



**Gesundheits- und Pflegezentrum
Rüsselsheim gemeinnützige GmbH
Klinikum**

Akademisches Lehrkrankenhaus der Johannes Gutenberg-Universität Mainz



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	GPR Klinikum Rüsselsheim
Institutionskennzeichen:	260640480
Anschrift:	August-Bebel-Straße 59 65428 Rüsselsheim am Main
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2016-0068 KH
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	LGA InterCert GmbH, Nürnberg
Gültig vom:	31.12.2016
 bis:	30.12.2019
Zertifiziert seit:	16.12.2004

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	8
1 Patientenorientierung	9
2 Mitarbeiterorientierung	13
3 Sicherheit	15
4 Informations- und Kommunikationswesen	18
5 Führung	20
6 Qualitätsmanagement	22

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 und Rettungsdienstleistungen.

Gesellschafter der KTQ® sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) 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® 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 Visitorteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

Während der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren® gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der

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

Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Dieser 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 einen strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass das **GPR Klinikum Rüsselsheim** 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 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

Das GPR Klinikum ist ein modernes und leistungsfähiges Klinikum des GPR Gesundheits- und Pflegezentrums Rüsselsheim gemeinnützige GmbH (nachfolgend GPR gemeinnützige GmbH genannt), mit jahrzehntelanger Erfahrung. Die GPR gemeinnützige GmbH besteht aus dem GPR Klinikum, einer Klinik der Schwerpunktversorgung, der GPR Seniorenresidenz "Haus am Ostpark"*, einem Alten- und Pflegeheim* und dem GPR Ambulanten Pflegeteam*. Entsprechend dem Krankenhausplan des Landes Hessen verfügt das GPR Klinikum über 13 bettenführende Kliniken mit insgesamt 577 aufgestellten Betten

sowie über 5 teilstationäre Dialyseplätze. Für die Gesundheit und das Wohlergehen unserer Patienten engagieren sich rund 1.200 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Als Akademisches Lehrkrankenhaus der Johannes Gutenberg Universität Mainz sehen wir uns einem hohen fachlichen, wissenschaftlichen und technischen Standard verpflichtet. Wir legen Wert auf eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Gemäß dem Motto "Wettbewerbsvorsprung durch Wissen" haben wir vor einigen Jahren eine Bildungseinrichtung am GPR Klinikum gegründet. Die GPR Akademie für Fort- und Weiterbildung Rüsselsheim erstellt ihr Schulungsprogramm für Mediziner, Pflegepersonal, Verwaltungsangestellte, Selbsthilfegruppen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden pro Halbjahr.

Darüber hinaus werden Veranstaltungsthemen, die in Vereinen, gemeinnützigen Organisationen oder Unternehmen vermittelwert erscheinen, von der Akademie aufbereitet und als Inhouse-Veranstaltungen vor Ort durchgeführt. Die Akademie unterstützt mit ihrem Angebot auch niedergelassene Praxen und andere Institutionen. Den Veranstaltungsteilnehmern stehen taghelle, teilklimatisierte und rauchfreie Konferenzräume mit rückschonender Bestuhlung zur Verfügung. Um die hohe Fortbildungsqualität zu erhalten, bitten wir die Besucher nach jeder Veranstaltung um eine freiwillige Rückmeldung in Form von Anregungen, Wünschen, Kritik und Lob. Eine medizinische Versorgung auf hohem Niveau bedingt nicht nur hochqualifiziertes Per-



sonal, sondern auch den Einsatz modernster Technik und ein bedarfsorientiertes Leistungsspektrum sowie verschiedene Sondereinrichtungen. Dazu gehören zum Beispiel die Logopädie, die Ergotherapie, die Diät- und Diabetesberatung, die autologe Blutgewinnung und das Blutkonservendepot unseres akkreditierten Institutes für Laboratoriumsmedizin, eine ausgeprägte Zentralapotheke mit Eigenherstellung diverser Medikamente und Zytostatika, der Sozialdienst, das Ambulante Pflorgeteam, die Psychologen sowie unser GPR Therapiezentrum PhysioFit mit Physiotherapie/Krankengymnastik, Physikalischer Therapie, Bewegungsbad, UWM-Stangerbad, Massage und der integrierten "Medizinischen Trainingstherapie" (MTT) mit Rückenzentrum. An 15 medizinischen Rehabilitationsgeräten können die Patienten ihre Ausdauer verbessern und Muskelkraft aufbauen. Das Team erstellt einen individuellen Trainingsplan. Es wird auch biomechanisches Vibrationstraining im Bereich des medizinischen Trainings angeboten, wodurch die Einheiten wesentlich verkürzt werden können. Das Ziel dieser Trainingsmaßnahmen ist die Wiederherstellung eines physiologischen körperlich-konditionellen Funktionszustandes und damit die schnelle Wiederherstellung der Belastbarkeit für Beruf und Alltag.

Durch unser neu errichtetes Betten- und Funktionshaus C konnte die Kapazität der Notaufnahme und der Intensivstation deutlich erweitert werden. Durch die räumliche Nähe zu den Funktionsbereichen wurden unsere Abläufe sowohl zeitlich als auch organisatorisch optimiert.

Dem medizinischen Wandel folgend, operative Eingriffe ambulant durchzuführen, haben wir eine Operative Tagesklinik (OTK) mit vier hochmodernen Tageslicht-Operationssälen eingerichtet. Besondere Operationsmethoden und speziell hierzu abgestimmte Anästhesieverfahren ermöglichen ambulante Eingriffe, sodass der Patient noch am gleichen Tag die Klinik verlassen kann. Ein eigener Parkplatz steht für die ambulant zu operierenden Patienten zur Verfügung und ein gläserner Aufzug bringt sie von dort direkt zum Empfang der OTK. Die Abläufe wurden so abgestimmt, dass für die Patienten möglichst geringe Wartezeiten anfallen. Nach durchgeführter Operation erholt sich der Patient im Aufwachbereich. Hier erfolgt eine kontinuierliche Kontrolle der Vitalparameter mit Hilfe des Monitorings der Operativen Tagesklinik. Bevor der Patient nach Hause geht, erfolgt eine Visite durch die Ärzte der operativen Fachdisziplin und der Anästhesie. Bei der Entlassung erhält der Patient alle notwendigen Informationen zur Nachuntersuchung sowie unmittelbar notwendige Medikamente und Hilfsmittel. Um die bestmögliche Versorgung unserer Patienten sicherzus-

tellen, arbeiten alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Hand in Hand und mit modernster Technik.

Case Managerinnen stimmen diagnostische und therapeutische Maßnahmen aufeinander ab, sodass unnötige Wartezeiten vermieden werden können. In unserer interdisziplinären Notaufnahme können rund um die Uhr und an sieben Tagen in der Woche Notfallpatienten fachärztlich und interdisziplinär untersucht, beobachtet und behandelt werden. Hilfreich sind dabei die schnelle Verfügbarkeit der Radiologie, die unmittelbar benachbart ist sowie eine Rohrpost zum Labor mit Blutbank und Bakteriologie. Im Rahmen der Vitalüberwachung kann der Arzt nun leichter entscheiden, ob es mit einer ambulanten Behandlung getan ist, oder ob der Notfallpatient stationär aufgenommen werden muss. Die Notaufnahme steht unter der Leitung eines erfahrenen Chirurgen. Ein internistischer Facharzt und weitere ärztliche und pflegerische Mitarbeiter stehen ihm zur Seite.

Abends und am Wochenende befindet sich die Bereitschaftsdienstzentrale der niedergelassenen Ärzte Rüsselsheim in den Räumen des Klinikums, die die notfallmäßige ärztliche Versorgung außerhalb der Praxisöffnungszeiten der niedergelassenen Ärzte in enger Zusammenarbeit mit dem GPR Klinikum sicherstellt. Die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte und sonstigen Mitarbeiter sind keine Beschäftigten des Klinikums, sondern im Auftrag der kassenärztlichen Vereinigung in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten Rüsselsheims und der umliegenden Gemeinden tätig. Wir stellen allerdings den hohen Sicherheits- und Qualitätsstandard unserer Infrastruktur zur Verfügung, wenn eine weitergehende Behandlung erforderlich wird.

* Nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

1 Patientenorientierung

1.1 Rahmenbedingungen der Patientenversorgung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das Klinikum liegt zentral und ist gut erreichbar. Die Patienten haben die Möglichkeit sich im Vorfeld des stationären Aufenthaltes umfassend zu informieren. Unser Patientenratgeber und unsere Homepage informieren über Komfortangebote, Wahlleistungen, Sprechstunden und vieles mehr. Die stationäre Aufnahme erfolgt in der Regel über die Ambulanzsprechstunden. Notfallpatienten werden über die Notaufnahme aufgenommen. Um Doppeluntersuchungen zu vermeiden, werden die Patienten gebeten, Vorbefunde mitzubringen. Innerhalb des Krankenhauses ist die Orientierung für Patienten und Besucher sichergestellt. Freundliches und kompetentes Personal steht den Patienten und Besuchern rund um die Uhr an der Information im Eingangsbereich zur Verfügung. Ein einheitliches Wegeleitsystem mit Hinweisschildern und Farbmarkierung geleitet die Patienten und Besucher durch das Haus. Der Eingangsbereich ist behindertengerecht gestaltet. Rollstühle und Gepäckwagen stehen an der Information bereit.

1.1.2 Leitlinien

Eine strukturierte Behandlung erfolgt auf der Basis von Behandlungspfaden, Leitlinien von nationalen und internationalen Fachgesellschaften, Hygienestandards, Verfahrensanweisungen und Arbeitsanweisungen. Die Festlegungen werden von den Fachabteilungen im Benehmen mit der Geschäftsführung kontinuierlich erarbeitet, umgesetzt und weiterentwickelt.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Patienten und Angehörige werden umfassend mit Flyern und anderen Medien über das Leistungsangebot informiert. Diese Informationen werden auch abteilungsspezifisch zur Verfügung gestellt. Grundsätzlich besteht die Möglichkeit der Mitaufnahme von Eltern und Angehörigen. Zur Optimierung der Kommunikation mit ausländischen Patienten steht eine Vielzahl von fremdsprachiger Unterstützung zur Verfügung. Individuelle unterstützende Angebote für die Patientengruppen liegen vor, ebenso wie die Möglichkeit der Patienten- und Angehörigenschulungen. In 2015 sind wir dem Netzwerk „Selbsthilfefreundlichkeit“ beigetreten. Kontakte zu Selbsthilfegruppen und deren Informationen sind sichergestellt.

1.1.4 Service, Essen und Trinken

Die Patienten können zum Mittagstisch zwischen drei Menüs wählen und diese individuell ergänzen. Beim Frühstück und Abendessen besteht Komponentenwahl. Die Bestellung wird persönlich von unseren Menü-Befragerinnen entgegengenommen. In der Pädiatrie werden zusätzlich spezielle Kindermenüs angeboten. Auf religiöse und kulturelle Belange wird durch das tägliche Angebot eines vegetarischen und eines schweinefleischfreien Gerichtes eingegangen. In der Geburtshilfe wird täglich ein Frühstücksbuffet angeboten. Bei der Verpflegung werden die Erfordernisse, Bedürfnisse und Wünsche der Patienten berücksichtigt.

1.1.5 Kooperationen

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist durch den regelmäßig stattfindenden patienten-bezogenen Austausch sichergestellt. Strukturierte Besprechungen finden neben der Visite regelmäßig in der Geriatrie, fallbezogen zwischen Ärzten, Pflege und Therapeuten sowie mit Psychologen statt.

Interdisziplinäre Besprechungen finden im Rahmen der OP-Besprechungen in Form von Visiten z. B. in der Intensivmedizin, Pädiatrie und Geriatrie, in den übrigen Fächern nach Bedarf statt. An interdisziplinären Fallbesprechungen sind die betroffenen Fachgebiete beteiligt.

1.2 Notfallaufnahme

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Das Klinikum verfügt über eine zentrale Notaufnahme. Die Notaufnahme ist interdisziplinär organisiert, der Facharztstandard sichergestellt. Fachbereiche, die besondere Ausstattungsanforderung haben, wie die Klinik für HNO-Heilkunde, Kopf-, Hals- und plastische Gesichtschirurgie und die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, übernehmen die Aufnahme ihrer Patienten direkt. Vorgaben zur Sicherstellung einer geregelten und effektiven Diagnostik existieren in Form von Behandlungspfaden, externen Leitlinien und internen Verfahrens- bzw. Arbeitsanweisungen. Die medizinische Ersteinschätzung erfolgt immer auf der Grundlage fachärztlicher Absicherung. Im Rahmen des zertifizierten regionalen Traumazentrums sowie im Rahmen des zertifizierten Schlaganfallzentrums existieren standardisierte Regelungen zur Übernahme der Patienten vom Notarzt bzw. vom Rettungsdienst.

1.3 Ambulante Versorgung

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Die Indikationsstellung für die therapeutischen Prozesse erfolgt auf der Grundlage einer detaillierten Diagnostik. Die therapeutischen Maßnahmen erfolgen leitlinienkonform. Neben den Leitlinien der entsprechenden Fachgesellschaften orientieren sich die therapeutischen Prozesse auch an hausinternen Standards. Zur Versorgung ambulanter Notfallpatienten stehen in der Notaufnahme 20 Behandlungsplätze, zwei Schockräume und vier Betten in der Chest Pain Unit (Brustschmerzeinheit) zur Verfügung. Die Abläufe zur Versorgung von polytraumatisierten Patienten sind im Rahmen der Zertifizierung zum regionalen Traumazentrum standardisiert.

1.3.2 Ambulante Operationen

Ambulante Operationen des GPR Klinikums werden in einer eigens dafür geschaffenen organisatorischen Einheit, der „Operativen Tagesklinik“ durchgeführt. Hier stehen vier OP-Räume und eine Vorbereitungs- und Aufwacheinheit mit 16 Plätzen zur Verfügung. Die Operative Tagesklinik steht unter der Leitung eines dafür verantwortlichen Arztes, dem die dort angestellten Mitarbeiter nachgeordnet sind. Alle Planungs- und Organisationsbelange sind in Verfahrensanweisungen geregelt.

1.4 Stationäre Versorgung

1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Vorgaben zur Sicherstellung einer geregelten und effektiven Diagnostik existieren in Form von Behandlungspfaden, externen Leitlinien und Verfahrensanweisungen. Be-

funde diagnostischer Maßnahmen stehen ebenso wie radiologische Befunde in digitaler Form zur Verfügung. Die Koordination der Behandlungsplanung erfolgt im Krankenhausinformationssystem. Diagnostische Leistungen werden dort terminiert und im Sinne einer zeitlichen Behandlungsplanung abgestimmt. Durch den Einsatz von Case Managerinnen wird die Behandlungsplanung und Durchführung zusätzlich - direkt vor Ort - koordiniert.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die Indikationsstellung für die therapeutischen Prozesse erfolgt auf der Grundlage einer detaillierten Diagnostik. Die therapeutischen Maßnahmen erfolgen leitlinienkonform. Neben den Leitlinien der entsprechenden Fachgesellschaften orientieren sich die therapeutischen Prozesse auch an hausinternen Standards. Die therapeutischen Möglichkeiten werden mit den Patienten und - wenn gewünscht - mit deren Angehörigen erörtert. Ziel dabei ist es, dass der Patient und ggf. seine Angehörigen alle für die Behandlung notwendigen Informationen erhält. Darüber hinaus sollen die Patienten über Behandlungsalternativen informiert werden.

Über das Intranet stehen standardisierte Aufklärungsbögen in verschiedenen Sprachen zur Verfügung. Die Schmerztherapie erfolgt gemäß den entsprechenden krankenhausinternen Leitlinien.

1.4.3 Operative Verfahren

Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert. Die langfristige Planung von Eingriffen erfolgt im Rahmen der Sprechstundenpraxis der einzelnen Disziplinen. Die ständige OP-Bereitschaft wird durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst, einen zusätzlichen (fach-)ärztlichen Rufdienst sowie den Bereitschaftsdienst der OP- und Anästhesiepflege sichergestellt. Nach der prästationären OP-Vorbereitung werden die Patienten erst am OP-Tag auf unserem Ambulanten OP-Stützpunkt aufgenommen.

1.4.4 Visite

Die tägliche Visite von Stationsarzt bzw. Belegarzt und Pflegekräften erfolgt in einem bestimmten Zeitkorridor. Chef- und Oberarztvisiten stellen den Facharztstandard sicher und erfolgen mindestens einmal pro Woche. Die Visiten erfolgen bei Bedarf in Zusammenarbeit mit weiteren Berufsgruppen, wie z. B. Sozialdienst oder Physiotherapeuten. Die Patientenzufriedenheit betreffend der Information zu Therapie- und Diagnosemaßnahmen wird im Rahmen der Patientenbefragung erfragt.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Alle bettenführenden Kliniken, mit Ausnahme der Geriatrie, führen poststationäre Behandlungen durch. Die Planung der prästationären Patienten erfolgt in enger Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten und in weiten Teilen direkt mit den Case Managerinnen. Durch den hausweiten Einsatz von Case Managerinnen konnten die Arbeitsabläufe so gestaltet werden, dass sich Verbesserungen hinsichtlich der Zeit- und Wegeoptimierung ergaben.

1.5 Übergang in andere Bereiche

1.5.1 Entlassung

Vor der Entlassung erfolgt eine rechtzeitige Information an den Patienten ggf. an die Angehörigen. Bei Bedarf werden Sozialdienst und/oder Überleitungspflege frühzeitig eingeschaltet. Mit dem Patienten werden im Entlassungsgespräch Diagnose, histolo-

gische Befunde und bisherige Behandlung besprochen, ggf. wird über zusätzliche Bestrahlungen, Zytostatikatherapie, niedergelassene Therapeuten und Selbsthilfegruppen informiert. Bei Entlassung oder Verlegung des Patienten werden neben einem Arztbrief alle weiteren relevanten Unterlagen (Befunde, Röntgenbilder etc.) mitgegeben. Bedarfsweise erfolgt eine Begleitung der Patienten durch ehrenamtliche Helfer, die Hilfestellung beim Transport nach Hause und den Tagen danach gewährleisten.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Durch die Integration des Ambulanten Pflorgeteams und der Seniorenresidenz in das GPR Klinikum ist eine lückenlose Weiterbetreuung sichergestellt. Frühzeitig erkennen wir die Bedürfnisse der Patienten nach einem stationären Aufenthalt und übernehmen auf Wunsch die Organisation der Vernetzung vom stationären in den häuslichen Bereich. Somit können wir die erreichte pflegerische und therapeutische Qualität für den Patienten sicherstellen. Wir begleiten und beraten die Patienten und Angehörigen bezüglich der nachstationären Pflege.

1.6 Sterben und Tod

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Sterbebegleitung wird durch qualifiziertes pflegerisches und ärztliches Personal geleistet. Im Rahmen einer strukturierten Schmerztherapie wird weitest gehende Schmerzfreiheit angestrebt. Je nach weltanschaulicher Prägung wird religiöser Beistand gewährt. Auf Wunsch des Patienten oder seiner Angehörigen wird die Hospizhilfe einbezogen. Hinsichtlich des Aufenthaltes für Angehörige bestehen keine zeitlichen Vorgaben. Das Büro der Rüsselsheimer Hospizhilfe befindet sich seit 2015 auf dem Gelände des GPR Klinikums.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Ein respektvoller Umgang mit Verstorbenen sowie mit Tot- und Fehlgeburten zählt zu den Grundlagen unseres Handelns und ist verbindlich geregelt. Die Angehörigen haben die Möglichkeit, in einem würdigen Rahmen auf Station oder im Verabschiedungsraum ungestört Abschied zu nehmen.

2 Mitarbeiterorientierung

2 Mitarbeiterorientierung

2.1 Personalplanung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Die Planung des Personalbedarfs umfasst die Bereitstellung einer angemessenen Zahl an entsprechend qualifizierten Mitarbeitern. Personalplanung erfolgt unter Berücksichtigung des Leistungsspektrums und allgemein gültiger Anhaltszahlen. Die Facharztquote ist so bemessen, dass die medizinische Versorgung, die Therapie und Diagnostik gewährleistet ist.

2.2 Personalentwicklung

2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Die Personalentwicklung des Krankenhauses orientiert sich an den Bedürfnissen des Hauses und der Mitarbeiter. Verantwortlich für die Personalentwicklung sind die jeweiligen Abteilungsleitungen für ihre Abteilung. Ihre Aufgabe ist es, Anpassungs- und Aufstiegsweiterbildungen zu planen, mit den Mitarbeitern zu besprechen und deren Wünsche und Ziele einzubinden. Stellenausschreibungen erfolgen in Abhängigkeit von der nachgefragten Qualifikation intern und/oder extern.

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Im Rahmen der Begrüßungstage, an denen die neuen Mitarbeiter teilnehmen, stellen sich verschiedene zentrale Bereiche des Hauses den neuen Mitarbeitern vor. Darüber hinaus werden Schulungen durchgeführt und Begrüßungsmappen mit allen wichtigen Informationen ausgehändigt. Neben der persönlichen Einarbeitung am Arbeitsplatz zählt auch das Kennenlernen von Kollegen und Mitarbeitern anderer Bereiche zu einer guten Einarbeitung. Mitarbeiter werden schrittweise und strukturiert an ihr neues Aufgabengebiet herangeführt. Dies wird durch ein Einarbeitungskonzept und Mitarbeitergespräche sichergestellt.

2.2.3 Ausbildung

Das Klinikum verfügt über eine eigene Krankenpflegeschule. Die Auszubildenden werden von drei hauptamtlichen Praxisanleitern und speziell geschulten Mentoren auf den Stationen begleitet. Praxisanleiter stimmen gemeinsam mit dem Lehrkörper der Krankenpflegeschule die praktische Ausbildung ab. Im Rahmen jedes praktischen Einsatzes der Auszubildenden wird ein Erst-, Zwischen- und Abschlussgespräch geführt. Weiterhin wird in Kooperation mit der Asklepios Klinik in Wiesbaden seit 2013 die Ausbildung zum/zur operationstechnischen Assistent/in angeboten. In Kooperation mit der Hochschule Fresenius erfolgt die Ausbildung zum Physician Assistant. Das Klinikum bietet darüber hinaus Ausbildungskapazität im Bereich der Verwaltung (Bürokaufmann oder Fachinformatiker Fachrichtung Systemintegration) an.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Der Bedarf an Fort- und Weiterbildungsangeboten wird in den Fachbereichen festgestellt, wobei auch die Wünsche der Mitarbeiter berücksichtigt werden. Die GPR Akademie erstellt halbjährlich ein Schulungsprogramm und veröffentlicht dieses im Intranet und über E-Mail. In der Regel stehen die Veranstaltungen allen interessier-

ten Berufsgruppen offen. Eine arbeitsplatzbezogene Grundausstattung an Fachliteratur steht in allen Abteilungen in Form geltender Leitlinien der Fachgesellschaften, Gesetzen, Richtlinien und pflegerischer Fachliteratur zur Verfügung. Fachzeitschriften werden über ein festgelegtes Umlaufsystem allen betroffenen Mitarbeitern zugänglich gemacht.

Von allen Stationen und Funktionsstellen kann über das GPRNet auf hausinterne Datenbanken der Apotheke und des Labors sowie über unser Fachinformationsportal auf z. B. AWMF Leitlinien und elektronische Fachzeitschriftenbibliotheken zugegriffen werden.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Die Grundsätze eines mitarbeiterorientierten Führungsstils sind im Leitbild verankert. Unser Führungsstil ist geprägt durch den Grundsatz der konstruktiven Zusammenarbeit aller Mitarbeiter. Dieser Grundsatz wird unterstützt durch eine berufsgruppenübergreifende Kommunikationsstruktur. Die Einbeziehung von Mitarbeitern in strategische Planungen erfolgt - unabhängig von ihrer Position - aufgrund ihrer Erfahrungen und Kenntnisse, fachlich qualifizierte Beiträge zu leisten.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Die Arbeitszeitregelungen im GPR Klinikum orientieren sich an den gesetzlichen Vorgaben und der jeweils aktuellen tariflichen Wochenarbeitszeit. Mitarbeiterwünsche werden grundsätzlich, sofern keine betrieblichen Belange entgegenstehen, berücksichtigt. Die Einhaltung der Arbeitszeit wird durch einen regelmäßigen Abgleich der Soll- zur Ist-Arbeitszeit überprüft. Ein elektronisches Zeiterfassungssystem ist eingeführt.

2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Die Mitarbeiter haben die Möglichkeit Ideen, Wünsche und Beschwerden direkt mit ihrem Vorgesetzten oder mit der jeweils zuständigen Person zu besprechen. Seit 2001 existiert im Klinikum ein strukturiertes innerbetriebliches Vorschlagswesen. Alle Mitarbeiter haben die Möglichkeit, ihren Vorschlag formlos an die QM-Beauftragte weiterzuleiten. Ein Bewertungsausschuss, in dem u. a. auch der Betriebsrat vertreten ist, prüft die Vorschläge bzw. deren Umsetzung und leitet im Benehmen mit der Geschäftsführung entsprechende Maßnahmen ein.

3 Sicherheit

3 Sicherheit

3.1 Arbeitsschutz

3.1.1 Arbeitsschutz

Die arbeitssicherheitstechnische Betreuung gewährleistet unsere Fachkraft für Arbeitssicherheit. Arbeitsmedizinisch werden wir von einem Facharzt für Arbeits- und Umweltmedizin betreut. Unser Ziel ist der Schutz und die Förderung der Gesundheit unserer Mitarbeiter. Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen gehören zum Standard. Durch Begehungen werden die Arbeitsbedingungen überprüft und im Interesse der Mitarbeiter verbessert. Der Arbeitssicherheitsausschuss überprüft die umzusetzenden Maßnahmen und leitet bei Bedarf Korrekturmaßnahmen ein. Die Koordination erfolgt durch die Stabstelle „Betriebliches Gesundheitsmanagement und Arbeitssicherheitskoordination“.

3.1.2 Brandschutz

Unsere Brandschutzordnung regelt die Verantwortlichkeiten und beinhaltet u. a. Verhaltensregeln im Brandfall und Regelungen zur Brandvermeidung. Flucht- und Rettungswegepläne hängen im gesamten Klinikum - gut sichtbar - aus. Diese werden im Rahmen der Brandschutzbegehungen mit der hiesigen Feuerwehr auf Aktualität hin überprüft. Jährlich werden Mitarbeiter zum Thema Brandschutz geschult. Die Zu- und Umfahrtswege sind ausgeschildert und mit der Feuerwehr abgestimmt.

3.1.3 Umweltschutz

Unsere Umweltziele bestehen in der maximalen Einsparung des Wasser- und Energieverbrauches sowie der Optimierung der Abfallwirtschaft. Bei der Auswahl neuer Produkte durch die Medikalprodukte-Kommission werden neben wirtschaftlichen Aspekten besonders ökologische Gesichtspunkte berücksichtigt, z. B. der Einsatz wiederaufbereiteter Glaswaren. Abfallstoffe werden nach Abfallkategorien getrennt in dafür vorgesehenen Behältern gesammelt.

3.1.4 Katastrophenschutz

Die Verantwortlichkeiten für den Katastrophenschutz sind im Krankenhauseinsatzplan geregelt. In diesem Sinne sind die Zuständigkeit für die Alarmierung, die Liste der zu benachrichtigenden Personen, Maßnahmenkataloge in Form von Checklisten, die Einsatzstufen sowie die Funktionsträger der verschiedenen Abteilungen im Krankenhauseinsatzplan beschrieben.

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Das Vorgehen im Falle einer Katastrophe ist in einem detaillierten Alarm- und Einsatzplan festgelegt und in Form eines Katastropheneinsatzplanes im Intranet hinterlegt. Der Krankenhauseinsatzplan wird regelmäßig durch die Technische Abteilung überprüft und ggf. aktualisiert.

Eine Handlungsanweisung für die Mitarbeiter der Information liegt in Form eines Alarmierungsplans dort vor. Von hier wird im Bedarfsfall die Krankenhauseinsatzleitung einberufen.

3.2 Patientensicherheit

3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Kinder und besonders der Aufsicht bedürftige Personen werden durch die an der Patientenversorgung beteiligten Personen so beaufsichtigt, dass eine Eigen- oder Fremdgefährdung weitestgehend ausgeschlossen werden kann. Die Kinderstation ist zum Treppenhaus hin durch erhöhte Türgriffe gesichert. Die Neugeborenen Abteilung ist nicht öffentlich zugänglich. Kinder werden nur an den bekannten Elternteil abgegeben.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Durch einen einheitlichen Hausnotruf kann rund um die Uhr ein Notfallteam alarmiert werden, das unverzüglich eine medizinische Notversorgung durchführt. Auf allen Stationen ist eine Notfalltasche vorhanden, die sich jeweils an einem speziellen, gesondert gekennzeichneten Platz befindet und für jeden zugänglich ist. Die Teilnahme der pflegerischen Mitarbeiter an regelmäßig stattfindenden Reanimationsschulungen ist verpflichtend und wird dokumentiert.

3.2.3 Hygienemanagement

Das Klinikum verfügt über zwei Hygienefachkräfte und insgesamt 15 hygienebeauftragte Ärzte. Die Aufgaben des Krankenhaushygienikers werden durch ein externes Institut wahrgenommen. Alle hygienerelevanten Dokumente sind auf den Stationen und in den Funktionsstellen hinterlegt und im Intranet verfügbar. Sitzungen der Hygienekommission finden regelmäßig statt und werden protokolliert. Die Einhaltung der Hygienepläne wird durch die halbjährlichen Begehungen des externen Hygieneberatungsinstituts überwacht. Im Rahmen unserer erfolgreichen Beteiligung an der bundesweiten Kampagne „Aktion Saubere Hände“ zur Verbesserung der Händedesinfektion, erhielten wir das Bronze-Zertifikat.

3.2.4 Hygienerelevante Daten

Hygiene- und Desinfektionspläne sowie Hygieneempfehlungen unseres externen Hygieneberatungsinstituts liegen für die Bereiche des Hauses vor. Diese enthalten Handlungsanweisungen zum Umgang mit bestimmten Erregern und geben Auskunft über das alltägliche Verhalten am jeweiligen Arbeitsplatz. Die Dokumente werden kontinuierlich der Wissensentwicklung angepasst und hinsichtlich ihrer Praktikabilität und Effizienz überprüft.

3.2.5 Infektionsmanagement

Statistiken über nosokomiale Infektionen werden geführt und ausgewertet. Die Ergebnisse werden interdisziplinär und berufsgruppenübergreifend im Rahmen der Hygienekommission, ggf. auch adhoc, durch die Hygienefachkraft besprochen. Der Meldeweg für die nach dem Infektionsschutzgesetz zu erfassenden Infektionen ist geregelt. Die erfassten Daten werden entsprechend den gesetzlichen Vorgaben und darüber hinaus in einem freiwilligen bundesweiten Vergleich zusammengeführt. Ein MRSA-Screening (MRSA = Multi-Resistenter-Staphylococcus-Aureus) und ein MRGN (MRGN= Multiresistente gramnegative Erreger) Aufnahmescreening werden nach den Kriterien des RKI (Robert Koch-Institut) durchgeführt.

3.2.6 Arzneimittel

Durch die hauseigene Apotheke ist die Bereitstellung von Arzneimitteln, Medikal- und Blutprodukten sichergestellt. Die Abläufe zu Bestellung, Lagerung und Entsorgung sind standardisiert. Zwei interdisziplinär besetzte Gremien gewährleisten unter Berücksichtigung anwenderspezifischer Anforderungen, hygienischer und ökologischer Gesichtspunkte eine Produktauswahl. Benötigte Arzneimittel und Medikalprodukte können von den Stationen über das EDV-System bestellt werden. Die Apotheke informiert die Ärzte regelmäßig über Risiken und Nebenwirkungen.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Die Beschaffung und Bereitstellung von Blut und Blutprodukten erfolgt durch das Institut für Laboratoriumsmedizin am Klinikum. Ein Qualitätsmanagementsystem zum Umgang mit Blut und Blutprodukten ist implementiert. Ein Qualitätsmanagementhandbuch „Transfusionsmedizin“ liegt vor. Eine Transfusionskommission ist im Hause etabliert.

3.2.8 Medizinprodukte

Die Anwendung von Medizinprodukten unterliegt gesetzlichen Bestimmungen. Die Umsetzung der gesetzlichen Bestimmungen ist in Verfahrensanweisungen geregelt. Geräteanweisungen sind im Intranet verfügbar.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1 Informations- und Kommunikationstechnologie

4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Das Klinikum verfügt über ein globales EDV-System, mit welchem die gesamte (prä-) stationäre und ambulante Patientenverwaltung sowie die OP-Planung und -Dokumentation realisiert wird. Regelmäßige Schulungen werden von den Mitarbeitern der EDV-Abteilung durchgeführt. Neue ärztliche und pflegerische Mitarbeiter erhalten im modernen, mit allen Präsentationstechniken ausgestatteten Schulungsraum eine Basiseinweisung. Ein strukturiertes EDV-Ausfallkonzept liegt vor.

4.2 Patientendaten

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Die Dokumentation der Patientendaten erfolgt im gesamten Klinikum diagnose- und therapiebezogen in einem einheitlichen Dokumentationssystem, das zugleich den Workflow definiert. Die Vollständigkeit und Struktur der Patientenakte ist durch eine Aktenordnung (Checkliste) geregelt. Die administrativen Patientendaten werden im Krankenhausinformationssystem erfasst und verwaltet. Den datenschutzrechtlichen Bestimmungen wird Rechnung getragen.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Im Klinikinformationssystem abgelegte Befunde und Dokumente können ebenso wie frühere Arztbriefe online rund um die Uhr von befugten Mitarbeitern abgerufen werden. Die Patientenakte wird zentral für alle Abteilungen digital archiviert. Bei jedem Krankenhausaufenthalt wird eine neue Akte angelegt, die bei Archivierung zu einer Akte zusammengeführt wird.

4.3 Informationsmanagement

4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Die Krankenhausleitung wird regelmäßig über Entwicklungen und Vorgänge im Krankenhaus informiert und nutzt diese Informationen zur Einleitung verbessernder Maßnahmen. Die Abteilung Controlling informiert wöchentlich über relevante Kennzahlen. Diese Managementinformation dient der Geschäftsführung zur strategischen Planung und operativen Überwachung. Darüber hinaus erhält die Geschäftsführung Informationen durch regelmäßige Rückmeldungen aus Leitungsbesprechungen und der permanenten Analyse der Patientenbefragung.

4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

Bei Verlegungen oder Entlassung in nachbetreuende Einrichtungen werden alle relevanten Informationen durch Arztbrief, Verlegungsberichte bzw. Pflegeüberleitungsberichte schriftlich sowie mündlich weitergegeben. Durch regelmäßige Besprechungen innerhalb und zwischen den Fachbereichen werden alle zur Behandlung notwendigen Informationen ausgetauscht.

4.4 Telefonzentrale und Empfang

4.4.1 Organisation und Service

Die erste Anlaufstelle für Besucher und Patienten befindet sich im Eingangsbereich des Klinikums. Die Informationszentrale ist rund um die Uhr mit qualifiziertem Personal besetzt. Die Mitarbeiter sind speziell geschult und in der Lage, auch in Krisensituation kompetent ihre Aufgaben zu erfüllen.

4.5 Datenschutz

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Rechtsgrundlage für den Datenschutz ist das Hessische Datenschutzgesetz. Auf dieser Grundlage erfolgt die Arbeit der Datenschutzbeauftragten, die bei allen relevanten Projekten eingebunden ist. Patientendaten werden außerhalb der im Behandlungsvertrag vorgesehenen Übermittlung (z. B. Ärzteportal) nur mit Einwilligung des Patienten weitergegeben.

5 Führung

5 Führung

5.1 Unternehmensphilosophie und -kultur

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Das Leitbild stellt den verbindlichen Rahmen unserer täglichen Arbeit in einem modernen Dienstleistungsunternehmen, verbunden mit dem Anspruch eines Akademischen Lehrkrankenhauses dar. Das Leitbild basiert u. a. auf einer Mitarbeiterbefragung. Die Überprüfung des Leitbildes findet in einem regelmäßigen Turnus statt. Die Verantwortung für die strategische Zielplanung liegt bei der Geschäftsführung. Die Zielplanung wird jährlich an die aktuellen gesundheitspolitischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Erfordernisse angepasst mit dem Ziel, die Positionierung des Hauses zu sichern und konsequent weiterzuentwickeln.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Die Geschäftsführung fördert durch vielseitige Maßnahmen (gemeinsame Freizeitangebote, Lauftreffs, Mitarbeiterfest, Wandertage etc.) ein vertrauensvolles Arbeitsklima. Die Planung und Durchführung von vertrauensfördernden Maßnahmen erfolgt regelmäßig in Zusammenarbeit mit dem Betriebsrat. Eine breite Information der Mitarbeiter erfolgt durch Betriebsversammlungen und Hausmitteilungen über Intranet und internen Mailverteiler.

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Das berufsgruppenübergreifend zusammengesetzte klinische Ethikkomitee beschäftigt sich mit besonderen ethischen Fragestellungen. Darüber hinaus wird eine psychologische Betreuung durch zwei Krankenhausseelsorger und durch Psychologen bzw. Kinderpsychologen angeboten. Die Mitglieder des Ethikkomitees wurden zu Ethikberatern weitergebildet.

5.2 Strategie und Zielplanung

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Das Klinikum plant seine Entwicklung nachhaltig, basierend auf einem Dialog zwischen Geschäftsführung, der Einschätzungen aller Fachgebiete und im Abgleich mit der Finanzplanung. Die Klinikleitung entwickelt hieraus einen Finanz- und Investitionsplan und übernimmt die Verantwortung für dessen Umsetzung. Klare Regelungen bezüglich der Budgetverantwortung und diesbezügliche Zielvereinbarungen mit Führungskräften zur Regelung der Mitverantwortung, Planung und Überwachung liegen vor.

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Seine Außenbeziehungen strukturiert das Klinikum im Sinne von regionalen Partnerschaften und Kooperationen. Die Kooperationen reichen von der Mitgliedschaft im Clinotel Krankenhausverbund und im Hessischen Klinikverbund über vertragliche Leistungsbeziehungen bis hin zu gemeinsamen Tochterunternehmen.

5.3 Organisationsentwicklung

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Die Geschäftsführung hat eine klare Organisationsstruktur in Form eines Organigramms festgelegt. Das Organigramm steht im Intranet und gibt Auskunft über hierarchische Zuordnungen. Die Struktur entspricht einer Linienorganisation mit Stabsstellen.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Die Geschäftsordnung des GPR Gesundheits- und Pflegezentrums regelt Kompetenzen und Aufgaben der Leitungsgremien. Aufgrund der Kommunikations- und Organisationsstruktur erfolgt eine geregelte, zeitnahe Informationsweitergabe an alle Betroffenen. Die Aufgaben der Geschäftsführung sind per Vertrag klar geregelt. Regelmäßige Besprechungen in den Leitungsgremien stellen einen kontinuierlichen Informationsaustausch sicher.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

Innovationen werden im Rahmen strategischer Überlegungen geplant und fließen in die jährliche Zielplanung der Geschäftsführung ein. Die Planung erfolgt strukturiert in den jeweils zuständigen Gremien, damit eine zügige Einführung erfolgen kann. Als Akademisches Lehrkrankenhaus vermitteln wir unser Wissen und unsere Erfahrung an Medizinstudenten und -studentinnen sowie an Krankenpflegeschülerinnen und -schüler. Zur Steigerung des Wissenstransfers wurde vor einigen Jahren die GPR Akademie gegründet und über unsere modernes Fachinformationsportal wird der Zugang zu Literatur für den Ärztlichen Dienst und Pflegedienst sichergestellt. Seit 2001 haben wir ein innerbetriebliches Vorschlagswesen etabliert, um das Wissen und die Erfahrung unserer Mitarbeiter für Verbesserungen zu nutzen.

5.4 Marketing

5.4.1 Externe Kommunikation

Die Öffentlichkeitsarbeit wird von der Geschäftsführung koordiniert. Neben Pressemitteilungen, Flyern, Vorträgen, Teilnahme an Messen, Broschüren und unserer Homepage bietet die Klinikzeitung "StippVisite" unterhaltsame, breitgefächerte Informationen - nicht nur für Patienten und Angehörige, sondern auch für alle niedergelassenen Ärzte. Fachveranstaltungen werden der Öffentlichkeit im Vorfeld durch Presseveröffentlichungen zur Kenntnis gebracht.

5.5 Risikomanagement

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Unser Risikomanagement ist in einem Risikomanagementhandbuch zusammenfassend dargestellt. Seit 2009 nutzen wir zudem ein freiwilliges, strukturiertes Melde- und Auswertungsverfahren für kritische Ereignisse im Sinne eines CIRS (Critical Incident Reporting System).

6 Qualitätsmanagement

6.1 Qualitätsmanagementsystem

6.1.1 Organisation

Die Stabsstelle Qualitätsmanagement ist direkt dem Geschäftsführer unterstellt. Darüber hinaus wurden Qualitätsbeauftragte für den Pflegedienst und den ärztlichen Dienst benannt. Zusammen mit dem Lenkungsausschuss Organisationsentwicklung werden Maßnahmen koordiniert, evaluiert und notwendige Verbesserungsmaßnahmen ab- bzw. eingeleitet. Das Qualitätsmanagement wurde von Anfang an nach dem KTQ-Modell ausgerichtet. Alle Klinikbereiche sind in das Qualitätsmanagementsystem eingebunden.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Viele Kern- und Stützprozesse sind berufsgruppen- und bereichsübergreifend definiert. Ziel ist es, Prozesse zu beherrschen und sie im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses zu optimieren. An der Erstellung von Prozessbeschreibungen und an Prozessoptimierungen sind grundsätzlich alle davon betroffenen Mitarbeiter der jeweiligen Berufsgruppen beteiligt.

6.2 Befragungen

6.2.1 Patientenbefragung

Die ambulanten und stationären Patienten stehen mit ihren Anregungen und Wünschen im Mittelpunkt unseres Handelns. Ihre Zufriedenheit ist unser erklärtes Ziel. Daher führen wir seit vielen Jahren eine kontinuierliche Befragung durch. Die tägliche Sichtung der Rückläufe ermöglicht uns im Bedarfsfalle eine zeitnahe Ursachenanalyse und die Einleitung von Verbesserungsmaßnahmen. Die Befragung führen wir seit 2015 im Clinotel Krankenhausverbund durch. Dadurch erhalten wir die Möglichkeit uns mit anderen Häusern zu vergleichen.

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Die Befragung der Zuweiser gibt der Unternehmensführung Aufschluss über die Anforderungen und Wünsche der einweisenden Ärzte und ist daher von Interesse in Hinblick auf Quantität und Qualität des Leistungsspektrums. Einweiserbefragungen erfolgen im GPR Klinikum kontinuierlich und sind individuell auf die Bedürfnisse der Zuweiser ausgerichtet. Ferner erhalten wir zeitnahe Informationen über die Wünsche und Anregungen der niedergelassenen Ärzte durch den ärztlichen Qualitätszirkel.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Mitarbeiterbefragungen geben Aufschluss über die Zufriedenheit und Wünsche der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und sind daher von besonderer Bedeutung für das Betriebsklima. Neben einer tarifkonformen Bezahlung spielt auch die (Mit-)Gestaltung des Umfeldes eine wesentliche Rolle. Die Durchführung von Mitarbeiterbefragungen erfolgt in Abstimmung mit dem Betriebsrat und unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bestimmungen. Unsere letzte Mitarbeiterbefragung wurde mit Unterstützung von Great Place to Work®, einem international tätigen Forschungs- und Beratungsinstitut, durchgeführt.

6.3 Beschwerdemanagement

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Die Zufriedenheit der Patienten ist für alle Mitarbeiter im Klinikum sehr wichtig. Die Patienten haben die Möglichkeit, sich in schriftlicher und/oder mündlicher Form zu äußern. Bei der Aufnahme erhält jeder Patient eine Informationsmappe durch die er auf die Möglichkeit einer Beschwerde hingewiesen wird. Die Patientenfragebögen, die Helfergruppe und der Patientenfürsprecher sind Bestandteile unseres aktiven Beschwerdemanagements.

6.4 Qualitätsrelevante Daten

6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Das Klinikum nimmt an allen bundes- und hessenweiten verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen teil. Die interne Qualitätssicherung erfolgt regelmäßig anhand verschiedener Methoden. Neben Fallbesprechungen und Visiten basiert die interne Qualitätssicherung auf internen Audits, Begehungen und Statistiken (z. B. Infektionsstatistik). Durch regelmäßige Befragungen der Patienten und der regelmäßigen Kommunikation mit Zuweisern überprüfen wir kontinuierlich unsere Qualität.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Das GPR Klinikum beteiligt sich an den gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen. Das Medizincontrolling, das Qualitätsmanagement und die EDV Abteilung arbeiten hierbei eng mit den verantwortlichen Ärzten und Pflegekräften der jeweiligen Fachabteilung zusammen. Die jährlichen Auswertungen der externen Qualitätssicherung werden an die Chefärzte der jeweiligen Fachbereiche zur Analyse weitergeleitet. Bei Auffälligkeiten werden Fallbesprechungen durchgeführt und Prozessabläufe analysiert.