

Deutsches Rotes Kreuz 



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

Krankenhaus: Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel Gemeinnützige GmbH

Institutionskennzeichen: 260620044

Anschrift: Hansteinstraße 29
34121 Kassel

Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer: 2005-0176 K

durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle:

NIS Zertifizierungs- und Umweltgutachter GmbH, Hanau

Datum der Ausstellung: 15.12.2005

Gültigkeitsdauer: 14.12.2008

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Einleitung	5
Basisteil	7
A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	7
B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	14
B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	26
C Qualitätssicherung	31
C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	31
C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)	32
C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)	33
C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach §137 Abs. 1 S.3 Nr. 3 SGB V	33
Systemteil	34
D Qualitätspolitik	34
E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	34
F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	36
G Weitergehende Informationen	42
H Ausstattung	44
Die KTQ-Kriterien beschrieben vom Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel Gemeinnützige GmbH	47
1 Patientenorientierung in der Krankenversorgung	47
2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung	54
3 Sicherheit im Krankenhaus	58
4 Informationswesen	63
5 Krankenhausführung	66
6 Qualitätsmanagement	70

Vorwort der KTQ®

Die KTQ-Zertifizierung ist ein krankenhausspezifisches Zertifizierungsverfahren, das getragen wird von der Bundesärztekammer (BÄK), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Deutschen Pflegerat (DPR) und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherungen¹. Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet. **Die Verfahrensinhalte wurden ausschließlich von Krankenhauspraktikern entwickelt und erprobt.**

Mit diesem Zertifizierungsverfahren bietet die KTQ® den Krankenhäusern ein Instrument an, mit dem sie die **Qualität ihrer Leistungen durch die Zertifizierung und den zu veröffentlichenden KTQ-Qualitätsbericht nach außen transparent darstellen können.**

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen und von Krankenhauspraktikern entwickelten Kriterien, die sich auf die **Patientenorientierung, die Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit im Krankenhaus, das Informationswesen, die Krankenhausführung und das Qualitätsmanagement** 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.

¹ Zu diesen zählen: der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., der AOK-Bundesverband, der BKK Bundesverband, der IKK-Bundesverband, der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Bundesknappschaft, die See-Krankenkasse.

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

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

Jedem KTQ-Qualitätsbericht ist ein Vorwort der KTQ-GmbH vorangestellt, darauf folgen die individuelle Einleitung, in der drei bis vier innovative, patientenorientierte Leistungen beschrieben werden, die Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses, die Daten der Qualitätssicherung, die Leistungen aus der Mindestmengenvereinbarung sowie eine Beschreibung des krankenhausesinternen Qualitätsmanagements und darüber hinaus wird zu jedem der insgesamt **70 Kriterien des KTQ-Kataloges** ein Abstrakt dokumentiert.

Wir freuen uns, dass das Rote Kreuz Krankenhaus Kassel Gemeinnützige GmbH mit diesem Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen - einen umfassenden Überblick hinsichtlich seines Leistungsspektrums, seiner Leistungsfähigkeit und seines Qualitätsmanagements vermitteln kann.

Der Qualitätsbericht ist auch auf der KTQ-Homepage unter www.ktq.de abrufbar.

Prof. Dr. F.-W. Kolkmann
Für die Bundesärztekammer

Dr. H. D. Scheinert
Für die Spitzen-
verbände der Krankenkassen

Dr. M. Walger
Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

M.-L. Müller
Für den Deutschen Pflegerat

Einleitung

Unser Haus ist eines der größten Krankenhäuser in Kassel. Nach dem Leitmotto "Menschlichkeit und Kompetenz" behandeln wir jährlich über 8.000 Patienten stationär und 30.000 ambulant. Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten arbeiten hier fachübergreifend unter einem Dach zusammen. Zu den Stärken unseres Hauses gehören neben der fachübergreifenden Versorgung das angenehme Ambiente im Kurbezirk Bad Wilhelmshöhe und die individuelle Betreuung aller Patienten.

Das Rote Kreuz Krankenhaus Kassel befindet sich - wie das gesamte Gesundheitswesen - im Umbruch: Die geplante Fusion mit der Orthopädischen Klinik Kassel bietet die Chance, die Kräfte von zwei bewährten und leistungsstarken Krankenhäusern zu bündeln, um die Herausforderungen der Zukunft zu meistern. Mit diesem Schritt wollen wir die Zukunft selber aktiv gestalten.

Welche Rahmenbedingungen haben zu dieser enormen Dynamik geführt, in der sich das deutsche Krankenhauswesen derzeit befindet?

Die Gesundheitsgesetzgebung der letzten Jahre hat einschneidende Veränderungen mit sich gebracht. Die Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems (DRG) führt in allen Krankenhäusern zu umfassenden Strukturveränderungen im Prozess der Patientenbehandlung.

Parallel dazu erhalten die Anforderungen an das Qualitätsmanagement in der Gesetzgebung ein höheres Gewicht. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, ein Qualitätsmanagementsystem einzuführen und regelmäßig einen Qualitätsbericht zu erstellen.

Eine hohe medizinische, pflegerische, strukturelle und organisatorische Qualität ist das Fundament, auf dem das Rote Kreuz Krankenhaus steht. Seit vielen Jahren stellen wir uns deshalb nicht nur den gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen, sondern auch einer Vielzahl freiwilliger Maßnahmen. Qualität ist für uns also nichts Neues, sondern die Grundlage unseres täglichen Handelns. Im Roten Kreuz Krankenhaus sind die Mitarbeiter in einem ständigen Prozess zur Verbesserung des Behandlungsprozesses, der Serviceangebote und der Organisationsabläufe eingebunden. Qualität ist also ein be-

deutender Faktor für die Weiterentwicklung des Krankenhauses.

Zahlreiche Projekte belegen dies: Wir messen z.B. die Zufriedenheit unserer Patienten und befassen uns intensiv mit diesen Ergebnissen. Viele Verbesserungsprojekte wurden bereits daraus abgeleitet. Imageanalysen helfen uns, die Wahrnehmung unserer Einrichtung in der Gesellschaft zu überprüfen.

KTQ überprüft das Krankenhaus im Hinblick auf eine in mehreren Kriterien abgebildete Qualität. Das Rote Kreuz Krankenhaus Kassel als lernendes und modernes Unternehmen stellt sich dieser Herausforderung und präsentiert mit dem vorliegenden Bericht die Resultate der Fremdbewertung, die im November 2005 stattgefunden hat.

Ihre



Elisabeth Deterding
Geschäftsführerin

Ihr



Michael Gruber
Geschäftsführer

Die Strukturdaten des - Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel Gemeinnützige GmbH

Basisteil

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses (Anschrift, E-Mail, Internetadresse)

Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel Gemeinnützige GmbH
Hansteinstraße 29
34121 Kassel
info@rkh-kassel.de
www.rkh-kassel.de

A-1.2 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?

260620044

A-1.3 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?

DRK Heime und Anstalten Bezirk Kassel e.V. / DRK Schwesternschaft Kassel e.V.

A-1.3.1 Welche Versorgungsstufe hat das Krankenhaus nach dem Landeskrankenhausplan?

Regelversorgung

A-1.3.2 Werden psychiatrische Fachabteilungen mit Differenzierung nach Schwerpunkten für das Krankenhaus ausgewiesen?

ja nein

A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?

ja nein

A-1.4.1 Arbeiten sonstige Einrichtungen mit dem Krankenhaus zusammen wie

- Rehabilitationsklinik
- Psychiatrische Einrichtung
- Tagesklinik
- Pflegeeinrichtung
- Dialysezentrum
- Anerkannte Fort- und Weiterbildungseinrichtungen
- Arztpraxen
- Vertragliche Kooperationszentren (z. B. Apparatgemeinschaften)
- Sonstige

- A-1.4.2 Gibt es an Ihrem Krankenhaus
 eine Krankenpflegeschule
 eine Kinderkrankenpflegeschule
 eine Krankenpflegehilfeschule

A-1.5 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V
 (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)

245

A-1.5.1 Anzahl der Betten für den Maßregelvollzug¹

0

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten: 8126
 Ambulante Patienten: 12181

A-1.7 A Fachabteilungen

Schlüssel nach § 301 SGB V	Name der Klinik	Zahl ¹ der Betten	Zahl der Betten	Zahl Stationäre Fälle	Hauptabt. (HA) oder Belegabt. (BA)*	Poliklinik/ Ambulanz ja (j) / nein(n)	Notfallaufnahme vorhanden? ja(j) / nein (n)
0100	Innere Medizin		106	3985	HA	Ja	Ja
1500	Allgemeine Chirurgie		108	3317	HA	Ja	Ja
1900	Plastische Chirurgie		25	424	HA	Ja	Ja
2600	Hals-, Nasen- Ohrenheilkunde		6	400	BA	Nein	Nein
	Anästhesie	nb			HA	Nein	Nein

* Nicht bettenführende Abteilung mit fachlich nicht weisungsgebundener Leitung nb eintragen

¹ Die forensische Abteilung ist von der KTQ-Zertifizierung ausgenommen.

¹ Bei Intensivmedizin getrennte Angabe der Betten nach Intensivstation/Wachstation

A-1.7 B Mindestens Top-30 DRG (nach absoluter Fallzahl) des Gesamtkrankenhauses im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	K60	Zuckerkrankheit (= Diabetes)	330
2	G48+G49	Dickdarmspiegelungen	276
3	F66	Verkalkung / Verhärtung der Herzkranzgefäße	242
4	H08	Endoskopische Entfernung der Gallenblase mittels Bauchspiegelung	240
5	F62	Herzschwäche	220
6	G02	Große Operationen an Dünn- oder Dickdarm	213
7	E62	Lungenentzündung	186
8	G09	Eingriffe bei Leistenbrüchen (und ähnlichen Brüchen)	178
9	G67	Entzündung und verschiedene Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes	174
10	K10	Operationen an den Schilddrüsen; jedoch nicht bei Krebserkrankung (z.B. ernährungsbedingte Schilddrüsenvergrößerung = Struma)	162
11	I08	Andere Operationen an Hüftgelenk oder Oberschenkel	158
12	I13	Operationen am Oberarm, am Schienbein, am Wadenbein oder am Sprunggelenk	158
13	F73	Bewusstlosigkeit, Ohnmacht	155
14	F71	Leichte Herzrhythmusstörung	147
15	F74	Schmerzen im Brustbereich	147
16	F67	Bluthochdruck	135
17	J65	Verletzung der Haut, Unterhaut oder weiblichen Brust	128
18	G07	Blinddarmentfernung	126
19	G47	Magenspiegelung bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	124
20	F60	Akuter Herzinfarkt ohne Herzkatheteruntersuchung	121
21	I68	Nicht operativ behandelte Krankheiten oder Verletzungen im Wirbelsäulenbereich (z. B. Lenden- und Kreuzschmerzen)	118
22	G50	Magenspiegelung bei leichten Krankheiten der Verdauungsorgane	109
23	I23	Materialentfernung (z.B. Schrauben oder Platten) außer an Hüfte oder Oberschenkel	107
24	D66	Sonstige Krankheiten an Ohr, Nase, Mund oder Hals (z. B. Hörsturz, Tinnitus)	103
25	G11	Sonstige Operation am After	98
26	D30	Mandeloperation	91
27	D10	Verschiedene Operationen an der Nase	89

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
28	K01	Verschiedene Operationen bei Komplikationen der Zuckerkrankheit (=Diabetes)	89
29	I03	Eingriffe am Hüftgelenk	88
30	J08	Sonstige Hauttransplantation und / oder Abtragung oberflächlicher abgestorbener Gewebeteile	77

A-1.8 **Besondere Versorgungsschwerpunkte**

Welche besonderen Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote werden vom Krankenhaus wahrgenommen? (Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

- Notfallmedizin
- Allgemein- und Bauchchirurgie (Viszeralchirurgie)
- Tumor-Chirurgie
- Proktologie (Behandlung von Enddarkerkrankungen)
- Unfall-Chirurgie
- Ambulante Operationen
- Handchirurgie
- Plastische-, Ästhetische- und Wiederherstellungschirurgie
- Allgemeine Innere Medizin
- Kardiologie (Erkrankung des Herzens)
- Gastroenterologie (Erkrankung Magen-Darm-Trakt)
- Schwerpunkt Diabetes
- Onkologie (Krebserkrankungen)
- Ernährungsmedizin
- Palliativmedizin
- Standort Rettungshubschrauber Christoph 7
- Behandlung Schwerverletzter im Rahmen des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens
- Intensivstation und Überwachungsstation
- HNO

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung

ja nein

A-1.9 **Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Welche ambulanten Behandlungsmöglichkeiten bestehen (Auflistung in umgangssprachlicher Klerschrift)

- Ambulante Notfallversorgung
- Ambulante Operationen
- Physiotherapie
- HNO
- Medikamentöse Krebsbehandlung (Onkologie)
- Diabeteschulung
- Ernährungsberatung
- Chirurgische Sprechstunde auf besondere Überweisung

A-2.0 **Durchgangsarztverfahren**

Welche Abteilungen haben die Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft?

Der Chefarzt der chirurgischen Klinik Prof. Hesterberg und der Chefarzt der plastischen Chirurgie PD. Dr. Noah für den Bereich Handchirurgie und plastische Chirurgie.

Besteht die Zulassung zum Verletzungsartenverfahren der Berufsgenossenschaft

ja nein

A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A-2.1.1 Apparative Ausstattung

Apparative Ausstattung	Vorhanden	Verfügbarkeit 24 Stunden sichergestellt	Apparate-gemeinschaft
Computertomographie	Ja	Ja	
Magnetresonanztomographie	Nein	Nein	
Herzkatheterlabor	Ja	Ja	
Szintigraphie	Nein	Nein	
Positronenemissions-tomographie	Nein	Nein	
Elektronenzephalogramm	Ja	Ja	
Angiographie	Nein	Nein	
Schlaflabor	Nein	Nein	
Kernspin	Nein	Nein	
Sonographie	Ja	Ja	
Röntgen	Ja	Ja	Röntgenpraxis Dr.Siebert im Haus
Broncho-/Endoskopie	Ja	Ja	
Echoskopie/TEE	Ja	Nein	
Mikrobiologie	Nein	Nein	

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

Therapeutische Möglichkeit	Vorhanden	Apparategemeinschaft
Physiotherapie	Ja	
Bewegungsbad	Nein	
Balneophysikalische-Therapie	Nein	
Dialyse	Nein	
Logopädie	Ja	
Ergotherapie	Ja	
Schmerztherapie	Ja	
Eigenblutspende	Ja	
Gruppenpsychotherapie	Nein	
Einzelpsychotherapie	Nein	
Psychoedukation	Nein	
Thrombolyse	Ja	
Bestrahlung	Nein	

A-2.1.3 Existieren folgende erweiterte therapeutische Möglichkeiten?

- Operativer Bereitschaftsdienst
- Präsenzbereitschaft
- Rufbereitschaft
- Blutdepot in Klinik
- Blutdepot außerhalb/ extern
- Regelung der Konsiliardienste im Haus vorhanden
- Regelung der Konsiliardienste extern vertraglich geregelt

A-2.1.4 Welche weiteren Leistungsangebote bestehen?

- Stomatherapeuten
- Diabetikerschule
- Pflegeeinrichtung als separate Einrichtung
- ambulante Pflege
- unter der Voraussetzung einer vorhandenen Gynäkologie im Hause Geburtsvorbereitungskurse
- unter der Voraussetzung einer vorhandenen Gynäkologie im Hause die Möglichkeit einer ambulanten Entbindung mit Nachsorge durch hausinterne Hebammen
- unter der Voraussetzung einer vorhandenen Gynäkologie eine Stillberatung bzw. ein Elternzentrum
- Inkontinenzberatung
- Pflegetelefonberatung
- Hospizeinrichtungen bzw. eine Palliativpflege
- Mutter-Kind-Behandlung

Sonstige?

Ambulante Chemotherapie	150 Fälle
-------------------------	-----------

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Innere Medizin

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

- In der Medizinischen Klinik können alle Patienten aus dem breiten Spektrum der internistischen Erkrankungen betreut und behandelt werden.
- Alle internistisch relevanten diagnostischen und therapeutischen Techniken und Methoden sind in der Medizinischen Klinik vorhanden.
- Dies umfasst im kardiologischen Bereich: die differenzierte Herzechuntersuchung, das Belastungs-EKG, das Langzeit-EKG, die Langzeit-Blutdruckmessung sowie die transösophageale Herzechokardiographie (TEE) und in Kooperation mit dem Ambulanten Herzzentrum die 24 Std. Bereitschaft für eine Herzkatheteruntersuchung.
- Im gastroenterologischen Bereich verfügt die Klinik über das komplette Leistungsspektrum einer modernen Endoskopie sowie einer Sonographie mit zwei hochmodernen High-End Geräten.
- Die gastroenterologische Funktionsdiagnostik umfasst sämtliche etablierten Atemtests, spezielle Pankreasfunktionstestungen, die pH-Metrie und die Manometrie. Darüber hinaus ist die komplette Endosonographie und Minisonden-Endosonographie vorhanden, ebenso die moderne Kapselendoskopie.
- Im onkologischen Bereich werden bis auf spezielle Leukämien alle soliden Tumoren und Lymphome stationär sowie ambulant in einer entsprechend eingerichteten onkologischen Tagesambulanz behandelt und betreut.
- Diabetesbehandlung mit dem Schwerpunkt einer stationären Schulung

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

- Klinische Ernährungsmedizin
- Diabetes Schwerpunkteinrichtung mit einziger stationärer Diabetesschulung in Nordhessen.
- 4 Betten zur stationären Palliativmedizin

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

- Fußsprechstunde mit Versorgung des Diabetischen Fußsyndroms (DFS)
- Palliativmedizin
- Ernährungssprechstunde

B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	K60	Zuckerkrankheit (=Diabetes)	329
2	F66	Verkalkung / Verhärtung der Herzkranzgefäße	242
3	F62	Herzschwäche	218
4	G47+G50	Magenspiegelung	209
5	E62	Lungenentzündung	185
6	G48+G49	Dickdarmspiegelung	161
7	F71	Leichte Herzrhythmusstörung	147
8	F74	Schmerzen im Brustbereich	147
9	F67	Bluthochdruck	134
10	F73	Bewusstlosigkeit, Kreislaufkollaps	133

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	E11	300	Zuckerkrankheit (= Altersdiabetes / Typ II Diabetes)
2	I50	207	Behandlung bei Herzschwäche
3	I21	179	Akuter Herzinfarkt
4	I25	172	Chronische Durchblutungsstörung des Herzens
5	J18	164	Lungenentzündung
6	I10	131	Bluthochdruck
7	I95	122	Synkope / Kollaps
8	I48	120	Herzrhythmusstörungen im Vorhofbereich
9	I20	113	Anfallartige Schmerzen der Herzgegend (= Angina Pectoris)
10	R07	113	Brustschmerzen
11	E100	107	Zuckerkrankheit (= jugendlicher Diabetes / Typ I Diabetes)

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	1-631+ 1-632	646	Spiegelung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms
2	1440 +1-444	445	Diagnostische Gewebeentnahme am Magen, den Gallengängen, der Bauchspeicheldrüse oder am Dickdarm mittels Endoskop
3	1-650+ 1-651	312	Dickdarmspiegelung
4	8800	159	Bluttransfusion
5	5-513+5- 511	130	Endoskopische Operationen an den Gallengängen / Gallenblasenentfernung
6	1-640+ 1-642	126	Spiegelung der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüsengänge
7	8837	115	Aufdehnung oder Einlage einer Gefäßprothese (Stent) in Herzkranzgefäße
8	1-275	112	Herzkatheteruntersuchung
9	5-893	89	Wundbehandlung bei diabetischem Fußsyndrom
1 0	5-452+ 5-469	71	Operationen am Darm und Entfernen von erkranktem Gewebe des Dickdarmes (z.B. Polyp)

B-1.1 **Allgemeine Chirurgie**

B-1.2 **Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung**

- Allgemeine Chirurgie, wie Brüche jeder Art (z.B. Leistenbruch, Narbenbruch, etc.), Gallenoperationen, Schilddrüsenoperationen
- Minimalinvasive Operationstechniken bei Gallenblasen-, Darm- und Leistenbruchoperationen
- Schilddrüsenoperationen bei gut- und bösartigen Schilddrüsenerkrankungen unter intraoperativer Kontrolle der Stimmbandnervenfunktion
- Chirurgische Behandlung von bösartigen Tumoren und Entzündungen des gesamten Magen- Darmtraktes mit Schwerpunkt im Bereich der Darmchirurgie einschließlich Schließmuskel erhaltender Operationen bei Mastdarmkrebs
- Konservative und operative Behandlungen von Enddarmerkrankungen (z.B. Hämorrhoiden und Schließmuskel schonende Operationen bei Analfisteln)
- Beckenboden- und Schließmuskelrekonstruktionen
- Unfallchirurgische Versorgung von Verletzungen und Brüchen der Extremitäten, des Beckens und der Wirbelsäule
- Interdisziplinäre Behandlung von Schwerverletzten in Zusammenarbeit mit Neurochirurgen und der Klinik für plastische Chirurgie
- Minimalinvasive Gelenkoperationen mit Knorpelersatz
- Künstliche Hüft-, Knie- und Schultergelenkersatz bei unfallbedingten Gelenkerkrankungen oder Verschleiß
- Versorgung von Hand- und großen Weichteilverletzungen in Zusammenarbeit mit der Klinik für plastische Chirurgie
- Konservative und operative Behandlungen von Bandscheibenerkrankungen, sowie Behandlung peripherer Nervenverletzungen und Kompressionen durch die am Krankenhaus niedergelassenen Neurochirurgen

B-1.3 **Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung**

- Schließmuskelerhaltende OP-Techniken auch bei tief sitzendem Mastdarmkrebs, Endoskopische Gallen-, Leistenbruch- und Darmchirurgie - - Schließmuskelschonende Operationen bei Analfisteln und anderen Enddarmerkrankungen
- Minimalinvasive Endoskopische Operationen bei Gallensteinen, Leistenbrüchen, Blinddarmentzündungen und gutartigen Darmerkrankungen
- Traumatologie, Versorgung aller Unfallverletzungen einschließlich Wirbelsäulenverletzungen, Schädel-Hirn-Trauma und Nervenverletzungen in Zusammenarbeit mit der Klinik für Plastische Chirurgie und den am Haus niedergelassenen Neurochirurgen
- Behandlung schwerstverletzter Patienten im Rahmen des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

- 24 Stunden Notfallambulanz
- Traumatologische Sprechstunde (Mittwochs)
- Proktologische Sprechstunde
- Inkontinenzberatung (anerkannte Beratungsstelle der Deutschen Kontinenzgesellschaft)
- Ambulante Operationen bei Leistenbrüchen, Gelenkspiegelungen, proktologischen Erkrankungen und ausgesuchten unfallchirurgischen Operationen.
- Stomasprechstunde für Patienten mit einem künstlichen Darmausgang

B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	H08	Endoskopische Entfernung der Gallenblase durch Bauchspiegelung	223
2	G02	Große Operationen an Dün- oder Dickdarm	211
3	G09	Eingriffe bei Leistenbrüchen (und ähnlichen Brüchen)	178
4	K10	Operationen an der Schilddrüse und Nebenschilddrüse bei gutartigen Erkrankungen und Kropfbildungen	160
5	I08	Operationen an Hüftgelenk oder Oberschenkel	158
6	I13	Operationen am Oberarm, Schienbein, Wadenbein oder Sprunggelenk	158
7	G07	Blinddarmentfernung	125
8	J65	Ausgedehnte Weichteilverletzungen	120
9	G11	Spezielle proktologische Eingriffe (z.B. Schließmuskel schonende Analfisteloperationen)	98
10	I03	Künstlicher Hüftgelenkersatz	88

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	K80	263	Gallensteinleiden
2	S72	245	Oberschenkel- und Schenkelhalsbruch
3	S82	207	Bruch des Unterschenkels
4	K40	201	Leistenbruch
5	E04	126	Vergrößerung der Schilddrüse ohne Überfunktion
6	K35	118	Akute Blinddarmentzündung
7	S52	110	Bruch des Unterarmes
8	K57	105	Entzündliche Dickdarmerkrankung (Divertikulitis)
9	S42	101	Bruch im Bereich der Schulter und des Oberarmes
10	K56	84	Darmverschluss aufgrund einer Darmlähmung und/oder eines Passagehindernisses (z.B. Entzündungen oder Tumoren)

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	5511	285	Gallenblasenentfernung
2	5790	231	Geschlossene Wiedereinrichtung eines Bruchs und Stabilisierung mittels Metall
3	5530	216	Verschluss einer Leistenhernie
4	5787	211	Entfernung von eingebrachtem Metall zur Stabilisierung eines vorangegangenen Bruchs
5	5469	180	Operationen am Darm
6	5455	167	Teilentfernung des Dickdarms
7	5062	146	Teilentfernung der Schilddrüse
8	5470	138	Blinddarmentfernung
9	5793	129	Stellungskorrektur eines einfachen Knochenbruches ohne intakte Weichteilbedeckung (=offene Reposition) im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
10	5820	100	Einsetzen eines Gelenkersatzes (=Gelenkendoprothese) am Hüftgelenk

B-1.1 **Plastische Chirurgie**

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

- Nervenrekonstruktionen, auch mikrochirurgisch
- Brustrekonstruktionen
- Weichteildefektdeckung nach Tumor, Unfall oder entzündlichem Gewebeverlust
- Alle Möglichkeiten des Gewebeersatzes und mikrochirurgische Transplantationen
- Handchirurgie mit elektiven Eingriffen wie Kompressionssyndrome, Gelenkabnutzung und Sehnenverlängerungen, sowie die akute handchirurgische Versorgung von Notfällen inkl. Replantationen
- Behandlung von Verbrennungen
- Ästhetische Chirurgie insbesondere Gesichteingriffe wie Facelift, Augenoperationen,
- Nasenoperationen,
- Brustchirurgie
- Fettabsaugungen

B-1.3 **Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung**

- Versorgung von Problemwunden
- Verbrennungschirurgie bis ca. 20% der Körperoberfläche und Wiederherstellungschirurgie
- Akutbehandlung von Mikro- und Makroamputationen z. B. Finger oder Zehen
- Schönheitschirurgie

B-1.4 **Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung**

- Spezialsprechstunde für Brustchirurgie
- Mitarbeit beim Interdisziplinären Brustzentrum des Klinikums Kassel
- Spezialsprechstunde für Hand- und Fußchirurgie
- Spezialsprechstunde für Haut- und Weichgewebstumore, Mitarbeit bei der Tumorkonferenz des Klinikums Kassel
- Spezialsprechstunde für Problemwunden
- Spezialsprechstunden für ästhetische Chirurgie
- Außerklinische Operationstätigkeit in der Orthopädischen Klinik Kassel,
- Kinderkrankenhaus Park Schönfeld hier insbesondere Defektdeckung und Replantationschirurgie bei Kleinkindern,
- Universitätsklinik Marburg und Herz- Kreislaufzentrum Rothenburg

B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	J08	Gewebewiederherstellung	61
2	J10 +J11	Operationen an Haut oder Unterhaut außer bei Krebserkrankung	42
3	I22+I26+I32+X05	Komplexe Operationen an Handgelenk, Hand oder Fingern	34
4	X06	Sonstige Operationen bei anderen Verletzungen(z. B. nach einer Operationen)	19
5	D10+D12+D14	Operationen an Ohr, Nase, Mund oder Hals	19
6	J15	Große Operationen an der weiblichen Brust außer bei Krebserkrankung	18
7	K07	Sonstige Operationen bei Fettleibigkeit	18
8	K01	Verschiedene Operationen bei Komplikationen der Zuckerkrankheit (=Diabetes)	16
9	J02	Hauttransplantation / Hautersatz an den Beinen bei einem Geschwür oder einer Entzündung	16
10	B07	Operationen an Nerven außerhalb des Gehirns und Rückenmarks oder an Hirnnerven	16

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	S61+S62 +S64+S66	34	Verletzung des Handgelenkes oder der Hand
2	L90	33	Hautdegeneration (=Atrophische Hautkrankheiten)
3	T81	28	Behandlung komplexer Defekte
4	L03	18	Flächenhafte Entzündung der Haut und Unterhaut/ Zellgewebsentzündung (=Phlegmone)
5	E11	16	Zuckerkrankheit (= Altersdiabetes / Typ II Diabetes)
6	E65	15	Übermäßige Fettablagerung an bestimmten Körperstellen
7	L89	13	Druckgeschwür (Dekubitus)
8	C44	11	Hautkrebs (außer Melanom)
9	G56	11	Erkrankung von Nerven am Arm, nicht unfallbedingt
10	N62	11	Überentwicklung der Brust/ Brustdrüse

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	5-894+5-895	177	Herausschneiden von erkranktem Gewebe an Haut, Weichteilen und Knochen
2	5-893	142	Problemwundbehandlung
3	5-900+5-903 +5-905+5-907 +5-909	135	Lokale Hauttransplantation an Haut und Unterhaut
4	5-911	70	Straffungsoperation an Haut und Unterhaut/ Absaugen und Abtragen von Fettgewebe
5	5-388+5-840+ 5-841+5-847	61	Operationen an der Hand oder Handgelenken
6	5-902	60	Freie Hauttransplantation an die Empfängerstelle
7	5-916	46	Vorübergehende Weichteildeckung
8	5-056	21	Operation mit Auflösung von Nervenzellen und/oder Druckentlastung von Nerven (z.B. bei chronischen Schmerzen)

	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
9	5-921	19	Entfernung von erkranktem oder abgestorbenem Gewebe an Haut und Unterhaut bei Verbrennung und Verätzung
10	5-097	18	Straffung des Oberlids

B-1.1 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

- Ambulante und stationäre Operationen von Mandeln, Polypen, Kieferhöhle, Nasenscheidewand und dem Ohr
- In Zusammenarbeit mit der plastischen Chirurgie: Nasenplastische Operationen
- In Zusammenarbeit mit dem Druckkammerzentrum: Stationäre Behandlung von Hörsturzpatienten

B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	D66	Sonstige Krankheiten an Ohr, Nase, Mund oder Hals (z. B. Hörsturz, Tinnitus)	101
2	D11	Mandeloperation	91
3	D10	Nasenscheidewandkorrektur oder Operationen an der unteren Nasenmuschel	82
4	D06	Operationen an Nasennebenhöhlen, Warzenfortsatz oder aufwändige Operationen am Mittelohr	61
5	D14	Operationen bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes oder des Halses, ein Belegungstag	28
6	D09	Verschiedene Operationen an Ohr, Nase, Mund oder Hals	19
7	D61	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel)	8
8	D63	Mittelohrentzündung oder Infektionen der oberen Atemwege	2
9	D67	Krankheiten der Zähne oder der Mundhöhle, jedoch ohne Entfernung oder Wiederherstellung von Zähnen.	2
10	B71	Krankheiten der Hirnnerven oder Nervenkrankheiten außerhalb des Gehirns und Rückenmarks	1

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	J34	137	Nasenscheidewandkorrektur und Vergrößerung der Nasenmuschel
2	J35	92	Chronische Mandelentzündung
3	H91	60	Hörverlust
4	J32	33	Chronische Entzündung der Nasennebenhöhlen
5	H93	31	Tinnitusbehandlungen
6	H81	7	Störung von Funktionen des Gleichgewichtsorgans
7	H83	7	Lärmschädigungen des Innenohres
8	Q17	7	Angeborene Fehlbildungen des Ohres
9	D10	5	Gutartige Neubildung des Mundes und des Rachens
10	H90	3	Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	5-215	147	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]
2	5-214	134	Entfernung der Schleimhaut und plastische Rekonstruktion der Nasenscheidewand
3	5-281	91	Entfernung der Gaumenmandeln und ihrer Kapsel
4	5-221	57	Operationen an der Kieferhöhle
5	5-222	41	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle
6	5-210	33	Operative Behandlung einer Nasenblutung
7	5-275	33	Gaumenplastik oder Schnarchoperation
8	5-285	17	Entfernung einer vergrößerten Rachenmandel oder Polypen
9	5-223	9	Operationen an der Stirnhöhle
10	5-184	7	Plastische Korrektur absteher Ohren

B-1.1 Anästhesie

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

- Anästhesieambulanz / Narkosevorbesprechung.
- Anästhesiologische Versorgung unter Einsatz von Allgemeinanästhesie (Vollnarkose) und regionalanästhesiologischer Verfahren (Teilnarkose) nach modernen Standards (ca. 4.500 Narkosen/Jahr).
- Schmerztherapie nach Operationen mittels Katheter (rückenmarksnaher oder peripherer). Möglichkeit der patientenkontrollierten Schmerzmittelzufuhr mittels Infusionspumpe.
- Postoperative Aufwacheinheit (4 Betten). Überwachung und intensivmedizinische Therapie auf einer Wachstation (intermediate care unit) mit 4 Betten bzw. auf der interdisziplinären Intensivstation mit 8 Betten, davon 5 Beatmungsplätze.
- Versorgung der Intensivpatienten in enger Zusammenarbeit mit allen medizinischen Fachabteilungen des Hauses (in 2004 insgesamt ca. 11.400 Beatmungsstunden bei etwa 100 Beatmungspatienten).

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

- Stationierung des Rettungshubschraubers Christoph 7 unter Leitung der Anästhesie.
- Schmerztherapie
- Ärztliche Mitversorgung des ambulanten Druckkammerzentrums

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

- Eigenblutspende vor geplanten Eingriffen mit hohem Blutverlust.

B-1.8 Allgemeine Leistungsmerkmale der Fachabteilung

Schl. nach § 301 SGB V	Fachabteilung	Durchschnittliche Verweildauer (VD) (Angabe in Tagen)	Gibt es in Ihrer Abteilung spez. Kinderbetten? ja(j)/nein(n)	Stehen in Ihrer Abt. Kinderkrankenschw./-pfleger zur Verfügung? ja(j)/nein(n)
0100	Innere Medizin	6,21	Nein	Nein
1500	Allgemeine Chirurgie	8,05	Nein	Nein
1900	Plastische Chirurgie	9,26	Nein	Nein
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3,52	Nein	Nein
	Anästhesie		Nein	Nein

B-1.8.1 Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 116 SGB V

Anzahl der Behandlungen nach § 116 SGB V pro Jahr:

1.357

B-1.9 Spezifisch für die Fachabteilung:

Anästhesie

B-1.9.9 A Anzahl der Anästhesien insgesamt

differenziert nach:

Anzahl der Allgemeinanästhesien	3708
Anzahl der Regionalanästhesien	1325

B-1.9.9 B Differenzierung der Anästhesien nach ASA-Klassifikation in %-Anteil pro Jahr

ASA 1	18,64 %
ASA 2	51,75 %
ASA 3	26,56 %
ASA 4	2,89 %
ASA 5	0,15 %

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-2.1 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V Gesamtzahl (nach absoluter Fallzahl) im Berichtsjahr:

639

B-2.2 (je FA) Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilungen im Berichtsjahr

Schl. nach § 301 SGB V	Fachabteilung		EBM-Nummer (vollständig)	in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolut
1500	Allgemeine Chirurgie	1	2361	Metallentfernung nach verheilten Knochenbrüchen	81
		2	2145	Eröffnung von tiefliegenden Abszessen	57
		3	2447A	Gelenkspiegelungen	36
		4	2362	Entfernung von Osteosynthesematerial an kleinen Knochen	31
		5	2741	Analfissuren	25
1900	Plastische Chirurgie	1	2105	Abtragung, tiefliegendes Körpergewebe	41
		2	2106	Abtragung, große Geschwulst/Schleimbeutel	41
		3	2220	OP bei Geschwulst im Bereich der Gelenkkapsel oder des Sehngleitgewebes (Überbein)/ Sehnscheidenverengung	39
		4	2361	Metallentfernung nach verheilten Knochenbrüchen	12
		5	2170	Feuermal/ Weinfleck, Entfernung je Behandlungstag	11
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	1	1485	Entfernung Rachenmandeln	22
		2	1425	Korrektur Nasenseptum	10
		3	1482	Abszesseröffnung Mund	3
		4	1422	Resektion Nasenscheidewand	1

B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen (Fallzahl für das Berichtsjahr)

Hochschulambulanz (§ 117 SGB V)	0000
Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V)	0000
Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V)	0000

B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr)

	Abteilung	Ärztliche Leitung ja (j)/nein (n)	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl der Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung	Anzahl der Ärzte mit fakultativer Weiterbildung ¹	Anzahl der Ärzte im Praktikum	Liegt eine Weiterbildungsbeugnis vor Ja (j)/nein (n)
0100	Innere Medizin	Ja	17,00	11,00	6,00	4		Ja
1500	Allgemeine Chirurgie	Ja	17,00	11,00	6,00	3		Ja
1900	Plastische Chirurgie	Ja	5,00	3,00	2,00	1		Ja
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	Nein			3 BÄ			Nein
	Anästhesie	Ja	11,00	4,00	7,00			Ja
	Gesamt		50,00	29,00	21,00			

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus):

7

B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr)

	Abteilung	Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte insgesamt	Prozentualer Anteil der examinierten Krankenschwestern/-pfleger (3 Jahre)	Prozentualer Anteil der Krankenschwestern/-pfleger mit entsprechender Fachweiterbildung (3 Jahre plus Fachweiterbildung)	Prozentualer Anteil Krankenpflegehelfer/ in (1 Jahr)	Wird Hilfspersonal eingesetzt Ja (j)/nein (n)
0100	Innere Medizin	57,85	98	10	2	Nein
1500	Allgemeine Chirurgie	59,05	94	18	6	Nein
1900	Plastische Chirurgie	10,9	100	9	0	Nein
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	0	100	0	0	Nein
	Anästhesie	8,29	100	48	0	Nein
	Gesamt	136,09	98	17	2	

¹ Facharzt mit Zusatzbezeichnung

Prozentualer Anteil der Mitarbeiter des Kranken- und Pflegepersonals, die über eine zweijährige Ausbildung verfügen

0

Prozentualer Anteil der Mitarbeiter, die über keine Ausbildung verfügen

0

B-2.6 Prozentualer Anteil der psychologischen Psychotherapeuten (gemessen an der Gesamtzahl, der Dipl.-Psychologen)

0

B-2.7 Wie hoch war die Stellenbesetzung im vergangenen Jahr in folgenden Bereichen?

Ärztlicher Dienst	50
Pflegedienst ¹	136,09
Medizinisch-Technischer Dienst	34,53
Funktionsdienst	37,31
Klinisches Hauspersonal	00
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	19,35
Technischer Dienst	5
Verwaltungsdienst	24,13
Sonderdienste	2,5
Sonstiges Personal	7,85
Betriebsarzt	0,79
Auszubildende Kauffrau im Gesundheitswesen	4

B-2.8 Anzahl der weitergebildeten Mitarbeiter (Stichtag 31.12 Berichtsjahr)

Anzahl der Mitarbeiter in der Anästhesie	13
Anzahl der Mitarbeiter im OP	20
Anzahl der weitergebildeten Mitarbeiter im Verwaltungsdienst (Studium)	6
Anzahl der Mitarbeiter in der Hygiene	2
Anzahl der Mitarbeiter für die Praxisanleitung	10
Anzahl der Stomatherapeut(en)	2
Anzahl der Diabetesfachschwester(n)	1
Anzahl der Mitarbeiter in der Ernährungsfachpflege	1
Anzahl der Qualitäts-/ Prozessberater	1

¹ Zum Pflegedienst werden in der Psychiatrie auch die Heilerziehungspflege und die Altenpflege gezählt.

Anzahl sonstiger Mitarbeiter (unter Angabe des Faches)

Lehrer für Pflegberufe in der Fort- und Weiterbildung	3
Fachapotheker für klinische Pharmazie	2
Wundmentor im Pflegebereich	1

B-2.9 Weitere Berufsgruppen (Stichtag 31.12 Berichtsjahr)

Anzahl der Sozialarbeiter	2
Anzahl der Dipl.-Psychologen	0

Anzahl sonstiger Mitarbeiter (unter Angabe des Faches)
0

C Qualitätssicherung

C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Zugelassene Krankenhäuser sind gesetzlich zur Teilnahme an der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V verpflichtet. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

	Leistungsbereich	Leistungsbereich wird vom Krankenhaus erbracht	Teilnahme an der externen Qualitätssicherung	Dokumentationsrate	
				Krankenhaus	Bundesdurchschnitt
01	Aortenklappenchirurgie	Nein	Nein		
02	Cholezystektomie	Ja	Ja	100,0	100,0
03	Gynäkologische Operationen	Ja	Ja	100,0	94,7
04	Herzschrittmacher-Erstimplantation	Ja	Ja	100,0	95,5
05	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	Ja	Ja	100,0	100,0
06	Herzschrittmacher-Revision	Ja	Ja	100,0	74,0
07	Herztransplantation	Nein	Nein		
08	Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrochantäre Frakturen)	Ja	Ja	100,0	95,8
09	Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel	Ja	Ja	100,0	92,3
10	Karotis-Rekonstruktion	Nein	Nein		
11	Knie-Totalendoprothese (TEP)	Ja	Ja	100,0	98,5
12	Knie-Totalendoprothesen-Wechsel	Nein	Nein		
13	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-Chirurgie	Nein	Nein		
14	Koronarangiografie / Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)	Ja	Ja	100,0	99,9
15	Koronarchirurgie	Nein	Nein		
16	Mammachirurgie	Ja	Ja	100,0	91,6
17	Perinatalmedizin	Nein	Nein		

	Leistungsbereich	Leistungsbereich wird vom Krankenhaus erbracht	Teilnahme an der externen Qualitätssicherung	Dokumentationsrate	
				Krankenhaus	Bundesdurchschnitt
18	Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19	Ja	Ja	100,0	
19	Totalendoprothese (TEP bei Koxarthrose)	Ja	Ja	100,0	
00	Gesamt			100,0	

C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)

- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.
- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

- Gynäkologische Operationen
- Behandlungen bei Schlaganfällen
- Freiwillige Teilnahme: Nasenscheidewandkorrektur, Tonsillektomie (Mandeloperation) und Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom (Nerveneinengung)

C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP-Qualitätssicherungsmaßnahmen teil: (eine pro Zeile)

- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach §137 Abs. 1 S.3 Nr. 3 SGB V

Leistung ¹	OPS der einbezogenen Leistungen ¹	Mindestmenge ¹ (pro Jahr) pro KH / pro gelistetem Operateur ²	Leistung wird im Kranken- haus erbracht (Ja/ Nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr)		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichts- jahr
				pro KH (4a)/ pro gelistetem Opera- teur (4b) ²		
1a	1b	2	3	4a	4b	5
01 Lebertransplantation		10	Nein			
02 Nierentransplantation		20	Nein			
03 Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus		5/5	Nein			
04 Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas		5/5				
	5-521.0		Ja	11	6/5	
	5-521.2		Ja			
	5-523.2		Ja	3	2/1	
	5-524.0		Ja	1	1	
	5-524.1		Ja	1	1	
	5-524.2		Ja	1	1	
5-524.3		Ja	2	2		
05 Stammzellentransplantation		12+/- 2 [10-14]				

¹ Jeweils entsprechend der im Berichtsjahr geltenden Anlage 1 zur Vereinbarung über Mindestmengen nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V.

² Angabe jeweils bezogen auf den Arzt/ Operateur, der diese Leistung erbringt

Systemteil

D Qualitätspolitik

Folgende Grundsätze sowie strategische und operative Ziele der Qualitätspolitik werden im Krankenhaus umgesetzt:

Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

E-1 Der Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus stellt sich wie folgt dar:

Im Roten Kreuz Krankenhaus wurde im Jahre 2003 ein an das Modell der EFQM angelehntes Qualitätsmanagement eingeführt. Die Entscheidung hierzu wurde von der Geschäftsleitung und dem Verwaltungsrat getroffen. Die leitenden Mitarbeiter wurden in dem EFQM -Modell geschult und zwei EFQM Assessoren ausgebildet.

Qualitätsmanagement wird im Roten Kreuz Krankenhaus im Sinne des EFQM-Modells als Führungsaufgabe verstanden. Der **Lenkungskreis** ist berufsgruppenübergreifend zusammengesetzt, er besteht aus der Geschäftsführung, einem Chefarzt, dem Personalleiter, einer Apothekerin, dem Leiter des Controlling, mindestens einem Mitglied des Betriebsrates und der Qualitätsmanagementbeauftragten. Im **Lenkungskreis** werden die QM - Entscheidungen diskutiert und Vorschläge für die Umsetzung erarbeitet. Beschlossene Projekte werden dann durch ein **Projektteam** und / oder spezielle **Arbeitsgruppen** erarbeitet und umgesetzt. Die Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB) koordiniert und begleitet die Maßnahmen der Umsetzung. Eine Berichterstattung der Projektstände und Arbeitsgruppenergebnisse erfolgt in den regelmäßigen Sitzungen des Lenkungskreises.

Mit 21 Mitarbeitern aus allen Bereichen wurde eine QM-Struktur aufgebaut. Sie wurden für ihre Aufgabe im EFQM- und KTQ-Modell geschult.

E-2 **Qualitätsbewertung**

Das Krankenhaus hat sich im Berichtszeitraum an folgenden Maßnahmen zur Bewertung von Qualität bzw. des Qualitätsmanagements beteiligt (Selbst- oder Fremdbewertungen):

Im März 2005 wurde eine Selbstbewertung nach dem KTQ-Manual 5.0 (Kooperation und Transparenz im Gesundheitswesen) durchgeführt. Aufgrund der Ergebnisse wurde die Anmeldung zur Fremdbewertung und Zertifizierung nach KTQ beschlossen. Die Zertifizierung findet im November 2005 statt.

Zentraler Inhalt des KTQ Kataloges sind Aussagen über die Qualität der Prozessabläufe in der medizinischen Versorgung. Die Grundlage einer hohen Prozessqualität sind die sechs KTQ Kategorien:

- Patientenorientierung
- Mitarbeiterorientierung
- Sicherheit im Krankenhaus
- Informationswesen
- Krankenhausführung
- Qualitätsmanagement

Qualitätsbewertung im Diabetesschwerpunkt:

Die Prozess- und Ergebnisqualität der Diabeteseinrichtung wird seit 1993 durch Teilnahme an den Qualitätsvergleichen der Arbeitsgemeinschaft klinische Diabetologie (AKD) überprüft. In Verbindung mit der KTQ Zertifizierung im November 2005 unterzieht sich die Diabeteseinrichtung durch das „Qualitätsmanagement des Bundesverbandes klinischer Diabeteseinrichtungen“ (BVKD) einer Fremdbewertung und der Zertifizierung nach QMKD. Der Fragenkatalog der QMKD entstand in Kooperation mit der KTQ und enthält die gleichen Kategorien.

E-3 Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V
 Das Krankenhaus kann hier Ergebnisse aus dem externen Qualitätssicherungsverfahren in tabellarischer Form darstellen

Cholezystektomie				
	Hessen gesamt		RKH	
	Fallzahl	%-Anteil	Fallzahl	%-Anteil
1. Fallzahl / Patienten	12.753		273	
2. Dauer des Eingriffs / Minuten	66,9		55,1	
3. Intraoperativer Befund				
- Patient mit auffälligem Befund	12.533	98,3	273	100
- Gallenblasenstein(e)	12.121	95	268	98,2
- Gallengangstein(e)	350	2,7	7	2,6
> operativ in gleicher Sitzung entfernt	278	79,4	6	85,7
> belassen	72	20,6	1	14,3
- Hydrops	2.180	17,1	111	40,7
- Akute Entzündung	4.056	31,8	103	37,7
- Empyem	992	7,8	34	12,5
- Gallenblasenperforation	460	3,6	2	0,7
- Schrumpfgallenblase	367	2,9	13	4,8
- Sonstiges	3.430	26,9	90	33
4. Laparoskopische begonnen bei elektivem Eingriff				
- Elektive Eingriffe	8.796		176	
- davon laparoskopisch begonnen	8.255	93,8	170	96,6
5. Eingriffsspezifische behandlungsbedürftige intra- und postop. Komplikationen				
Patienten mit mind. einer eingriffsspez. intra- oder postop. Komplikation	499	3,9		2,6
- Blutung	176	1,4	3	1,1
- periphere Gallengangsverletzung	58	0,5	2	0,7
- Okklusion oder Durchtrennung des DHC	26	0,2	0	0
- Residualstein im Gallengang	62	0,5	1	0,4
- Sonstige	215	1,7	1	0,4
6. Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)				
- Fälle mit postoperativer Wundinfektion	223	1,7	2	0,7
7. Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen				
Patienten mit mind. einer allgemeinen behandlungsbed. postop. Komp.	565	4,4	7	2,6
- Pneumonie	118	0,9	4	1,5
- kardiovaskuläre Komplikation(en)	159	1,2	3	1,1
- tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	6	0	0	0
- Lungenembolie	11	0,1	0	0
- Harnwegsinfekt	76	0,6	0	0
- Sonstige	340	2,7	1	0,4
8. Gesamt-Verweildauer / Tage durchschnittlich	8		7,7	

Hüftgelenknahe Femurfraktur 2004				
	Hessen gesamt	RKH		
	Fallzahl	%-Anteil	Fallzahl	%-Anteil
1. Fallzahl / Patienten	6.631		171	
2. Dauer des Eingriffs / Minuten durchschnittlich	65,6		58,4	
3. Abstand Aufnahme - OP				
- < 24 Std.	4.340	65,5	78	45,6
- 24 - 48 Std.	1.471	22,2	58	33,9
- > 48 Std.	820	12,4	35	20,5
4. Operationsverfahren				
- DHS, Winkelplatte	1.051	15,8	0	0
- intramedulläre Stabilisierung	1.994	30,1	99	57,9
- Verschraubung	354	5,3	10	5,8
- TEP	1.042	15,7	8	4,7
- monopolare Femurkopfprothese	263	4	1	0,6
- Duokopfprothese	1.869	28,2	53	31
- Sonstige	58	0,9	0	0
5. Eingriffsspezifische behandlungsbedürftige intra- und postop. Komplikationen				
- Fälle mit mind. einer behandlungsbedürftigen intra-/postop. chir. Komplikation	403	6,1	4	2,3
- Implantatfehlage	20	0,3	0	0
- Implantatdislokation	57	0,9	0	0
- Implantatbruch	2	0	0	0
- Endprothesenluxation	42	0,6	1	0,6
- Wundhämatom/Nachblutung	252	3,8	3	1,8
- Gefäßläsion	4	0,1	0	0
- Nervenschaden	8	0,1	0	0
- Fraktur	39	0,6	0	0
6. Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)				
- Fälle mit postoperativer Wundinfektion	161	2,4	1	0,6
7. Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen				
Patienten mit mind. einer allge. behandlungsbedürftigen postop. Komp.	1.051	15,8	12	7
- Pneumonie	167	2,5	3	1,8
- kardiovaskuläre Komplikation(en)	426	6,4	7	4,1
- tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	14	0,2	0	0
- Lungenembolie	42	0,6	0	0
- Sonstige	670	10,1	10	5,8
8. Gesamt-Verweildauer / Tage durchschnittlich	18		16,2	
9. Geringe Letalität bei ASA 1 und ASA 2				
- Patienten mit ASA 1 und ASA 2	6.396		27	0
- davon verstorbene Patienten	14	0	0	0

LHK (Linksherzkatheter)				
	Hessen gesamt	RKH		
	Fallzahl	%-Anteil	Fallzahl	%-Anteil
1. Fallzahl / Patienten	47.061		112	
2. Mehrfach-Intervention				
- Fälle mit erneuter diagnostischer Koronarangiographie	1.032	2,1	2	1,8
- als geplante Kontrolle (ggf. mit Folge-PTCA)	436	42,2	0	0
- aufgrund neuer Angina pectoris	370	35,9	1	50
- aufgrund eines neuen Ischämienachweises	90	8,7	1	50
- sonstiger Grund	136	13,2	0	0
3. Durchleuchtungsdauer				
- < 3 Min.	15.967	33,2	40	35,1
- 3 bis 6 Min.	14.541	30,3	33	28,9
- 7 bis 10 Min.	6.683	13,9	19	16,7
- > 10 Min.	9.590	20	19	16,7
4. Kontrastmittelmenge				
- < 70 ml	7.691	16	37	32,5
- 70 - 140 ml	26.804	55,8	41	36
- > 140 ml	13.571	28,2	36	31,6
5. Intraprozedurale Komplikationen				
- Intraprozedural aufgetretene Komplikationen	505	1,1	1	0,9
- koronarer Verschuß des dilatierten Gefäßes	91	0,2	1	0,9
- TIA/Schlaganfall	27	0,1	0	0
- Reanimation	173	0,4	1	0,9
- sonstige Komplikationen	267	0,6	0	0
- Tod im Herzkatheterlabor	62	0,1	1	0,9
- Kardiogener Schock zu Prozedurbeginn bei manifester Herzinsuff.	305	0	0	0
6. Postprozedurale Komplikationen				
- Patienten mit PTCA und postprozedural festgestellten Komplikation	835	1,8	4	3,6
- Herzinfarkt	79	0,2	1	0,9
- TIA/Schlaganfall	28	0,1	0	0
- Lungenembolie	3	0	0	0
Komplikationen an der Punktionsstelle mit operativer Revision od. Transf.	208	0,4	1	0,9
Komplikationen an der Punktionsstelle ohne operativer Revision od. Tran.	160	0,3	0	0
- Reanimation	56	0,1	0	0
- Sonstiges (z.B. Sepsis)	342	0,7	2	1,8
- Verstorbene Patienten gesamt	143	0,3	0	0
7. Gesamt-Verweildauer / Tage durchschnittlich	5,8		9,5	

PTCA				
	Hessen gesamt	RKH		
	Fallzahl	%-Anteil	Fallzahl	%-Anteil
1. Fallzahl / Patienten	19.464		66	
2. Wesentliches Interventionsziel erreicht				
- nein	1.087	5,4	4	5,8
- ja	18.026	88,8	62	89,9
- fraglich	350	1,7	0	0
3. Durchleuchtungsdauer				
- < 5 Min.	4.352	21,4	19	27,5
- 5 bis 10 Min.	8.323	41	33	47,8
- > 10 Min.	7.628	37,6	17	24,6
4. Kontrastmittelmenge				
- < 80 ml	1.653	8,1	15	21,7
- 80 - 150 ml	9.259	45,6	28	40,6
- > 150 ml	9.391	46,3	26	37,7
5. Intraprozedurale Komplikationen				
- Intraprozedural aufgetretene Komplikationen	386	1,9	1	1,5
- koronarer Verschuß	105	0,5	1	1,5
- TIA/Schlaganfall	6	0	0	0
- Reanimation	151	0,7	1	1,5
- sonstige Komplikationen	181	0,9	0	0
- Tod im Herzkatheterlabor	61	0,3	1	1,5
- Kardiogener Schock zu Prozedurbeginn bei manifester Herzinsuff.	247	1,2	0	0
6. Postprozedurale Komplikationen				
- Patienten mit PTCA und postprozeduralfestgestellten Komp.	532	2,7	3	4,6
- Herzinfarkt	76	0,4	1	1,5
- TIA/Schlaganfall	1	0	1	1,5
- Lungenembolie	2	0	0	0
- Komplikationen an der Punktionsstelle mit op. Revision od. Trans.	128	0,7	1	1,5
- Komplikationen an der Punktionsstelle ohne op. Revision od. Trans.	89	0,5	0	0
- Reanimation	48	0,3	0	0
- Sonstiges (z.B. Sepsis)	214	1,1	1	1,5
- Verstorbene Patienten gesamt	105	0,5	0	0
7. Gesamt-Verweildauer / Tage durchschnittlich	5,5		8,4	

F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

Im Krankenhaus sind folgende ausgewählte Projekte des Qualitätsmanagements im Berichtszeitraum durchgeführt worden:

Wundmanagement

Die chronische Wunde bleibt eine Therapieherausforderung für Pflegekräfte und Ärzte. Um eine sinnvolle Auswahl bei den Wundauflagen zu treffen, ist es notwendig Eigenschaften und Einsatzgebiete der verschiedenen Wundtherapeutika zu kennen. Nur so ist eine optimale Therapie möglich.

Seit Juni 2003 gibt es einen interdisziplinären Arbeitskreis Wundversorgung. Dieser besteht aus Mitgliedern aller Kliniken und Fachbereiche unseres Hauses. Durch das Vernetzen von Chirurgie, Plastischer Chirurgie, Innerer Medizin, Ernährungsberatung und HBO können chronische Wunden interdisziplinär und zeitgemäß behandelt werden.

Der aktuelle Wissenstand der modernen Wundversorgung, dargestellt durch Publikationen und Standards der Fachgesellschaften ist in unsere Wundfibel eingeflossen. Die Wundfibel steht allen Mitarbeitern, die in der Wundversorgung tätig sind kostenlos zur Verfügung. Sie enthält allgemeine sowie spezielle Informationen zum Thema Wundversorgung und gibt einen schnellen Überblick und nützliche Hinweise zur interdisziplinären Versorgung chronischer Wunden.

Die Anwendung der modernen Wundauflagen und Lokalthapeutika ist im Rahmen des Qualitätsmanagements standardisiert worden.

Projekte des Jahres 2004/2005 im Roten Kreuz Krankenhaus Kassel

- Patientenbefragung mittels eines externen Institutes mit der Möglichkeit, sich mit anderen und den besten Krankenhäuser zu vergleichen (Benchmark).
- Durchführung einer Imageanalyse (auch hier mit der Möglichkeit des Vergleiches). Die Ergebnisse sind Grundlage für die weitere strategische Ausrichtung des Krankenhauses und der Pressearbeit.
- Erarbeiten von Behandlungspfaden / Standard Operating Procedures (StOP®) inklusive Prozesskostenrechnung. Bisher wurden über 60 StOPS® erarbeitet. (Ärztlicher Bereich/ Controlling)
- Optimierung der Pflegestandards unter Einbeziehung der gültigen Expertenstandards. (Pflegebereich)
- Nationaler Expertenstandard Dekubitusprophylaxe (erstellt von dem Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP))

- Einführung des Standards,
- Erarbeitung eines Informationsflyers für Patienten und Angehörige,
- Stukturierter Einsatz von Lagerungshilfsmitteln und Spezialmatratzen, Schulung der Mitarbeiter.
- Die Wirksamkeit des Vorgehens wird ab Oktober 2005 in einer Prävalenz- und Inzidenzstudie auf allen Stationen überprüft. (Prävalenz = Anteil von Patienten, welche in einem bestimmten Zeitraumes neu an einem Dekubitus erkranken)
- Entlassmanagement (Pflege, Ärztlicher Bereich, Sozialarbeiter)
 - Das Konzept sieht ein vernetztes Arbeiten von Patient, Angehörigen, Arzt, Pflege, nachbetreuenden Institutionen und Home-Care-Einrichtungen bei der Entlassung vor.
- Erarbeitung von QM - Handbüchern in allen Fachabteilungen
- Führungskräfte-Entwicklung in allen Bereichen
- Kostenträger- und Deckungsbeitragsrechnung (Controlling)
- Strategieprojekte Fusion, z.B. EDV - Zusammenführung

Im Jahre 2005 steht das KTQ-Projekt und die Erreichung des Zertifikates im Mittelpunkt.

G Weitergehende Informationen

Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht:

Margarete Frey-Brandau
Qualitätsbeauftragte
Tel 0561/ 3086 - 567
frey-brandau@rkh-kassel.de

Ansprechpartner (z.B. Qualitätsbeauftragter, Patientenfürsprecher, Pressereferent; Leitungskräfte verschiedener Hierarchieebenen):

Prof. Dr. Hesterberg, Chefarzt Chirurgische Klinik, Ärztlicher Direktor
Prof. Dr. Löser, Chefarzt Medizinische Klinik
PD Dr. Fauth, Chefarzt Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin
PD Dr. Noah, Chefarzt der Klinik für Plastische Chirurgie

Links (z.B. Unternehmensberichte, Broschüren, Homepage):

Kontakt: Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel
Gemeinnützige GmbH
Hansteinstraße 29
34121 Kassel

Zentraler Empfang: Tel 0561/ 3086 - 0
Fax 0561/ 3086 - 254

Weiterführende Informationen: www.rkh-kassel.de

Patienteninformationen:

ZNA
Herzlich Willkommen

Chirurgische Klinik
Chirurgische Klinik
Proktologie Enddarmerkrankung
Schilddrüsenoperation
Operative Entfernung der Gallenblase
(Cholezystektomie)

Medizinische Klinik

- Ernährung
- Vorsorge
- Sonographie (Ultraschall)
- Endoskopie
- Diabetesschwerpunkt
- Palliativmedizin

Plastische Chirurgie

- Plastische Chirurgie
- Ästhetische Chirurgie
- Handchirurgie
- Nasenchirurgie
- Fußchirurgie
- Varizenoperation

Allgemeiner Bereich

- Dekubitus Wundliegen vorbeugen und vermeiden

H Ausstattung

H-1 Räumliche Ausstattung in den Fachabteilungen

Innere Medizin

Anzahl der Einbettzimmer

Mit:	Wasch-gelegenheit und WC	Dusche und WC	
	7	3	Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Anzahl der Zweibettzimmer

Mit:	Wasch-gelegenheit und WC	Dusche und WC	
	8	4	Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
	12		ohne TV mit Telefon

Anzahl der Dreibettzimmer

Mit:	Wasch-gelegenheit und WC	Dusche und WC	
			Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
	17		ohne TV mit Telefon

Allgemeine Chirurgie

Anzahl der Einbettzimmer

Mit:	Wasch-gelegenheit und WC	Dusche und WC	
	5	1	Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Anzahl der Zweibettzimmer

Mit:	Wasch- ge- legenheit und WC	Dusche und WC	
	12	4	Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Anzahl der Dreibettzimmer

Mit:	Wasch- ge- legenheit und WC	Dusche und WC	
			Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
	24		ohne TV mit Telefon

Anzahl der Mehrbettzim-
mer

Mit:	Wasch- ge- legenheit und WC	Dusche und WC	
			Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
	1		ohne TV mit Telefon

Plastische Chirurgie

Anzahl der Einbettzimmer

Mit:	Wasch- ge- legenheit und WC	Dusche und WC	
	4	3	Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Anzahl der Zweibettzimmer

Mit:	Wasch-gelegenheit und WC	Dusche und WC	
	9	2	Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Anzahl der Dreibettzimmer

Mit:	Wasch-gelegenheit und WC	Dusche und WC	
	1		Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

H-2 Ausstattung an medizinischen Geräten in der Fachabteilung

H-2.1 Für alle Fachabteilungen

	Abteilung	Notfallkoffer u.a. verfügbar
0100	Innere Medizin	Ja
1500	Allgemeine Chirurgie	Ja
1900	Plastische Chirurgie	Ja
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	Ja
	Anästhesie	Ja

Die KTQ-Kriterien beschrieben vom Roten Kreuz Krankenhaus Kassel

1 Patientenorientierung in der Krankenversorgung

1.1 Vorfeld der stationären Versorgung und Aufnahme

Die Organisation im Vorfeld der stationären Aufnahme erfolgt patientenorientiert.

1.1.1 Die Vorbereitungen einer stationären Behandlung sind patientenorientiert

Das Krankenhaus gewährleistet im Vorfeld der stationären Versorgung eine an den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Angehörigen orientierte Organisation und Gestaltung.

Internistische und chirurgische Patienten kommen nach telefonischer Terminvereinbarung in die Zentrale Notaufnahme. Patienten der Plastischen Chirurgie und der HNO gehen über die administrative Aufnahme direkt auf Station.
Zu den Hausärzten besteht Kontakt über Telefon, Fax und E-Mail.
Die Belegung der Stationen wird fachabteilungsspezifisch geplant und erfolgt EDV gestützt. Bei hohem Notfallaufkommen erfolgt eine interdisziplinäre Belegung der Stationen. Archivierte Patientendaten sind jederzeit über das elektronische Patientenverwaltungssystem oder das Archiv möglich.

1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

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

Zur Orientierung der Patienten und Besucher im RKH ist im Eingangsbereich eine Informationstafel angebracht, die alle Klinikbereiche und Abteilungen darstellt. Die dort befindlichen Farbmarkierungen der Abteilungen sind im Besucherfahrstuhl der jeweiligen Abteilungsetage wieder zu finden.
In der Patientenbroschüre und im Internet wird das Krankenhaus übersichtlich dargestellt. Das Krankenhauspersonal ist jederzeit ansprechbar und durch Namensschilder zu erkennen.

1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

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

Im RKH erfolgt die Aufnahme des Patienten über die administrative Aufnahme im Eingangsbereich. Die administrative Patientenaufnahme befindet sich in unmittelbarer Nähe zur Cafeteria. Ausreichend Sitzplätze und Infomaterial befinden sich im Wartebereich der administrativen Aufnahme. Die Patienten können durch den Krankentransportdienst auf die Stationen begleitet werden. Die Zufriedenheit der Patienten und die Freundlichkeit des aufnehmenden Personals wurden in einer externen Befragung evaluiert.

1.1.4 Ambulante Patientenversorgung

Die ambulante Patientenversorgung z. B. im Rahmen der Notfallambulanz, (Psych.: der psychiatrischen Institutsambulanz), der Wiedereinbestellungsambulanz oder der Ermächtigungsambulanz verläuft koordiniert unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse.

Die ambulante Patientenversorgung erfolgt in der Regel nach vorheriger Anmeldung in den entsprechenden Ambulanzen. Die Terminvergabe erfolgt telefonisch mit dem Patienten oder dessen Hausarzt. Die Vernetzung mit ambulanten Leistungen wird durch eine enge Zusammenarbeit mit vor- und nach betreuenden Versorgungseinheiten sichergestellt. Mit den auf dem RKH Gelände befindlichen Praxen gibt es enge Kooperation auch im Rahmen des Disease Management Programms und der integrierten Versorgung.

1.2 Ersteinschätzung und Planung der Behandlung

Eine umfassende Befunderhebung jedes Patienten ermöglicht eine patientenorientierte Behandlungsplanung.

1.2.1 Ersteinschätzung

Für jeden Patienten wird ein körperlicher, seelischer und sozialer Status erhoben, der die Grundlage für die weitere Behandlung darstellt.

Der Aufnahmeprozess aller Patienten erfolgt anhand strukturierter medizinischer und pflegerischer Standards. Hierbei wird für jeden Patienten bedarfsorientiert ein körperlicher, seelischer und sozialer Status erhoben, der die Grundlage für die weitere Behandlung darstellt. Die pflegerische und ärztliche Anamnese wird erhoben und in strukturierten Anamnesebögen schriftlich dokumentiert. Diese Einträge werden bei den täglichen Visiten und Besprechungen überprüft. Der Facharztstandard ist in allen Bereichen gewährleistet.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

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

Um regelmäßig krankenhauserne interne Vorbefunde einbeziehen zu können, wird ein Archivsystem vorgehalten. Zugang haben alle ärztlichen Mitarbeiter, sowie die mit den Patientendaten beschäftigten Verwaltungsmitarbeiter. Vorbefunde werden in der Anamnese gezielt erfragt und ggf. durch telefonische Rücksprache mit dem Hausarzt/ Patient/Angehörige angefordert. Mitgebrachte Vorbefunde von einweisenden Ärzten, Pflegediensten oder vorher konsultierten Ärzten werden in die Behandlungsplanung mit einbezogen

1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

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

Bei elektiven Aufnahmen legt der Aufnahmearzt in Zusammenarbeit mit dem zuständigen Oberarzt/ Chefarzt den Behandlungsprozess fest. Die Planung der therapeutischen Maßnahmen erfolgt anhand von Standards. Die pflegerische Planung wird mittels der Pflegeanamnese in der Pflegeplanung beschrieben. Bei den täglichen ärztlichen Visiten und bei den Übergaben des Pflegepersonals wird der Behandlungsprozess anhand der Dokumentation überprüft und gegebenenfalls angepasst. Eine Dokumentationspflicht haben alle Mitarbeiter.

1.2.4 Integration von Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Die Integration des Patienten ist bereits aus dem Leitmotto des RKH "Menschlichkeit und Kompetenz" zu erkennen. Gemäß dem Leitbild stehen der Patient und seine Bedürfnisse im Vordergrund. Bei der Aufnahme werden die Wünsche und Erwartungen des Patienten und ggf. seiner Angehörigen dokumentiert und berücksichtigt. Die Information über Behandlungsschritte erhält der Patient bei den täglichen Visiten. Die bevorstehenden Maßnahmen werden im Gespräch mit dem Patienten und ggf. dessen Angehörigen besprochen.

1.3 Durchführung der Patientenversorgung

Die Behandlung und Pflege jedes Patienten erfolgt in koordinierter Weise gemäß professioneller Standards, um bestmögliche Behandlungsergebnisse zu erzielen.

1.3.1 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung

Die Behandlung und Pflege jedes Patienten wird umfassend, zeitgerecht und entsprechend professioneller Standards durchgeführt.

Therapeutische Notfallmaßnahmen erfolgen unmittelbar symptombezogen. Alle notwendigen Therapieformen (operativ, invasiv, medikamentös, physiotherapeutisch etc.) werden angewendet. Die Therapie erfolgt nach den aktuellen medizinischen Erkenntnissen, Empfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften und den abteilungsspezifischen Standards. Der Facharztstandard ist in allen Fachabteilungen für 24 Stunden sichergestellt durch Facharztpräsenz in der Regelarbeitszeit und Facharztbereitschaft.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

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

Für viele Krankheitsbilder wurden Standards festgelegt; bei der Erarbeitung wurden die evidenzbasierten Leitlinien der Fachgesellschaften berücksichtigt. Pflegestandards wurden durch Mitarbeiter aller Abteilungen erarbeitet, sie sind in allen Bereichen eingeführt und sowohl in schriftlicher Form als auch im Intranet für alle Mitarbeiter zugänglich. Die Wundfibel enthält Empfehlungen zur interdisziplinären Versorgung chronischer Wunden nach den Empfehlungen und Leitlinien der Fachgesellschaften.

1.3.3 Patientenorientierung während der Behandlung

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

Das Leitbild und das Pflegeleitbild enthalten Grundsätze der Patienten- und Kundenorientierung. In alle Beratungen und Schulungen können auf Wunsch des Patienten die Angehörigen miteinbezogen werden. Die Besuche im RKH sind täglich bis 21:00 Uhr möglich. Über die Tagesabläufe auf den Stationen informiert ein Patientenflyer. Jede Station verfügt über einen Aufenthaltsraum. Darüber hinaus existieren Kapelle, Cafeteria mit Terrasse, zwei öffentliche Internetarbeitsplätze und Balkone. Die Zimmer der Palliativeinheit verfügen über eine besonders wohnliche Atmosphäre.

1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

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

Jeder Patient kann unter drei Menüs, sowie zum Frühstück und Abendessen aus verschiedenen Komponenten auswählen. Spezielle Diäten sind im Kostformkatalog festgelegt und werden im elektronischen Essenserfassungssystem patientenbezogen hinterlegt. Kulturelle und religiöse Aspekte (z.B. vegetarisch, schweinefleischfrei) werden im Speisenangebot berücksichtigt. Diätassistenten und eine hauptberufliche Ernährungsberaterin, welche der Abteilung Innere Medizin zugeordnet sind, stellen die Beratung und individuelle Erstellung eines Menüplans für die Patienten sicher.

1.3.5 Koordinierung der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Für jeden Patienten wird ein individueller Behandlungsplan erstellt. Dieser orientiert sich an den Standards, in denen auch die prästationären Untersuchungen festgelegt sind. Im pflegerischen Bereich ist die Bereichspflegekraft für die Planung, die sich aus der pflegerischen und ärztlichen Anamnese ableitet, verantwortlich. Diagnostische Maßnahmen werden per EDV angefordert. Die Einbestellung des Patienten zur der geplanten Maßnahme erfolgt telefonisch. Alle Unterlagen des Patienten (Akte, Röntgenbilder etc.) begleiten den Patienten zur Untersuchung.

1.3.6 Koordinierung der Behandlung: OP-Koordination

Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.

Verantwortlich für die OP-Ablauforganisation ist der OP-Koordinator (ärztlicher Leiter des OPs). Die Operationsbereitschaft ist durch reguläre Dienstzeiten und Bereitschaftsdienste 24 Stunden gewährleistet. Notfalloperationen werden in der OP-Planung berücksichtigt. Um die Wechselzeiten so gering wie möglich zu halten, werden vom Anästhesisten in Absprache mit dem Operateur die Folgepatienten rechtzeitig einbestellt.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

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

Auf allen Stationen und in allen Abteilungen finden regelmäßig strukturierte interdisziplinäre Besprechungen statt. Das Konsiliarwesen ist einheitlich geregelt und allen Mitarbeitern bekannt. Konsile werden schriftlich und in dringenden Fällen telefonisch angefordert. Konsilanforderungen werden vom Stationsarzt / Facharzt persönlich erstellt. Wichtige Informationen (Fragestellung, Diagnose, Krankheitsbild) sind im Standardformular vorgegeben.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

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

In allen Abteilungen gibt es tägliche Visiten durch Arzt und Pflege. Einmal pro Woche erfolgt zu festgelegten Zeiten die Chefarztvisite. Fachexperten (z. B. Sozialdienst, Seelsorge, Physiotherapie, Apotheke, Ernährungsberatung etc) sind bei Visiten an festgelegten Tagen anwesend oder werden im Bedarfsfall hinzugezogen. In den Patienteninformationsflyern sind die Visitenzeiten der jeweiligen Station veröffentlicht. Der Patient wird bei der Visite in den Mittelpunkt gestellt. Die Kommunikation erfolgt durch eine für den Patienten verständliche Art.

1.4 Übergang des Patienten in andere Versorgungsbereiche

Die kontinuierliche Weiterversorgung des Patienten in anderen Versorgungsbereichen erfolgt professionell und koordiniert gesteuert unter Integration des Patienten.

1.4.1 Entlassung und Verlegung

Der Übergang in andere Versorgungsbereiche erfolgt strukturiert und systematisch unter Integration und Information des Patienten und ggf. seiner Angehörigen.

Die Verlegung eines Patienten innerhalb des Hauses ist in einem Standard geregelt. Die Entlassung eines Patienten wird bei der Visite entschieden und mit dem Patienten, seinen Angehörigen, Betreuer, pflegenden Angehörigen und nachbehandelnder Einrichtung abgestimmt. Die Entlassung pflegebedürftiger Patienten geschieht unter Einbeziehung der Überleitungspflege und des Sozialdienstes. Bei allen Patienten wird soweit möglich am Vortag oder am Entlasstag ein Entlassungsgespräch geführt, dabei werden alle noch offenen Fragen geklärt und das weitere Prozedere besprochen.

1.4.2 Bereitstellung kompletter Informationen zum Zeitpunkt des Überganges des Patienten in einen anderen Versorgungsbereich (Entlassung / Verlegung u. a.)

Das Krankenhaus sichert eine lückenlose Information für die Weiterbehandlung oder Nachsorge des Patienten.

Die Entlassung sowie die Entlassungsgründe werden vom Stationsarzt in dem elektronischen Patientenverwaltungsprogramm dokumentiert. Die Vollständigkeit der erforderlichen Unterlagen zur Entlassung wird durch eine rechtzeitige Planung sowie deren frühzeitige Vorbereitung sichergestellt. Wird der Patient in einen anderen Versorgungsbereich verlegt, erfolgt die Anmeldung des Patienten durch den Sozialdienst und/oder den behandelnden Arzt.
Die interne Verlegung eines Patienten ist in einem Standard geregelt.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

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

Bei Entlassung des Patienten aus der stationären Versorgung oder Verlegung in eine andere stationäre Einrichtung wird ein vom behandelnden Arzt erstellter strukturierter Arztbrief und ein Überleitungspflegebericht (Standardformular) erstellt und dem Patienten mitgegeben. Bei Bedarf werden telefonisch Informationen an Hausarzt und Pflegeeinrichtung übermittelt. Mitarbeiter von weiter betreuenden Einrichtungen kommen ggf. vor Entlassung des Patienten ins Haus um die Entlassung gemeinsam vorzubereiten und die Weiterbetreuung sicherzustellen.

2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

2.1 Planung des Personals

Die Personalplanung sorgt für eine kontinuierliche Bereitstellung einer ausreichenden Anzahl an qualifizierten Mitarbeitern.

2.1.1 Planung des Personalbedarfes

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

Der Personalbedarf wird von der Geschäftsführung unter Beteiligung des Personalleiters und der Pflegedienstleiterin anhand von verschiedenen Kennzahlen ermittelt. Die Personalberechnung wird ergänzt durch eine Arbeitsvolumenauswertung und die Erstellung eines monatlichen Belastungsindex. Für die Planung des Personaleinsatzes werden ebenfalls die Arbeitsplatzmethode zur Mindestbesetzung sowie der Patientendurchsatz anhand des Belastungsindex herangezogen.

2.2 Personalentwicklung

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

2.2.1 Systematische Personalentwicklung

Das Krankenhaus betreibt eine systematische Personalentwicklung.

Mehr als Geräte, Instrumente und Techniken entscheiden unsere Mitarbeiter über Erfolg oder Misserfolg der Behandlung im Krankenhaus. Personalentwicklung (PE) im RKH ist ein Konzept zur systematischen und vorausschauenden Förderung und Qualifizierung. PE trägt dazu bei, dass die Qualifizierung des Personals nicht dem Zufall überlassen, sondern in ein übergeordnetes Konzept integriert wird. PE dient der Verbesserung der Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie der Motivation der Mitarbeiter und ist auf die Verbesserung der Sozial-, Methoden- und Fachkompetenzen gerichtet.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

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

Aufgabenbeschreibungen und Tätigkeitsanalysen gewährleisten die Sicherstellung der Qualifikation.
Die Einordnung im Krankenhaus ist anhand des Organigramms ersichtlich. Kompetenzen und Verantwortlichkeiten leiten sich aus diesen Organigrammen ab. Die Aufgabenbeschreibungen und die Organigramme sind in den Abteilungen vorhanden. Spezifische Leistungsanforderungen bestehen für Leitungspositionen und sind schriftlich fixiert.

2.2.3 Fort- und Weiterbildung

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

Es gibt ein Jahresfortbildungsprogramm für interne Fortbildungsveranstaltungen. Das Angebot gilt für alle MA des Hauses und für externe Teilnehmer (z.B. niedergelassene Ärzte). Alle zwei Jahre werden für die Bereiche Anästhesie / Intensivpflege und Funktionsdienst Fachweiterbildungskurse für Pflegepersonal an unserem Haus angeboten. In den Weiterbildungen stehen 30 Plätze zur Verfügung. Bedarfsorientiert werden auch externe Fort- und Weiterbildungen angeboten (z.B. Palliativfachkraft, Notfallmedizin, Stomatherapeut etc.).

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Das jährliche Budget wird von der GF für das ganze Haus festgelegt und richtet sich nach dem Bedarf.
Die Mittel sind nicht abteilungsspezifisch festgelegt, sondern es gibt ein Gesamtbudget für externe und interne Weiterbildungen. Die Freistellung erfolgt, sofern es die betrieblichen Erfordernisse zulassen, immer.
In langfristigen Weiterbildungen ist die Freistellung vertraglich geregelt. Der Bedarf orientiert sich an der strategischen Entwicklung des Hauses oder ist durch veränderte gesetzliche Rahmenbedingungen vorgegeben.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

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

Jeder Mitarbeiter hat die Möglichkeit eines Zugangs zum Intranet und Internet.
Die Bibliothek ermöglicht ebenfalls jederzeit jedem Mitarbeiter Zugriff auf alle relevanten Fachpublikationen.
Der Schlüssel zur Bibliothek ist an der Pforte jederzeit erhältlich. Ein Internetzugang ist in der Bibliothek ebenfalls vorhanden. Der Onlinezugriff auf Zeitschriften und Bücher verschiedener Universitäten ist möglich. Es stehen außerdem mehrere Besprechungsräume mit Flip-Chart, Pinnwand, Overhead, PC und Beamer nach vorheriger Reservierung zur Verfügung.

2.2.6 Sicherstellung des Lernerfolges in angegliederten Ausbildungsstätten

Angegliederte Ausbildungsstätten leisten eine Theorie-Praxis-Vernetzung und bereiten Mitarbeiter angemessen auf ihre Tätigkeiten im Rahmen der Patientenversorgung vor.

Zwischen der Schulleitung der Ausbildungsstätte "Christliches Bildungsinstitut für Gesundheitsberufe" und der PDL des RKH gibt es viermal jährlich einen regelmäßigen, protokollierten Informationsaustausch. Zwischen theoretischen und praktischen Lernbereich erfolgt der Austausch in den fünfmal jährlich tagenden Schulkonferenzen. Jährlich werden mit allen Schülern geplante Lernziel- und Feedbackgespräche geführt. Bei Abweichungen zum Soll-Ausbildungsstand werden Strategien zur Aufarbeitung der Defizite mit dem Schüler entwickelt. An den Stationsleitungsbesprechungen des RKH nimmt die Schulleitung teil.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

Mitarbeiterinteressen werden angemessen bei der Führung des Krankenhauses berücksichtigt.

2.3.1 Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles

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

Die sieben Grundsätze des DRK geben einen Rahmen an, innerhalb dessen die Zusammenarbeit erfolgt. Außerdem wird in unserem Leitbild, das alle Mitarbeiter erhalten haben, verbindlich Bezug auf den im Krankenhaus praktizierten mitarbeiterorientierten Führungsstil genommen. Ein kooperatives Miteinander zeigt sich auch daran, dass Führungskräfte in verschiedenen Gremien in die strategischen Planungen einbezogen sind.

2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Arbeitszeiten werden in einem Dienstplanprogramm elektronisch erfasst und monatlich ausgewertet. Eine Überprüfung und Bewertung der Ist- und Soll- Arbeitszeiten in Bezug auf die Einhaltung der Planung und des Arbeitszeitgesetzes erfolgt monatlich. Ein Feedback in die einzelnen Abteilungen wird durchgeführt. Mitarbeiterwünsche werden, sofern es der betriebliche Ablauf gestattet, umgesetzt. Neue Arbeitszeiten aufgrund von veränderten Aufgaben oder Abläufen, Mitarbeiterwünschen oder gesetzlichen Bestimmungen werden ständig eingeführt.

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Jeden Monat findet ein dreistündiger "Welcome-day" für neue Mitarbeiter statt. Bei dieser Veranstaltung, lernt der neue Mitarbeiter seinen neuen Arbeitgeber, das Haus, und die wichtigsten Arbeitsgrundsätze (z.B. Leitbild) kennen. Jeder Mitarbeiter erhält eine vorbereitete Infomappe. Es existiert ein einheitliches Gesamtkonzept für die Einarbeitung aller Mitarbeiter. In den QMH der einzelnen Abteilungen gibt es außerdem abteilungsbezogene Einarbeitungskonzepte. Durch den Einführungstag ist der berufs- und abteilungsübergreifende Aspekt sicher gestellt.

2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

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

Mitarbeiterideen und Verbesserungsvorschläge werden abteilungsintern eingebracht, im Team diskutiert und ggf. umgesetzt. Darüber hinaus werden Mitarbeiterideen über die QMB oder die Vorgesetzten an die Geschäftsführung zur Einbindung in die hausweite Projektplanung weitergeleitet. Sofern Vorschläge der Mitarbeiter positiv bewertet werden, erfolgt die Erarbeitung solcher Themen in Arbeitsgruppen. Dies ermöglicht eine strukturierte Erarbeitung und letztlich Umsetzung der Vorschläge. Die Würdigung der Vorschläge erfolgt in Form von Lob und Anerkennung durch die Führungskräfte.

3 Sicherheit im Krankenhaus

3.1 Gewährleistung einer sicheren Umgebung

Das Krankenhaus gewährleistet eine sichere Umgebung für die Patientenversorgung.

3.1.1 Verfahren zum Arbeitsschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum Arbeitsschutz angewandt, das insbesondere Sicherheitsaspekte am Arbeitsplatz, bei Mitarbeitern, im Umgang mit Gefahrstoffen und zum Strahlenschutz berücksichtigt.

Der Arbeitsschutz mit seinen unterschiedlichen Sicherheitsaspekten wird im RKH durch verschiedene Verantwortliche gemäß den gesetzlichen Vorgaben erfüllt. Betriebsarzt, Hygieneteam, Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Apotheker u.v.m. schulen die Mitarbeiter und unterweisen nach den Vorgaben der Betriebsanweisungen. Schriftliche Anweisungen über das Vorgehen bei Betriebsunfällen und bei Nadelstichverletzung mit kontaminiertem Material stehen im Hygieneplan, in den QMH aller Abteilungen und im Intranet.

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Die Flucht- und Rettungspläne sind in allen Bereichen deutlich sichtbar angebracht. Sie werden regelmäßig überprüft und bearbeitet nach baulichen Veränderungen. Brandschutzbelehrungen werden für alle MA angeboten. Alle Regelungen zur Gewährleistung des Brandschutzes werden mit dem zuständigen Brandschutzamt abgesprochen. Brandschutzbegehungen finden regelmäßig statt. Pläne über Anfahrtswege und Hydrantenverzeichnis werden gemeinsam mit dem zuständigen Brandschutzamt festgelegt.

3.1.3 Verfahren zur Regelung von hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung bei hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz angewandt.

Das Krankenhaus hat einen eigenen Katastrophenschutzplan, in dem alle Verantwortlichkeiten in Notfällen benannt sind. Den Mitarbeitern wird der Inhalt des Katastrophenschutzes in Schulungen vermittelt. Vierteljährlich werden Telefonlisten aktualisiert. Eine Überprüfung des Notstromaggregates findet monatlich statt.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Bei medizinischen Notfällen im Krankenhaus wird das Reanimationsteam über eine zentrale Notrufnummer gerufen. Die Dienstbereitschaft des Reanimationsteams beträgt 24 Stunden. Zusätzlich befinden sich auf den Stationen und in den Funktionsabteilungen Notfallkoffer und -wagen. Die Ausrüstung des Reanimationsteams wird täglich überprüft. Die Inhalte der Notfallkoffer/wagen wird routinemäßig 2x pro Jahr und nach Benutzung durch die Apotheke überprüft.

3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

Für den Patienten wird eine sichere unmittelbare Umgebung gewährleistet und Maßnahmen zur Sicherung vor Eigen- und Fremdgefährdung umgesetzt.

Zur Gewährleistung der Patientensicherheit existieren im RKH verschiedene Standards. Ziel in der Behandlung und Pflege der Patienten ist es ein Umfeld zu schaffen, welches seinen persönlichen Einschränkungen, aber auch seinen Ressourcen Rechnung trägt. Dies bedeutet, dass Einschränkungen in die Persönlichkeitsrechte erst dann erfolgen, wenn eine erkennbare Gefährdung für den Patienten und seine Umgebung gegeben ist.

3.2 Hygiene

Im Krankenhaus wird ein systematisches, krankenhausesweites Verfahren zur effektiven Prävention und Kontrolle von Infektionen eingesetzt.

3.2.1 Organisation der Hygiene

Für Belange der Hygiene ist sowohl die personelle Verantwortung als auch das Verfahren der Umsetzung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen krankenhausesweit geregelt.

Die Gesamtverantwortung für die Hygiene trägt der ärztliche Direktor. Das Hygieneteam besteht aus der Hygienefachkraft und dem hygienebeauftragten Arzt. Im QMH der Hygiene sind alle Verantwortlichkeiten und die Aufgaben der Hygienekommission beschrieben. Auf allen Stationen und im Intranet befinden sich Hygienepläne, die regelmäßig aktualisiert werden. Schulungen werden im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung jährlich angeboten.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

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

Der Meldeweg meldepflichtiger Erreger und Erkrankungen ist nach dem Infektionsschutzgesetz festgelegt und im Hygieneplan verankert. Hygienerelevante Infektionen (z.B. MRSA) werden intern an die Hygienefachkraft gemeldet. Meldepflichtige Erkrankungen werden an das Gesundheitsamt und an die Hygienefachkraft gemeldet. Häufungen von Infektionen werden durch die Surveillance der Hygiene in allen Abteilungen erfasst. Nosokomiale Wundinfektionen werden in der Chirurgie bei der chirurgischen Qualitätssicherung erfasst.

3.2.3 Planung und Durchführung hygiesichernder Maßnahmen

Hygiesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Es finden 2x pro Jahr Sitzungen der Hygienekommission statt. Es existieren in allen Bereichen detaillierte und aktuelle Hygienepläne. Für alle Mitarbeiter werden Schulungen im Rahmen der Ibf angeboten und bei Bedarf auch individuelle Ein- bzw. Unterweisungen durchgeführt. Hygienevisiten aller Abteilungen werden in Protokollen dokumentiert. Auch die Überprüfung der Beseitigung wird dokumentiert. Infektionsstatistiken werden in einem EDV-Programm geführt und die Daten verglichen. Aktuelle Fragestellungen können direkt mit dem Hygieneteam besprochen werden.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.

Im QMH Hygiene sind Überprüfungsmethoden zur Einhaltung der Hygienerichtlinien festgelegt. Die Untersuchungen bzw. Kontrollen entsprechen den Empfehlungen des RKI. Das Hygieneteam überprüft die Einhaltung der im Hygieneplan und im QMH der Hygiene festgelegten Richtlinien anhand der Hygienevisiten und Abteilungsbegehungen. Zusätzlich findet eine Überprüfung in Form von Einzelfallbesprechungen mit Mitarbeitern statt. In den QMH aller Abteilungen sind schriftliche Regelungen zur Einhaltung von Hygienerichtlinien enthalten (z.B. Aufbereitung von Medizinprodukten).

3.3 Bereitstellung von Materialien

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

3.3.1 Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten

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

Für die Bereitstellung von Arzneimitteln und Produkten des medizinischen Sachbedarfs ist die Krankenhausapotheke verantwortlich. Sie hält alle Artikel der Hausliste vorrätig und beliefert die Verbrauchstellen zu festgelegten Zeiten. Die Verbrauchsstellen sind über ein Onlinebestellprogramm an die Warenwirtschaft der Apotheke angeschlossen. Alle Prozesse und Verantwortlichkeiten innerhalb der Apotheke sind im QMH der Apotheke beschrieben. Bei regelmäßigen Begehungen wird u.a. die Vorratshaltung und Lagerung auf den Stationen überprüft.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregelter Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Die Anwendung von Arzneimitteln auf den Verbrauchstellen geschieht nach ärztlicher Anordnung durch Abgabe des Pflegepersonals an den Patienten. In den Standardarbeitsanweisungen (StOPs®) ist für viele Indikationen die Arzneimittelgabe vorgeschrieben. Zytostatika werden zentral in der Apotheke unter der Verantwortung des leitenden Apothekers zubereitet.

3.3.3 Anwendung von Blut und Blutprodukten

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

Die Anwendung von Blut und Blutprodukten ist im Qualitätssicherungshandbuch für die klinische Anwendung von Blut und Blutprodukten im RKH geregelt. Die transfundierenden Ärzte werden vom transfusionsverantwortlichen Arzt unterwiesen und geschult. Es existiert zusätzlich ein QMH für die Eigenblutspende, sowie ein koordiniertes Meldewesen nach Transfusionsgesetz. Die patienten- und produktebezogene Chargendokumentation findet in der Apotheke statt.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Durch eine Dienstweisung ist der Umgang mit Medizinprodukten nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) geregelt. Alle Beauftragten und Verantwortlichen mit ihrer bestimmten Aufgaben sind in dieser Dienstweisung benannt. Eine Liste der beauftragten Personen ist für alle MA im Intranet einsehbar. Regelmäßige Schulungen finden im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung statt. Die Instandhaltung von Medizinprodukte geschieht durch einen zertifizierten Gerätetechniker.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Der Umgang mit Abfällen ist im Hygieneplan geregelt. Die Beauftragten für Abfall setzen gesetzliche Neuerungen bezüglich der Abfallentsorgung in entsprechenden Merkblättern und im Hygieneplan um.
Bei der Neuanschaffung von Geräten wird auf den Energieverbrauch der Geräte geachtet. Bei der Instandhaltung und Renovierungen werden Materialien eingesetzt, die ökologisch unbedenklich sind

4 Informationswesen

4.1 Umgang mit Patientendaten

Im Krankenhaus existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die Erfassung, Dokumentation und Verfügbarkeit von Patientendaten sicherstellt.

4.1.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Eine hausinterne Regelung zur Führung und Dokumentation von Patientendaten liegt vor und findet Berücksichtigung.

Ein einheitliches Dokumentationssystem wurde eingeführt. Schriftliche Regelungen für den Umgang mit den Dokumentationsmedien liegen vor, die Verantwortlichkeiten sind klar geregelt. Es gibt ein mehrstufiges Konzept zur Überprüfung der medizinisch-pflegerischen Dokumentation. Alle Mitarbeiter werden geschult. Die meisten Dokumente liegen KIS-integriert vor. Der Ausbau der elektronischen Akte wird sukzessive fortgeführt.

4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

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

Das standardisierte Dokumentationssystem sichert eine korrekte, vollständige und nachvollziehbare Dokumentation. Pflegerische und ärztliche Maßnahmen, wie Anamnese, Diagnose, Therapie, Krankheitsverlauf, getroffene Maßnahmen und deren Wirkung werden zeitnah erfasst, ebenso pflegerelevante Leistungen. Täglich wird ein Pflegebericht erstellt, der wichtige Ereignisse des Patienten enthält. Dokumentationsfachkräfte überprüfen und vervollständigen die Dokumentation.

4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

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

Ein Großteil der relevanten Daten liegt KIS-integriert vor. Darauf haben berechtigte Personen jederzeit Zugriff. Während des stationären Aufenthaltes befindet sich die konventionelle Patientendokumentation im Kurvenwagen auf Station und ist somit jederzeit zugänglich. Der Zugriff auf Akten früherer Krankenhausaufenthalte ist durch das Zentralarchiv jederzeit, auch außerhalb der Öffnungszeiten, gewährleistet. Somit können umfassende vergangenheitsbezogene Informationen für alle an der Behandlung Beteiligten frühzeitig berücksichtigt werden.

4.2 Informationsweiterleitung

Im Krankenhaus existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die adäquate Weiterleitung von Informationen gewährleistet.

4.2.1 Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Bereichen

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Informationsweitergabe innerhalb und zwischen verschiedenen Krankenhausbereichen.

Die Informationsweitergabe innerhalb und zwischen verschiedenen Krankenhausbereichen ist auf vielfältige Weise sichergestellt. Dienstübergaben, Stations- und Leitungsbesprechungen, Visiten, Verlegungsberichte etc. tragen dazu bei. Interdisziplinäre, berufsgruppen- und hierarchieübergreifende Besprechungen finden regelmäßig statt. Vielfältige Kommunikationsmedien wie ein hausinternes Mailsystem, das Intranet, interne Mitteilungen, Informationstafeln etc. sorgen für einen kontinuierlichen Informationsfluss.

4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

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

Die zentrale Auskunftsstelle ist die Pforte (=Telefonzentrale) im Eingangsbereich. Geschulte Mitarbeiter sind in der Lage, rund um die Uhr Patienten, Besuchern und Anrufern Auskunft zu geben. Die Mitarbeiter der Pforte werden stets mit relevanten Informationen versorgt. Mitarbeiterbezogene Informationen wie z.B. diensthabende Ärzte liegen in aktuellen Listen vor. Patientenbezogene Informationen sind elektronisch verfügbar.

4.2.3 Information an die Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Speziell informiert wird die Öffentlichkeit durch die Internetseite www.rkh-kassel.de, durch redaktionelle Beiträge in den Medien, Patiententelefone, Informationsbroschüren und Fortbildungsveranstaltungen. Durch weitere Maßnahmen wie z.B. Klinikführungen für Schulen oder die Kasseler Gesundheitstage besteht ein intensiver und regelmäßiger Kontakt mit der Öffentlichkeit. Die eingesetzten Medien werden einheitlich ausgerichtet und unter Einsatz professioneller Instrumente, wie z.B. einer Imageanalyse, koordiniert.

4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

Daten und Informationen insbesondere von Patienten werden im Krankenhaus durch verschiedene Maßnahmen geschützt.

Für die Regelungen des Datenschutzes und die Einhaltung der Vorgaben des hessischen Datenschutzgesetzes ist der Datenschutzbeauftragte zuständig. Jeder neue Mitarbeiter verpflichtet sich zur Einhaltung des Datenschutzes durch seine Unterschrift. Der Zugriff auf Patienten- und Mitarbeiterdaten wird über spezielle Berechtigungskonzepte geregelt. Das jeweilige Berechtigungsprofil orientiert sich an der Funktion des Mitarbeiters. Das Kliniknetz ist durch entsprechende Maßnahmen vor unberechtigten Zugriffen geschützt.

4.3 Nutzung einer Informationstechnologie

Im Rahmen der Patientenversorgung wird Informationstechnologie eingesetzt, um die Effektivität und Effizienz zu erhöhen.

4.3.1 Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie

Die Voraussetzung für eine umfassende und effektive Nutzung der unterstützenden Informationstechnologie wurde geschaffen.

Ein EDV-System zur Dokumentation und Abrechnung medizinischer und pflegerischer Daten steht flächendeckend zur Verfügung. Alle PCs sind in das Kliniknetz eingebunden. Subsysteme sind über bidirektionale Schnittstellen an das KIS angebunden. Die Zugangsmöglichkeiten sind benutzerspezifisch geregelt. Bei Problemen stehen die Mitarbeiter der EDV-Abteilung über eine zentrale Hotline zur Verfügung. Durch eine Rufbereitschaft der Mitarbeiter ist die Ansprechbarkeit auch außerhalb der Bürozeiten sichergestellt.

5 Krankenhausführung

5.1 Entwicklung eines Leitbildes

Das Krankenhaus entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.

5.1.1 Entwicklung eines Leitbildes

Das Krankenhaus entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.

Im RKH existiert ein zentrales Leitbild, das im Rahmen eines QM-Projektes durch die Krankenhausführung unter externer Begleitung und unter Einbeziehung der Führungskräfte des RKH erarbeitet wurde. Grundlage sind die Rot-Kreuz-Grundsätze und das RKH-Leitmotto "Menschlichkeit und Kompetenz". Das Leitbild wird in verschiedenen Gesprächsforen kommuniziert und in Abteilungsleitbildern und Qualitätshandbüchern aufgegriffen. Bereits beim Einführungstag wird das Leitbild ausgeteilt und erklärt.

5.2 Zielplanung

Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und steuert die Umsetzung der festgelegten Ziele.

5.2.1 Entwicklung einer Zielplanung

Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und nutzt diese für die Steuerung seiner Handlungen.

Die strategische Planung und Weiterentwicklung erfolgt in enger Abstimmung zwischen Verwaltungsrat, Geschäftsführung und Chefärzten. Extern werden das Sozialministerium und die Krankenhaus-Konferenz eingebunden. Die Kommunikation dieser Ziele und die operative Umsetzung erfolgt im Rahmen der Sitzungen der KHL und weiterer monatlicher Besprechungen (Abteilungsbesprechung etc.). Das bestehende und zukünftige medizinische Leistungsspektrum wird unter Berücksichtigung gesetzlicher Veränderungen und der strategischen Zielsetzung ständig überprüft.

5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

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

Grundlage für die Organisationsstruktur sind die Satzung der Gesellschaft und die Chefarztverträge. Eine Organisationsstruktur mit Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten liegt für alle Bereiche der Klinik vor. Das Organigramm ist allen Mitarbeitern per Intranet zugänglich und wird bei Wechsel von Funktionsträgern oder Änderungen von Organisationsstrukturen durch die Geschäftsführung aktualisiert. Es existieren zahlreiche Projektgruppen, die Projekte werden durch zentrale Gremien initiiert und überprüft.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

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

Unter Berücksichtigung der Strategien und der Zielplanung für den kommenden Zeitraum sowie der finanziellen und personellen Ressourcen wird ein Wirtschafts-, Finanz- und Investitionsplan erarbeitet. Die Freigabe des Wirtschafts- und Investitionsplans erfolgt durch den Verwaltungsrat. Die Geschäftsführung übernimmt die Verantwortung für die Umsetzung.

Die Überprüfung und Verfolgung erfolgt im Rahmen des monatlichen Berichtswesens auf Ebene des Gesamthauses, einzelner Fachabteilungen und der erbrachten Leistungen.

5.3 Sicherstellung einer effektiven und effizienten Krankenhausführung

Das Krankenhaus wird effektiv und effizient geführt mit dem Ziel der Sicherstellung der Patientenversorgung.

5.3.1 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Leitungsgremien und Kommissionen

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise von Leitungsgremien und Kommissionen, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.

Die obersten Leitungsgremien tagen regelmäßig (alle zwei Wochen / monatlich) mit abgestimmter Tagesordnung. Die Ergebnisse werden in Protokollen festgehalten und an die Mitglieder verteilt. Jedes Protokoll enthält bei Aufgaben / Umsetzungen / Beschlüssen einen Verantwortlichen. Die Umsetzung von Beschlüssen der Gremien und Kommissionen wird in den nachfolgenden Sitzungen überprüft.

Die wesentlichen Gremien und Kommissionen werden von Mitgliedern der KHL verantwortlich geleitet. Hierüber wird die Koordination der Gremien untereinander sichergestellt.

5.3.2 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.

Die KHL tagt alle zwei Wochen (mit Tagesordnung und Protokollen). Aktuelles wird zeitnah eingebracht. Im Bedarfsfalle oder auf Wunsch eines Mitgliedes der KHL können weitere Personen (zu einzelnen Sachfragen) zu den Sitzungen eingeladen werden.

Jedes KHL-Mitglied überprüft in seinem Ressort die Umsetzung. Informationsaustausch und -weitergabe an die Mitarbeiter finden durch strukturierte Besprechungen bzw. Mitteilungen statt.

5.3.3 Information der Krankenhausführung

Die Krankenhausleitung informiert sich regelmäßig über Entwicklungen und Vorgänge im Krankenhaus und nutzt diese Informationen zur Einleitung verbessernder Maßnahmen.

Die Krankenhausführung wird monatlich über ein detailliertes Berichtswesen (Belegung, Kosten, Erlöse, Infektionsraten, Patientenbefragung, Schadensfälle) informiert. In weiteren Besprechungen, an denen die Krankenhausführung teilnimmt, werden diese Informationen auf Abteilungsebene heruntergebrochen. Abweichungen der Ist-Daten zu den geplanten Vorgaben werden analysiert, erörtert und ggf. Maßnahmen ergriffen. Ein umfangreicher Informationsaustausch wird durch regelmäßige Sitzungen der Leitungsgremien und Kommissionen gewährleistet.

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

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

Die Geschäftsführung (GF) führt eine Vielzahl von individuellen Personalgesprächen. Monatlich werden Gespräche zwischen der Geschäftsführung, dem Personalleiter und dem Betriebsrat geführt. Ein Mitglied des Betriebsrats nimmt an den monatlichen Treffen des QM-Lenkungskreises teil und ist an den Entscheidungen beteiligt. Die GF informiert die Mitarbeiter regelmäßig in Betriebsversammlungen, über interne Mitteilungen, Fusions-Infos und das Intranet. Zu den Themen "Burnout" und "Mobbing" werden Seminare im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung angeboten.

5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben

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

5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

Im Krankenhaus werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt.

Seit 1999 gibt es einen Palliativbereich im RKH. In diesem Bereich arbeitet speziell in Palliativmedizin weitergebildetes Personal. Es gibt zahlreiche Erfahrungen mit ethischen Problemstellungen, welche unter anderen Themen, in Zusammenarbeit mit dem Hospizförderverein in Fortbildungsveranstaltungen weitergegeben werden. Seelsorge und Sozialdienst helfen Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern bei der Lösung ethischer Probleme.

5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

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

Sterbende Patienten werden nach Möglichkeit auf der Palliativstation versorgt. Das Personal auf der Palliativstation ist besonders geschult. Durch gezielte Personalwechsel im ärztlichen und pflegerischen Bereich wird das spezielle Know-how auf andere Stationen des Hauses transportiert. Patientenverfügungen werden angemessen berücksichtigt. Ein Standard zum Umgang mit Sterbenden wurde erarbeitet. Es finden regelmäßig Fortbildungen zum Thema Tod und Sterben statt.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

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

Der Umgang mit Verstorbenen ist für alle Mitarbeiter verbindlich in einem Standard geregelt, der im Intranet hinterlegt sind. Angehörige können längere Zeit bei dem Verstorbenen im Zimmer Abschied nehmen. Pflegekräfte begleiten die Angehörigen. Auf Wunsch wird ein Seelsorger hinzu gerufen und eine Aussegnung des Verstorbenen ermöglicht. Einmal im Quartal wird ein Angehörigengottesdienst zum Gedenken der Verstorbenen durchgeführt.

6 Qualitätsmanagement

6.1 Umfassendes Qualitätsmanagement

Die Krankenhausführung stellt sicher, dass alle Krankenhausbereiche in die Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements eingebunden sind.

6.1.1 Einbindung aller Krankenhausbereiche in das Qualitätsmanagement

Die Krankenhausführung ist verantwortlich für die Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements.

Das RKH hat 2003 ein umfassendes QM nach dem Europäischen Qualitätsmodell (EFQM) eingeführt.
Die strategische QM-Planung wird im Kreis der Führungskräfte festgelegt.
Die Ausbildung von EFQM-Assessoren und die Schulung von Mitarbeitern aus allen Bereichen sind die Basis für die QM-Arbeit.
Die interdisziplinär zusammengesetzten QM-Gremien gewährleisten eine Einbeziehung aller Berufsgruppen in den QM-Prozess. Mit den Ergebnissen der internen und externen Qualitätssicherung (QS) wird durch das Ableiten von Projekten an einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess gearbeitet.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

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

Die übergeordneten Zielsetzungen des RKH sind im Leitbild und im Leitmotiv "Menschlichkeit und Kompetenz" formuliert und dargestellt.
Daraus abgeleitet werden Qualitätsziele, orientiert am Europäischen Modell für Qualität. Im Mittelpunkt stehen Mitarbeiter-, Patienten (Kunden)-, Prozess-, Partnerorientierung und kontinuierliche Verbesserung. Diese Qualitätsziele werden in allen Besprechungen kommuniziert. Konkrete Ziele auf Abteilungsebene werden von den Abteilungen erarbeitet und ergeben sich aus Ergebnisanalysen.

6.2 Qualitätsmanagementsystem

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Nach dem Verständnis des RKH ist Qualitätsmanagement Führungsaufgabe und somit Aufgabe aller Führungskräfte. Zur Unterstützung dieser Aufgabe wurde die Stelle der QMB als Stabstelle mit direkter Zuordnung der GF etabliert. Außerdem wurde eine multiprofessionell zusammengesetzte Lenkungsgruppe Qualitätsmanagement eingerichtet. Das Kernteam (Verwaltung, Arzt, Pflege und Betriebsrat) unterstützt die Arbeit der QMB und einzelne Mitglieder haben für die Zeit der Zertifizierungsvorbereitung Kriterienverantwortung übernommen.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

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

Die Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung finden überwiegend abteilungsintern und durch Arbeit verschiedener Kommissionen statt.
In regelmäßig stattfindenden Besprechungen werden Komplikationen, Fehler und deren Ursachen thematisiert.
Die Existenz von Qualitätshandbüchern, Standards und Leitlinien ist das Resultat der Arbeit in den Abteilungen und Kommissionen.
Die Angebote der Fort- und Weiterbildung an alle Mitarbeiter sind ebenfalls ein Instrument, um die interne Qualität zu sichern.

6.3 Sammlung und Analyse qualitätsrelevanter Daten

Qualitätsrelevante Daten werden systematisch erhoben, analysiert und zu qualitätsverbessernden Maßnahmen genutzt.

6.3.1 Sammlung qualitätsrelevanter Daten

Qualitätsrelevante Daten werden systematisch erhoben.

Das Krankenhaus beteiligt sich an allen gesetzlich vorgeschrieben und freiwilligen Qualitätsvergleichen der BQS und der hessischen Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (GQH). Die Prozess- und Ergebnisqualität der Diabeteseinrichtung wird durch Teilnahme an den Qualitätsvergleichen der Arbeitsgemeinschaft klinische Diabetologie (AKD) überprüft.
Nach Aufbereitung der Daten werden die Ergebnisse in den verschiedenen Kommissionen und abteilungsintern in den Kliniken analysiert. Die Ergebnisse werden diskutiert und ggf. in Maßnahmenpläne umgesetzt.

6.3.2 Nutzung von Befragungen

Regelmäßig durchgeführte Patienten- und Mitarbeiterbefragungen sowie Befragungen niedergelassener Ärzte werden als Instrument zur Erfassung von Patienten- und Mitarbeiterbedürfnissen und zur Verbesserung der Krankenversorgung genutzt.

Das Durchführen von Befragungen ist ein Bestandteil der Qualitätsziele im RKH. Die Patientenbefragung wird mit der Möglichkeit des Benchmarks mit vielen Kliniken durchgeführt. Eine Imageanalyse dient als Grundlage für die strategische Steuerung und der Öffentlichkeitsarbeit. Aus den Befragungsergebnissen werden Verbesserungspotenziale herausgearbeitet und gemeinsam mit den Mitarbeitern in Verbesserungsmaßnahmen umgesetzt.

6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Die Zufriedenheit unserer Patienten liegt uns am Herzen. Daher sehen wir Beschwerden als eine Chance zur Verbesserung. Jeder Patient wird durch unterschiedliches Informationsmaterial auf die Möglichkeit einer Beschwerde oder Kritik hingewiesen. Der Patientenfürsprecher, Patientenfragebögen und persönliche Gespräche sind Angebote, mit denen ein Patient seine Beschwerden äußern kann. Schriftliche Beschwerden werden nach einem strukturierten Vorgehen immer beantwortet oder der Patient zu einem Gespräch eingeladen.