



Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen

## KTQ-QUALITÄTSBERICHT

**Krankenhaus:** SRH Fachkrankenhaus Neresheim GmbH

**Institutionskennzeichen:** 510811999

**Anschrift:** Kössinger Straße 11  
73450 Neresheim

**Ist zertifiziert nach KTQ<sup>®</sup> mit der Zertifikatnummer: 2008 – 0030 K**  
**durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle SAMA Cert GmbH**

**Datum der Ausstellung:** 24.4.2008

**Gültigkeitsdauer:** 23.4.2011

## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>3</b>
<b>Die KTQ-Kriterien beschrieben vom SRH Fachkrankenhaus Neresheim GmbH</b>	<b>8</b>
1 Patientenorientierung im Krankenhaus	8
2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung	14
3 Sicherheit im Krankenhaus	18
4 Informationswesen	23
5 Krankenhausführung	26
6 Qualitätsmanagement	29

## 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 Krankenversicherungen<sup>1</sup>. Darüber hinaus wurde der Hartmannbund - Verband der Ärzte Deutschlands e. V. (HB) - mit Beginn des Routinebetriebes im „Niedergelassenen Bereich“ ebenfalls Gesellschafter der KTQ-GmbH. Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet. **Die Verfahrensinhalte wurden ausschließlich von 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.

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den Visitoren gezielt hinterfragt und durch Begehungen einzelner

---

<sup>1</sup> 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.

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.

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

Wir freuen uns, dass das KrankenhausSRH Fachkrankenhaus Neresheim 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](http://www.ktq.de) abrufbar.

Dr. G. Jonitz  
Für die Bundesärztekammer

H.-Theo Riegel  
Für die Spitzen-  
verbände der Krankenkassen

Dr. M. Walger  
Für die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

M.-L. Müller  
Für den Deutschen Pflegerat

## Einleitung

Eine Chance für das Leben

Das SRH Fachkrankenhaus Neresheim ist eine hochspezialisierte neurologische Fachklinik für Menschen mit schwersten erworbenen Hirnschädigungen. Unser Haus verbindet Akutmedizin und neurologische Rehabilitation zu seinem Konzept der intensivmedizinischen Frührehabilitation. Es übernimmt seine Patienten direkt aus der erstbehandelnden Akutklinik, führt die Akutbehandlung weiter und beginnt gleichzeitig mit gezielter Rehabilitation. Das Einzugsgebiet ist überregional.



Im Jahr 2007 wurde das Fachkrankenhaus um eine Intensivpflegestation erweitert.

Wir haben jetzt eine Kapazität von 42 Betten. 12 dieser Betten stehen für die intensivmedizinische Behandlung einschließlich Beatmungsmöglichkeit zur Verfügung.

Die rund 160 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter behandeln etwa 140 Patienten pro Jahr.

Unser ganzheitliches Therapiekonzept integriert verschiedene Komponenten:

- intensivmedizinische Behandlung mit ständiger ärztlicher Präsenz
- Zusammenarbeit mit einem interdisziplinären Team, das neurorehabilitativ ausgerichtet ist
- Intensivpflege und aktivierende Pflege
- Individuelle Therapieplanung in den Bereichen Physio-, Ergo-, Musiktherapie, Neuropsychologie und Logopädie
- Bedarfsorientierte psychosoziale Patienten- und Angehörigenbetreuung

Die neurochirurgische Versorgung im Haus ist durch eine Kooperation mit dem Bezirkskrankenhaus Günzburg, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Ulm, sichergestellt. Die Operationen finden im OP des SRH Fachkrankenhauses Neresheim statt.

Für die optimale Versorgung der Patienten sorgt ein interdisziplinär arbeitendes Ärzteteam aus den Fachrichtungen

- Neurologie
- Intensivmedizin mit anästhesiologischer und internistischer Ausrichtung
- Innere Medizin
- Rehabilitationsmedizin
- Anästhesiologie
- Neurochirurgie



Pflegekräfte und Therapeuten qualifizieren sich gezielt und kontinuierlich weiter. Dadurch erreichen wir eine optimale Versorgung unserer Patienten in allen Behandlungsphasen. Unsere Mitarbeiter arbeiten nach dem Bezugspflegesystem. Dadurch ermöglichen sie Patienten und Angehörigen eine kontinuierliche Betreuung von der Aufnahme bis zur Entlassung. Regelmäßige Teamkonferenzen steuern den individuellen Behandlungspfad jedes Patienten

Unser vorrangiges Ziel ist es, den betroffenen Menschen die teilweise oder vollständige Rückkehr in den Alltag zu ermöglichen. Unsere Erfahrung zeigt, dass auch schwerst Schädel-Hirn-Verletzte Menschen Lebensqualität zurückgewinnen können.

Das SRH- Fachkrankenhaus Neresheim gehört zum Verbund der SRH- Kliniken GmbH. Es profitiert insbesondere von der Managementleistung des Konzernverbundes, der für seine Kliniken Standards setzt. Das Motto des Konzerns

SRH- Der Mensch im Vordergrund

bestimmt auch das patientenorientierte Handeln der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im SRH- Fachkrankenhaus Neresheim.

Kontakt:

SRH Fachkrankenhaus Neresheim GmbH

Ein Unternehmen der SRH Kliniken GmbH

Kösinger Str. 11

73450 Neresheim

Tel. 07326 / 9608-0

[http:// www.srh.de](http://www.srh.de)

## Die KTQ-Kriterien beschrieben vom SRH Fachkrankenhaus Neresheim GmbH

### 1 Patientenorientierung im Krankenhaus

#### 1.1 Vorfeld der stationären Versorgung und Aufnahme

Die Organisation im Vorfeld der stationären Aufnahme erfolgt patientenorientiert.

##### 1.1.1 Die Vorbereitungen einer stationären Behandlung sind patientenorientiert

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

Durch umfangreiches Informationsmaterial, das den Hauptzuweisern im Vorfeld zur Verfügung gestellt wird, erhalten Angehörige schon vor der Verlegung detaillierte Angaben zum FKNe. Weitere Informationen sind über die Klinik-Homepage abrufbar. Vor der Aufnahme findet eine ausführliche Statuserhebung und Abstimmung mit dem vorbehandelnden Arzt statt. Die Klinik ist mit dem PKW als auch öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen. Es stehen ausreichend kostenlose Parkplätze zur Verfügung.

##### 1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

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

Der Zugang für Besucher und Lieferanten sowie die Wege innerhalb des Hauses sind ausgeschildert. Die Mitarbeiterinnen am Empfang geben eine Orientierungshilfe und organisieren im Bedarfsfall eine Begleitung für Besucher. Patienten werden bei Aufnahme von den Rettungsdiensten direkt auf Station gebracht. Während ihres Aufenthaltes werden Patienten so lange vom Pflege- oder Therapiepersonal begleitet, bis sichergestellt ist, dass sie sich allein orientieren können.

### 1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

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

Spätestens am Vortag einer Aufnahme werden alle behandelnden Bereiche, die Verwaltung und die aufnehmende Station durch einen schriftlichen Vorlauf informiert, der alle für die Aufnahme relevanten Informationen enthält. Die Patienten werden am vorbereiteten Behandlungsplatz durch den behandelnden Arzt und die zuständige Pflegekraft vom Rettungsdienst übernommen. Die administrative Aufnahme erfolgt mit den Angehörigen oder gesetzlichen Betreuern. Diese erhalten bei Aufnahme eine Informationsmappe mit allen wichtigen Unterlagen und Informationen zur Klinik.

### 1.1.4 Ambulante Patientenversorgung

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

Nicht zutreffend (Aufgrund der Spezialisierung der Klinik werden keine Notfallbehandlungen durchgeführt)

## 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.

Unmittelbar nach Aufnahme wird ein ärztlicher und pflegerischer Erstbefund und in den Folgetagen eine ausführliche neurorehabilitative Befundung durch alle Fachbereiche erhoben und die Befunde in der interdisziplinären Aufnahmekonferenz besprochen. In diesem Zeitraum finden auch die Anamnesegespräche mit den Angehörigen zu biografischen, medizinischen und psychosozialen Daten statt. Die funktionellen Fähigkeiten eines Patienten werden anhand einer Skala eingestuft. Die Dokumentation der Befunde erfolgt anhand standardisierter Vorlagen.

### 1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

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

Die Kontrolle der Vorbefunde auf deren Vollständigkeit und ggf. die Nachforderung fehlender Befunde erfolgt durch den behandelnden Arzt. Alle Vorbefunde werden im Befundordner auf Station abgelegt, auf den alle Mitarbeiter des Behandlungsteams Zugriff haben. Daten der Vorgeschichte sind dem medizinisch-pflegerischen Anamnesebogen in der Patientenkurve und der elektronischen Patientendokumentation zu entnehmen.

### 1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

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

Für die Steuerung des Behandlungsprozesses ist der behandelnde Arzt verantwortlich. Die diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen sowie die Behandlungsziele werden in der interdisziplinären Aufnahmekonferenz festgelegt. Ziele und Maßnahmen werden in wöchentlichen Rehabesprechungen des interdisziplinären Behandlungsteams überprüft und aktualisiert.

### 1.2.4 Integration von Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Die Besprechung geplanter Behandlungsmaßnahmen mit dem Patienten/Betreuer erfolgt durch den behandelnden Arzt in ausführlichen Gesprächen. Pflegerische und therapeutische Maßnahmen werden durch Bezugspflegekräfte und Bezugstherapeuten erläutert. Nach Absprache können Angehörige in Therapien anwesend sein. Besondere Wünsche, Vorlieben und Abneigungen werden erfragt und in einem persönlichen Fragebogen dokumentiert. Die Zufriedenheit der Patienten/Angehörigen wird sechs Wochen nach Aufnahme durch eine schriftliche Befragung erhoben.

### 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.

Verantwortlich für die Steuerung der Behandlung und aller getroffenen Maßnahmen ist der behandelnde Arzt. Die individuelle Behandlungsplanung erfolgt in der Visite und in wöchentlichen Rehabesprechungen. Die frührehabilitativen Behandlungskonzepte liegen in schriftlicher Form vor. In der Pflege existieren Pflegestandards und pflegetherapeutische Leitlinien. Sämtliche Konzepte werden in interdisziplinären Arbeitsgruppen weiterentwickelt. Es finden jährlich Überprüfungen durch Experten statt, die die Mitarbeiter bei der Behandlung begleiten.

### 1.3.2 Anwendung von Leitlinien

Der Patientenversorgung werden Leitlinien mit, wo möglich, Evidenzbezug zugrundegelegt.

Zur Erarbeitung von Behandlungsleitlinien für den speziellen Bedarf des Hauses existieren mehrere, zum Teil interdisziplinäre Arbeitsgruppen. Die Leitlinien der ärztlichen Fachgesellschaften werden von den ärztlichen Leitern des Intensivpflege- und Frührehabereiches an die Gegebenheiten des Hauses angepasst. Verantwortlich für die Anwendung und Aktualisierung der Leitlinien sind die Fachärzte. Auf allen Stationen existieren Pflegestandards, Pflege-Therapie-Leitlinien sowie Hygienestandards.

### 1.3.3 Patientenorientierung während der Behandlung

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

Die gesamte personelle und räumliche Ausstattung ist auf die Bedürfnisse schädel-hirn-verletzter Patienten abgestimmt. Alle medizinischen und therapeutischen Maßnahmen werden für jeden Patienten individuell festgelegt und dem Rehabilitationsverlauf entsprechend fortwährend angepasst. Die Angehörigen und gesetzlichen Betreuer werden sowohl individuell beraten als auch über Hausbroschüren und regelmäßige Informationsveranstaltungen informiert und aufgeklärt.

#### 1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

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

Die meisten Patienten im Fachkrankenhaus müssen zunächst über Sondenkost ernährt werden. Der Kostaufbau über den Mund ist bei vielen Patienten therapeutisches Ziel und erfolgt durch die Ergotherapeuten in Absprache mit den Ärzten. Zur Versorgung mit Mittag- und Abendessen besteht ein Liefervertrag mit dem Samariterstift Neresheim. Das Speisenangebot enthält Schonkost, vegetarische und diabetische Kost. Im Rahmen des Esstrainings erfolgt eine individuelle Anpassung der Menükomponenten, wobei Patientenwünsche in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt berücksichtigt werden.

#### 1.3.5 Koordinierung der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Über die Notwendigkeit diagnostischer Untersuchungen entscheidet der behandelnde Arzt, die Planung und Koordination erfolgt über einen elektronischen Kalender. Untersuchungs- und Behandlungstermine werden patientenbezogen von allen Bereichen vorgeplant und im Therapieplan auf Station eingetragen. Befunde werden zeitnah in elektronischer und schriftlicher Form dokumentiert.

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

Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.

Im Fachkrankenhaus Neresheim werden notwendige neurochirurgische Folgeeingriffe durchgeführt. Hierfür existiert eine Kooperation mit der Neurochirurgie des Bezirkskrankenhauses Günzburg. Verantwortlich für die personelle und zeitliche OP-Koordination ist der Sprecher des Ärzteteams. Einmal pro Woche ist OP-Tag. Der OP-Plan wird nach Absprache im Ärzteteam gemeinsam mit dem Neurochirurgen erstellt und die Termine über den elektronischen Kalender und in schriftlicher Form allen behandelnden Bereichen bekannt gegeben.

#### 1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

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

Auf allen Stationen wird das Konzept der Bezugspflege und -therapie umgesetzt, dem jeweiligen Behandlungsteam sind ein Arzt und eine Neuropsychologin zugeordnet. Es finden interdisziplinäre Aufnahmekonferenzen sowie wöchentliche interdisziplinäre Rehabesprechungen zur Erhebung der Hauptprobleme des Patienten, zur Festlegung der Behandlungsziele und -maßnahmen und deren Auswertung in der Folgeweche statt. Die Ergebnisse werden in der Patientenkurve auf Station dokumentiert.

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

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

Auf der Intensivpflegestation findet von montags-freitags täglich eine Visite durch den Stationsarzt und die Bezugspflegekraft statt. Auf den Frührehabilitations-Stationen wird von montags bis freitags täglich eine Visite durch einen der Stationsärzte und der Bezugspflegekraft durchgeführt, einmal wöchentlich nehmen daran auch Mitarbeiter der Therapie und der Neuropsychologie teil. Mindestens einmal wöchentlich wird jeder Patient auf den Frührehabilitations-Stationen persönlich visitiert und untersucht. Die Visitenzeiten sind durch Rahmenpläne vorgegeben.

### 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.

In regelmäßigen Gesprächen mit dem behandelnden Arzt werden der Patient und die Angehörigen/Betreuer über eine anstehende Entlassung frühzeitig informiert, Entscheidungen bzgl. der Entlassung mit ihnen besprochen und besondere Wünsche soweit möglich berücksichtigt. Verlegungen nach Hause oder ins Pflegeheim werden gemeinsam vom behandelnden Arzt und dem Sozialberater in engem Kontakt mit den Angehörigen koordiniert. Für die Einarbeitung von Angehörigen und ambulanten Pflegediensten existiert ein strukturiertes Einarbeitungskonzept.

#### 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.

Durch rechtzeitige schriftliche Information aller Bereiche über eine geplante Entlassung ist sichergestellt, dass alle Abschlussberichte der behandelnden Bereiche dem Patienten bei Entlassung mitgegeben werden können. Bei interner Verlegung finden persönliche Übergaben durch die jeweiligen Mitarbeiter der einzelnen Bereiche statt. Die schriftliche Dokumentation wird bei der internen Verlegung mitgegeben. Auf die EDV-gestützte Patientendokumentation haben alle Mitarbeiter der behandelnden Bereiche Zugriff.

### 1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

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

Über die Sozialberatung und das medizinische Sekretariat bestehen regelmäßige Kontakte zu den weiterbetreuenden Einrichtungen.  
Bereits vor Entlassung findet eine Kontaktaufnahme zu den weiterbetreuenden Einrichtungen und Diensten durch den behandelnden Arzt und die Sozialberatung statt.  
Auf Wunsch findet für Angehörige und weiterbetreuende Pflegedienste eine Einarbeitung in die Betreuung und Versorgung des jeweiligen Patienten statt.

## 2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

### 2.1 Planung des Personals

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

#### 2.1.1 Planung des Personalbedarfes

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

Die Personalplanung wird jeweils im 3. und 4. Quartal für das kommende Jahr festgelegt. Grundlage für die Personalplanung sind die Daten aus den Vorjahren. Diese werden mit den aktuellen Vorgaben der Gesellschafterversammlung sowie den geplanten Leistungen, die vom Geschäftsführer in Zusammenarbeit mit den Bereichsleitungen festgelegt werden, abgeglichen. Es erfolgt eine monatliche Prüfung des eingesetzten Personals durch das Controlling. Die tatsächlich geleisteten Therapieeinheiten werden wöchentlich erfasst und mit den Planungen verglichen.

### 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.

Grundlage für die Planung der Maßnahmen zur Personalentwicklung sind die im Erfolgsplan der Geschäftsführung festgelegten Vorgaben und die Vereinbarungen zwischen Mitarbeiter und Bereichsleitung, die in den jährlichen Mitarbeitergesprächen getroffen und überprüft werden. Die fachliche Weiterqualifizierung der Mitarbeiter in spezifischen Behandlungskonzepten und in der Anleitertätigkeit wird durch mehrere fortlaufende Arbeitsgruppen gewährleistet.

### 2.2.2 Festlegung der Qualifikation

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

Die Festlegung der benötigten Qualifikationen für die einzelnen Fachbereiche erfolgt durch den Geschäftsführer und die Bereichsleitungen in der Krankenhausleitungskonferenz. Für den überwiegenden Teil der Mitarbeiter existieren Stellenbeschreibungen, die unter anderem die erforderliche Qualifikation des Stelleninhabers beschreiben. In der Pflege und Therapie werden regelmäßig Fachsupervisionen durchgeführt. In den Mitarbeitergesprächen ist der Qualifikationsstand des Mitarbeiters ein zentrales Thema.

### 2.2.3 Fort- und Weiterbildung

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

Die Bereichsleitungen sind für die Abstimmung der Fort- und Weiterbildungsangebote mit den Zielen des Fachkrankenhauses und der Einhaltung der von der Krankenhausleitung festgelegten Budgets zuständig. Der Bedarf wird anhand betrieblicher Erfordernisse und gesetzlicher Vorgaben sowie dem Qualifikationsbedarf und den Fortbildungswünschen des einzelnen Mitarbeiters festgelegt. Neben externen Fort- und Weiterbildungen finden innerbetriebliche Fortbildungen statt, die überwiegend interdisziplinär ausgerichtet sind.

#### 2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen und die Freistellung der Mitarbeiter zu diesem Zweck sind in einer Betriebsvereinbarung geregelt. Diese wurde gemeinsam mit den Mitarbeitern und den Bereichsleitungen der einzelnen Bereiche erarbeitet und berücksichtigt die unterschiedlichen Gegebenheiten der Bereiche. Durch frühzeitige Analyse und Planung der Fort- und Weiterbildungen wird die Bereitstellung ausreichender Mittel gewährleistet. Ein Teil wird durch Fortbildungsangebote für externe Teilnehmer refinanziert.

#### 2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

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

In jedem Fachbereich stehen fachspezifische Nachschlagewerke und Fachzeitschriften bereit, für die Ausstattung ist die jeweilige Bereichsleitung verantwortlich. Weiterhin existiert eine Fachbibliothek, die von der Pflegefachleitung betreut wird. Alle Mitarbeiter haben Zugang zum konzerneigenen Intranet und den dort hinterlegten Fortbildungsinhalten. Es existieren mehrere Besprechungsräume, darunter ein Gemeinschaftsbüro für Mitarbeiter die an der Vorbereitung von Arbeitsgruppen oder Fortbildungen beteiligt sind und ein Raum für Videokonferenzen.

#### 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.

Nicht zutreffend (Die Klinik betreibt keine Ausbildungsstätte)

#### 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.

Im Konzernleitbild sind die Richtlinien zur Mitarbeiterorientierung festgelegt. Es finden jährliche Fortbildungsveranstaltungen für Führungskräfte, u. a. zum Thema Mitarbeiterorientierung statt. In Mitarbeiterbefragungen wird auch die Zufriedenheit der Mitarbeiter mit dem Führungsstil erhoben. Die Mitarbeiter werden in regelmäßigen Teambesprechungen durch die Bereichsleitungen über die Themen der Krankenhausleitungskonferenz informiert. Viele Mitarbeiter sind über Gremien oder Arbeitsgruppen aktiv an der Entwicklung der Klinik beteiligt.

### 2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Die Arbeitszeiten im Fachkrankenhaus Neresheim sind durch Betriebsvereinbarungen geregelt. Die Planung und Erfassung der Dienstzeiten erfolgt EDV-gestützt. Neben den Vorgaben einer bedarfsorientierten und patientengerechten Dienstplangestaltung werden auch Mitarbeiterwünsche umfassend berücksichtigt. Die tatsächlichen Arbeitszeiten werden statistisch erfasst und monatlich vom Geschäftsführer überprüft. Die geleistete Therapiezeit pro Patient wird wöchentlich erfasst und geprüft.

### 2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Ärzte, Pflege und Therapie verfügen jeweils über einen fachspezifischen Einarbeitungskatalog, für die übrigen Bereiche existiert im Organisationshandbuch eine Regelung zur Einarbeitung von neuen Mitarbeitern. Die Einarbeitung wird durch Checklisten dokumentiert. Am Ende der Einarbeitungsphase werden Beurteilungsgespräche geführt. Werden mehrere Mitarbeiter pro Monat eingestellt, finden interdisziplinäre Einführungsstage statt.

#### 2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

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

Ein betriebliches Vorschlagswesen wird derzeit eingeführt. Daneben besteht aufgrund der Überschaubarkeit des Hauses und der kurzen administrativen Wege für jeden Mitarbeiter die Möglichkeit, jeden Vorgesetzten bis zum Geschäftsführer persönlich anzusprechen. Darüber hinaus werden Mitarbeiterideen und -beschwerden in den Teambesprechungen der einzelnen Bereiche abgefragt und durch die Bereichsleitungen in die Krankenhausleitungskonferenz eingebracht, auf dem gleichen Wege erhalten die Mitarbeiter Rückmeldung zu ihren Vorschlägen.

### 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.

Verantwortlich für Maßnahmen zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der Arbeitssicherheit sind die Geschäftsführung und die von ihr bestellte Fachkraft für Arbeitssicherheit. Ein Arbeitssicherheitsausschuss ist eingerichtet, regelmäßige Arbeitsplatzbegehungen finden statt; es wird eine Jahresunfallstatistik geführt. Das Vorgehen bei Verletzungen sowie bei Arbeits- und Wegeunfällen ist über eine Organisationsanweisung geregelt. Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen durch den betriebsärztlichen Dienst werden vom kaufmännischen Sekretariat koordiniert.

##### 3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Regelungen zur Brandverhütung, Brandmeldung, Brandbekämpfung und zum Verhalten nach einem Brand sind in der Brandschutzordnung im Organisationshandbuch enthalten. Das Fachkrankenhaus Neresheim kooperiert über die Fachkraft für Arbeitssicherheit mit der örtlichen Feuerwehr. Alle Planungen werden mit dem Kreisbrandmeister, dem Kreisbaumeister und der örtlichen Feuerwehr abgestimmt. Es werden jährlich Pflichtveranstaltungen für alle Mitarbeiter zum Brandschutz durchgeführt.

### 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 Fachkrankenhaus Neresheim ist nicht in den Katastrophenschutzplan des Landes eingebunden. Alle Prozesse zum Umgang mit nichtmedizinischen Notfallsituationen sind im Brandschutz- und Alarmierungsplan aufgeführt. Die verantwortlichen Mitarbeiter sind mit Namen und sämtlichen dienstlichen und privaten Telefonnummern erfasst. Für bestimmte Gefahrensituationen existieren Checklisten für den Telefondienst.

### 3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Verantwortlichkeiten und Abläufe bei medizinischen Notfällen sind im Qualitätshandbuch und durch eine Arbeitsanweisung geregelt. Auf jeder Station und im OP-Bereich befindet sich ein Notfallwagen. Im Bereich Therapie befinden sich eine Sauerstoffflasche und ein mobiles Absauggerät. Es finden regelmäßig verpflichtende Schulungen zum Notfallmanagement für alle in der Patientenversorgung tätigen Mitarbeiter statt.

### 3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

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

Die personelle Ausstattung, die baulichen Gegebenheiten und das Mobiliar sind auf die Sicherheit von Schädel-Hirn-Verletzten abgestimmt. Die Sicherheit des Patienten bei selbständigen Aktivitäten wird durch die Bezugstherapeuten überprüft, die Freigabe erfolgt durch den behandelnden Arzt. Dabei wird auch festgelegt, welche Unterstützung und welche Hilfsmittel der Patient benötigt. Bei Eigen- und Fremdgefährdung legt der behandelnde Arzt die notwendigen Maßnahmen fest. Patientenunfälle werden erfasst und in einer Jahresstatistik ausgewertet.

## 3.2 Hygiene

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

### 3.2.1 Organisation der Hygiene

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

Die Organisation und die Verantwortung für Hygienebelange sind im Qualitätshandbuch für alle Bereiche klar definiert. Zudem gibt es Hygiene-, Hautschutz- und Desinfektionspläne, sowie Hygiene- und Pflegestandards. Eine hygienebeauftragte Ärztin ist benannt. In Zusammenarbeit mit dem Beratungszentrum für Hygiene Freiburg ist eine Hygienekommission eingerichtet. Durch die Hygienekommission finden jährliche Begehungen statt. Daneben werden halbjährliche Abklatschuntersuchungen durchgeführt.

### 3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

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

Zur Erfassung und Auswertung der Bakteriologiestatistik besteht ein Kooperationsvertrag mit dem Labor Prof. Seelig (Karlsruhe). Es wird halbjährlich eine Übersicht zur bereichsbezogenen Keimresistenzstatistik sowie zum Keimspektrum der Gesamtklinik erstellt. Daneben werden postoperative Infektionen erfasst und auf der Intensivpflegestation wöchentliche Resistenztestungen durchgeführt. Die Behandlungstage isolierungspflichtiger Patienten werden stationsbezogen erfasst. Anhand der Ergebnisse werden entsprechende Maßnahmen durch das Ärzteteam eingeleitet.

### 3.2.3 Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen

Hygienesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Die Umsetzung hygienesichernder Maßnahmen wird durch die Hygienekommission geplant und festgelegt. Für die Umsetzung sind die Abteilungen verantwortlich. Die Hygienestandards erstellt die Hygienebeauftragte zusammen mit dem Beratungszentrum für Hygiene (Freiburg) und dem Sprecher des Ärzteteams nach den Vorgaben des Robert-Koch-Instituts. Mindestens einmal im Jahr erfolgt eine Begehung aller Bereiche. Ausgearbeitete Konzepte dienen der Einarbeitung neuer Mitarbeiter. Detaillierte Handlungsvorgaben sind den Hygieneplänen und den Hygienestandards zu entnehmen.

### 3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.

Die Hygienebeauftragte überwacht zusammen mit den verantwortlichen Abteilungs- und Bereichsleitungen die Einhaltung der Hygienerichtlinien, sowie die eingesetzten Mittel und Verfahren. Grundlage sind die für alle Mitarbeiter verbindlichen Hygienepläne, in welche die Hygieneordnung von Baden-Württemberg eingearbeitet ist.

### 3.3 Bereitstellung von Materialien

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

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

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

Durch den Kooperationsvertrag mit der Krankenhausapotheke Ostalb (Mutlangen) ist die Belieferung mit Arzneimitteln und deren Überwachung gesichert. Zur Kontrolle und Instandhaltung der medizintechnischen Produkte ist eine externe Fachfirma vertraglich verpflichtet.  
Es gibt Beschaffungsrichtlinien und Richtlinien für Ausschreibungen. Arbeitsanweisungen regeln die Verantwortlichkeiten und den Ablauf beim Bestellwesen für die Arzneimittel und Medizinprodukte.

#### 3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Im Fachkrankenhaus werden Arbeitsanweisungen und Standards für die Bestellung und den Umgang mit Arzneimitteln, mit Blut und Blutprodukten sowie mit sterilen Einmalartikeln für den Arbeitsalltag genutzt.  
Jeder Arzt hat über seinen Computer Zugriff auf die Medikamentendatenbank. Die Patientenkurven werden täglich von den Ärzten auf korrekte Arzneimitteldosierungen überprüft. Ein Notfalldepot ist eingerichtet, das bei geändertem Medikamentenbedarf angepasst wird.

### 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 erfolgt in unserem Haus entsprechend der gesetzlichen Vorgaben und nach festgelegten medizinischen Standards. Der als Transfusionsbeauftragte bestellte Arzt kontrolliert den korrekten Umgang mit den Blutprodukten. Er ist für die Umsetzung gesetzlicher Vorgaben, für die Dokumentation von Transfusionen und die Information der Kollegen in der wöchentlichen Ärzteteamkonferenz verantwortlich. Der Transfusionsbeauftragte nimmt an der Transfusionskommission des Kreiskrankenhauses Heidenheim teil, mit dem eine Kooperation besteht.

### 3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregelter Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Der Umgang mit Medizinprodukten ist im Qualitätshandbuch, in Pflegestandards und durch verschiedene Arbeitsanweisungen festgelegt. Medizinproduktebeauftragte sind für alle Bereiche, in denen Medizinprodukte zur Anwendung kommen, benannt. Eine externe Firma ist für die Instandhaltungsmaßnahmen, mess- und sicherheitstechnische Kontrollen und deren Dokumentation verantwortlich. Zur Überprüfung der Abläufe und Dokumentationen und Planung von Verbesserungsmaßnahmen tagt die Arbeitsgruppe Medizinprodukte zwei- bis dreimal jährlich.

### 3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Umweltschutzaspekte werden beachtet. Bei der Auswahl und Beschaffung von Verbrauchs- und Investitionsgütern wird die mit der Materialbeschaffung beauftragte Schwesterklinik durch einen Umweltschutzbeauftragten beraten. Der Technische Leiter sorgt für eine ökologisch sinnvolle Abfallwirtschaft. In den Bereichen des Krankenhauses wird eine Abfalltrennung durchgeführt. Die Entsorgung von Sondermüll erfolgt nach gesetzlichen Vorgaben und mit Nachweis.

## 4 Informationswesen

### 4.1 Umgang mit Patientendaten

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

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

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

Die Dokumentationsvorlagen zur 24 Stunden umfassenden Verlaufsdokumentation, zur Dokumentation der Rehabilitationsziele und des Rehabilitationsverlaufs sowie der Daten zur Vorgeschichte, Befunde und therapeutischen Maßnahmen wurden interdisziplinär erarbeitet und werden durch eine Arbeitsgruppe überprüft und aktualisiert. Die einheitliche Handhabung der Dokumentationsvorlagen ist durch ein Handbuch geregelt.

#### 4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

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

Alle Maßnahmen der Patientenversorgung und die therapeutischen Maßnahmen werden in der Patientenkurve zeitnah dokumentiert. Zur Beschreibung des aktuellen Zustandes des Patienten dient die Verlaufskurve, der Beurteilungsbogen zum medizinischen und zum Rehabilitationsverlauf, sowie die Vorbereitungsbögen und Ergebnisprotokolle der wöchentlichen Rehabesprechungen. Eingehende Befunde werden innerhalb von 3 Tagen der entsprechenden Krankenakte zugeordnet, interne Befunde spätestens am zweiten Tag nach Eingang abgelegt.

#### 4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

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

Die Verlaufsdokumentation in Papierform befindet sich in den Stationszimmern und ist damit für alle Behandelnden jederzeit zugänglich. Auf die elektronische Patientenakte haben ebenfalls alle Behandelnde jederzeit Zugriff. Die Ärzte haben über einen Zentralschlüssel Zugang zu sämtlichen Patientenakten, Befunden und zum Röntgenarchiv.

### 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.

Durch regelmäßig stattfindende Rehabilitationsbesprechungen, Arbeitsgruppen und berufsgruppenübergreifende Besprechungen existiert in unserem Krankenhaus ein strukturiertes und umfangreiches Verfahren zur übergreifenden Informationsweitergabe. Daneben erfolgen abteilungsinterne Besprechungen. Über das hausinterne Netzwerk sowie das Intranet können von allen Mitarbeitern wichtige Unterlagen eingesehen und Informationen ausgetauscht werden.

#### 4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

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

Über die zentralen Auskunftsstellen, das medizinische und kaufmännische Sekretariat sowie das Empfangssekretariat, werden Informationen weitergeleitet und Auskünfte gegeben. Die Aktualität der Informationen ist durch tägliche Abstimmungen auf kurzen Wegen, den Umgang mit tagesaktuellen Patientenlisten sowie den Dienstplänen aller Fachbereiche gesichert. Für eine zeitnahe Erreichbarkeit der Ärzte, der Bereichsleitungen und des Technischen Leiters dienen Piepser.

#### 4.2.3 Information der Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Das Fachkrankenhaus Neresheim informiert die Öffentlichkeit über das weit gefächerte Leistungsspektrum durch den Internetauftritt der Klinik und eine Broschüre, die auf Wunsch versandt wird. Das Haus stellt sich jährlich auf der regionalen Fachmesse in Aalen vor und hat sich 2006 erstmals auf der überregionalen „Rehab“-Messe in Karlsruhe präsentiert. Weiterhin sorgen Veranstaltungen, Kontaktpflege zu zuweisenden Institutionen sowie die Veröffentlichung von Fachbeiträgen für die Erhöhung des Bekanntheitsgrades.

#### 4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

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

Die gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz werden erfüllt. Es besteht eine vertragliche Zusammenarbeit mit einer externen Firma zur Erstellung und Durchführung eines Datenschutzkonzeptes. Der Datenschutz ist für alle Bereiche durch Organisationsanweisungen geregelt. Der Zugang zur elektronischen Datenverarbeitung ist durch Zugriffsrechte geregelt. Die Mitarbeiter werden bei Einstellung über ihre Pflichten zum Datenschutz aufgeklärt. Im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung werden Schulungen zum Datenschutz durchgeführt.

#### 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.

Im Fachkrankenhaus Neresheim sind alle Rechner über einen hauseigenen Server vernetzt, verfügen über einen Internetzugang und Anschluss an das interne Netzwerk. Jeder Anwender hat über einen kennwortgeschützten Zugang den Zugriff auf die für ihn frei geschalteten Bereiche. Der kontinuierliche Datenaustausch wird durch die konzerneigene Dienstleistungsgesellschaft betreut und überwacht. Bei Einführung neuer Software werden die Anwender durch entsprechendes Fachpersonal der Anbieter geschult.

## 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.

Es existieren Unternehmensziele, die im Qualitätshandbuch hinterlegt sind sowie unternehmenspolitische Grundsätze des Konzerns. Für 2008 ist die Entwicklung eines hausspezifischen Leitbildes geplant. Zusätzlich existiert auf Behandlungsebene das Integrative Behandlungskonzept (Bereichshandbuch), welches die im Haus angewandten pflege- und therapeutischen Verfahren beschreibt. Dieses wurde Anfang 2008 überarbeitet und inhaltlich der Trennung von Intensivpflege und Frührehabilitation angepasst.

### 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.

Am Ende des Jahres wird der Erfolgsplan von der Geschäftsführung für einen Zeitraum von 2 Jahren erstellt und mit den Bereichsleitern abgestimmt. Die Zielplanung ist mit einem jährlichen Arbeitsplan hinterlegt. Dieser wird durch die Krankenhausleitung anhand der vorgegebenen Termine und Ziele vierteljährlich überprüft, bei Abweichungen werden Steuerungsmaßnahmen ergriffen.

#### 5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

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

Es existiert eine Übersicht zur Organisationsstruktur unseres Krankenhauses wie auch zu bestehenden Gremien und Arbeitsgruppen. Die Organisationsstruktur des Qualitätsmanagements ist im Qualitätshandbuch beschrieben. Die Übersichten wurden 2007 aktualisiert und ergänzt. Die Arbeitsgruppen werden durch die Krankenhausleitung gesteuert.

### 5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

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

Der Erfolgsplan wird vom Geschäftsführer in Zusammenarbeit mit dem Bereich Finanzen für einen 2-Jahres-Zeitraum erstellt und mit dem Gesellschafter abgestimmt. Aufgrund der jährlichen Aktualisierung erfolgt eine kontinuierliche Fortschreibung. Die Aufteilung der Mittel für Investitionen erfolgt in Abstimmung mit den Bereichsleitern. Für 2008 ist ein monatliches Berichtswesen durch das Finanzwesen hinsichtlich der Verbrauchszahlen der einzelnen Bereiche geplant.

### 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.

Zur Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Gremien, Kommissionen und Projektsitzungen gibt es schriftliche Vorgaben. Für die Geschäftsführung und das Ärzteteam wurde je eine Geschäftsordnung erlassen, in denen die Verantwortlichkeiten der Geschäftsführung und des Ärzteteams, die Aufgabenverteilung, Verantwortlichkeiten und die Beschlussfassung jeweils eindeutig geregelt sind. Die Geschäftsordnungen sind im Organisationshandbuch hinterlegt. Informationen und Entscheidungen geben die Bereichsleiter oder die Beauftragten an die Mitarbeiter weiter.

#### 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 Krankenhausleitungskonferenz, an welcher der Geschäftsführer, die Bereichsleitungen und bei Bedarf weitere Funktionsträger teilnehmen, dient als zentrales Organ zur Umsetzung der Geschäftsprozesse. Sie tagt alle 3 bis 4 Wochen. Effiziente, kurzfristige Abstimmungen werden durch einen kontinuierlichen Informationsaustausch zwischen den Mitgliedern der Krankenhausleitungskonferenz gewährleistet. Die Bereichsleitungen informieren die Mitarbeiter darüber und geben Rückmeldungen.

### 5.3.3 Information der Krankenhausführung

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

Der Geschäftsführer wird regelmäßig und systematisch persönlich oder durch Protokolle über Entwicklungen, Vorgänge, Befragungsergebnisse und Abweichungen in den einzelnen Bereichen informiert.

Es gibt Beauftragte mit Informationspflichten, beispielsweise für Hygiene, Qualitätskoordination, Arbeitssicherheit, Transfusionswesen und Transplantation. Diese Informationen werden zur Überarbeitung von Standards und der Einleitung bestimmter Maßnahmen genutzt.

### 5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

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

Zur Vertrauensförderung finden neben Betriebsversammlungen auch Monatsgespräche mit dem Betriebsrat statt, in denen über wichtige unternehmensinterne Vorgänge, wie aktuelle Maßnahmen und Planungen informiert wird. In allen Bereichen verbessern strukturierte Mitarbeiterbesprechungen und regelmäßige Teambesprechungen das gegenseitige Vertrauen.

Gemeinsame Unternehmungen fördern das persönliche Miteinander.

Betriebsvereinbarungen sorgen für Planungssicherheit und Regelungsklarheit im Unternehmen.

## 5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben

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

### 5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

Im Krankenhaus werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt.

Die Spezialisierung auf schwere Krankheitsbilder im Fachkrankenhaus Neresheim eröffnet viele ethische Fragen, die von einem hoch qualifizierten Team aus Ärzten, Pflegekräften, Psychologen und Sozialberatern individuell besprochen und beantwortet werden.

Da zum Patienten und innerhalb des Behandlungsteams ein enger Kontakt besteht, werden aktuelle ethische Fragen zunächst in den Rehabilitationsbesprechungen geklärt.

#### 5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

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

Entscheidungen über lebensverlängernde Maßnahmen werden immer in Absprache mit den Angehörigen/Betreuern getroffen, die Existenz von Patientenverfügungen erfragt und deren Inhalt berücksichtigt. Angehörige haben die Möglichkeit, rund um die Uhr beim Patienten zu bleiben und den Raum nach ihren Wünschen zu gestalten. Der Pflegeschlüssel ermöglicht eine intensive, von der Behandlungsroutine abweichende Betreuung, ebenso ist eine adäquate Schmerztherapie gewährleistet. Psychologische und Seelsorgerische Betreuung stehen zur Verfügung.

#### 5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

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

Der behandelnde Arzt ist für die frühe und angemessene Information der Angehörigen zum Sterbezeitpunkt verantwortlich. Die Bezugspflegekraft begleitet den Patienten im Sterbeprozess und unterstützt die Angehörigen, damit diese nach Eintritt des Todes ungestört und in der von ihnen gewünschten Form Abschied nehmen können. Für die Angehörigen besteht die Möglichkeit, die Unterstützung der Psychologin, des Sozialarbeiters oder des örtlichen Seelsorgers in Anspruch zu nehmen.

## 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.

Inhaltliche Grundlage für die unternehmerische Qualitätspolitik sind das Leitbild und die strategischen Ziele des Gesellschafters. Die einzelnen Bereiche und Mitarbeiter werden über Zielvereinbarungen und Projektarbeit eingebunden. Die Abstimmung und Vereinbarung der QM-Maßnahmen sowie die Ergebnisse werden in der Leitungskonferenz mit dem Sprecher des Ärzteteams und den Bereichsleitungen der Pflege und Therapie besprochen. Die Bereichsleitungen geben die Informationen in ihren Bereichen weiter und geben eine Rückmeldung der Ergebnisse in der Leitungskonferenz.

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

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

Strategische Qualitätsziele orientieren sich an den gesetzlichen Vorgaben und denen des Gesellschafters. Sie werden in der Leitungskonferenz diskutiert, abgestimmt und durch die Vereinbarung von Qualitätszielen auf die Abteilungsebenen herunter gebrochen. Ebenso finden Anregungen von Mitarbeitern und Patienten sowie aus Projektgruppen Berücksichtigung. Als elementares Ziel ist eine zuverlässige qualifizierte, individuelle und freundliche Betreuung der Patienten und ihrer Angehörigen in den Arbeitsregelungen hinterlegt.

## 6.2 Qualitätsmanagementsystem

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

### 6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Der Geschäftsführer ist hauptverantwortlich für das Qualitätsmanagement und wird durch einen Qualitätskoordinator unterstützt. Die Aufgaben einer QualitätsLenkungsgruppe übernimmt die Krankenhausleitung im Rahmen ihrer Konferenzen. Für die Entwicklung und Implementierung spezifischer Behandlungskonzepte sind Arbeitsgruppen eingerichtet. Es finden in der Regel jährlich eine hausinterne Schulung zum Thema Qualitätsmanagement sowie im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung zahlreiche weitere qualitätsrelevante Fortbildungen statt.

### 6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

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

Die interne Qualitätssicherung erfolgt durch Arbeitsanweisungen, Standards und Leitlinien. Patienten- und Mitarbeiterunfälle werden erfasst und jährlich ausgewertet. Die Bewertung des Behandlungsverlaufs jedes Patienten erfolgt wöchentlich über zwei Skalen und in der interdisziplinären Rehabesprechung. Die Zufriedenheit von Mitarbeitern und Patienten bzw. Angehörigen wird über Fragebogen erfasst. Zur Problemlösung werden zeitlich befristete, zur Entwicklung von Behandlungskonzepten und Leitlinien fortlaufende Arbeitsgruppen eingesetzt.

### 6.3 Sammlung und Analyse qualitätsrelevanter Daten

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

#### 6.3.1 Sammlung qualitätsrelevanter Daten

Über die gesetzlich vorgeschriebene externe Qualitätssicherung hinaus werden qualitätsrelevante Daten systematisch erhoben und analysiert.

Qualitätsrelevante Daten werden in den verschiedenen Bereichen von den jeweils Verantwortlichen erhoben (hygienerrelevante Daten durch die hygieneverantwortliche Ärztin, Mitarbeiterbefragungen durch den Qualitätskoordinator usw.). Es werden Statistiken geführt, wie den Behandlungsergebnisse, zu Unfallereignissen, zur Anzahl der Isolierungstage und Befragungen der Mitarbeiter und Patienten/Angehörigen durchgeführt. Die Ergebnisse der Erhebungen werden in den einzelnen Bereichen mit den Mitarbeitern besprochen.

#### 6.3.2 Nutzung von Befragungen

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

Mit Patienten/Angehörigen wird sechs Wochen nach Aufnahme eine Zufriedenheitsbefragung mittels Fragebogen durchgeführt. Sechs Monate nach Entlassung findet eine schriftliche Nachbefragung statt. Die Auswertung erfolgt jeweils zum Jahresende und wird in den einzelnen Bereichen in Teamsitzungen besprochen und schriftlich zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt. Zweijährlich wird eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt, deren Ergebnisse jeder Bereich ebenfalls schriftlich erhält.

#### 6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Ein strukturiertes Beschwerdemanagement ist eingeführt. Beschwerden werden entweder direkt vor Ort oder durch den Qualitätskoordinator bearbeitet. Die Patienten/Angehörigen werden in den Anmeldeunterlagen und Informationsbroschüren auf die Möglichkeit zur mündlichen und schriftlichen Äußerung von Wünschen und Beschwerden hingewiesen; sechs Wochen nach Aufnahme findet eine Zufriedenheitsbefragung statt.

#### 6.4 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Die Daten der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V werden systematisch erhoben und die Auswertungen zu qualitätsverbessernden Maßnahmen genutzt.

##### 6.4.1 Beteiligung an der externen Qualitätssicherung

Das Krankenhaus beteiligt sich an den gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung.

Das Fachkrankenhaus nimmt seit 2005 an der externen Qualitätssicherung teil. Bisher wurden keine dokumentationspflichtigen Fälle aufgenommen. Es erfolgte jährlich eine entsprechende Meldung. Die Verfahren zur Erfassung der Daten zur externen Qualitätssicherung werden durch die Krankenhausleitungskonferenz, in der alle Bereiche vertreten sind, gesteuert und die Ergebnisse bewertet. Seit Februar 2008 werden hinsichtlich der Druckgeschwüre, über die dokumentationspflichtigen Fälle hinausgehend, alle Patienten erfasst.

##### 6.4.2 Umgang mit den Ergebnissen der externen Qualitätssicherung

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

Nicht zutreffend (Bisher wurden keine dokumentationspflichtigen Fälle aufgenommen, so dass keine Ergebnisse der externen Qualitätssicherung vorliegen)