 K
durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle DIOcert GmbH

Datum der Ausstellung: 24.04.2009

Gültigkeitsdauer: 23.04.2012

Inhalt

Vorwort der KTQ®.....	3
Einleitung.....	5
1 Patientenorientierung im Krankenhaus	8
2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung.....	12
3 Sicherheit im Krankenhaus.....	15
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. R. Quast

Für den Hartmannbund

Einleitung

Liebe Leserin, lieber Leser,
das zur Gesundheit Nord gehörende Klinikum Links der Weser ist ein modernes Gesundheitszentrum mit den medizinischen Fachdisziplinen: Allgemein- , Viszeral- und Unfallchirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie, Kardiologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Anästhesie, Operative und Allg. Intensivmedizin und Notfallmedizin. Daneben verfügt das Klinikum über ein ambulant Reha-Zentrum und das angegliederte Hotel visit.

Die Klinik für Kardiologie, Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie, die Kinderkardiologie bilden zusammen mit den angeschlossenen Spezialpraxen und Instituten das Herzzentrum Bremen. Das Herzzentrum Bremen bietet eine umfassende kardiologische Versorgung von der ambulanten Untersuchung über das ganze Spektrum der interventionellen Verfahren bis hin zur Herzchirurgie und anschließender ambulanter Rehabilitation.



Eingangsbereich und Ambulanten Versorgungszentrum des Klinikums Links der Weser

Die Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe ist seit Jahren die geburtenstärkste Klinik in Bremen. Die Geburten konnten in 2008 auf 1783 gesteigert werden. Die Frauenklinik kooperiert mit dem Brustzentrum Klinikum Bremen Mitte und ist als Kontinenzzentrum zertifiziert. Onkologische Patienten der Frauenklinik und der Klinik für Innere Medizin werden in einer gemeinsamen Tagesklinik versorgt.

Die Medizinische Klinik mit den Schwerpunkten Gastroenterologie und Onkologie arbeitet eng mit der Kardiologie zusammen.

Als besondere Einrichtung arbeitet unsere Palliativstation mit dem stationären Hospiz Brücke zusammen. Die Kinderklinik versorgt das Kinderhospiz Löwenherz im ärztlichen Bereich. Die Abteilung für Schmerztherapie steht Patienten in- und extern zur Verfügung.

Mit der Inbetriebnahme des Ambulanten Versorgungszentrums Anfang 2007 ist das Leistungsangebot ausgebaut worden. Hinzugekommen sind weitere Arztpraxen, eine Apotheke, das ambulante OP Zentrum und die Erweiterung des Reha-Zentrums.

Qualitätsmanagement hat in unserem Hause eine lange Tradition. Bereits 1997 wurde eine Stabsstelle Qualitätsmanagement eingerichtet. Seitdem beteiligen wir uns kontinuierlich an der Entwicklung und Durchführung von Qualitätsprojekten zur Verbesserung der Versorgungsabläufe im Krankenhaus (Einführung von Audits, Modellkrankenhaus KTQ®). Unser Engagement wurde 2003 und 2006 mit dem KTQ®-Prüfsiegel für herausragende Qualität belohnt. 2005 und 2008 erhielten wir als familienfreundliches Unternehmen das Zertifikat der Hertie-Stiftung durch das Audit Beruf und Familie®.

Im Klinikum Links der Weser wurden 2008 über 23.000 Patienten stationär und über 20.000 ambulant behandelt. Hierfür sind rund 1.500 Mitarbeiter in den verschiedensten Berufsgruppen in unserem Hause beschäftigt. Damit sind wir ein bedeutender Arbeitgeber im Stadtteil.

Als akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Göttingen versorgen wir unsere Patientinnen und Patienten individuell auf medizinisch wie pflegerisch hohem Niveau. Angehende Ärzte und Pflegenden erhalten hier eine praxisnahe Ausbildung.

Wir wissen, dass unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unsere wichtigste Ressource sind. Deshalb legen wir nicht nur Wert auf gut ausgestattete Arbeitsplätze und klare und transparente Arbeitsstrukturen, sondern auch auf ein umfangreiches Fort- und Weiterbildungsangebot. Unsere Fort- und Weiterbildungseinrichtung in der visit Academy vernetzt das Krankenhaus mit Fach- und Bildungseinrichtungen in der Region, d.h. das Angebot richtet sich an unsere Beschäftigten genauso wie an externe Teilnehmer.

Unsere Angebote richten sich an Gesunde und Kranke. Sie beinhalten die Begleitung junger Eltern und Geschwisterkinder, die sich auf das Leben mit einem Neugeborenen vorbereiten möchten, wenden sich aber auch an Patienten, die über den Krankenhausaufenthalt hinaus begleitet werden möchten. Beispiele dafür sind die ambulante Schmerzversorgung, Selbsthilfegruppen, die den Menschen helfen, mit ihrer Erkrankung zu leben und ein vielfältiges Unterstützungsangebot über Prävention, Nachsorge und Therapie.



Es ist uns sehr wichtig, die Meinung unserer Patienten und die, der mit uns zusammenarbeitenden Praxen (Einweiser) zu erfahren. Über regelmäßige Befragungen erhalten wir wertvolle Anregungen, die uns helfen, kontinuierlich unsere Qualität zu verbessern.

Mit der Verlängerung des KTQ®-Gütesiegels haben wir – das Klinikum Links der Weser – erneut unsere Qualitätsorientierung unter Beweis gestellt. Es ist unser vorrangiges Bestreben, dies für die Zukunft beizubehalten.

Der folgende Bericht enthält detaillierte Angaben über unser Leistungsspektrum, unsere Struktur und die Abläufe im Klinikum Links der Weser. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter www.klinikum-bremen-ldw.de

Geschäftsführung Klinikum Links der Weser gGmbH

Johannes Düvel
Kaufmännischer Geschäftsführer

Angela Dick
Pflegerische Geschäftsführerin

Prof. Dr. Gerald Klose
Ärztlicher Geschäftsführer

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.

Auf dem Postweg, telefonisch und via Internet (www.klinikum-bremen-idw.de) informieren wir Patienten, Angehörige und niedergelassene Ärzte über das Klinikum und die einzelnen Disziplinen. Alle Informationsbroschüren des Klinikums werden zugesandt oder können heruntergeladen und ausgedruckt werden. Die Kliniken bieten Sprechstunden und Informationsveranstaltungen an. Das Klinikum liegt verkehrsgünstig. Vor der Klinik befinden sich die Bus- und Straßenbahnhaltstellen "Klinikum Links der Weser." Vor dem Krankenhaus steht ein Parkplatz zur Verfügung.

1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

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

Die Kliniken sind ausgeschildert. An allen Knotenpunkten der Haupt- und Verbindungswege befinden sich Orientierungsschilder. Für weitere Auskünfte und Hilfeleistungen ist im Eingangsbereich zusätzlich zur Information ein Empfangsservice eingerichtet und mit geschultem Personal besetzt. Dieses steht Patienten und Besuchern für individuelle Informationen und Unterstützungsleistungen zur Verfügung (Begleitung zu den Stationen, Gepäcktransport etc.). In der Aufnahme stehen Rollstühle bereit.

1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

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

Aufnahme und Weiterverlegung von Notfallpatienten erfolgen in der Notfallaufnahme/Zentralen Aufnahmestation. Kranke Kinder werden über die Kinderklinikambulanz, gynäkologische/geburtshilfliche Patientinnen über die Gynäkologische Ambulanz und den Kreißsaal, Elektivpatienten direkt auf den Stationen aufgenommen. Es erfolgt eine Ersteinschätzung durch geschultes und erfahrenes ärztliches und pflegerisches Personal. Die Aufnahme ist 24h täglich besetzt. Es stehen Sitzmöglichkeiten, Rollstühle, Trinkwasserspender, Kiosk und Cafeteria zur Verfügung.

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.

Unsere Patienten werden in der Notfallaufnahme rund um die Uhr durch qualifiziertes ärztliches und pflegerisches Personal versorgt. Nach der ärztlichen Untersuchung, ggf. stationär aufgenommen, bzw. in die ambulante Versorgung geleitet. Die ambulante Versorgung erfolgt in den Spezial- und Ermächtigungsambulanzen, den Tageskliniken und im Ambulanten OP-Zentrum. Bei Terminen werden die Wünsche der Patienten und deren häusliche Situation berücksichtigt. Sie erhalten Informationsmaterial über die stationäre Behandlung oder den Ablauf einer ambulanten Operation.

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 ärztliche Anamnese und Befunderhebung wird im Aufnahmegespräch, die Pflegeanamnese innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme erhoben und dokumentiert. Die Erwartungen der Patienten und ggf. der Angehörigen werden dabei thematisiert, dokumentiert und nach Möglichkeit berücksichtigt. Die Fähigkeiten, Ressourcen, Risiken und der Sozialstatus werden erhoben. In der Kinderklinik wird das Sorgerecht standardmäßig erfasst. Der Sozialdienst legt in den ersten 48h den notwendigen Unterstützungs-/Betreuungsbedarf (Reha/Hauspflege) der Patienten nach der Entlassung fest.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

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

Für elektive und ambulante Patienten werden im stationären Vorfeld zeitnah alle Vorbefunde über die Sprechstunden angefordert. Durch Informationszettel werden die Patienten auf mitzubringende Voruntersuchungen und Befunde aufmerksam gemacht. Hausinterne Vorbefunde sind archiviert und kurzfristig über EDV oder das Archiv abrufbar. Mitgebrachte Befunde fließen in die weitere Behandlungsplanung ein. Bei Verlegungen und Konsilen stehen alle Vorbefunde zur Verfügung und werden weitergeleitet. Datenschutzbestimmungen werden dabei jederzeit berücksichtigt.

1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

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

Der Aufnahmearzt legt zunächst den Behandlungsprozess und die Ziele fest. Die Steuerung wird in der Folge in Abhängigkeit vom Behandlungsverlauf durch den Stationsarzt in Abstimmung mit seinem Oberarzt/Chefarzt und in Absprache mit den mitbehandelnden Berufsgruppen (Pflegedienst, Physiotherapie etc.) übernommen. Die Planung der pflegerischen Maßnahmen erfolgt zielgerichtet unter Berücksichtigung der Ressourcen der Patienten. Für bestimmte Krankheitsbilder gibt es abteilungsspezifische diagnosebezogene Leitlinien oder interdisziplinäre Patientenpfade.

1.2.4 Integration der Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Behandlungsplanung, Therapie, Diagnostik, Behandlungsalternativen und pflegerische Maßnahmen werden mit den Patienten und ggf. Angehörigen besprochen: Sie werden über das geplante Vorgehen informiert und ihre Ressourcen und Wünsche dabei einbezogen. Schmerztherapie und Palliativbehandlung finden besondere Berücksichtigung. Aufklärungsbögen sind in verschiedenen Sprachen vorrätig, bei Bedarf werden offizielle Dolmetscher hinzugezogen. Religiös/kulturell bedingte Wünsche werden respektiert und berücksichtigt.

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.

Die Versorgung erfolgt auf Basis von Richt- und Leitlinien der Fachgesellschaften. Diese sind auch Grundlage von Behandlungsstandards und Patientenpfaden. Es wurde eine Leitlinie zur postoperativen Schmerztherapie entwickelt. Die Therapie kann durch die Schmerzzambulanz unterstützt werden. Alle Kliniken unterhalten eine Präsenzbereitschaft (Facharzt) je nach Fachdisziplin in Doppelbesetzung. Die Klinik beteiligt sich über die gesetzlichen Vorgaben hinaus an Maßnahmen zur Qualitätssicherung. In regelmäßigen Besprechungen werden die Therapiekonzepte überprüft.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

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

In allen Kliniken sind die Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften, Pflegestandards, Pflegeproblematiken, AWMF-Leitlinien, Hygienerichtlinien und abteilungsinterne Leitlinien vorhanden und stehen allen Mitarbeitern zur Verfügung. Die Überprüfung erfolgt fortlaufend durch die zuständigen Chefärzte, Fachgremien und dem Qualitätsausschuss. In der Überarbeitung wird die Evidenz bewertet, die Ergebnisse im Team besprochen und für die Behandlung berücksichtigt.

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.

Die Patienten werden in die Behandlungsplanung eingebunden und bei Aufnahme in alle Stationsgegebenheiten eingewiesen.

Fast alle Stationen sind grundsaniert mit 2-Bett-Zimmer mit Sanitäreinheit, elektrischen Betten, Gegensprechanlage, Telefon und TV/Radio-Anschluss, Hotelstandard auf der Privatstation.

Angebote: Besuchszeiten nicht beschränkt, Aufnahme von Begleitpersonen, Schulungen und Beratung, Café, Aufenthaltsräume, Park, Restaurant/Hotel, Spielzimmer, Gottesdienste (ev./kt.), Kiosk, Blumenladen, Frisör, Bank- u. Internetterminal und Stillzimmer.

1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

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

Mit Hilfe eines EDV-Systems sind alle Komponenten des Frühstücks und Abendessens untereinander kombinierbar. Mittags können die Bestandteile von 3 Menüs (für Kinder gesonderter Speiseplan) frei zusammengesetzt werden, jeweils unter Berücksichtigung einer Diät, religiöser oder kultureller Aspekte. Die Diätküche berücksichtigt spezielle Anforderungen. Auch gesundheitlich eingeschränkte Patienten können sich die Mahlzeiten nach ihrem Geschmack zusammenstellen. Durch ein Kontrollsystem ist eine hygienisch sichere Speisenherstellung und -lieferung gewährleistet.

1.3.5 Koordinierung der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Die Durchführung der Behandlung erfolgt strukturiert und wird durch die Stationsärzte und Stationspflegeleitungen in Abstimmung mit den Funktionsbereichen koordiniert. Bei geplanten Operationen/Eingriffen wird eine termingerechte Diagnostik durchgeführt. Der interne Patiententransport wird durch den Patientenbegleitsdienst, bei Kindern ausschließlich durch ihnen bekanntes Pflegepersonal unter Begleitung der Sorgeberechtigten, sichergestellt.

1.3.6 Koordinierung der Behandlung: OP-Koordination

Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.

Die Koordination der Operationsabläufe wird durch den OP-Koordinator in Absprache mit den Kliniken vorgenommen. Elektiveingriffe werden in allen Kliniken langfristig geplant und mit dem Koordinator abgestimmt. Es ist gewährleistet, dass rund um die Uhr mindestens eine herzchirurgische, eine chirurgische und eine gynäkologische Operation durchgeführt werden kann. Ambulante Operationen werden im ambulanten OP-Zentrum koordiniert und durchgeführt. Durch die Herausnahme aus dem Zentral-OP kommt es hier nur selten zu Verschiebungen und Wartezeiten.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

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

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Behandlungsprozess ist durch regelmäßige Arbeitsgruppen und Krankenhausgremien sichergestellt. Zwischen und in den Fachkliniken werden interdisziplinäre Fallbesprechungen patientenabhängig regelmäßig durchgeführt. In die Erarbeitung von Leitlinien, Standards und Patientenpfaden werden alle betroffenen Berufsgruppen eingebunden. Die Richtlinie Konsiliarwesen gibt klare Regelungen bei Konsilen vor. Hausinterne Konsile finden am selben Tag, bei Notfallpatienten sofort statt.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

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

Für alle Patienten finden täglich ärztliche Visiten, auf der Intensivstation mehrfach täglich, gemeinsam mit den zuständigen Pflegekräften statt. Bei Bedarf werden andere Fachkräfte hinzugezogen. Hierdurch wird ein gleichwertiger Kenntnisstand der beteiligten Berufsgruppen gewährleistet. Chef- und Oberarztvisiten finden einmal wöchentlich statt, auf der Intensivstation täglich. Eine patientenorientierte Gestaltung der Visite wird von allen Kliniken gelebt. Unser Ziel ist die Einbeziehung der Patienten in die Visite durch das direkte Gespräch.

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 Entlassungsplanung erfolgt strukturiert und frühzeitig, teilweise schon vorstationär, durch den ärztlichen Dienst u. den Sozialdienst, unter Einbeziehung von Patienten, Angehörigen und weiterversorgenden Einrichtungen, ggf. am Patientenbett. Die Versorgungslage wird geprüft und eine weiterführende Versorgung durch z.B. ambulante Pflege, Hilfsmitteln ggf. eingeleitet. Der Stationsarzt führt das Entlassungsgespräch mit dem Patienten und den Angehörigen. Diagnosen und Befunde werden mitgeteilt, das weitere Vorgehen und therapeutische Empfehlungen erläutert.

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.

Die kontinuierliche Weiterversorgung des Patienten in andere Versorgungsbereiche erfolgt durch eine Zusammenarbeit von Ärzten, Pflegepersonal und Sozialdienst. Es wird eine strukturierte und koordinierte Überleitung und Informationsübermittlung durchgeführt:
Alle Patienten erhalten einen Arztbrief und wichtige Befunde in Kopie und bei Entlassung in stationäre oder ambulante Weiterbehandlung einen Pflegeüberleitungsbogen. Wenn notwendig, werden alle Unterlagen an die weiterbetreuende Einrichtung sowie den behandelnden (Haus-) Arzt vorübermittelt.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

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

Der Sozialdienst steht als wichtiges Bindeglied im direkten Kontakt mit weiterbetreuenden Angehörigen/Einrichtungen u. informiert strukturiert das nachfolgende Betreuungsteam. Die weiterbetreuenden Einrichtungen werden zu einem frühen Zeitpunkt über den Entlassungstermin informiert, so dass eine kontinuierliche Weiterversorgung gewährleistet ist. Kooperationen mit und Kontakte zu niedergelassenen Ärzten, stationären Einrichtungen, ambulanten Diensten und Kostenträgern werden gepflegt (Vorträge, Fortbildungen, Konferenzen etc.).

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.

Als Instrument unserer Planungen zum Personalbedarf haben wir je Bereich ein internes Budget. Die Planung des Personals in den einzelnen Kliniken erfolgt über die Geschäftsführung, den Chefarzt und die Klinikpflegeleitung. Folgende leistungsbezogene Kennzahlen werden herangezogen: Fallzahlen, Verweildauer, Auslastung, OP-Statistik, Pflegeintensität, modifizierte DKG-Anhaltszahlen sowie eigene Kalkulationen der Abteilung Controlling. Die Fehlzeiten in den Bereichen sind Bestandteil der Personalbedarfsplanung.

2.2 Personalentwicklung

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

2.2.1 Systematische Personalentwicklung

Das Krankenhaus betreibt eine systematische Personalentwicklung.

Die systematische Personalentwicklung wird in personen- und abteilungsbezogene Personalentwicklung unterteilt. Ziel ist es, die Patientenversorgung auf dem neuesten Stand der Wissenschaft in Medizin und Pflege zu gewährleisten. Verantwortlich hierfür sind die Führungskräfte. Es werden Personalentwicklungsgespräche zwischen Mitarbeiter und Vorgesetzten durchgeführt. Wünsche von Mitarbeitern werden möglichst berücksichtigt und gefördert. Mitarbeiter erhalten die Möglichkeiten, frei werdende Stellen zu besetzen, bzw. sich daraufhin ausbilden zu lassen.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

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

Aus dem Organigramm des Hauses geht die organisatorische Einordnung der Stellen hervor. Für Chefarzte, Oberärzte, Klinik- und Stationsleitungen gibt es Stellenbeschreibungen und Tätigkeitskataloge. Für neu zu schaffende Stellen werden Anforderungsprofile erstellt. In vielen Bereichen existieren für die Mitarbeiter Stellen- und Aufgabenbeschreibungen. Die Aufgabenbeschreibungen werden von den Vorgesetzten inhaltlich überprüft und bei Aufgabenänderung angepasst.

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.

Die Planungen der Fortbildung erfolgen in Anlehnung an die strategische Ausrichtung des Krankenhauses. Das LdW bietet seit acht Jahren über das Fort- und Weiterbildungsprogramm "Horizonte" systematisch personen- und abteilungsbezogene Seminare und Schulungen an (berufsübergreifend, interprofessionell, freiwillige und verpflichtende Maßnahmen). Schwerpunktthemen für das Jahr 2008 sind: Kommunikation, Management, Gesundheitsförderung, Hygiene und EDV-Kurse. Hierbei findet unser Leitsatz, "Wir lernen permanent weiter" volle Berücksichtigung.

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Innerbetriebliche Fortbildungsveranstaltungen werden für die Mitarbeiter über das Fortbildungsbudget finanziert und als Arbeitszeit angerechnet. Externe Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen werden voll finanziert und als Arbeitszeit angerechnet, wenn ein dienstliches Interesse besteht. Je nach Umfang und zeitlicher Dauer der Maßnahme wird mit dem Mitarbeiter eine Nebenabrede zum Arbeitsvertrag geschlossen. Des Weiteren erfolgt eine Finanzierung durch Kooperationen mit den Krankenhäusern des Klinikverbundes, konfessionellen Krankenhäusern und der Bundeswehr.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

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

Ein hochmodernes angegliedertes Fort- und Weiterbildungszentrum visit Academy am Klinikum Links der Weser steht allen Mitarbeitern zur Verfügung. Es gibt eine ausreichende Zahl vollklimatisierter Seminarräume, die komfortabel und mediengerecht ausgestattet sind. Für die Berufsgruppen sind verschiedene Fachzeitschriften abonniert, die die Mitarbeiter per Umlauf erhalten. Alle leitenden Mitarbeiter haben einen Internet-Zugang. Alle anderen Mitarbeiter haben über öffentliche Terminals eine Zugriffsmöglichkeit. (E-Mail, Literaturrecherche, Intranet etc.).

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.

Ein Kooperationsvertrag mit der Kranken-, Kinderkrankenpflegeschule des Klinikums Bremen-Mitte regelt die Modalitäten der praktischen Ausbildung für ca. 60 Auszubildende. Die Schüler werden auf den Stationen von ausgebildeten Praxisanleitern nach einem Ausbildungskatalog angeleitet. Lernzielkontrollen werden in Zusammenarbeit mit der Schule durchgeführt. Das Klinikum Links der Weser ist seit 1977 Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Göttingen für Studenten im Praktischen Jahr (PJ). Je nach Fachgebiet ist den Medizinstudenten ein Mentor zugeordnet.

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.

Die verbindlichen Führungsgrundsätze sind im Leitbild integriert. Zusammenarbeit und Kommunikation sind zentrale Bedingungen für unser Haus und werden durch einen partizipativen Führungsstil verwirklicht. Das bedeutet, dass Mitarbeiter zu geplanten Veränderungen informiert und mit ihnen Gespräche geführt werden. Qualifizierte Mitarbeiter werden in angemessenem Rahmen in strategische Entscheidungen der Führungsebene einbezogen. Neue Mitarbeiter werden nach einem festgelegten Schema integriert.

2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Die Dienst- und Einsatzplanung ist für alle Mitarbeiter unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben geregelt. Für Ärzte, Mitarbeiter des Pflegedienstes und der Wirtschaftsbetriebe wird der Dienstplan EDV-gestützt (SP-Expert), nach festen Vorgaben erstellt, umgesetzt und am Monatsende abgeglichen (Soll-Ist-Plan). Mitarbeiterwünsche werden nach Möglichkeit in der Planung berücksichtigt, geleistete Mehrarbeit wird in Freizeit ausgeglichen. Eine Planungssicherheit für die Patientenversorgung wird damit gewährleistet.

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Einführungstage werden 4mal jährlich organisiert. Inhalt, Ablauf und Umfang der Veranstaltung sind festgelegt. In der Veranstaltung werden die neue Mitarbeiter von der Geschäftsführung begrüßt und es stellen sich ausgewählte Bereiche des Hauses vor: Arbeitssicherheit, Hygiene, Qualitätsmanagement, Sozialdienst etc. Bei einer Führung haben die Mitarbeiter Gelegenheit, Einblick in weitere Abteilungen zu nehmen.

Es gibt ein Einarbeitungskonzept für alle Berufsgruppen. Dieses beinhaltet die Benennung von festen Ansprechpartnern und bereichsabhängige Vorgehensweisen.

2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

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

Die Dienstanweisung Grundsätze für das Betriebliche Vorschlagswesen (BVW) dient als Grundlage für den Umgang mit Mitarbeiterideen und -wünschen. Sie gibt allen Mitarbeitern die Möglichkeit, Verbesserungsvorschläge einzureichen, die an ein Bewertungs- und Gratifikationssystem gekoppelt sind. Den Vorsitz hat der Leiter der Personalabteilung, ergänzt durch den Betriebsrat sowie Fachkompetenz aus den Kliniken und Abteilungen. Mitarbeiterbeschwerden werden individuell besprochen. Die Geschäftsführung steht für ein persönliches Gespräch stets zur Verfügung.

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.

Die gesetzlichen Bestimmungen werden durch den Arbeitssicherheitsausschuss und der Fachkraft für Arbeitssicherheit begleitet, umgesetzt und überprüft.

In jeder Abteilung sind Sicherheitsbeauftragte benannt und geschult. Die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben wird durch regelmäßige Begehungen der sensiblen Bereiche, Fortschreibung der Gefährdungsanalysen und Auswertung der Unfallstatistiken überprüft.

Durch die jährlichen Unterweisungen von Multiplikatoren werden die Änderungen umgesetzt (Pflichtveranstaltungen).

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Aufgaben und Zuständigkeiten sind im "Alarm- und Einsatzplan im Brand- und Katastrophenfall" als Dienstanweisung festgelegt (Alarmierungsschema, vorbeugende Maßnahmen für den Brandfall etc.). Die gesamte Klinik ist mit Flucht- und Rettungswegeplänen ausgestattet. Regelmäßig werden Brandschutzbegehungen zusammen mit der Feuerwehr durchgeführt und technische Anlagen überprüft.

Brandschutzausbildungen/Feuerlöschübungen finden regelmäßig für Mitarbeiter aller Bereiche statt, die Teilnahme wird dokumentiert. Jährlich finden 12 Pflichtveranstaltungen statt.

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 Katastropheneinsatzplan regelt den Umgang mit internen Notfallsituationen. Er liegt in allen Bereichen als Handlungsanweisung vor. Die verantwortlichen Mitarbeiter sind eingewiesen. Mindestens jährlich bzw. bei baulichen Veränderungen wird der Plan aktualisiert. Zweimal jährlich finden für Mitarbeiter Pflichtveranstaltungen statt.

Hauptanlaufstelle bei Alarmfällen ist das Com-Center, das rund um die Uhr besetzt ist.

Im Rahmen einer Übung mit der Feuerwehr haben wir unsere Fähigkeit nachgewiesen, angemessen auf Ereignisse zu reagieren.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Notfälle in der Klinik werden standardisiert behandelt. Über ein Codewort und einen Gruppensammelruf der zentralen Rufanlage (Com-Center) wird das Reanimationsteam alarmiert. Auf allen Stationen und Funktionsbereichen stehen standardisierte Notfallausrüstungen bereit, die halbjährlich überprüft werden (Vollständigkeit, Medikamentenverfallsdatum, Funktionsfähigkeit). Praktische Reanimationsübungen werden mehrmals jährlich für Mitarbeiter aller Bereiche nach einem vorgegebenen Schema durchgeführt (Pflichtveranstaltung).

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 Bereichspflege und eine qualifizierte Beobachtung gewährleisten, dass durch zeitiges Eingreifen Gefahren abgewendet werden können.

Kinder werden zu Untersuchungen immer von einer Pflegekraft begleitet und zu keinem Zeitpunkt allein gelassen.

Säuglinge der Entbindungsstation sind kontinuierlich mit ihren Müttern zusammen (rooming in). Falls sie im Säuglingszimmer untergebracht werden, ist gewährleistet, dass sie unter ständiger Aufsicht sind.

Ein Sicherheitsdienst kontrolliert die unmittelbare Umgebung. Zentrale Bereiche werden dauerhaft überwacht.

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.

Der Ärztliche Geschäftsführer ist für die Einhaltung der Hygiene verantwortlich. Er wird durch zwei Hygienefachkräfte und durch die hygienebeauftragten Ärzte unterstützt.

In den zweimal jährlich tagenden Hygienekommissionssitzungen (nach RKI) werden die aktuelle Infektionsstatistik und Probleme diskutiert, verbindlich geregelt und protokolliert.

Hygienische Dienst- und Verfahrensanweisungen liegen auf den Stationen in schriftlicher Form vor und sind für alle Mitarbeiter verbindlich. Eine Kontrolle findet durch die Hygienefachkräfte und das Gesundheitsamt statt.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

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

Seit 1982 wird im Klinikum Links der Weser eine Infektionsstatistik geführt. Das Klinikum beteiligt sich an der Erfassung nosokomialer (krankenhauserworbener) Infektionen des Nationalen Referenzzentrums und des RKI (KISS). Erfasst werden Infektionen auf der Intensivstation, in der Chirurgie, in der Thorax-, Herz-, Gefäßchirurgie und in der Gynäkologie.

Aus den Ergebnissen werden Maßnahmen zur Verbesserung des Hygieneregimes abgeleitet (u. a. Leitlinien erstellt).

Um eine Ausbreitung von multiresistenten Keimen (z.B. MRSA) zu verhindern, nutzen wir die DNA-Analyse.

3.2.3 Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen

Hygienesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

In Hygieneplänen, -standards und im "Handbuch der Infektionskrankheiten für den stationären Alltag" ist festgelegt, wie mit Patienten umzugehen ist, die mit bestimmten Infektionserregern besiedelt oder erkrankt sind.

In Desinfektionsplänen ist die fortlaufende Desinfektion und Reinigung festgelegt. Kontrollen werden regelmäßig durchgeführt (Begehungen durch Gesundheitsamt, Hygienefachkräfte, Apotheker).

Die Mitarbeiter werden systematisch zu Hygienethemen geschult (Pflichtveranstaltung).

Hygienebeauftragte in den Bereichen unterstützen die Fachkräfte.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhausweit eingehalten.

Die Einhaltung der Hygiene wird sichergestellt durch:
Regelmäßige Hygienevisiten, Umgebungsuntersuchungen, systematische Schulungen der Mitarbeiter zu Hygiene-/Desinfektionsplänen, ggf. zu aktuellen Problemen vor Ort, Protokolle der Maßnahmen (Handlungsanweisung) bei Infektionserkrankungen, Fortbildungen der Hygienefachkräfte und Ärzte, vorausschauende Begehungen bei baulichen Veränderungen (z.B. Staubschutzwände).
Der Umgang mit Lebensmitteln ist gesetzlich geregelt. Es ist sichergestellt, dass eine Keimverbreitung über die Küche verhindert wird.

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 Arzneimittelbeschaffung ist durch eine Kooperation mit der Zentralapotheke des Klinikums Mitte geregelt (Bestellwesen, individuelle Medikation über Oberarztrezept etc.). Der Arzneimittelbedarf wird durch die Pflegekräfte erhoben und mit dem verantwortlichen Arzt abgestimmt. Medikamente werden in angemessener Menge nach First-in-, First-out-Prinzip gelagert.
Die Beschaffung labordiagnostischer Medizinprodukte, von Blut und Blutprodukten, Überwachung des Bestandes etc. wird durch das Zentrallabor nach festgelegten Vorgaben geregelt.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Arzneimittel werden ausschließlich von Ärzten angeordnet. Verfahrensanweisungen regeln die Gabe von Betäubungsmitteln (BTM) und Zytostatika, der Injektionserlass die Durchführung von Injektionen und Infusionen. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen werden vom behandelnden Arzt an das Institut für Klinische Pharmakologie gemeldet.
Regelmäßig finden Begehungen und Überprüfungen durch Mitarbeiter der Apotheke/Station statt. Geprüft wird u. a. das Verfallsdatum, die korrekte Lagerung, die Einhaltung der BTM. Die Protokolle werden an die Chefärzte weitergeleitet.

3.3.3 Anwendung von Blut- und Blutprodukten

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

Der Umgang mit Blut und Blutprodukten ist in einem Qualitätshandbuch geregelt. Alle Details von der Beschaffung bis zur Dokumentation sind beschrieben.
Eine Transfusionskommission überwacht die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben und berät die Geschäftsführung bei spezifischen Fragestellungen in der Anwendung von Blut und Blutprodukten. Mitglieder der Transfusionskommission sind die Qualitätsbeauftragte, zwei Transfusionsverantwortliche sowie sechs Transfusionsbeauftragten für jede Klinik.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Alle Aufgaben und Verantwortlichkeiten im Umgang mit Medizinprodukten (MP) sind in einer Dienstanweisung festgelegt, u. a. sind in jeder Klinik MP-Beauftragte benannt und geschult. Vor der Anwendung neuer Medizinprodukte werden Mitarbeiter eingewiesen (zwingend) und erhalten einen Medizinprodukte-Pass.
Das MP-Buch und das Bestandsverzeichnis werden elektronisch geführt (Medizintechnik). Störmeldungen werden von der zentralen Medizintechnik-Hotline arbeitstäglich entgegengenommen und zeitnah bearbeitet. Das Verfahren ist durch eine Arbeitsanweisung geregelt.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Um ökologische und zugleich ökonomische Aspekte zu berücksichtigen, erstellen wir Statistiken zum Energie- und Wasserverbrauch. Zur Verringerung der Energie- und Wassermengen bzw. zur Minderung von Emissionen sind die technischen Anlagen auf dem neuesten Stand. Abfälle werden getrennt gesammelt und es kommen Mehrweg- bzw. ökologisch unbedenkliche Produkte zum Einsatz. Die gesetzlichen Vorschriften werden eingehalten. Den Mitarbeitern steht seit Ende 2007 ein Abfall-Ratgeber mit vielfältigen Informationen zur Abfalltrennung zur Verfügung.

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.

Im "Handbuch Dokumentation" sind Anforderungen und Verantwortung an eine qualifizierte Dokumentation festgelegt.
In der "Dienstweisung für den Umgang mit Patientenakten" ist verbindlich geregelt, wie mit Patientendaten umzugehen ist (Führung, Verbleib, Aufbewahrung der Patientenakte).
Die administrativen Daten jedes Patienten werden DV-technisch erfasst, die Behandlungsdokumentation erfolgt schriftlich und wird nach Behandlung digitalisiert und am Stationsarbeitsplatz zur Verfügung gestellt.

4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

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

Alle im Rahmen der Behandlung relevanten Informationen werden zeitnah in einem einheitlichen Dokumentationssystem erfasst.
Anordnungen, Anweisungen oder Änderungen werden im Rahmen der täglichen Visite (vor Ort) dokumentiert. Die Beurteilung der medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Wirkung wird im Pflegebericht und im ärztlichen Kurzbericht dokumentiert. Der aktuelle Zustand des Patienten ist jederzeit aus der Patientenakte abzuleiten. Zusätzlich steht das elektronische Krankenhausinformationssystem (KIS) zur Verfügung (Befundübermittlung).

4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

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

Auf alle Daten, die DV-technisch erfasst werden, haben berechtigte Personen jederzeit Zugriff, auch wenn die Aufenthalte längere Zeit zurückliegen. Dazu gehören Aufnahmedaten, OP-/Anästhesiedokumentation, Laborbefunde, Arzt-/Entlassungsbriefe, Radiologiebefunde etc.
Die Bereitstellung einer konventionellen Papierakten aus Aufenthalten vor 2004 ist durch das Zentralarchiv gewährleistet (auch nachts und an Feiertagen).
Damit können umfassende Informationen frühzeitig bereitgestellt werden, wenn ein Patient wieder aufgenommen wird.

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.

Abteilungsinterne Besprechungen finden i. d. R. zweimal täglich statt (berufsübergreifend).
Röntgenbesprechungen werden täglich interdisziplinär durchgeführt. Die Informationsweitergabe an weiterbehandelnde Bereiche ist über ärztliche, ggf. pflegerische Verlegungsberichte bzw. durch eine mündliche Übergabe am Bett geregelt.
Sitzungsprotokolle/Terminabsprachen leitender Mitarbeiter werden über MS Outlook/E-Mail weitergeleitet.
Berufsgruppenübergreifende Informationen werden via Mitarbeiterzeitung, Flyer oder in anderer Form weitergegeben.

4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

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

Die zentrale Auskunftsstelle ist die Telefonzentrale und der Empfangsservice in der Eingangshalle. Qualifizierte Mitarbeiter sind in der Lage rund um die Uhr professionell Auskunft zu geben. Mit Hilfe des Krankenhausinformationssystems (KIS) sind weitere Mitarbeiter- und Patientenbezogene Informationen wie z.B. diensthabende Ärzte, Aufenthaltsort der Patienten (falls vom Patienten freigegeben), DV-technisch verfügbar. Der Datenschutz wird durch spezielle Berechtigungskonzepte eingehalten.

Die Auskunft gebenden Unterlagen werden laufend aktualisiert.

4.2.3 Information der Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Die Stabsstelle Öffentlichkeitsarbeit koordiniert alle relevanten Informationen und Aktivitäten (je nach Anlass Pressemitteilungen, Pressekonferenzen). Informationen an die Öffentlichkeit erfolgen primär über regionale Zeitungen.

Symposien und Fortbildungsveranstaltungen finden für die Fach-/Öffentlichkeit regelmäßig in der visit Academy statt (u. a. Kardiologie Live, Norddeutsches Symposium für Notfallmedizin und Rettungswesen, Frühjahr-/Herbstseminar der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin).

Aktuelles unter www.klinikum-bremen-ldw.de.

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 Landeskrankenhausesetzen 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.

Ein Beauftragter für den Datenschutz ist benannt. Durch Schulungen und schriftliche Dienstweisungen werden die Mitarbeiter zu den aktuellen Datenschutzbestimmungen, wie z. B. des Bremischen Datenschutzkonzepts informiert.

Ein Rahmendatenschutzkonzept existiert für den EDV-Einsatz im KLdW und wird kontinuierlich überprüft und bei Veränderungen angepasst.

Verantwortliche und Zugriffsberechtigte sind mit differenzierter Rechtevergabe im Datenschutzkonzept festgelegt (Passwortvergabe). Auch die Datenübermittlung ist geregelt.

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.

Wir setzen ein spezielles Krankenhausinformationssystem (KIS) ein, über das u. a. Termine vereinbart und Befunde mitgeteilt werden können.

Untersuchungsergebnisse sind damit sofort für den behandelnden Arzt verfügbar, sobald sie von den Untersuchungsbereichen freigegeben werden.

Mitarbeiter benötigen für den Zugang zum KIS ein persönliches Passwort. Alle Bereiche haben zeitlich uneingeschränkt Zugang zum KIS. Zur Unterstützung der Mitarbeiter ist eine Hotline eingerichtet.

Das IT-Netzwerk ist gegen Zugriffe von außen geschützt (Firewall).

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.

Die Leitbildentwicklung war ein gemeinsam entwickelter Prozess zwischen Management und Mitarbeitern, mit Unterstützung eines externen Teams. Das Leitbild ist in die Personal- und Organisationsentwicklung eingebunden und die Inhalte werden gelebt: z.B. in Qualitäts-Projekten (Unser Credo ist die Zusammenarbeit), im Fort- und Weiterbildungsprogramm (Wir lernen permanent weiter), Kooperationen mit Praxen (Unsere Wirtschaftlichkeit macht uns unabhängig). Mitarbeitergespräche und die Patientenbefragung geben Auskunft über die Nachhaltigkeit.

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.

Wir befinden uns in einem Entwicklungsprozess zwischen medizinischem Fortschritt und gesetzlicher sowie finanzieller Rahmensetzung. Die hieraus resultierende Zielplanung und deren kontinuierliche Aktualisierung ist das strategische Steuerungsinstrument des Krankenhausmanagements zur Erschließung neuer Geschäftsfelder. Entstanden sind hieraus z.B. das Herzinfarktzentrum Bremen (Kooperation mit Kardiologischer Praxis, Elektrophysiologie Bremen), die Ambulante Reha, ein Hotel, die visit Academy und ein Ambulantes Versorgungszentrum seit Anfang 2007.

5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

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

Die Organisationsstruktur des Krankenhauses regelt sich in den Geschäftsanweisungen der Gesundheit Nord und dem hausinternen Geschäftsverteilungsplan. Ein Organigramm visualisiert dies unterstützend. Ausgewiesen sind dort alle Kliniken und administrativen Verantwortlichen, die die Umsetzung der Krankenhausorganisation sicherstellen. Das Organigramm ist allen Mitarbeitern, z.B. über den jeweils aktuellen Geschäftsbericht, bekannt. Für neue Mitarbeiter wird dies bei dem Einführungstag dargestellt. Eine Aktualisierung erfolgt regelmäßig.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

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

Der Wirtschaftsplan ist in einen Erfolgs- und Vermögensplan unterteilt und wird prospektiv auf 5 Jahre angelegt. Der Monatsbericht dient als Steuerungsinstrument in der Umsetzung. Die Pläne werden durch auf 10 Jahre angelegte Businesspläne der Häuser der Holding ergänzt. Ein detailliertes Controllingsystem mit Berichtswesen wurde geschaffen. Es wird darauf geachtet, Förder- und Drittmittelgelder bestimmungsgemäß zu verwenden. Durch Weitergabe von betriebswirtschaftlichen Daten an die Mitarbeiter fördert die Geschäftsführung das Kostenbewusstsein.

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 Geschäftsführung legt Gremien, deren Leitung sowie das Aufgabengebiet (z.B. Hygienekommission, Qualitätsausschuss, Bausitzung, Abteilungsleitersitzung, Abteilungssitzung Pflege, Chefarzt- und Stationsleitungskonferenz usw.) fest. Durch enge Zusammenarbeit von Geschäftsführung und Gremien gibt es im Haus eine hohe Informationssicherheit. Gremien, die ein gemeinsames Aufgabenfeld haben, arbeiten übergreifend zusammen, um Doppelarbeit zu vermeiden. Der Verantwortliche lädt mit Tagesordnung ein. Ergebnisprotokolle sichern die Informationsflüsse.

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.

Ein effektives und effizientes Vorgehen innerhalb der Krankenhausführung wird durch wöchentliche Treffen der drei Geschäftsführer sichergestellt. Nachgeordnete Führungskräfte werden über die Entscheidungen sofort persönlich oder in den Konferenzen und Sitzungen bzw. über Rundschreiben und Dienstanweisungen informiert. Entscheidend ist das Miteinander im Unternehmen zwischen der Geschäftsführung und den Beteiligten in den Kliniken und Abteilungen. Erfolg kann nur entstehen, wenn alle gut informiert sind und die vereinbarten Ziele gemeinsam umgesetzt werden.

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.

Durch eine enge strukturierte Zusammenarbeit aller Gremien und leitender Mitarbeiter des Krankenhauses im Bereich der Klinik und der Verwaltung gibt es einen guten reibungslosen Informationsaustausch zwischen den Kliniken und der Geschäftsführung. Wesentliche Informationen zu Wirtschaftsdaten: Fallzahl- oder Belegungsschwankungen oder Abweichungen werden sofort weitergeleitet und einer Klärung zugeführt. Die Prinzipien "Open Door" und "Management by walking around" unterstützen hier.

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

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

Beginnend mit der Geschäftsführung wird ein partnerschaftlicher, vertrauensvoller Umgang mit Mitarbeitern gelebt. Unterstützt wird dieser Grundsatz durch ein angemessenes Personalmanagement und eine strukturierte Personalentwicklung mit dem hausinternen Qualifizierungsprogramm Horizonte, Coaching und Supervision. Grundlage der vertrauensvollen Zusammenarbeit und Erfolgsfaktor für eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit im Haus sind persönliche Gespräche. Beginnend in den Einstellungsgesprächen werden gegenseitige Erwartungen formuliert und Ziele benannt.

5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben

Rechte und Ansprüche von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen werden krankenhausweit respektiert und berücksichtigt.

5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

Im Krankenhaus werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt.

Seit 2005 gibt es ein Klinisches Ethik Komitee (KEK). Ziel ist es, in ethisch schwierigen Fällen eine Orientierung anzubieten und Hilfe bei der Entscheidung ethisch problematischer Fragen zu leisten. Die Zusammensetzung des Komitees ist interdisziplinär (Ärzte/Pflege/Seelsorger/Verwaltung). Es wird auf Antrag tätig. Antragsberechtigt sind Mitarbeiter, Patienten und Angehörige. Die Beratung erfolgt durch 3 Mitglieder des Komitees in der Abteilung. Die Ergebnisse werden dokumentiert. Die Verantwortung für therapeutische Entscheidungen liegt beim behandelnden Arzt.

5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

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

Den Bedürfnissen und Wünschen sterbender Patienten sowie deren Angehörigen wird unter Berücksichtigung ethischer Gesichtspunkte und durchführbarer Möglichkeiten entsprochen. Die Verlegung in Einzelzimmer ist selbstverständlich. Durch Palliativstation und Schmerzambulanz wird eine medizinische/pflegerische Versorgung nach neuesten Erkenntnissen und Möglichkeiten gewährleistet. Es besteht eine Kooperation mit dem Hospiz und ambulanten Hospizdiensten. Es werden Schulungen zum Umgang mit Tod und Sterben angeboten, die das Betreuungskonzept unterstützen.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

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

Jeder Verstorbene wird unter Beachtung seiner Würde versorgt. Die Selbstbestimmung und zuvor genannte Wünsche finden Berücksichtigung. Leitlinien sind im "Leitfaden zur Begleitung Sterbender und Verstorbener" hinterlegt. In Einzelzimmern und Begegnungsräumen wird eine besondere Atmosphäre zur Verabschiedung geschaffen. Auf der Palliativstation finden individuelle Regelungen unter Einbindung der Familie Anwendung. Eltern tot- oder fehlgeborener Kinder können ihre Kinder bestatten lassen. Die Krankenhausseelsorge organisiert 3x im Jahr gemeinsame Trauerfeiern.

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.

Die Geschäftsführung des Klinikums Links der Weser fördert die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements und stellte bereits 1997 die Ressourcen zur Einrichtung einer Stabsstelle Qualitätsmanagement zur Verfügung. Das Leitbild des Klinikums ist Grundlage der gemeinsamen Qualitätspolitik, die u. a. zum Ziel hat, eine gute medizinische Behandlungsqualität für Patienten sicherzustellen, sie weiterzuentwickeln und auszubauen. Seit 2004 wird die Qualitätsentwicklung für die vier Klinika der Gesundheit Nord über ein gemeinsames QM-Konzept harmonisiert.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

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

Die Geschäftsführung legt die Qualitätsziele in Abstimmung mit den Kliniken und dem QM fest und weist die Qualitätsziele im Qualitätsentwicklungsplan nach. Die Qualitätsziele / Projekte werden gemäß Projektmanagement für die Geschäftsführung bearbeitet und umgesetzt. Ein Projektcontrolling sichert die positive Ergebnissicherung. Qualitätsziele im Sinne der Patientenorientierung finden sich im Internet und Fleyern und Fachpublikationen.

6.2 Qualitätsmanagementsystem

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Oberstes Qualitätsgremium ist der Lenkungsausschuss QM, in dem die Mitglieder der Geschäftsführung vertreten sind. Durch die Mitgliedschaft der Geschäftsführung ist gewährleistet, dass Entscheidungen zu Qualitätszielen schnell herbeigeführt werden.

Die Stabsstelle QM ist für die operative Umsetzung und Koordination aller Aktivitäten verantwortlich. Sie arbeitet eng mit dem Qualitätsausschuss zusammen, in dem QM-Beauftragte aller Krankenhausbereiche eingebunden sind.

Daneben existieren weitere Gremien wie Hygiene-, Arbeitssicherheitsausschuss etc.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

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

In vielen Arbeitsbereichen ist eine umfassende und effektive Qualitätssicherung realisiert. Beispiele für fortlaufende kontinuierliche Qualitätsmaßnahmen sind Controllingberichte, Leistungsstatistiken und Qualitätskennzahlen (Beschwerdemanagement) die veröffentlicht und im Haus kommuniziert werden. Daneben gibt es fachübergreifende Konferenzen, Qualitätszirkel, Hygiene- und Transfusionskommission, Arbeitssicherheitsausschuss und Klinisches Ethik Komitee. Ein Fehler-Melde-System Critical Incident Reporting System ist in allen Kliniken eingeführt.

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.

Das Klinikum Links der Weser nimmt an allen gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen teil und beteiligt sich darüber hinaus freiwillig an zusätzlichen bundesweiten Erhebungen, z.B. in der Kardiologie, der Kinderheilkunde, der Chirurgie, am Kalkulationsprogramm INEK. Darüber erhalten wir Referenzdaten (Benchmark), die zur Qualitätsentwicklung im jeweiligen Bereich genutzt werden können. Daneben werden weitere interne qualitätsrelevante Daten erhoben und analysiert (z.B. Infektionsstatistiken, Gefährdungsanalysen).

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.

Befragungen sind für uns ein Instrument zur Qualitätsbeurteilung. Wir führen sie zielgruppenorientiert und anlassbezogen durch. Wir beteiligen uns an Befragungen Externer und stellen uns dem Qualitätsvergleich (z.B. Befragung der Handelskrankenkasse und Bremer Tageszeitungen). Die Ergebnisse nutzen wir, um unser Angebot für Patienten, Mitarbeiter und Einweiser kontinuierlich zu verbessern, z.B. haben wir ein Klinisches Ethikkomitee und eine betriebliche Kinderbetreuung eingerichtet und die Gesundheitsförderung für unsere Mitarbeiter erweitert.

6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Die Rückmeldungen unserer Patienten, ihrer Angehörigen und Besucher sind uns wichtig. Lob, Anregungen und Kritik werden bei uns mit Hilfe des Patientenideen- und Beschwerdemanagements kontinuierlich ermittelt und ausgewertet. Aus den Rückmeldungen haben wir wertvolle Ansätze für Verbesserungen ziehen können, z.B. Einrichtung eines Bistros, „Raum der Stille“ etc.). In allen Bereichen liegen Meinungsbögen aus, auf eine Ansprechpartnerin wird hingewiesen. Beschwerden werden zeitnah und gewissenhaft nach einem festgelegten Verfahren bearbeitet.

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.

Die Datenerfassung zur externen Qualitätssicherung erfolgt durch die Assistenzärzte mit Hilfe geeigneter Software. Die Oberärzte kontrollieren die Erfassung und geben die Daten für den Export frei. Das Medizincontrolling überwacht die Vollständigkeit der Daten und unterstützt bei Problemen und Fragen. Durch diesen Ablauf wird eine hohe Dokumentationsrate erreicht. Im Jahr 2007 lag diese bei 94,24%.

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 werden quartalsweise noch vor dem Export vom Medizincontrolling mit Hilfe des Programms QS-Monitor analysiert und mit den QS-Beauftragten besprochen. Sollten Dokumentationsfehler die Ursache sein, können diese noch vor dem Export korrigiert werden. Sollten einmal Qualitätsprobleme als Ursache erkannt werden, werden von den Fachabteilungen in Zusammenarbeit mit dem Medizincontrolling und dem Qualitätsmanagement Verbesserungsvorschläge erarbeitet und umgesetzt. Zum Ablauf ist ein Konzept verabschiedet und im Intranet veröffentlicht.