

# **KTQ-QUALITÄTSBERICHT**

zum KTQ-Katalog 5.0 für Krankenhäuser

**Krankenhaus:** Karl- Jaspers- Klinik

**Institutionskennzeichen:** 260340170

**Anschrift:** Hermann-Ehlers-Straße 7  
26160 Bad Zwischenahn

**Ist zertifiziert nach KTQ<sup>®</sup> mit der Zertifikatnummer:** 2010-0057 K

**durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle:** WIESO CERT GmbH

**Gültig vom:** 02.07.2010  
**bis:** 01.07.2013

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>3</b>
<b>1 Patientenorientierung im Krankenhaus</b>	<b>10</b>
<b>2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung</b>	<b>15</b>
<b>3 Sicherheit im Krankenhaus</b>	<b>19</b>
<b>4 Informationswesen</b>	<b>23</b>
<b>5 Krankenhausführung</b>	<b>26</b>
<b>6 Qualitätsmanagement</b>	<b>29</b>

## Vorwort der KTQ®

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

Gesellschafter der KTQ® sind die Bundesärztekammer (BÄK), die Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Deutsche Pflegerat (DPR), der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e.V. (HB) und die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene<sup>1</sup>. Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

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

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

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

---

<sup>1</sup> zu diesen zählen: Verband der Ersatzkassen e. V., AOK-Bundesverband, BKK-Bundesverband, IKK-Bundesverband, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Die Knappschaft

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

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 72 Kriterien des KTQ-Kataloges 5.0. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet im zweijährigen Turnus den strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwendige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass die Karl- Jaspers- Klinik mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen - einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter [www.ktq.de](http://www.ktq.de) abrufbar.

Dr. med. G. Jonitz  
Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann  
Verbände der Kranken- und  
Pflegekassen auf Bundesebene

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

Andreas Westerfellhaus  
Für den Deutschen Pflegerat

Dr. med. M. Vogt  
Für den Hartmannbund

## Sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

herzlich willkommen in der Karl-Jaspers-Klinik, Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bad Zwischenahn.

Unser Haus blickt auf eine über 150-jährige Geschichte zurück. Die Karl-Jaspers-Klinik (bis 2007 Niedersächsisches Landeskrankenhaus Wehnen) befindet sich in Trägerschaft des Psychiatrieverbundes Oldenburger Land gGmbH. Dieser ist seit dem 1. Juli 2007 neuer gemeinnütziger Träger des Krankenhauses. Am Psychiatrieverbund Oldenburger Land gGmbH sind die benachbarten Akutkliniken Ammerlandklinik Westerstede, Klinikum Oldenburg gGmbH, Evangelisches Krankenhaus Stiftung Oldenburg und der Bezirksverband Oldenburg als Gesellschafter beteiligt. Mit dem Betriebsübergang wurde das Landeskrankenhaus umbenannt in Karl-Jaspers-Klinik (KJK). Die KJK sichert die psychiatrische Versorgung für die Landkreise Ammerland, Cloppenburg, Wesermarsch, Wittmund und Vechta sowie die Städte Oldenburg und Delmenhorst. Die KJK ist damit zuständig für ca. 915.000 Einwohner. Die im Pavillon-Stil angelegte Klinik liegt in einem parkähnlichen Gelände mit vielen denkmalgeschützten Gebäuden nahe der Universitätsstadt Oldenburg und dem Kurort Bad Zwischenahn.

Der Namensgeber der Klinik, Karl Jaspers, wurde am 23. Februar 1883 in Oldenburg geboren. Er zählt zu den bedeutendsten Philosophen des 20. Jahrhunderts. Darüber gerät leicht in Vergessenheit, dass er auch Psychiater war, dessen Standardwerk „Psychopathologien“ bis heute gelesen und studiert wird. Karl Jaspers starb im Februar 1969 in Basel. Er gehört zu den herausragenden Persönlichkeiten des Oldenburger Landes und ist Ehrenbürger der Stadt Oldenburg.

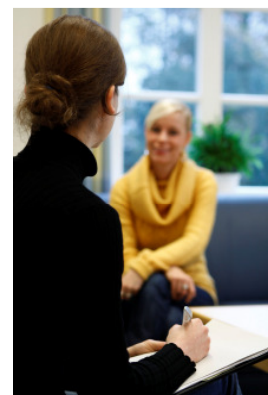
Die KJK verfügt über 534 Betten und Plätze und ist mit etwa 750 Beschäftigten einer der größten Arbeitgeber der Region. Auf 23 Stationen werden Patienten ab 18 Jahren behandelt. Hinzu kommen drei Tageskliniken mit teilstationärer Behandlung in Bad Zwischenahn, Westerstede und Delmenhorst. Zwei weitere Tageskliniken in Cloppenburg und in der Wesermarsch sind in Planung.

Im Jahr 2009 wurden 5993 Patientinnen stationär und 432 Patienten teilstationär behandelt.

Das Krankenhaus gliedert sich in vier Kliniken:

- **Klinik für Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie**

Behandelt werden Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, mit manisch-depressiven Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, akuten Belastungsreaktionen sowie suizidaler Gefährdung. Die Behandlung erfolgt dabei im Rahmen spezifischer Konzepte und Therapieformen. Eine adäquat abgestimmte multiprofessionelle Zusammenarbeit der Stationsteams ist für uns dabei selbstverständliche Voraussetzung.



- **Klinik für Suchtmedizin und Psychotherapie**

In der Klinik wird die Behandlung von Suchterkrankungen in einer großen Bandbreite angeboten. Dies umfasst den qualifizierten Entzug von illegalen Drogen und von Alkohol ebenso wie die Behandlung von Patientinnen und Patienten, bei denen die Suchtmittelabhängigkeit im Zusammenhang mit einer psychiatrischen Begleiterkrankung steht (Doppeldiagnose).



- **Klinik für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie**

Der Abschied vom Berufsleben, der Verlust nahestehender Personen, körperliche Erkrankungen oder Störungen von Merkfähigkeit und Gedächtnis führen im mittleren und höheren Lebensalter zu Krisen, in denen Menschen depressiv, ängstlich und verwirrt reagieren. Die Gerontopsychiatrie stellt sich auf diese Besonderheiten ein. In der gesamten Behandlung werden individuelle Wege gesucht, die Krisen zu meistern.

- **Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychiatrie**

Bei Patienten, die gemäß § 63 StGB untergebracht sind, handelt es sich um Personen, denen eine Straftat zur Last gelegt wurde, die sie im Zustand der verminderten oder aufgehobenen Schuldfähigkeit begangen haben. Grund hierfür ist in der Regel eine psychische Erkrankung, aus der eine eingeschränkte Impulskontrolle resultiert. Grundlage für die Unterbringung ist das Niedersächsische Maßregelvollzugsgesetz. Auf fünf Stationen mit unterschiedlichen Sicherheitsstandards werden Patienten behandelt. In geringem Umfang erfolgt auch die Behandlung im Rahmen anderer gerichtlicher Unterbringungsformen.

- **Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie (in Planung)**

Hinzu kommen teilstationäre und ambulante Angebote:

- **Tageskliniken**  
in Bad Zwischenahn, Wesermarsch (ab Herbst 2010) Cloppenburg (ab Sommer 2010), Delmenhorst und Westerstede. Das Angebot der Tageskliniken wendet sich an psychisch erkrankte Menschen, bei denen ein vollstationärer Krankenhausaufenthalt verhindert oder abgekürzt werden soll.
- **Psychiatrische Institutsambulanzen**  
Behandelt werden in erster Linie schwer und chronisch kranke Menschen, die bereits stationär psychiatrisch behandelt wurden und / oder bei denen ein stationärer Aufenthalt vermieden oder verkürzt werden kann.
- **Zentrale Einrichtungen** wie z.B. Labor, Diagnostik, Kranken- u. Gesundheitspflegeschule, Innerbetriebliche Fortbildung

Einerseits bilden Leitlinien und Standards der medizinischen Behandlung die Grundlage unseres Handelns. Alle Behandlungsangebote unseres Hauses basieren auf den neuesten medizinischen Erkenntnissen. Andererseits ist es uns sehr wichtig, den Patientinnen individuelle Behandlungskonzepte und eine weitmögliche Mitwirkung am Therapieablauf zu bieten. Ein besonderer Schwerpunkt sind dabei unsere Co-Therapien, wie Theater-, Musik- und Kunsttherapie, Körper- und Bewegungstherapie (mit Laufstrecke und Sinnesgarten) sowie ein ehemaliger Bauernhof mit Tieren.



Mit dem laufenden Projektvorhaben „Zertifizierung nach KTQ“ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) soll die Art und Weise, wie unsere Dienstleistungen für unsere primären Patienten realisiert werden und wie unsere Leistungsprozesse gesteuert werden, für alle Beteiligten transparenter gestaltet werden. Die fortlaufende Anpassung der internen Leitlinien zielt im Rahmen der Organisations- und Personalentwicklung auf die Optimierung der Aufbau- und Ablauforganisation und wird begleitet durch einen längerfristig angelegten Entwicklungs- und Veränderungsprozess.

Wir stellen unsere Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt unserer Arbeit. Daran lassen wir uns messen.



Wenn Sie weiterführende Informationen benötigen, wenden Sie sich an uns über das Internet unter [www.Karl-Jaspers-Klinik.de](http://www.Karl-Jaspers-Klinik.de) oder auch gern persönlich:

Kontakt: [info@karl-jaspers-klinik.de](mailto:info@karl-jaspers-klinik.de)

Telefon: 0441 / 96 15 – 0

Hinweis:

1. Um der besseren Lesbarkeit willen verwenden wir in diesem Bericht wechselnde Sprachformen. Das jeweils andere Geschlecht ist selbstverständlich mitgemeint.
2. Die abgebildeten Personen sind keine Patienten der KJK, sondern Mitarbeiter und Krankenpflegeschülerinnen.

Axel Weber  
Geschäftsführer

Dr. Jörg Zimmermann  
Ärztlicher Direktor

Die KTQ-Kriterien, beschrieben vom  
Psychiatrieverbund Oldenburger Land gGmbH  
Karl-Jaspers-Klinik

# 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.*

Die Vorbereitung der Aufnahme ist abhängig vom Patientenwunsch, der medizinischen Notwendigkeit und des zu erwartenden Bedarfs an Behandlungskapazität. Informationen über die Leistungen erhalten die Patienten über die Internetseiten, Flyer der Kliniken sowie über Presseberichte. Den Einweisern, Patienten und Angehörigen stehen im Vorfeld der stationären Behandlung Ansprechpartner für Fragen zur Verfügung. Die Erreichbarkeit ist durch eine ausreichende Beschilderung an allen Verkehrsstraßen gewährleistet. Eine Bushaltestelle befindet sich direkt vor der Klinik.

### 1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

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

Die Gebäude der Klinik befinden sich in einem parkähnlichen Gelände. Durch das Wegeleitsystem wird man zur zentralen Information / Pforte geleitet, die 24 Std. besetzt ist. Dort erhalten Patienten und Besucher kompetente Auskunft und einen Wegeplan, der in Verbindung mit Lageplänen, Richtungspfeilen sowie mit Verweis auf farbliche Markierungen das Auffinden der Stationen, Abteilungen, Verwaltung und Klinikleitung ermöglicht. Des Weiteren sind in den Gebäuden die Türen durchgängig mit Hinweisschildern versehen.

### 1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

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

Ein strukturierter Aufnahmeprozess soll dem Patienten den Beginn der Behandlung im Hause so positiv wie möglich gestalten. Dies erfolgt klinikübergreifend und beginnt mit der administrativen Aufnahme durch kompetentes Personal der Patientenverwaltung. Bei nicht angemeldeten Patienten entscheidet ein Mitarbeiter der Clearingstelle die stationäre Aufnahmenotwendigkeit und leitet auf die entsprechende Station weiter. Auf der Station werden sie von den pflegerischen und therapeutischen Mitarbeitern begrüßt und mit den wesentlichen Abläufen der Station bekannt gemacht.

### 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.*

Eine Versorgung ambulanter Patienten erfolgt in der Institutsambulanz (PIA) der KJK in einem Team, bestehend aus Fachärzten, (Dipl.)Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialarbeitern, Fachkrankenschwestern und Med. Fachangestellten. Termine zur Krisenintervention werden kurzfristig vergeben. Die Überleitung von Patienten aus der stationären in die ambulante Versorgung ist geregelt. Sämtliche medizinischen Befunde sind über ein Krankenhausinformationssystem verfügbar, so dass Informationsverluste und Doppeluntersuchungen unterbleiben.

## 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.*

Zu Beginn einer Behandlung erfolgt für jeden Patienten eine ausführliche psychiatrische Anamnese und eine körperliche Untersuchung, aus der sich weitere diagnostische und therapeutische Maßnahmen ableiten. Gefolgt von der Pflegeanamnese sowie der Behandlungs- und Pflegeplanung wird hier auf individuelle Wünsche der Patienten, seine Vorgeschichte und Fähigkeiten, Rücksicht genommen, ebenso werden rechtliche Besonderheiten abgeklärt. Der Facharztstandard ist rund um die Uhr gewährleistet.

### 1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

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

Alle vorhandenen und mitgebrachten Daten, Vorbefunde und Einschätzungen werden genutzt und bei Entscheidungen mit einbezogen. Bei Wiederaufnahmen wird umgehend im Archiv die alte Krankenakte angefordert, um Vorbefunde zu nutzen. Ergänzende Befunde werden nur mit schriftlicher Einwilligung der Patienten angefordert. In der Klinik für Forensische Psychiatrie wird das Gutachten, das zur Unterbringung führt, auf Anforderung vom Gericht bzw. dem Gutachter selbst zur Verfügung gestellt. Dieses enthält, falls vorhanden, eine Zusammenfassung der relevanten Vorbefunde.

### 1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

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

Eine verbindliche Behandlungsplanung wird von dem zuständigen Arzt leitlinienorientiert in Absprache mit dem Oberarzt erstellt und dokumentiert. Der Patient erhält eine umfassende und bedarfsgerechte Diagnostik und Behandlung. Die Umsetzung erfolgt gemeinsam mit allen an der Behandlung Beteiligten. Die Ergebnisse werden bei den Visiten und während der individuellen Fallbesprechungen überprüft.

### 1.2.4 Integration der Patienten in die Behandlungsplanung

*Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.*

Ziel ist der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung und die Vermittlung therapeutischer Konzepte. Unter Berücksichtigung seiner Möglichkeiten, Bedürfnisse und Wünsche, wird der Patient in die Behandlungsplanung einbezogen, wie im Suchtbereich durch psychoedukative Gruppen. Nach einer ausführlichen Aufklärung zur Erkrankung und den Maßnahmen medikamentöser Entgiftung, werden gemeinsam Therapieziele erarbeitet. Zeigen Patienten trotz intensiver Aufklärung eine Ablehnung, wird dies akzeptiert, solange es keine akute Gefährdung darstellt.

### 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.*

Um eine patientenzentrierte und hochwertige Therapie zu leisten, hält die KJK ein umfassendes Angebot bereit. Die Stationen bieten zur professionellen Behandlung unterschiedliche Behandlungsschwerpunkte an, die auf spezielle Diagnosen ausgerichtet sind (z.B. Station EV: Behandlung von Depressionen; Station FA: Behandlung von Frauen mit Borderline-Erkrankung; Station MEIII: Therapiestation für intelligenzgeminderte Rechtsbrecher usw.). Die Behandlung wird engmaschig fachärztlich überwacht und weitreichend nach Standards und Leitlinien durchgeführt.

#### 1.3.2 Anwendung von Leitlinien

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

Hauptverantwortlich für die Entwicklung, Veröffentlichung (im Intranet), Implementierung sowie Aktualisierung von Leitlinien/Standards sind die Chefärzte und die Pflegedienstleitung. Pflegestandards richten sich nach den nationalen Expertenstandards (z.B. Dekubitusprophylaxe). Die Leitlinien sind an den Leitlinien der Fachgesellschaften orientiert. Pflegestandards und Leitlinien stellen die Grundlage der therapeutischen Arbeit dar.

#### 1.3.3 Patientenorientierung während der Behandlung

*Der Patient wird in alle durchzuführenden Behandlungsschritte und Maßnahmen der Versorgung einbezogen und seine Umgebung ist patientenorientiert gestaltet.*

Patienten und Angehörige werden während des Behandlungsverlaufes von den zuständigen Bezugspersonen begleitet und über sämtliche Behandlungsschritte aufgeklärt. Ergänzt wird dies z. B. durch Paar- oder Familiengespräche, Angehörigengruppen, Patientenschulungen und Aufklärungsbögen für bestimmte diagnostische Maßnahmen. Auf den modern ausgestatteten Stationen stehen Aufenthalts-, Speise- und Besucherräume zur Verfügung, z. T. auch Garten/Terrasse bzw. Sporträume. Auf dem Krankenhausgelände stehen eine Cafeteria sowie eine ökumenische Kapelle zur Verfügung.

#### 1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

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

Die KJK betreibt eine eigene Zentralküche und bietet täglich 3 frische Standardmenüs (Vollkost, leichte Vollkost und vegetarisch) an. Unser Ziel ist eine hohe Patientenzufriedenheit mit der Speise- und Getränkeversorgung sowie die ausreichende und an die Bedürfnisse der Patienten angepasste Ernährung. Besondere kulturelle Essgewohnheiten werden auf Wunsch beachtet. Spezielle Diäten werden durch den Arzt festgelegt, Diätassistentinnen beraten und schulen individuell. In der Klinik für Forensische Psychiatrie sind die Patienten der Station MB in der Selbstversorgung.

#### 1.3.5 Koordinierung der Behandlung

*Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.*

Diagnostische und therapeutische Behandlungsschritte werden durch den behandelnden Stationsarzt geplant und koordiniert. Der Pflegedienst vereinbart mit der Diagnostik Termine, so dass praktisch keine Wartezeiten entstehen. Suizid- bzw. entweichungsgefährdete Personen werden immer durch examinierendes Pflegepersonal begleitet. Jeder begleitende Mitarbeiter ist mit einem Personalnotruf-Gerät ausgestattet, mit dem er im Notfall schnell zusätzlich Hilfe anfordern kann. In der Klinik für Forensische Psychiatrie bestehen gesonderte Regelungen.

#### 1.3.6 Koordinierung der Behandlung: OP-Koordination

*Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.*

entfällt

#### 1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

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

Die Zusammenarbeit zwischen den Disziplinen der verschiedenen Berufsgruppen ist in der KJK durch den strukturierten Austausch und Besprechungen geregelt. An Visiten nehmen stets verschiedene Berufsgruppen (z.B. Sozialarbeiter, Internist) teil und sind so direkt in der Behandlungsplanung involviert. Im Bedarfsfall gibt es ein gut funktionierendes und strukturiertes Konsiliarwesen, z.B. mit Internisten, Neurologen, Dermatologen, Gynäkologen und Teilnehmern aus benachbarten Krankenhäusern.

#### 1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

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

In Verantwortung der Chefärzte sind in jeder Abteilung die Visiten und Visitenzeiten geplant. In allen Abteilungen finden an allen Werktagen und fast immer auch an Wochen-

enden und Feiertagen Visiten durch die Stationsärzte in Begleitung des betreuenden Pflegepersonals statt. Eine Chefarztvisite erfolgt wöchentlich, Oberarztvisiten mindestens einmal wöchentlich. In allen Visiten wird den Patienten ausreichend Zeit gegeben, Fragen zu klären. Somit wird das Verständnis von Diagnostik und Therapie sichergestellt.

#### 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 Vorbereitungen zur Entlassung aus der stationären Behandlung beginnen frühzeitig und berücksichtigen vorrangig die Fortführung fachlicher Weiterbehandlung sowie die soziale Integration und Absicherung. In Absprache mit dem Patienten werden Kontakte zu Angehörigen und Nachsorgeeinrichtungen aufgebaut.

##### 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.*

Zum Zeitpunkt des Übergangs des Patienten in einen anderen Versorgungsbereich liegen aufgrund der interdisziplinär abgestimmten Organisation alle nötigen Informationen wie z.B. der Arztbrief oder der Pflegeüberleitungsbogen vor. Sie werden dem Patienten mitgegeben bzw. an nachsorgende Ärzte oder Einrichtungen gesandt. Die Verantwortlichkeiten hierfür sind intern klar geregelt.

##### 1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

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

Zur Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung des Patienten erfolgt eine frühzeitige Kontaktaufnahme mit dem nachfolgenden Betreuungsteam. Die Weiterbetreuung wird durch das multiprofessionelle Team, federführend durch die Sozialarbeiter, organisiert. Die Angehörigen werden auf Wunsch des Patienten über alle Schritte informiert und eingebunden.

## 2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

### 2.1 Planung des Personals

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

#### 2.1.1 Planung des Personalbedarfes

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

Ziel ist eine wirtschaftliche Personalpolitik unter Gewährleistung einer hochwertigen Patientenversorgung. Die Personalplanung erfolgt mittels Analysen der Personalkosten des Vorjahres unter Einbezug perspektivischer Veränderungsnotwendigkeiten und Leistungen des Hauses. Die Ausgestaltung der Personalplanung und der Stellenbesetzung erfolgt in Absprache mit dem Ärztlichen Direktor, der Pflegedienstleitung und dem Geschäftsführer sowie dem Aufsichtsrat. Die Facharztquote beträgt ca. 55 %, der Anteil der Pflegemitarbeiter mit 3-jähriger Ausbildung ca. 90%.

### 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.*

Ziel der Personalentwicklung ist die Sicherstellung der Qualifikation aller Mitarbeiter zur bestmöglichen Versorgung der Patienten, Betreuung der Angehörigen und Integration weiterer, am Versorgungsprozess beteiligter Personen und Institutionen, wie niedergelassene Ärzte. Ein umfangreiches Fort- und Weiterbildungsangebot für alle Mitarbeiter sichert das Wissen und Können der Mitarbeiter.

#### 2.2.2 Festlegung der Qualifikation

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

Qualifikation bedeutet neben einem fundierten, fachlichen Wissen auch die Kompetenz, den Versorgungsprozess mit allen Beteiligten wertschätzend und menschlich zu gestalten. Im

Organigramm und in Kompetenzprofilen sind die spezifischen Verantwortlichkeiten und Leistungsanforderungen festgelegt. Für den ärztlichen und pflegerischen Dienst existieren Regelungen mit Nachweispflicht zu entsprechenden Fort- und Weiterbildungen.

### 2.2.3 Fort- und Weiterbildung

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

Das Angebot zur Fort- und Weiterbildung ist sowohl berufsgruppenspezifisch wie auch übergreifend angelegt. Ziel ist es, die Mitarbeiter entsprechend den Anforderungen ausreichend zu qualifizieren und zu fördern. Grundlage für Fort- und Weiterbildung sind der betriebliche Bedarf, gesetzliche Bestimmungen sowie die Weiterentwicklung der Klinik. Die Unterstützung der Mitarbeiter in der beruflichen Weiterentwicklung liegt in der Verantwortung der zuständigen Leitung gemäß der Führungsgrundsätzen.

### 2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

*Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.*

Es wird jährlich ein fixes Fort- und Weiterbildungsbudget bereitgestellt. Die Budgetfestlegung erfolgt jährlich im Rahmen des Wirtschaftsplans. Die Teilnahme an beruflicher Fort- und Weiterbildung wird durch die Klinik unterstützt. Die Teilnahme der Mitarbeiter an genehmigten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen findet unter Fortzahlung der Bezüge und Freistellung ihrer dienstlichen Pflichten statt, hier zum Teil abgestuft.

### 2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

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

Für Fort- und Weiterbildungen stehen mehrere modern ausgestattete Konferenzräume sowie ein Festsaal für Großveranstaltungen zur Verfügung. Eine Bibliothek mit aktueller Standardliteratur aus den Bereichen Psychiatrie, Psychologie, Medizin, Begleitwissenschaften, Co-Therapie, Recht usw. sowie eine Audio- u. Videothek sind vorhanden. Fachzeitschriften stehen in verschiedenen Bereichen zur Verfügung und werden durch ein Umlaufverfahren an die betreffenden Mitarbeiter weitergeleitet.

### 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.*

Die der KJK angegliederte Ausbildungsstätte berechtigt die Auszubildenden nach Ablegen des 3-jährigen Exams zum Tragen der Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpfleger“. Die Ausbildung erfolgt gemäß NRW-Curriculum. Der praktische Teil findet auf den Stationen der KJK und in den mit der KJK verbundenen Krankenhäusern der Umgebung statt, sowie bei einem Anbieter für ambulante Dienste in Begleitung von Praxisanleitern. Der theoretische Unterricht erfolgt im Wechsel von Blockunterricht und wöchentlichen Präsenzzeiten.

## 2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

*Mitarbeiterinteressen werden angemessen bei der Führung des Krankenhauses berücksichtigt.*

### 2.3.1 Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles

Im Krankenhaus wird ein festgelegter und einheitlicher Führungsstil praktiziert, der die Bedürfnisse der Mitarbeiter berücksichtigt.

Grundsätze mitarbeiterorientierter Führung sind in den Führungsgrundsätzen verankert. Das Vorleben und die Vorbildfunktion der oberen Führungsebene ist, auch im Sinne des Namensgebers der Klinik, zentraler Bestandteil der Unternehmensphilosophie. Regelmäßige, von der Geschäftsführung herausgegebene Informationen sowie die Beteiligung und Einbindung der Mitarbeiter an internen Arbeitsgruppen und Projekten fördern die Beteiligung an den strategischen Planungen und binden in Entscheidungsprozesse der Krankenhausführung ein.

### 2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

*Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.*

Im Rahmen der betrieblichen Notwendigkeiten bzw. der erforderlichen Prozesse finden unterschiedliche Arbeitszeitregelungen Anwendung. Die für die Mitarbeiter unter Beachtung gesetzlicher und tariflicher Vorschriften festgelegten Arbeitszeitregelungen sind zum größten Teil in einem elektronischen Zeiterfassungssystem hinterlegt. Es gibt moderne und flexible Arbeitszeitmodelle mit Schicht- und Wechselschichtdienst, Gleitzeit- und Teilzeitregelungen. Die Dienstplanung findet unter Beachtung der Mitarbeiterwünsche statt.

### 2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

*Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.*

Ein strukturiertes Einarbeitungskonzept existiert für alle Kliniken/Abteilungen und Berufsgruppen. Das Konzept ist in zwei Module aufgeteilt: Basismodul und berufsgruppenspezifisch. Die Einarbeitung neuer Mitarbeiter erfolgt durch Ansprechpartner, welche vom Vorgesetzten benannt werden. Checklisten (bedarfsorientiert erweiterbar) und weiterführende Dokumente dienen zur Dokumentation. Die Personalleitung koordiniert und lädt zum Einführungstag (z.B. Struktur, Strategie, Politik der KJK, Geschichte, Besuch der Gedenkstätte und der einzelnen Kliniken) ein.

### 2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

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

Um das wertvolle Potenzial der Mitarbeiter fördern und nutzen zu können wird jedem Mitarbeiter die Möglichkeit gegeben, sich aktiv und kreativ an der Verbesserung des direkten Arbeitsumfelds bzw. des Krankenhauses und der Arbeitsabläufe zu beteiligen. Das Konzept des „Ideen- und Vorschlagsmanagement“ regelt das Einreichen von Verbesserungsvorschlägen, die Begutachtung und Umsetzung sowie die Prämierung. Mitarbeiterbeschwerden werden i. d. R. dem direkten Vorgesetzten mitgeteilt oder durch

Mitarbeiterbefragungen erhoben und in entsprechende Maßnahmen umgesetzt.

## 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.*

In der KJK sind Fachkräfte u.a. für Arbeitssicherheit und Hygiene angestellt, die im Rahmen von regelmäßigen Arbeitsplatzbegehungen und Arbeitstreffen in unterschiedlichen Kommissionen Verfahren zum Arbeitsschutz entwickeln, formulieren und deren Umsetzung sicherstellen. So sind der Umgang mit Gefahrstoffen und hygienerelevante Verfahren für alle Mitarbeiter verbindlich geregelt. Der Zugang zu den regelmäßig aktualisierten Daten und Verfahrensanweisungen ist über das Intranet sichergestellt.

#### 3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

*Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.*

Verantwortlich für die in Kooperation mit der Berufsfeuerwehr und Fachleuten des Landkreises erarbeiteten Planungen zum Brandschutz ist der als Brandschutzbeauftragter der Klinik ausgebildete und bestellte technische Leiter der Klinik. Für das weitläufige Klinikgelände und alle Gebäude liegen Feuerwehrpläne und Flucht-/Rettungspläne vor. Bauliche, anlagentechnische und organisatorische Aspekte des Brandschutzes sind durchgängig sichergestellt. Regelmäßig finden Brandschutzübungen und Begehungen statt, deren Ergebnisse in weitere Planungen einbezogen werden.

#### 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.*

Der Alarm- und Katastrophenplan regelt die Verantwortlichkeiten im Bedarfsfall. Über eine Personennotrufanlage ist eine rasche Mobilisierung von Mitarbeitern sichergestellt. Für die Mitarbeiter der Telefonzentrale wurde ein detaillierter Alarmplan entwickelt, der eine rasche Informationsweitergabe gewährleistet. Die in 2007 erneuerten Notstromaggregate werden regelmäßig überprüft, auf einwandfreie Funktion getestet und gewartet.

### 3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

*Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.*

Die Versorgung medizinischer Notfälle ist verbindlich festgelegt. Durch regelmäßige Schulungen wird die Kompetenz der Mitarbeiter des Ärztlichen Dienstes und Pflegedienstes in aktuellen Verfahren der medizinischen Notfallversorgung sichergestellt. Sämtliche Stationen und Tageskliniken, der Aufnahme- und Diagnostikbereich verfügen über eine standardisierte Notfallsausstattung (Notfallkoffer, Ambu®-Beutel etc.). Automatische Defibrillatoren, Überwachungsmonitore und ein mobiles EKG-Gerät werden an definierten Schwerpunkten der Klinik vorgehalten.

### 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 Gewährleistung der Patientensicherheit ist – gerade im Hinblick auf Patienten, die mitunter an schweren kognitiven Einschränkungen leiden und/oder krankheitsbedingt sich selbst und andere gefährden können – vom Zeitpunkt der Aufnahme an gegeben. Bauliche Aspekte der Patientensicherheit werden angemessen berücksichtigt. In gleichem Maße werden Persönlichkeitsrechte gewahrt. So dürfen z. B. in med. begründeten Situationen notwendige freiheitseinschränkende Maßnahmen zum Schutz des Patienten nur mit richterlicher Genehmigung durchgeführt werden.

## 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 für die Hygienebelange der Klinik verantwortlichen Ärztlichen Leitung stehen beratend ein hygienebeauftragter Arzt und eine ausgebildete Hygienefachkraft zur Seite. Diese erstellen auf der Grundlage einer für alle Mitarbeiter der Klinik verbindlichen Dienstanweisung einen Hygieneplan und Hygienevorschriften, die helfen, hygienische Mängel/Fehlverhalten zu erkennen und abzustellen. Der Umsetzung dieses Zieles dienen regelmäßig durchgeführte Stationsbegehungen und klinikinterne Fortbildungsveranstaltungen zu hygienerelevanten Themen.

### 3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

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

Die Meldung, der nach dem Infektionsschutzgesetz zu erfassenden Infektionen insbesondere mit Problemkeimen, ist über eine Dienstanweisung verbindlich geregelt und sichergestellt. Die erforderlichen Unterlagen – wie z. B. Meldebögen und Vorgaben zur Ermittlung von Daten – sind über das Intranet für alle Mitarbeiter der Klinik verfügbar.

Keimresistenzen werden ermittelt und gehen in Therapieplanungen ein. Für schwerwiegende Infektionsausbrüche (Influenza) wurde ein Pandemieplan erarbeitet.

### 3.2.3 Planung und Durchführung hygiensichernder Maßnahmen

*Hygiensichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.*

Ein umfangreicher Hygieneplan, der seitens der hygienebeauftragten Klinikmitarbeiter erstellt wurde, enthält umfassende Anweisungen, Regelungen und Informationen, die eine Umsetzung aktueller Richtlinien sicherstellen. Dieser wird regelmäßig ergänzt und aktualisiert. Für den Umgang mit speziellen Infektionen stehen Merkblätter allen Mitarbeitern zur Verfügung. Die Umsetzung der Hygienestandards wird im Rahmen von Stations- und Bereichsbegehungen überprüft.

### 3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

*Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.*

Die Kenntnisnahme des Hygieneplanes ist Bestandteil der Einarbeitung neuer Mitarbeiter der Klinik. Desinfektionspläne hängen auf allen Stationen aus. Ein den aktuellen Richtlinien entsprechendes Konzept zur Sicherstellung einer hygienisch einwandfreien Speisenversorgung wird umgesetzt. Neben der Teilnahme an regelmäßigen Stations- und Bereichsbegehungen stehen der hygienebeauftragte Arzt und die Hygienefachkraft den übrigen Mitarbeitern beratend zur Verfügung. In Hygienefragen sind sie anderen Personen gegenüber weisungsbefugt.

## 3.3 Bereitstellung von Materialien

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

### 3.3.1 Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten

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

Die Bereitstellung von Arzneimitteln und medizinischem Verbrauchsmaterial ist zwischen der KJK und der Apotheke sowie dem Logistikzentrum der Klinikum Oldenburg GmbH vertraglich geregelt. In Zusammenarbeit mit den Lieferanten der Klinik wurden Dienst- und Verfahrensanweisungen formuliert, die die Beschaffung von Arzneimitteln (eingeschlossen Betäubungsmitteln), Medizinprodukten und – soweit relevant – Blutprodukten umfassend regeln. Die Wirtschaftsverwaltung der KJK stellt die Logistik innerhalb der Klinik sicher.

### 3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

*Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.*

In regelmäßig stattfindenden Sitzungen der Arzneimittelkommission werden Fragen der Arzneimittelversorgung und der Sicherstellung einer medizinisch zweckmäßigen Arz-

neimitteltherapie erörtert. Die Beschlüsse der Arzneimittelkommission sind verbindlich. Approbierte Apotheker der Lieferapotheke stehen für eine Beratung in Arzneimittelfragen zur Verfügung. Informationen über Neben- und Wechselwirkungen sowie Maßnahmen bei Komplikationen der Arzneimitteltherapie können über EDV-Programme jederzeit eingesehen werden.

### 3.3.3 Anwendung von Blut- und Blutprodukten

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

Eine Umsetzung des Transfusionsgesetzes ist in der KJK – soweit dies für die Klinik relevant ist (Verabreichung von Plasmapräparaten wie Passivimpfstoffen; Transfusionen werden in der KJK nicht vorgenommen) – sichergestellt. Ein transfusionsbeauftragter Arzt ist benannt und stellt die erforderliche Dokumentation und eine Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften sicher. Sofern Patienten während ihres Aufenthaltes eine Transfusion benötigen, werden sie in eine internistische Fachabteilung verlegt oder dort ambulant versorgt.

### 3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

*Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.*

Der Umgang mit Medizinprodukten und deren Anwendung ist klinikweit verbindlich in einer Dienstanweisung geregelt. Federführend sind geschulte Mitarbeiter der Wirtschaftsverwaltung und der technischen Abteilung. Diese stellen eine Ersteinweisung der Nutzer/Anwender und die Durchführung regelmäßiger Prüfungen und messtechnischer Kontrollen sicher. Ein „Organisationshandbuch-Sicherheit“ enthält Informationen über alle im jeweiligen Bereich verfügbaren Medizinprodukte und dient der Dokumentation von Einweisungen und Kontrollen.

### 3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

*Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.*

Ein zentrales Beschaffungswesen innerhalb der KJK stellt sicher, dass Umweltbelange bei der Beschaffung von Materialien, Verbrauchsartikeln, elektrischen Geräten und Gefahrstoffen besonders berücksichtigt werden. Die Wertstoff- und Restmüllentsorgung ist verbindlich geregelt. Verbrauchsmengen (Wasser/Energie) werden werktäglich überprüft. Die technischen Anlagen werden laufend gewartet und modernisiert. So wurde Anfang 2010 ein Blockheizwerk in Betrieb genommen.

## 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.*

Die Führung der Patientenakten und die Dokumentation von patientenrelevanten Daten ist schriftlich in einem Dokumentationsleitfaden geregelt und für alle Mitarbeiter verbindlich. Ziel ist es, das sämtliche Patientendaten vollständig und zeitnah dokumentiert und archiviert werden. Parallel wird seit dem Sommer 2009 schrittweise die Einführung in das Krankenhausinformationssystem, ORBIS, vorgenommen.

#### 4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

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

Vom Krankenhaus wird eine vollständige, verständliche, korrekte, nachvollziehbare und zeitnahe Dokumentation von Patientendaten gewährleistet. Die Dokumentation ist für alle am Behandlungsprozess beteiligten Mitarbeiter Pflicht. Die Dokumentation ist erstens eine zwingende Notwendigkeit, und zweitens eine gesetzliche Verpflichtung. Alle Befunde und Berichte, auch nachkommende, werden dem behandelnden Arzt vorgelegt, von ihm abgezeichnet und in die Patientenakte eingefügt. Nachkommende Befunde werden dem Archiv zugeführt und der entsprechenden Akte zugeordnet.

#### 4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

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

Während der Behandlung haben alle berechtigten Mitarbeiter Zugriff auf die aktuelle Dokumentation, dies gilt auch für das Krankenhausinformationssystem. Nach der Entlassung wird die Akte dem Archiv zugeführt. In der KJK existiert ein geregeltes schriftliches Verfahren, um den zeitlich uneingeschränkten Zugriff auf die Patientendokumentation zu gewährleisten. Hauptverantwortlich ist die Patientenverwaltung. In der Archivordnung sind die Regelungen zum Zugriff auf die Akten und die Verantwortlichkeit für die Patientendokumentation schriftlich festgehalten.

### 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.*

Zur Sicherstellung einer umfassenden Information ist deren Weitergabe in der Klinik klar geregelt. Es finden regelmäßige und strukturierte Besprechungen statt, in denen sowohl patientenbezogene als auch klinikbezogene Informationen ausgetauscht und weitergegeben werden. Eine Mitarbeiterzeitung wurde im Jahre 2009 („Blattwerk“) unter der Regie der Stabstelle Kommunikation- und Öffentlichkeitsarbeit eingeführt.

#### 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 (Information / Pforte) befindet sich zur schnellen, zeitnahen Information im Eingangsbereich des Haupthauses. Aktuelle Patientendaten können durch Zugriff auf die EDV abgerufen werden. Andere relevante Daten, wie Dienstpläne der Hintergrunddienste, Zuordnung der ärztlichen und therapeutischen Ansprechpersonen auf den Stationen, aktuelles Telefonverzeichnis, Handlungsanweisung für Notfälle, Veranstaltungen etc., stehen allen Mitarbeitern der Information jederzeit zur Verfügung. Der Datenschutz findet dabei Beachtung.

#### 4.2.3 Information der Öffentlichkeit

*Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.*

Die strukturierte und umfassende Öffentlichkeitsarbeit obliegt der Geschäftsführung in Zusammenarbeit mit der Referentin für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit und der QM-Beauftragten. Presseterminale mit der Regionalpresse und die Nutzung sämtlicher Kommunikationswege ermöglichen eine regelmäßige und umfassende Information der Öffentlichkeit sowie Patienten, Angehörige, Vertreter komplementärer Dienste, politische Gremien, Fachpublikum. Zusätzlich werden das Internet, Patientenbroschüren, Flyer, Fach- und Laienvorträge sowie Führungen genutzt.

#### 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 Landeskrankengesetzen 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.*

Die Datenschutzbeauftragte ist für die Einhaltung des Datenschutzes auf Grundlage des BDSG zuständig und aktualisiert die entsprechenden Anweisungen (Dienstweisung „Datenschutz“). Die Mitarbeiter werden bei der Einstellung u.a. zum Datenschutz mündlich und schriftlich belehrt, Datenschutzbegehungen erfolgen regelmäßig. Grundsätzlich ist der Zugang zum EDV-System nur kennwortgeschützt möglich und wird vom Administrator kontrolliert. Zusätzlich ist das Datensystem nach außen durch eine Firewall abgesichert.

#### 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.*

An ca. 300 EDV-Arbeitsplätzen können die Mitarbeiter entsprechend ihrer Berechtigung auf Standard- und Hauptanwendungen zugreifen. Alle Bereiche sind an das EDV-System angeschlossen, welches E-Mail-Anwendung, Internetzugang und spezifische Software (KISystem) zur Verfügung stellt. Seit 2009 wird die Umsetzung des KIS kontinuierlich vorangetrieben. Ein Ausfallkonzept wird durch diverse technische Maßnahmen umgesetzt (z.B. tägliche Datensicherungen, Wartungsverträge) und durch Weiterentwicklungen ergänzt.

## 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.*

Durch das Leitbild der KJK werden verbindliche Grundlagen für die Zusammenarbeit der Mitarbeiter geschaffen und die Grundwerte zur Patientenorientierung sichtbar. Inhalte des Leitbildes sind: Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung und Führung, Entwicklung und Zukunftsgestaltung sowie Wissenschaftlichkeit. Um eine hohe Identifikation aller Mitarbeiter mit dieser gewünschten Unternehmenskultur zu gewähren, wurde es im Rahmen eines umfassenden Projekts unter Teilnahme von über 80 Mitarbeitern entwickelt. Das Leitbild ist im Intra- und Internet einsehbar.

### 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.*

Ziel ist die Sicherstellung der Patientenversorgung unter den Gesichtspunkten der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit und unter Beachtung der zur Verfügung stehenden Ressourcen, der gesetzlichen Vorgaben sowie der Ziele des Trägers. Es existieren unterschiedliche Gremien, um Ziele festzulegen und deren Umsetzung zu sichern. Zentral ist die jährliche Klausurtagung. Grundlagen sind die Wirtschafts-, Investitions- und Personalpläne und unterjährige Sachstandberichte wie z.B. Kennzahlenberichte.

#### 5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

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

Durch den Gesellschaftsvertrag und die Geschäftsordnungen (Geschäftsführung, Ärztlicher Direktor, Chefärzte, Pflegedienstleitung, Leitung Finanz- und Personalmanagement) sind alle grundlegenden Strukturen sowie Aufgaben und Kompetenzen beschrieben. Durch das Organigramm ist allen Mitarbeitern die hierarchische Struktur des Hauses bekannt. Im Krankenhaus sind Projekt- und Arbeitsgruppen, Kommissionen und Gremienarbeit fester Bestandteil der Arbeitsorganisation.

#### 5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

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

Jährlich werden ein Wirtschafts-, ein Investitions- und ein Finanzplan im Voraus für ein Jahr erstellt. Dem Wirtschaftsplan liegen bis dato bekannte Parameter (z.B. Vorjahreswerte) sowie geschätzte Werte (z.B. prognostizierte Tarifsteigerungen) zugrunde, inkl.

Stellenplan. Tarifliche und geänderte Sozialabgaben werden berücksichtigt. Grundlage der Investitionsplanung ist das zur Verfügung stehende Finanzvolumen. Investitionsvorschläge werden in allen Klinikbereichen systematisch erfragt und bei der Planung berücksichtigt.

### 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.*

Besprechungen, Gremien, Kommissionen, Projekt- und Arbeitsgruppen sind fester Bestandteil der Arbeitsorganisation. Alle Mitarbeiter werden über die Gremien mittels der „Besprechungsmatrix“ informiert. Die Gremien unterliegen klaren Strukturen und Regeln, die in Geschäftsordnungen verankert sind. Wichtige Besprechungen werden protokolliert und konkrete Maßnahmen werden festgelegt. Nachhaltigkeit wird über Verantwortlichkeiten und definierte Kontrollmechanismen sichergestellt. Ein Kommunikationskonzept sichert die leitbildkonforme Gesprächskultur.

#### 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.*

Ziel der Arbeitsweise innerhalb der Führung ist die koordinierte Zusammenarbeit zwischen den Disziplinen, gemeinsame Entscheidungsfindung sowie die Sicherstellung der Loyalität. Ziele und Strukturen der Gremien der oberen Ebene sind in Geschäftsordnungen bzw. der „Besprechungsmatrix“ beschrieben. Die Chefärzte treffen sich z.B. wöchentlich mit dem Geschäftsführer, die Krankenhausleitungskonferenz tagt monatlich. Themen sind z.B. Organisation, Qualität, Führung, Ressourcen und Veränderungen. Jährlich findet ein Workshop zur Vereinbarung von neuen Zielen statt.

#### 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.*

Informationen werden so aufbereitet, dass Entscheidungen der Aufsicht und Führung des Hauses sachgerecht und nachvollziehbar getroffen werden können. Der Geschäftsführer wird durch unterschiedliche Sachstands- und Controllingberichte informiert. Chefärzte und Abteilungsleitungen berichten in regelhaften Besprechungen über aktuelle Entwicklungen aus den Bereichen. Der Betriebsrat berichtet dem Geschäftsführer ebenfalls. Zur Sicherstellung einer direkten Information ist in allen wichtigen Gremien mindestens ein Mitglied der obersten Leitung vertreten.

#### 5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

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

In den Führungsgrundsätzen wird die Grundhaltung für die Zusammenarbeit deutlich. Der Begriff „Vertrauen“ wird explizit in den Grundsätzen angesprochen. Dieser Verpflichtung stellt sich insbesondere die Krankenhausführung im Bewusstsein ihrer Vorbildfunktion. Die Orientierung am KTQ-Modell fördert zusätzlich entsprechende Maßnahmen. Vertrauensfördernde Maßnahmen zeigen sich in der Durchführung z.B. von Betriebsfesten, Informationsveranstaltungen, der Mitarbeiterzeitung. Geschäftsführung und Betriebsrat treffen sich regelmäßig zum Informationsaustausch.

#### 5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben

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

##### 5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

*Im Krankenhaus werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt.*

Patienten- und Mitarbeiterorientierung sowie grundlegende Werte sind im Leitbild und in den Führungsgrundsätzen verankert. Um in der Zukunft allen Beteiligten Unterstützung und Hilfestellungen zu geben, wurde ein Ethikkomitee eingerichtet. Ein Konzept für den Einsatz des Ethikkomitees sowie eine Geschäftsordnung wurden erstellt. Als Mitglieder sind Mitarbeiter aus allen Berufsgruppen des Hauses bestellt und geschult worden. Ziel ist es, trotz wirtschaftlicher Zwänge eine unserem Menschenbild entsprechende ethische Versorgung unserer Patienten zu gewährleisten.

##### 5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

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

Ein multiprofessionelles Team der KJK ist bestrebt, ein Sterben in Würde und Respekt sowie eine angemessene Sterbebegleitung in der Klinik zu gewährleisten. Seelsorger können auf Wunsch des Patienten den Sterbeprozess begleiten. Es finden mind. jährlich Seminare zum Thema Sterben und Umgang mit dem Tod in der KJK statt, um die Mitarbeiter entsprechend für ihre Aufgaben zu qualifizieren. Auf Besonderheiten bei Patienten wird eingegangen und die Anwesenheit der Angehörigen ermöglicht.

##### 5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

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

Die Begleitung und Betreuung der Angehörigen erfolgt durch die zuständigen Mitarbeiter und auf Wunsch mit den Seelsorgern. Die Mitarbeiter der KJK achten auf einen würdevollen Umgang mit Verstorbenen und geben den Angehörigen Gelegenheit sich vom Verstorbenen ungestört zu verabschieden. Zur Versorgung von Verstorbenen wurde ein Pflegestandard (multiprofessionell) erarbeitet und ist allen Mitarbeitern im Intranet zugänglich.

## 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.*

Ziel der Arbeit der Qualitätsmanagement-Gremien im Krankenhaus ist es, möglichst viele Mitarbeiter in den Qualitätsprozess einzubeziehen und ihn ständig weiter zu entwickeln. Der verantwortliche Lenkungsausschuss (LA) ist ein abteilungsübergreifendes Gremium, in dem das Qualitätsmanagement geplant und organisiert wird. Durch die Zusammensetzung des LA ist sichergestellt, dass durch die Einbindung der obersten Leitungsebene alle Krankenhausbereiche (ärztlicher, pflegerischer und Verwaltung) in die Umsetzung und Weiterentwicklung des QM eingebunden sind.

#### 6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

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

Verantwortlich für die Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Qualitätsziele ist die Geschäftsführung. Die Qualitätsziele orientieren sich am Leitbild und Qualitätspolitik des Krankenhauses und werden ergänzt durch die Ergebnisse aus den unterschiedlichen Qualitätsmessungen. Ein jährlich stattfindender Strategieworkshop der Geschäftsführung legt die Grundlagen fest, die Kommunikation und Umsetzung erfolgt über das Zielvereinbarungssystem. Alle leitenden Mitarbeiter sind verpflichtet, an der Umsetzung mitzuwirken und die Mitarbeiter dafür zu motivieren.

### 6.2 Qualitätsmanagementsystem

*Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.*

#### 6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

*Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.*

Das Qualitätsmanagement ist auf der Ebene der Geschäftsführung angesiedelt und in Form der Stabstelle einer Qualitätsmanagementbeauftragten eingebunden. Die Verantwortung für die Qualitätspolitik und -ziele trägt die Geschäftsführung mit dem Lenkungsausschuss. Er ist ein abteilungsübergreifendes Gremium, in dem Planungen durchgeführt und strategische Entscheidungen getroffen werden.

#### 6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

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

Zur Sicherung der internen Qualität und zur Organisationsentwicklung werden zahlreiche Methoden eingesetzt. Ziel ist die ständige Verbesserung der Leistungsfähigkeit der

Klinik, insbesondere der Ergebnisqualität und der zugrunde liegenden Prozesse. Es existieren pflegerische und ärztliche Standards sowie Therapieleitlinien. Sie sind für alle im Behandlungsprozess stehenden Mitarbeiter schriftlich zugänglich. Weitere Methoden der Qualitätssicherung beziehen sich auf die Arbeit der Gremien und Kommissionen (Hygiene, Arbeitsschutz etc.).

### 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.*

Ziel ist es, für die KJK ausgewählte medizinische und betriebswirtschaftliche Kennzahlen zu erheben und zu analysieren, um diese für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess nutzbar zu machen, d.h. Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten. Die Ergebnisse der Datenerhebungen werden innerhalb der einzelnen Kliniken-/Abteilungsbesprechungen und übergeordneten Konferenzen (LA, KLK, AL-Besprechungen, etc.) kommuniziert und analysiert. Besondere Vorkommnisse werden an den ärztlichen Direktor und der Geschäftsführung gemeldet.

#### 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.*

Ziel ist es, durch die Erfassung von Patienten-, Einweiser- und Mitarbeiter-Bedürfnissen die Patientenversorgung laufend zu verbessern. Hierfür wird alle 2 Jahre eine umfassende Patienten-, Einweiser- und Mitarbeiterbefragung unter Beachtung aller Regelungen z.B. zum Datenschutz durchgeführt.

Die Ergebnisberichte werden in allen wichtigen Gremien diskutiert. Die Ergebnisse werden veröffentlicht und fließen in die Planung von Verbesserungsmaßnahmen ein.

#### 6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

*Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.*

Patientenwünsche- und -beschwerden sind für die KJK ein Gradmesser der Behandlungsqualität. Kritik und Anregungen werden als Chance zur steten Weiterentwicklung und Verbesserung genutzt. Ziele, Verantwortlichkeiten und der Ablauf des Beschwerdemanagement sind in dem Konzept „Zentrale Bearbeitung von Patientenbeschwerden“ festgelegt. Ein Ablaufschema wurde hierzu erstellt. Verantwortlich sind die Geschäftsführung und die Qualitätsmanagementbeauftragte.

### 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 Regelungen und Verantwortlichkeiten zur Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen zur externen Qualitätssicherung sind bei der Pflegedienstleitung angesiedelt und (inkl. der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten hinsichtlich der Dateneingabe, -prüfung und -weiterleitung) schriftlich fixiert. Nach Vorgabe der Geschäftsführung werden alle Daten der gesetzlich vorgeschriebenen externen Qualitätssicherung gesammelt und per EDV weitergeleitet. Verantwortlich für die Erhebung der Daten sind die Stationsleitungen der betroffenen Klinik.

#### 6.4.2 Umgang mit Ergebnissen der externen Qualitätssicherung

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

Ziel ist es, die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung systematisch zu analysieren, ggf. dadurch Verbesserungsmöglichkeiten zu erkennen und Maßnahmen zu ergreifen. Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung werden als Diskussionsgrundlage sowie zum Aufdecken von Verbesserungspotenzial genutzt. Die Daten werden dem Lenkungsausschuss und allen Chefarzten zur Verfügung gestellt. Verantwortlich für die Weitervermittlung und Nutzung der Daten zur Planung und Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen sind die Chefarzte der Kliniken.