

## **KTQ-QUALITÄTSBERICHT**

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

<b>Krankenhaus:</b>	Roland-Klinik
<b>Institutionskennzeichen:</b>	260400106
<b>Anschrift:</b>	Niedersachsendamm 72-74 28201 Bremen
<b>Ist zertifiziert nach KTQ<sup>®</sup> mit der Zertifikatnummer:</b>	2015-0042 KH
<b>durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:</b>	QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche
<b>Gültig vom:</b>	18.05.2015
<b>    bis:</b>	17.05.2018
<b>Zertifiziert seit:</b>	19.05.2006

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b>	<b>5</b>
<b>Die KTQ-Kategorien</b>	<b>7</b>
1 Patientenorientierung	8
2 Mitarbeiterorientierung	13
3 Sicherheit	16
4 Informations- und Kommunikationswesen	20
5 Führung	22
6 Qualitätsmanagement	25

## Vorwort der KTQ<sup>®</sup>

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

Gesellschafter der KTQ<sup>®</sup> sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene<sup>1</sup>, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR). 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<sup>®</sup> somit Instrumente an, die die Sicherung und stetige Verbesserung der Qualität in Einrichtungen des Gesundheitswesens für die Öffentlichkeit darstellen.

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

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Führung des Krankenhauses 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.

---

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

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

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009/2. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet 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 die **Roland 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**

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

**Dr. med. B. Metzinger, MPH**

Für die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

**A. Westerfellhaus**

Für den Deutschen Pflegerat

## Vorwort der Einrichtung

Die Roland Klinik liegt direkt am Werdersee im Naherholungsgebiet der Bremer Neustadt. Seit 1971 ist die Klinik eine gemeinnützige GmbH in privater Trägerschaft. Unser Krankenhaus ist im Bettenbedarfsplan des Bundeslandes Bremen ausgewiesen.



Die Roland Klinik als Kompetenzzentrum für den Bewegungsapparat konzentriert sich auf Beschwerden und Erkrankungen, die die Bewegungsfreiheit einschränken. Bei Schmerzen in Rücken, Nacken, Schulter, Armen, Händen, Füßen, Hüften oder Knien helfen unsere spezialisierten Fachzentren mit neuesten medizinischen Ansätzen. Ob stationär oder ambulant, operativ oder nicht operativ kombiniert mit physikalischer Therapie – gemeinsam finden wir in der Roland-Klinik die richtige Behandlung. Im Rahmen unserer Leistungskompetenz versorgen wir Patienten in Bremen und im Bremer Umland. Durch die hohe Spezialisierung nimmt die überregionale Nachfrage kontinuierlich zu.

Das Krankenhaus umfasst fünf Zentren, das Zentrum für Hand- und Rekonstruktive Chirurgie, das Zentrum für Endoprothetik, Fußchirurgie, Kinder- und Allgemeine Orthopädie, das Zentrum für Schulterchirurgie, Arthroskopische Chirurgie und Sporttraumatologie, das Wirbelsäulenzentrum sowie unser Zentrum für Anästhesiologie und Schmerztherapie. In der hausinternen Kommunikation wird aufgrund der stufenweisen Entwicklung dabei von den Fachabteilungen Handchirurgie, Orthopädie I, Orthopädie II, Orthopädie III und Anästhesie gesprochen.

Um unseren Patienten wieder zu mehr Lebensqualität zu verhelfen, setzen wir neben fachlich-medizinischer Kompetenz auf modernste Diagnose- und Therapieverfahren – sowohl stationär als auch ambulant. Im Mittelpunkt unserer Arbeit steht der Patient, dessen Zufriedenheit und Gesundheit unser Ziel ist.

Fachlich qualifizierte und motivierte Mitarbeiter sind eine wichtige Voraussetzung für die Umsetzung unseres hohen Anspruches. Eine hohe fachliche Kompetenz und die Einhaltung modernster Standards sind somit wesentliche Merkmale unserer Klinik.

Wir arbeiten kontinuierlich daran, die Qualität unserer Leistungen zu verbessern. Dabei basiert unsere Philosophie auf der Vorstellung primärer Qualität. Wir wollen von vornherein Qualität erzeugen, statt Qualität nachträglich zu kontrollieren oder nachzubessern.

Wenn Sie mehr über unser Haus erfahren möchten, fordern Sie unsere Informationsbroschüre an oder besuchen uns im Internet unter [www.roland-klinik.de](http://www.roland-klinik.de).

Petra Wehrmann  
Geschäftsleitung

Dr. Hans-Joachim Bauer  
Geschäftsleitung, Ärztlicher Direktor

# Die KTQ-Kategorien

## **1 Patientenorientierung**

### **Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung**

Im Vorfeld der ambulanten oder stationären Aufnahme stehen dem Patienten, Informationen über die Behandlung, Wahlleistungen und benötigten Vorbefunde ausreichend und patientenorientiert zur Verfügung. Über die Aufnahmeplanung werden Patienten und Angehörige detailliert informiert. Es erfolgt eine Belegungsplanung die sich an der vorhandenen OP- bzw. Bettenkapazität orientiert. Eine Notfallkapazität wird freigehalten.

Das Krankenhaus liegt verkehrsgünstig. Es existieren Parkplätze für Kurzparker und für Langzeitparker. Im Haus ist ein Wegeleitsystem eingerichtet. Dies führt die Patienten zu den Stationen. Unterstützt wird die Orientierung durch Farben, Piktogramme und Lagepläne.

### **Leitlinien**

Um eine optimale Behandlungsqualität in der Roland-Klinik zu gewährleisten, kommen wissenschaftlich fundierte und anerkannte Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften, Pflegestandards, Nachbehandlungsstandards in der Physiotherapie, sowie hausinterne Leitlinien zum Einsatz. Zur Gewährleistung einer optimalen Versorgung werden diese regelmäßig auf Aktualität überprüft. Dazu wurde ein umfassendes Dokumentenmanagement-System eingeführt.

### **Information und Beteiligung des Patienten**

Der Patient steht im Mittelpunkt jedes Handelns. Eine Integration des Patienten, und der Angehörigen in die Behandlung erfolgt bereits vor der Aufnahme. Er wird über die Behandlungsplanung umfassend informiert und soweit möglich einbezogen. Dabei erfolgt auch die Aufklärung über eventuelle Risiken. Patientenverfügungen werden berücksichtigt.

Bei Fremdsprachlichkeit werden zunächst Angehörige oder interne Dolmetscher entsprechend einer Dolmetscherliste herangezogen. Bei Notwendigkeit kann auf externe Dolmetscher zurückgegriffen werden.

### **Service, Essen und Trinken**

Patienten werden im Aufnahmegespräch hinreichend über Serviceangebote informiert.

Um den Aufenthalt so angenehm wie möglich zu gestalten, sind die Zimmer hell, freundlich und zweckmäßig gestaltet. Außerdem stehen den Patienten ein Cafe, Aufenthaltsräume, Sitzecken, eine Dachterrasse, ein begrünter Innenhof und eine Bibliothek zur Verfügung.



Alle Zimmer verfügen über eine eigene Nasszelle. Farblich zugeordnete Schränke, Fächer und Schließfächer existieren. Die Zimmer sind mit mind. 1 Fernseher, Radios am Bett sowie auf Wunsch mit Telefon ausgestattet. Die Betten sind höhenverstellbar.

Bei der Versorgung mit Essen und Trinken stehen unseren Patienten 3 verschiedene Kostformen sowie Sonderkosten auf Wunsch zur Verfügung. Das Frühstück u. das Abendessen kann unter Berücksichtigung von ärztlichen Empfehlungen individuell zusammengestellt sowie eine Ernährungsberatung durch einen Diätassistenten in Anspruch genommen werden. Zur Berücksichtigung kultureller, religiöser und krankheitsbedingter Aspekte wird spezielle Patientenwunschkost angeboten.

### **Kooperation**

In die Behandlung des Patienten werden alle beteiligten Berufsgruppen eingebunden.

Eine optimale Durchführung der Diagnostik und Therapie sowie eine bestmögliche Zeitschiene sind bei der Koordinierung der Behandlung und Pflege sichergestellt. Im Rahmen von Visiten und Übergabebesprechungen, aber auch bei speziellen Besprechungen (z.B. Röntgenbesprechungen) finden ein regelmäßiger Informationsaustausch sowie Abstimmungsprozesse interdisziplinär statt. Außerdem finden ärztliche Komplikationskonferenzen sowie interdisziplinäre Fallbesprechungen mit unseren Sozial- u. Psychologischen Dienst statt. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, andere Fachbereiche konsiliarisch in die Patientenbehandlung einzubeziehen.

### **Erstdiagnostik und Erstversorgung**

Das Krankenhaus gewährleistet jederzeit die Aufnahme von Notfallpatienten mit einer adäquaten medizinischen und pflegerischen Versorgung. Die personelle Versorgungskette für die Notfallversorgung ist durch einen Ruf- u. Bereitschaftsdienstplan gesichert. Die ärztliche Versorgung ist jederzeit durch den Stationsarzt bzw. dem diensthabenden Arzt sichergestellt. Dieser legt die Erstversorgung fest und veranlasst ggf. eine stationäre Aufnahme. Bei auftretender OP-Indikation ist durch die Hintergrunddienste die Erreichbarkeit der Oberärzte gewährleistet. Der Facharztstandard wird jederzeit gewährleistet.

### **Ambulante Diagnostik und Behandlung**

Patienten werden in der Roland-Klinik in den Ermächtigungsambulanzen behandelt. Die Arbeitszeiten des medizinisch-technischen Dienstes und der Patientenaufnahme sind auf diese Sprechstunden abgestimmt. In den Sprechstunden werden durch Infolyer, den der Pat. ausgehändigt bekommt, auf die notwendigen Befunde für die stationäre Aufnahme hingewiesen. Bei handchirurgischen Notfällen wird der Patient vor Ankunft von der Leitstelle angekündigt. Dadurch ist eine optimale Vorbereitung auf Notfälle gewährleistet.

### **Ambulante Operationen**

Ambulante Operationen finden im ambulanten OP- Zentrum statt. Die OPs werden von jeder Fachabteilung im Voraus online prospektiv geplant.

Für die ambulanten Operationen ist der Facharztstandard gewährleistet. Es existieren Pflegestandards für die OP Verfahren. Ärztliche Vorbereitungen sind schriftlich definiert. Verfahrensanweisungen zu OPs, Vorbereitungen, Lagerungsstandards existieren für alle Abteilungen. Durch feststehende Behandlungsabläufe werden z.B. nach erfolgter ambulanter Operation die Patienten überwacht, können Serviceleistungen in Anspruch nehmen, werden unter strukturierten Vorgaben entlassen und erhalten einen Nachsorgetermin.

### **Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung**

Für elektive Patienten beginnt bereits in den Sprechstunden vor den stationären Aufhalten eine Behandlungsplanung und damit die Informationssammlung für die Diagnostik und Therapie. Diese wird durch festgelegte Leitlinien und Pflegestandards gestützt und mit dem Patienten, ggf. den Angehörigen abgestimmt. Im Rahmen der stationären Aufnahme finden die Anmeldung, der Empfang auf der Station, die Unterbringung, der ärztliche Erstkontakt mit Anamnese und Untersuchung und die pflegerische Aufnahme statt. Im Erstgespräch und in der weiteren Behandlung werden verschiedene therapeutische Möglichkeiten vorgestellt. Der Behandlungsprozess wird in den tgl. Visiten zwischen Ärzten und Pflegekräften systematisch überprüft u. ggf. modifiziert. Die Patienten werden, unter Berücksichtigung ihrer Wünsche und Bedürfnisse, über die weitere Planung informiert.

### **Therapeutische Prozesse**

Im Interesse des Patienten sind die Behandlungsmaßnahmen effektiv organisiert und strukturiert. Grundlage ist der Behandlungsplan, der von einem Arzt nach Anamneseerhebung und Aufnahmeuntersuchung erstellt wird. Die Durchführung der therapeutischen Angebote geschehen auf Anordnung des Arztes. Der Patient wird umfassend in die Planung mit einbezogen. Bei Zweifeln seitens des Patienten erfolgt eine erneute Aufklärung und ausführliche Risikobeschreibung. Bei Bedarf wird eine psychologische Beratung angeboten. Bei bestehender amtsrichterlichen Betreuung wird die Entscheidung mit dem Betreuer herbeigeführt.

Die Umsetzung der geplanten therapeutischen Maßnahmen wird durch diagnosebezogene Behandlungsleitlinien, Pflegestandards und Expertenstandards gewährleistet.

Bei der wöchentlichen Chefarztvisite findet eine weitere Abstimmung zwischen Ärzten, Pflegekräften und den Physiotherapeuten statt. Bei Bedarf werden weitere Berufsgruppen des Hauses in den Behandlungsprozess mit eingebunden.

### **Operative Verfahren**

In der Roland-Klinik stehen 7 OP-Säle zur Verfügung. Die Planung der OPs erfolgt in jeder Fachabteilung. Für Notfälle werden tgl. entsprechende Kapazitäten berücksichtigt. Rund um die Uhr ist eine OP- Rufbereitschaft gewährleistet. Am Vortag findet eine Besprechung über die Operationen des Folgetags und eventuelle Besonderheiten statt. Präoperative Standards und Checklisten regeln die interdisziplinäre Kooperation.

Durch das Schmerztherapiekonzept für Erwachsene und Kinder ist die adäquate Schmerztherapie nach einer Operation gewährleistet. Patientenarmbänder sind zur Risikominimierung und eindeutigen Identifikation etabliert.

### **Visite**

Für unsere Patienten erfolgt eine tägliche ärztliche Visite sowie wöchentliche Chef- oder Oberarztvisiten, an der Ärzte, Pflegekräfte und ggf. andere am Behandlungsprozess beteiligte Berufsgruppen teilnehmen. Auf der postoperativen Überwachungsstation wird 2 Mal täglich eine Visite durchgeführt. Anordnungen müssen dokumentiert, als solches gekennzeichnet und abgezeichnet sein. Im Aufwachraum findet vor einer Verlegung des Patienten auf die Station eine postanästhesiologische Visite statt. Bei Säuglingen und Kleinkindern erfolgt diese zusätzlich auf den Stationen. Dabei wird mit den Eltern der Verlauf der Narkose besprochen. Operierte Patien-

ten werden am OP-Tag vom Operateur oder Stationsarzt am Nachmittag ein zweites Mal visitiert. An den Wochenenden führt der Dienstarzt eine Visite durch.

### **Teilstationär, Prästationär, Poststationär**

Bei der Indikationsstellung werden die Leitlinien der Fachgesellschaften beachtet. Der Pat. wird bei vorstationären Gesprächen in den Ambulanzen und bei den Aufnahmegesprächen beim Arzt und der Pflegekraft über die durchzuführenden Behandlungsabläufe und Pflegemaßnahmen informiert. Angehörige oder Begleiter werden in die Behandlungsplanung mit einbezogen.

Bei definierten Patienten erfolgt eine Wiedereinbestellung in die Ermächtigungsambulanz. Im Rahmen der Integrierten Versorgung erfolgt eine regelmäßige Wiedereinbestellung der Patienten zu Nachuntersuchungen. Am Vortag der Entlassung führt der Stationsarzt mit dem Patienten ein Entlassungsgespräch. Von pflegerischer Seite erhalten der Patient und ggf. die Angehörigen notwendige Anleitungen und Informationen.

### **Entlassung**

Unser Entlassungsmanagement legt eine systematische Entlassungsplanung fest. Bei der Aufnahme des Patienten beginnt nach Festlegung der Hauptdiagnose und durch Orientierung an festgelegten Behandlungsabläufen eine Entlassungsvorbereitung. Hierzu werden ggf. erforderliche Berufsgruppen z.B. Sozialdienst, psychologischer Dienst hinzugezogen. Die nachstationären Maßnahmen werden koordiniert. Am Vortag der Entlassung werden alle wichtigen Informationen dem Patienten mitgeteilt. Für das Pflegepersonal existieren eine Checkliste zur Entlassung sowie ein Pflegeüberleitungsbogen. Die Dokumentation erfolgt in der Akte. Angehörige und ggf. nachbehandelnde Einrichtungen werden in die Entlassungsplanung einbezogen. Jedem Patienten wird ein Arztbrief mitgegeben.

### **Kontinuierliche Weiterbetreuung**

Für unsere Patienten erfolgen die Abklärung des Weiterbetreuungsbedarfs und der persönliche Kontakt während der Visiten nach strukturierten Vorgaben. Unser Krankenhaus bietet den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit, Patienten bereits im Vorfeld persönlich kennen zu lernen. Im Rahmen der Integrierten Versorgung bestehen Kooperationsverträge mit Reha- Kliniken u. niedergelassenen Ärzten. Am Entlassungstag werden die notwendigen Informationen wie Arztbrief, Pflegeüberleitungsbogen, neu verordnete Medikamente etc. dem Patienten ausgehändigt. Durch persönliche Übergabe der Entlassungsunterlagen wird ge-

währleistet, dass alle für die weitere Behandlung und Betreuung des Patienten relevanten Informationen rechtzeitig dem weiterbehandelnden Arzt/Pflegedienst oder der weiterbetreuenden Einrichtung zur Verfügung stehen.

### **Umgang mit sterbenden Patienten**

Unser Ziel ist eine angemessene Atmosphäre zum Abschiednehmen herbeizuführen, dabei die Wünsche der Patienten zu berücksichtigen sowie ständigen Zutritt den Angehörigen zu ermöglichen. Angehörige werden frühestmöglich informiert und in den Sterbeprozess integriert. Gespräche sowie die Begleitung durch Seelsorger und Psychologen werden angeboten. Ein menschenwürdiges, schmerzfreies Sterben wird ermöglicht sowie eine ethische Sterbebegleitung gewährleistet. Religiöse/ kulturelle Aspekte und Patientenverfügungen werden individuell berücksichtigt. Für die Privatsphäre der Patienten und deren Angehörigen wird Sorge getragen.

### **Umgang mit Verstorbenen**

In aller Stille und unter Wahrung seiner Würde werden verstorbene Patienten versorgt. Dabei werden religiöse/ kulturelle Wünsche des Verstorbenen bzw. der Angehörigen berücksichtigt und einbezogen. Der Verstorbene bleibt zunächst in seinem Krankenzimmer oder in einem separaten Raum und seine Angehörigen können persönlich in Ruhe und Würde Abschied nehmen. Eine psychologische/ seelsorgerische Betreuung wird angeboten.

## **2 Mitarbeiterorientierung**

### **Planung des Personalbedarfs**

Die systematische Planung des Personalbedarfs erfolgt auf der Grundlage von Kennzahlen im Zusammenhang mit dem vorhandenen Budget. Dabei wird eine optimale Anzahl an qualifizierten Mitarbeitern sichergestellt, um eine bestmögliche Betreuung der Patienten zu gewährleisten. Es findet eine jährliche Personalplanung durch die Geschäftsführung, die Krankenhausleitung und die Chefärzte statt. Auf Veränderungen kann durch flexiblen Personaleinsatz im pflegerischen Bereich kurzfristig reagiert werden. Zahlreiche Maßnahmen zur Vermeidung von Ausfall oder Fluktuation wie z.B. Rückkehrgespräche und Mitarbeitergespräche werden angewendet.

## **Personalentwicklung/ Qualifizierung**

Das Personalentwicklungskonzept zielt darauf ab, dass Ressourcen und Kompetenzen unserer Mitarbeiter gefördert werden, um diese gezielt entsprechend ihrer Qualifikationen an den entsprechenden Arbeitsplätzen einsetzen zu können. Alle Entwicklungsschritte, wie Einstellung, Planung, Förderung und Verabschiedung der Mitarbeiter werden berücksichtigt. Mitarbeitergespräche mit der Möglichkeit über Ziele der Stelle zu sprechen, werden durchgeführt. Anhand der Qualifikationen der einzelnen Mitarbeiter wird die berufliche und fachspezifische Entwicklung nach den Bedürfnissen des Hauses definiert. Auf Basis der vorgesehenen beruflichen Entwicklung des einzelnen Mitarbeiters wird die Teilnahme und Entsendung zu allgemeinen und spezifischen Fort- u. Weiterbildungsmaßnahmen realisiert. Stellenbeschreibungen liegen für alle Berufsgruppen flächendeckend vor und unterliegen teilweise der Dokumentenlenkung.

## **Einarbeitung von Mitarbeitern**

Die Einarbeitung neuer Mitarbeiter ist Bestandteil unseres Einarbeitungskonzepts. Die systematische Einarbeitung erfolgt durch eine Bezugsperson und eine spezielle berufsgruppenbezogene Checkliste, um die übertragenen Aufgaben sicher, eigenständig und eigenverantwortlich durchzuführen. Jeder neue Mitarbeiter erhält im jeweiligen Bereich einen Ansprechpartner, der für die Einweisung verantwortlich ist. Die ausgefüllten Checklisten werden durch die Führungskraft kontrolliert und an die Personalabteilung weitergeleitet. Nach drei und fünf Monaten werden Probezeitgespräche geführt. Weitere Informationsmöglichkeiten für neue Mitarbeiter befinden sich im Intranet.

## **Ausbildung**

Es findet keine Ausbildung statt.

## **Fort- und Weiterbildung**

Die koordinierte Bedarfsplanung, Kennzahlen, die Planung und Erteilung der Fortbildungsmittel sind u.a. Bestandteile des Fort- und Weiterbildungskonzepts. Die Fort- und Weiterbildung dient der kontinuierlichen Personalentwicklung sowie der Erfüllung des Weiterentwicklungsbedarfs der Mitarbeiter. Das Fortbildungsprogramm berücksichtigt die Bedürfnisse des Hauses sowie die Wünsche der Mitarbeiter. Fortbildungsaktivitäten erfolgen sowohl berufsgruppenspezifisch als auch -übergreifend. Ein aktueller Jahresfortbildungsplan wird durch die Fortbildungskoordinatoren erstellt. Durch diverse Kooperationen mit externen Stellen ergeben sich eine Vielzahl von

Fortbildungsmöglichkeiten für alle Berufsbereiche. Fachliteratur und ausgewählte Fachzeitschriften werden vom Haus abonniert. Die arbeitsplatzbezogene Grundausrüstung mit entsprechender Fachliteratur ist in jeder Berufsgruppe vorhanden. In unserem Haus sind Internetzugänge vorhanden. Der Online-Zugriff für ausgewählte Zeitschriften ist möglich.

### **Mitarbeiterorientierter Führungsstil**

Die Grundsätze zur Führung von Mitarbeitern werden in schriftlicher Form durch das Leitbild des Krankenhauses wiedergegeben. Die Einbeziehung der Mitarbeiter in Planungen, Entscheidungen und Vorgänge ist uns wichtig. Besonderen Wert legen wir auf Teamarbeit und die Mitwirkung in Arbeitsgruppen. Besprechungen finden in allen Bereichen statt. Mitarbeitergespräche geben dem Mitarbeiter ein Feedback seiner Tätigkeit durch den unmittelbaren Vorgesetzten. Eine strukturierte Überprüfung des Führungsverhaltens ist Bestandteil der Mitarbeiterbefragung.

### **Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit**

Die Arbeitszeitregelungen sind lt. Arbeitszeitgesetz auf die organisatorischen Abläufe abgestimmt, Ruhe- und Mindestarbeitszeiten werden überwacht. Um eine optimale Betreuung unserer Patienten zu gewährleisten, ist eine Mindestbesetzung durch den vorgegebenen Rahmen dienstplan sichergestellt. Mitarbeiterwünsche finden Berücksichtigung. Urlaubspläne werden durch die Mitarbeiter erstellt und anschließend unter dem Aspekt der optimalen Patientenversorgung von den Vorgesetzten bewertet und genehmigt. Für die Dienstplangestaltung und Urlaubsregelung gelten gesetzliche Regelungen.

### **Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden**

Das Konzept des Betrieblichen Vorschlagswesens beinhaltet, Ideen und Wünsche der Mitarbeiter zu erfassen, um Innovationspotential aufzudecken. Gleichfalls werden Beschwerden ernst genommen und als Anlass zur Verbesserung gesehen. Neben Teambesprechungen und dem Betriebsrat sind Vorgesetzte für Mitarbeiter Ansprechpartner. Ideen, Anregungen und Beschwerden werden schriftlich oder mündlich aufgenommen. Vorschläge der Mitarbeiter werden den Entscheidungsträgern unseres Hauses zugeführt, von der Geschäftsführung und Krankenhausleitung geprüft und ggf. umgesetzt.

### **3 Sicherheit**

#### **Arbeitsschutz**

Die Arbeitssicherheit wird durch Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen sichergestellt. Zur Umsetzung wurde von der Geschäftsführung eine Arbeitssicherheitsfachkraft bestellt. Diese organisiert den Arbeitsschutzausschuss, führt Arbeitsplatzanalysen und -begehungen durch und führt das Gefahrstoffkataster. Ein Betriebsarzt, Strahlenschutzbeauftragte sowie ein Strahlenschutzverantwortlicher, eine Hygienefachkraft und ein Brandschutzbeauftragter sind benannt. In allen Bereichen sind Sicherheitsbeauftragte benannt. Durch 2x jährlich protokollierte Stationsbegehungen mit der Hygiene und dem Betriebsarzt werden sämtliche Unterlagen, Arbeitsbedingungen und die Einhaltung der Arbeitsschutzanweisungen überprüft. Unfallmeldungen werden erstellt und bearbeitet. Durch geeignete Maßnahmen konnten krankenhausspezifische Unfälle minimiert werden.

#### **Brandschutz**

Wir setzen gesetzliche Vorschriften zum Brandschutz um und informieren unsere Mitarbeiter optimal, um im Brandfall adäquat reagieren zu können. Es existieren ein Brandschutzkonzept, eine Brandschutzordnung und ein Brandschutzbeauftragter ist benannt. Umfangreiche Maßnahmen des vorbeugenden Brandschutzes, u.a. flächendeckend Brandmeldeanlagen, Rauchmelder sowie flächendeckende Ausstattung mit Feuerlöschern werden ergriffen.

Die Brandmeldezentrale ist im ambulanten Zentrum untergebracht und löst eine unmittelbare Meldung an die Feuerwehr sowie eine Alarmaufschaltung auf hausinterne Telefone aus. Brandschutzbegehungen erfolgen 1x jährlich. Es existieren ein Alarmierungsplan sowie im gesamten Gebäude Flucht- und Rettungspläne. Das Personal erhält jährliche Brandschutzunterweisungen. Feuerlöcher und Brandmeldeanlage werden gem. den gesetzlichen Bestimmungen regelmäßig geprüft. Brandschutzhelfer sind geschult.

#### **Umweltschutz**

Ziel im Umweltschutz ist neben dem sparsamen Einsatz von Ressourcen zur Schonung der Umwelt eine Sensibilisierung der Mitarbeiter im Bereich des Umweltschutzes. Der Schutz der Umwelt und Natur ist nachhaltig zu verbessern. Ein Umweltschutzkonzept liegt vor. Zur Vermeidung von Abfall nehmen alle Abteilungen Mülltrennung vor. Monatlich werden die Abfallmengen erhoben.



Der Energieverbrauch (Heizenergie, Strom) wird kontinuierlich erfasst u. bewertet, Möglichkeiten zur Einsparung von Energie werden konsequent unter Berücksichtigung von Kosten u. Nutzen umgesetzt (z.B. Activo: Passivhaus mit Geothermie und Solar).

Die techn. Anlagen u. Gebäudeeinrichtungen unterliegen einer kontinuierlichen Überwachung auf Basis von Wartungs- u. Instandhaltungsplänen. Grünflächen werden durch einen Brunnen bewässert.

### **Katastrophenschutz**

In der Roland-Klinik liegt ein Krankenhausalarmplan vor. Dieser regelt die Verantwortlichkeiten und Vorgehensweisen und enthält u.a. Checklisten und Meldewege sowie aktuelle Telefonlisten. Im Katastrophenfall ist die Bildung einer Krankenhauseinsatzleitung vorgesehen. Die Krankenhauseinsatzleitung informiert das Personal mit Hilfe eines Alarmierungsschemas. Sie koordiniert alle hausinternen Notfallmaßnahmen und steht den Einsatzleitern von Feuerwehr und Polizei als Ansprechpartner zur Verfügung. Ein Konzept zum Ausfall technischer Anlagen (z.B. Telefon), eine Verfahrensanweisung Massenanfall von Infektionen und Umgang mit kritischen Situationen sind erstellt. Alle Pläne werden regelmäßig geprüft und ggf. aktualisiert.

### **Nichtmedizinische Notfallsituationen**

Ein Verfahren bei hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen ist vorhanden und durch den Krankenhausalarmplan geregelt. Die Krankenhauseinsatzleitung entscheidet in Absprache mit dem Einsatzleiter der Feuerwehr oder Polizei über weitere Maßnahmen. Ein Risikomanagementsystem ist eingeführt und eine Risikoanalyse wurde 2014 durchgeführt. Eine Überprüfung der vorhandenen Notstromaggregate erfolgt monatlich und wird protokolliert.

### **Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung**

Der Schutz unserer Patienten sieht eine sichere Umgebung und den entsprechenden Umgang vor. Die räumliche Ausstattung entspricht unserer Ausrichtung als "Kompetenzzentrum für den Bewegungsapparat". Unterschiedlichste Hilfsmittel wie Mobilisierungshilfen unterstützen eine sichere Umgebung für orthopädische Patienten. Schon vor operativen Eingriffen erfolgen gezielte Aufklärungen durch die Physiotherapie zum Umgang mit Hilfsmitteln. Kinder werden in Zimmern mit kindgerechter Ausstattung aufgenommen. Risiken wie Sturz- und Dekubitusgefährdung werden erfasst.

## **Medizinisches Notfallmanagement**

Das Verfahren mit medizinischen Notfällen ist standardisiert. Im medizinischen Notfall erfolgt die Soforthilfe vor Ort. Zur Qualifikation des ärztlichen Personals und des Pflegepersonals werden verpflichtende Reanimationsübungen 1x jährlich durchgeführt. Auf allen Ebenen des Hauses befindet sich eine Notfallausrüstung mit Koffer, Sauerstoffflaschen und Defibrillator. Die Überprüfung aller verfügbaren Notfall-/Kindernotfallkoffer erfolgt ¼ jährlich und wird dokumentiert. Notfallgeräte werden von der Medizintechnik den gesetzlich vorgeschriebenen Kontrollen unterzogen.

## **Hygienemanagement**

Die Einhaltung der Hygienerichtlinien hat zum Ziel, Patienten, Mitarbeiter und Besucher zu schützen. Es existiert eine Hygienekommission. Die Zusammensetzung entspricht der RKI-Richtlinie. Für die Hygiene ist der Ärztliche Direktor verantwortlich. Die Hygienekommissionssitzung tagt regelmäßig. Umzusetzende Entscheidungen werden protokolliert, die Durchführung kontrolliert und in Form einer Protokollkontrolle, zur nächsten Sitzung erfasst. Die Beschlüsse der Hygienekommission werden in Dienst- und Verfahrensanweisungen umgesetzt. Zur Sicherstellung der Einhaltung der Hygienerichtlinien finden regelmäßig Hygienebegehungen statt. Mängel werden erfasst, besprochen und in einem vorgegebenen Zeitrahmen behoben. Hygienepläne der Abteilungen stehen zur Verfügung. Desinfektionspläne hängen aus. Das Hygienekonzept wird strikt eingehalten, dazu muss jeder Mitarbeiter der Pflege jährlich an einer Hygienebelehrung teilnehmen.

## **Hygienerelevante Daten**

Daten werden durch die Hygiene erhoben und sind Bestandteil von Auswertungen und Besprechungen. Erkrankungen, die der Meldepflicht nach dem IfSG unterliegen, werden dem Gesundheitsamt gemeldet. Die Statistik über Keimresistenzen wird vom Leiter der mikrobiologischen Labors jährlich dem ärztl. Direktor übermittelt. Es erfolgt eine Auswertung in der Hygienekommission. Die Klinik nimmt am "OP - KISS" des NRZ teil. Im Rahmen dieses Projektes werden die Hüfttotaloperationen und Arthroskopien des Kniegelenkes erfasst. Als Infektionsstatistik wird eine anerkannte Studie (KISS) verwendet.

Regelmäßige und kontinuierliche Fortbildungen und damit verbunden die Information des Pflegepersonals und der Ärzte zu hygienerelevanten Erhebungen finden statt.

## **Infektionsmanagement**

Oberstes Ziel des Hygienemanagements ist es, die Verbreitung von Infektionen zu vermeiden. Alle Erkrankungen und Kontaktpersonen von Patienten mit meldepflichtigen Infektionskrankheiten werden erfasst und gemeldet. Ärztlichem und pflegerischem Personal steht für Infektionskrankheiten ein Handbuch zur Verfügung. Daneben existieren hausspezifische Anweisungen für MRSA, HIV, Hepatitis B und C oder Norovirus, die regelmäßigen Aktualisierungen unterliegen. Isolierwagen mit allen benötigten Materialien stehen zur Verfügung. Standards zum Umgang mit Patienten mit aerogen übertragbaren Krankheiten sind vorhanden. Die Mitarbeiter werden durch die Hygienefachkraft regelmäßig geschult.

## **Arzneimittel**

Das Krankenhaus gewährleistet eine Versorgung mit Arzneimitteln und Sicherstellung der Patientensicherheit sowie einen strukturierten Umgang mit Risiken und Fehlern. Die Arzneimittelkommission legt im Haus genutzte Medikamente fest. Grundlage bilden das Arzneimittel- und das Betäubungsmittelgesetz. Anforderung und Verabreichung von Medikamenten erfolgen auf Anordnung von Ärzten. Die richtige Lagerung von Arzneimitteln wird durch schriftliche Anweisungen geregelt. Es finden regelmäßige Begehungen der einzelnen Bereiche und Stationen durch die Apotheke statt. Die Versorgung mit Arzneimitteln auch bei Ausnahme- und Notfällen ist durch eine Bevorratung im Haus sichergestellt.

## **Blutkomponenten und Plasmaderivate**

Die Anwendung von Blut und Blutprodukten ist über Dienst-, Arbeits- und Verfahrensanweisungen und das Transfusionshandbuch geregelt. Der Transfusionsverantwortliche hat ein QM-System implementiert. Der Qualitätsbeauftragte überwacht den Umgang mit Blut und Blutprodukten und die Dokumentation z.B. im Rahmen von Audits. Eine Transfusionskommission berät und beschließt notwendige Maßnahmen. Für besondere operative Eingriffe besteht die Möglichkeit einer externen Eigenblutspende. Der Verbrauch der Blutprodukte wird an das Paul-Ehrlich-Institut gemeldet. Die Transfusionskommission tagt regelmäßig.

## **Medizinprodukte**

Durch das Medizinproduktegesetz und die daraus abgeleiteten Dienstanweisungen ist der Umgang mit Medizinprodukten geregelt. Die Umsetzung obliegt der Medizintechnik und den Gerätebeauftragten, die aufgrund dieser Vorgaben für einen sicheren und rechtskonformen Betrieb bzw. die Anwendung zuständig sind. Die Medizintechnik ist verantwortlich für die fristgerechte

Instandhaltung und Wartung sowie deren Beschaffung. Alle technischen Medizinprodukte werden gemäß Medizinproduktebetreiber-Verordnung den vorgeschriebenen sicherheitstechnischen und messtechnischen Kontrollen unterzogen. Die Benutzer der Medizintechnik werden geschult. Gebrauchsanweisungen für die Medizintechnik liegen jeweils am medizintechnischen Produkt vor.

## **4 Informations- und Kommunikationswesen**

### **Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie**

In der Roland-Klinik wird ein vernetztes EDV-System betrieben, welches kontinuierlich ausgebaut und weiterentwickelt wird. Ein hauseigenes Krankenhausinformationssystem bildet die Grundlage, um Daten im Behandlungsprozess abbilden zu können. Aufgrund der vorhandenen IT-Infrastruktur ist allen Anwendern eine uneingeschränkte IT-Nutzung im Rahmen ihrer Zugangsberechtigungen möglich. In einem Sicherheitskonzept ist die Datensicherung geregelt. Durch eine Vertretungsregelung wird eine ständige Erreichbarkeit der IT Mitarbeiter gewährleistet.

### **Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten**

Die Dokumentation der Patientendaten erfolgt in der Patientenakte und im Krankenhausinformationssystem (KIS). Im KIS werden Patientenstammdaten und Behandlungsdaten erfasst, dokumentiert und zeitnah dem Anwender zur Verfügung gestellt. Zusätzlich existiert eine schriftlich geführte Patientenakte. Die Kombination der Systeme stellt sicher, dass alle notwendigen Patientendaten rechtzeitig zur Verfügung stehen.

Es besteht eine Dienstanweisung zur Dokumentation. Neubeschäftigte werden mit dem schriftlichen Dokumentationssystem vertraut gemacht. Eine Musterakte existiert. Handzeichenlisten werden regelmäßig aktualisiert. Für alle Mitarbeiter gelten die Grundsätze des Datenschutzes und der Schweigepflicht. Die Patientenakten sämtlicher Abteilungen werden nach der Archivordnung im Archiv aufbewahrt. Vor Archivierung finden Kontrollen statt.

### **Verfügbarkeit von Patientendaten**

Für den aktuellen stationären Aufenthalt wird eine Patientenakte angelegt, zu der alle am Behandlungsprozess Beteiligten einen uneingeschränkten Zugang haben. Die aktuelle Patientenakte wird auf den Stationen vorgehalten. Zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen

wird die Patientenakte mitgegeben. Ein digitales System für Röntgenbilder stellt die unmittelbare Verfügbarkeit der Bilder an jedem Arbeitsplatz sicher. Für sämtliche Aufenthalte des Patienten wird in unserem Archiv eine chronologisch geführte Hauptakte hinterlegt und bei einem erneuten Aufenthalt der jeweiligen Station zur Verfügung gestellt. Alle relevanten Maßnahmen werden zeitnah in der Patientenakte und im KIS dokumentiert. Jeder MA dokumentiert seine persönlich erbrachte Leistung, damit der aktuelle Zustand sowie der klinische Verlauf nachvollziehbar sind.

### **Information der Krankenhausleitung**

Alle internen Informationen werden nach einer Festlegung zeitnah schriftlich aus den Fachabteilungen in die Krankenhausleitung gegeben. Externe Informationen werden mündlich oder schriftlich den Fachabteilungen bekannt gemacht. Kennzahlen werden der Krankenhausleitung vorgelegt. Die interne Kommunikationsstruktur ist in einer Besprechungsmatrix festgelegt. Den Mitarbeitern des Krankenhauses stehen alle wichtigen Pressemitteilungen in einer Pressemappe tagesaktuell zur Verfügung.

### **Informationsweitergabe (intern/ extern)**

Die interne Kommunikationsstruktur ist in einer übergreifenden Besprechungsmatrix festgelegt. Hierzu zählen z.B. Abteilungsbesprechungen, Dienstübergaben, Kommissionssitzungen, Chefarztbesprechungen oder Stationsleitungsbesprechungen. Zusätzlich stehen zur Informationsweitergabe Informationsquellen wie Intranet, Aushänge und Rundschreiben zur Verfügung. In Zusammenarbeit mit einem externen Dienstleister wurde ein Kommunikations- und Öffentlichkeitskonzept einschließlich der Festlegung öffentlichkeitswirksamer Maßnahmen entwickelt. Die Chefarzte halten außerdem regelmäßigen Kontakt zu niedergelassenen Medizinerinnen.

### **Organisation und Service**

Die wichtigsten zentralen Auskunftspunkte der Roland-Klinik sind die Information sowie die Station 1. Hier liegen umfangreiche kontinuierlich aktualisierte Dokumente, wie z.B. Telefonlisten, Krankenhausalarm- und Brandschutzplan, Dienstpläne, Belegungspläne etc. vor. Alle Mitarbeiter achten bei der Erteilung von Auskünften streng auf die Wahrung des Datenschutzes und sind im Umgang mit Notfällen oder besonderen Situationen geschult. Die Ausstattung der Information mit PC - Technik ermöglicht die Weitergabe von aktuellen Informationen sowohl für Besucher als auch Telefonanfragen.

## **Regelungen zum Datenschutz**

Das Datenschutzkonzept wird von einer externen Datenschutzberatung aktuell und vollständig gehalten. Ein Datenschutzbeauftragter überwacht die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften, die im Hause durch Dienstanweisungen und ein umfangreiches, passwortgestütztes EDV-Berechtigungskonzept umgesetzt werden. Alle Mitarbeiter werden bei Einstellungen zu Fragen des Datenschutzes unterwiesen. Jährlich werden alle Mitarbeiter auf die bestehenden Regelungen zum Datenschutz hingewiesen. Bei allen IT-Systemen mit Patienteninformationen und bei Datenübermittlungen wird die Sicherheit nach dem jeweiligen Stand der Technik gewährleistet.

## **5 Führung**

### **Vision, Philosophie und Leitbild**

Die Vision bzw. Unternehmensphilosophie des Krankenhauses ist im Leitbild verankert. Das Leitbild soll Transparenz herstellen, welche Wertevorstellungen gegenüber den Patienten und den Mitarbeitern sowie der Öffentlichkeit zu vermitteln sind. Dazu wurde unter Beteiligung der Mitarbeiter ein Leitbild für die Roland-Klinik erarbeitet. Das Leitbild ist Teil des Einarbeitungskonzeptes neuer Mitarbeiter. Das Leitbild entwickelt sich mit den stetigen Veränderungen. Die Vision, die Philosophie und das Leitbild werden in allen Hierarchieebenen unseres Krankenhauses umgesetzt und in der Qualitätspolitik verwirklicht.

### **Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen**

Die Krankenhausführung setzt sich für eine hierarchieübergreifende Kommunikation innerhalb des Hauses ein. Sie berichtet in Rundschreiben aus erster Hand. Es finden regelmäßige Besprechungen mit dem Betriebsrat, Betriebsversammlungen, Fortbildungsveranstaltungen, Weihnachtsfeiern und Zusammenkünfte statt, die eine unternehmensinterne Kommunikation fördern und zur Vertrauensförderung beitragen. Alle Mitarbeiter haben die Möglichkeit, sich durch die im Haus tätige Psychologin beraten zu lassen. Diese unterstützt Mitarbeiter auch bei Suchtproblemen im Rahmen unserer Interventionskette.

### **Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse**

Ethische Fragestellungen der Intensivmedizin oder z.B. der Sterbebegleitung treten aufgrund unserer medizinischen Ausrichtung selten auf. Dennoch haben wir uns entschlossen, eine Kooperation mit dem Land Bremen einzugehen, um an der dortigen Ethikkommission beteiligt zu

sein. Eine Psychologin mit therapeutischer Ausbildung ist im Haus zur Betreuung und Krisenintervention von Patienten und Mitarbeitern beschäftigt.

Zusätzlich sind Seelsorger und Ansprechpartner für ethische Fragen der Patienten vorhanden.

### **Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung**

Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und nutzt diese für die Steuerung seiner Handlungen. Grundlage ist ein Stufenplan zur strukturellen Weiterentwicklung der Roland Klinik. Weiterhin finden mit Abteilungsleitungen jährliche Gespräche zur strategischen Weiterentwicklung der Leistungsstruktur statt. Hierbei erfolgt eine Kontrolle der Zielerreichung durch Kennzahlen. Im Rahmen monatlicher Auswertungen werden die Abteilungen über die Entwicklung informiert. Die Zielplanung hat einen verbindlichen Charakter und dient als Steuerungselement.

### **Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen**

Grundlegendes Anliegen unserer Bemühungen ist, unsere gesellschaftliche Verantwortung umfassend wahrzunehmen und ein enges Netzwerk an Partnerschaften und Kooperationen mit dem Ziel des gegenseitigen Nutzens aufzubauen. Kriterien zur Auswahl der Kooperationspartner sind z.B. notwendige/sinnvolle Ergänzung des medizinischen Leistungsportfolios, Erhöhung der Qualität der Versorgung, Einzugsgebiet und regionale Nähe, Erzielung und Nutzung von Synergieeffekten, Erreichbarkeit, Zuverlässigkeit und Wirtschaftlichkeit.

### **Festlegung einer Organisationsstruktur**

Das Organigramm macht die Organisationsstruktur in unserem Haus transparent. In der Roland-Klinik wird Projektarbeit themenzentriert durchgeführt und Projektgruppen interdisziplinär zusammengesetzt, um Abläufe/ Prozesse zu analysieren und Maßnahmen für eine Optimierung aufzuzeigen. Es existieren Kommissionen und Gremien sowie Beauftragte; Arbeitsgruppen und Koordinatoren.

### **Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien**

Ziel der Arbeit in Führungsgremien ist neben einer effizienten u. effektiven Arbeitsweise die schnelle Bearbeitung von Problemen und das Herbeiführen von Lösungen.

Die Unternehmensvorgaben werden in der Roland-Klinik durch die Gesellschafterversammlung vorgegeben und durch die Geschäftsführung sowie die Krankenhausleitung umgesetzt. Die Zusammensetzungen, Verantwortlichkeiten der Gremien, Aufgabenverteilung und Beschlussfassungen sowie die Kompetenzen sind eindeutig geregelt. Eine Übersicht über aktuelle Projekte

mit Teilnehmern und Projektdauer soll die Projektarbeit im Haus für alle transparent und nachvollziehbar machen.

### **Innovation und Wissensmanagement**

In den jährlichen Ziel- und Strategiegelgesprächen mit den Leistungserbringern werden notwendige Veränderungen hinsichtlich neuer Behandlungsmethoden, Arbeitszeitmodelle und baulichen Gegebenheiten kommuniziert und diskutiert.

Als Instrumente nutzen wir möglichst frühzeitige und breite Information (z.B. durch Email-Rundschreiben, mündliche Diskussion in Mitarbeiterversammlung), Projektarbeit mit Beteiligung unterschiedlicher Hierarchieebenen und bedarfsangepasste Weiterqualifizierung unserer Beschäftigten.

### **Externe Kommunikation**

Ziel der externen Kommunikation ist eine gezielte Information der Öffentlichkeit. Durch eine strategische Öffentlichkeitsarbeit soll das Profil der Klinik in der Bremer Krankenhauslandschaft und dem Gesundheitsmarkt insgesamt weiter entwickelt und der Bekanntheitsgrad des Hauses noch weiter erhöht werden. Daher wurde ein Kommunikations- und Öffentlichkeitskonzept (Marketingkonzept) entwickelt und umgesetzt. Die Kommunikation mit Medienvertretern erfolgt sowohl anlassbezogen wie auch eigeninitiativ/proaktiv, ausgehend von aktuellen Themen und Entwicklungen des Marktes. Weiter präsentiert sich das Krankenhaus auf der Homepage ([www.roland-klinik.de](http://www.roland-klinik.de)).

### **Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems**

Das Risikomanagement-Konzept (CIRS) regelt Abläufe, Risikoaudits und die Fehlerursachenanalyse. Risiken und Beinahefehler werden erfasst, analysiert und bewertet und mögliche Maßnahmen abgeleitet. Das Risikomanagement ist über alle Berufsgruppen und Fachabteilungen hinweg eingeführt und die Instrumente des Risikomanagements stehen bedarfsorientiert zur Verfügung. Das Krankenhaus ist bestrebt eine Vertrauenskultur aufzubauen, die das Melden von internen Zwischenfällen im Rahmen des Melde-Systems (CIRS) unterstützt und somit Risiken frühzeitig erkennt und verhindert.



## **6 Qualitätsmanagement**

### **Organisation**

Die Geschäftsführung ist verantwortlich für die Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements. Als Grundlage dient das KTQ - Manual. Eine Qualitätsmanagementbeauftragte ist als Stabsstelle der Geschäftsführung eingesetzt. Die Krankenhausleitung ist in das QM eingebunden. Die Steuerungsgruppe plant, steuert und überwacht den gesamten Prozess. Die Strukturen sind in einem Organigramm dargestellt. Für spezifische, qualitätsrelevante Themen (Hygiene, Transfusionen, Strahlenschutz) sind Mitarbeiter ausgebildet und beauftragt. Die Geschäftsführung stellt notwendige finanzielle und personelle Ressourcen zur Durchführung des QM zur Verfügung. Die Einbindung der Leitungen in das QM erfolgt durch die Weitergabe der Informationen aus der Steuerungsgruppe.

### **Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung**

Wir unterscheiden zwischen Kern-, Führungs- und Unterstützungsprozessen. Diese dienen der Erfüllung der Erwartungen der Kunden und der Gesellschaft durch Führung, Zielkonsequenz, Prozessgestaltung, kontinuierliches Lernen, Innovation und Verbesserung. Wir sind darauf bedacht unsere Prozesse durch Projekte/ Qualitätszirkel und Arbeitsgruppen ständig zu optimieren. Die Optimierung erfolgt geplant mittels Kennzahlen. Kundenanforderungen sind über Befragungsergebnisse definiert. Interne Kundenanforderungen sind über Dienst- und Verfahrensanweisungen definiert. Der Kernprozess ist die Patientenversorgung in Diagnostik, Pflege und Therapie.

### **Patientenbefragung**

Die Befragung der Patientenzufriedenheit ist ein festes Instrument bei der täglichen Arbeit. Es existiert ein Konzept zum Ablauf der Patientenbefragung. Eine kontinuierliche Patientenbefragung wird durchgeführt. Die Befragung beruht auf Freiwilligkeit, ist anonym und gewährleistet den Datenschutz. Die Ergebnisse werden im Intranet und über den Klinik-Pressespiegel veröffentlicht. Für alle Mitarbeiter sind die aus den Befragungsergebnissen abgeleiteten Maßnahmen im Intranet hinterlegt.

### **Befragung externer Einrichtungen**

Ziel ist die Erhebung der Zufriedenheit von Einweisern und externen Einrichtungen mit der Zusammenarbeit mit unseren Kliniken und die Erfassung von Wünschen. Eine Einweiserbefragung wird alle 3 Jahre durchgeführt und fand 2010 und 2013 statt. Der Datenschutz wird durch eine minimale Abfrage persönlicher Daten sowie durch einen anonymisierten Rücklauf sichergestellt. Die Ergebnisse der Befragungen von Einweisern und kooperierenden Einrichtungen werden in der Geschäftsführung/Krankenhausleitung und in den betroffenen Bereichen diskutiert und zur Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen heran gezogen.

### **Mitarbeiterbefragung**

Ziel der Befragung ist es einen Eindruck über die Abläufe in unserer Klinik aus Sicht der Mitarbeiter zu erhalten. In 2010 sowie 2013 wurde eine Mitarbeiterbefragung durch ein externes Unternehmen durchgeführt. Die Befragung der Mitarbeiterzufriedenheit ist ein festes Instrument für die zukünftige Zielplanung der Führung und des QM des Hauses. Die Befragung unterliegt den Forderungen des Datenschutzes. Die Ergebnisse wurden veröffentlicht und mit den Bereichen kommuniziert. Zusätzlich wurden die Ergebnisse durch die Geschäftsführung/Krankenhausleitung, QM und Betriebsrat in einer gesonderten Veranstaltung vorgestellt. In der Geschäftsführung werden Mängel besprochen und in Arbeitsgruppen Lösungen erarbeitet. Die Ergebnisse werden für konkrete Verbesserungsmaßnahmen genutzt.

### **Umgang mit Wünschen und Beschwerden**

Ziel ist, Beschwerden von Patienten strukturiert und systematisch zu erfassen, wobei das entsprechende Verfahren etabliert und allen Mitarbeitern bekannt ist. Ein Beschwerdekonzept ist vorhanden. Die Beschwerden unserer internen und externen Kunden sollen offen entgegengenommen werden. Der Patient ist in der Roland-Klinik Mittelpunkt allen Handelns. Bei der Aufnahme erhält jeder Patient einen Patientenbrief mit der Bitte, uns ein Feedback zu geben. Dazu sind in der Patientenmappe ein Informationsschreiben und ein Vordruck enthalten, auf dem der Patient sich äußern kann. Sofern er es wünscht, erhält er eine Rückmeldung zu seiner Beschwerde. Beschwerden werden mit den Abteilungen besprochen. Aus den Beschwerden werden Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet.

### **Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten**

Die Roland-Klinik erhebt zahlreiche qualitätsrelevante Daten, wertet diese aus, versieht sie mit

Referenzwerten, um Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten und eine höchstmögliche Qualität zu erzielen. Alle erhobenen Daten sollen Rückschlüsse auf die Qualität ermöglichen sowie Handlungsbedarf und Verbesserungspotentiale sichtbar machen. Durch Sammlung qualitätsrelevanter Daten werden Erkenntnisse zur Sicherung der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Ergebnisqualität gewonnen und die kontinuierliche Verbesserung und Steigerung der Effizienz in allen Abteilungen ermöglicht.

### **Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung**

Die Roland-Klinik nimmt an fünf bundesweit verpflichtenden Leistungsbereichen der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V teil. Die zu bearbeitenden Module werden dokumentierenden Mitarbeitern automatisch zur Verfügung gestellt. Durch Validierungsschritte wird innerhalb der Module die Vollständigkeit und Plausibilität geprüft. Die Ergebnisse werden den Fachabteilungen, aber auch weiteren interessierten Kreisen, zur Verfügung gestellt.