

Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V

für das

Berichtsjahr 2008

Orthopädie Bad Hersfeld GmbH

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 3

A	Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses	4
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	4
A-2	Institutionskennzeichen des Krankenhauses.....	5
A-3	Standort(nummer).....	5
A-4	Name und Art des Krankenhausträgers	5
A-5	Akademisches Lehrkrankenhaus.....	5
A-6	Organisationsstruktur des Krankenhauses	6
A-7	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	7
A-8	Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses.....	7
A-9	Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	7
A-10	Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses.....	7
A-11	Forschung und Lehre des Krankenhauses.....	9
A-12	Anzahl der Betten im Krankenhaus nach §108/109 SGB V.....	9
A-13	Fallzahlen des Krankenhauses	10
A-14	Personal des Krankenhauses	10
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	11
B-1	Orthopädie.....	11
C	Qualitätssicherung.....	18
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach §137 Abs.1 Satz 3 Nr.1 SGB V (BQS-Verfahren).....	18
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß §112 SGB V	18
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V.....	18
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	18
C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V	18
C-6	Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] („Strukturqualitätsvereinbarung“).....	18
D	Qualitätsmanagement	19
D-1	Qualitätspolitik.....	19
D-2	Qualitätsziele.....	21
D-3	Aufbau des einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements.....	25
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements.....	27
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte.....	28
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements.....	30

Einleitung



Liebe Patientinnen und Patienten,

liebe Kollegen,

sehr geehrte Damen und Herren!

Qualitätsmanagement in Kliniken soll Qualität darlegen und damit Vertrauen schaffen.

Die positive Resonanz auf unseren Qualitätsbericht 2006 hat gezeigt, dass wir auf dem richtigen Weg sind, denn Qualität muss transparent sein.

Bei geänderten Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen hilft Qualitätsmanagement eine optimale menschliche und medizinisch hochwertige Versorgung der Patienten zu gewährleisten.

Dieser Qualitätsbericht soll die Qualität unseres Hauses abbilden. Er dient unter anderem dazu, Versicherten und Patienten die Krankenhausauswahl zu erleichtern, den Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen zur vergleichenden Auswertung und nicht zuletzt den niedergelassenen Ärzten als Hilfestellung bei der Entscheidung zur Überweisung der Patienten.

"Qualität ist der Eintritt des Erwarteten unter dem Aspekt des Machbaren
im Zeichen der Menschlichkeit"

Edgar Hoffmann Qualitäts-Auditor im Gesundheits- und Sozialwesen

Bad Hersfeld, 15.08.2009

Dr. med. Thomas Härer
Ärztlicher Direktor

Wilfried Imhof
Geschäftsführung

A Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhausname: Orthopädie Bad Hersfeld GmbH

Hausanschrift: Am Hopfengarten 16
36251 Bad Hersfeld

Telefon: 06621 6506-0
Fax: 06621 6506-500

URL: www.orthopaedie-hef.de
E-Mail: info@orthopaedie-hef.de

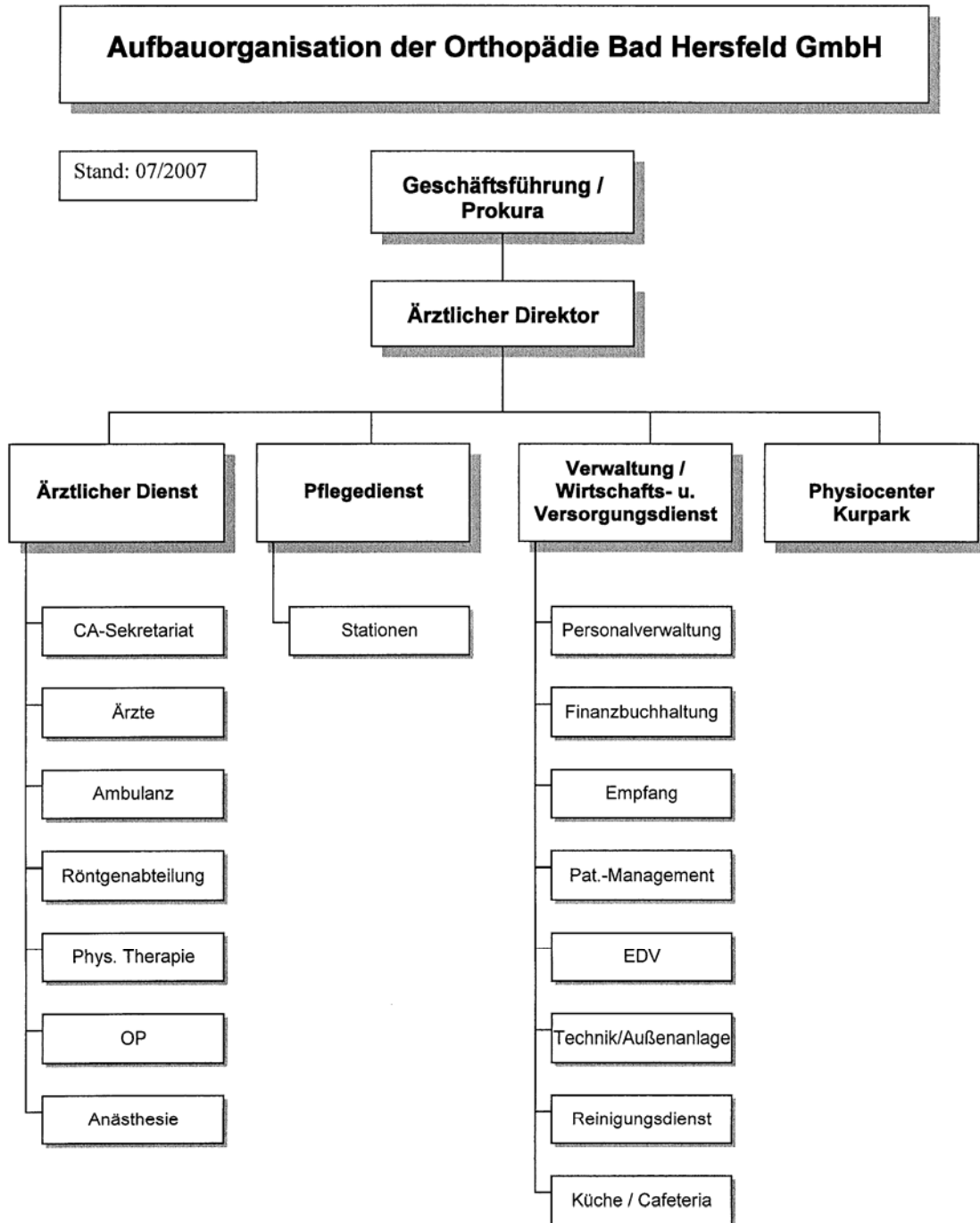


orthopädie bad hersfeld

Logo der Orthopädie



Anfahrtsbeschreibung



A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Es handelt sich nicht um ein psychiatrisches Krankenhaus.

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses **A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses**

Das komplette Leistungsangebot finden sie im Abschnitt B-1.3

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

- **Beschwerdemanagement (SA55)**
- **Cafeteria (SA23)**
- **Diät-/Ernährungsangebot (SA44)**
- **Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA03)**
- **Elektrisch verstellbare Betten (SA13)**
- **Faxempfang für Patienten und Patientinnen (SA24)**
- **Fernsehgerät am Bett/im Zimmer (SA14)**
- **Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl) (SA20)**
- **Getränkeautomat (SA46)**
- **Internetanschluss am Bett/im Zimmer (SA15)**
- **Internetzugang (SA27)**
- **Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen (SA30)**
- **Kostenlose Getränkebereitstellung (SA21)**
- **Kühlschrank (SA16)**
- **Nachmittagstee/-kaffee (SA47)**
- **Parkanlage (SA33)**
- **Patientenfürsprache (SA56)**
- **Postdienst (SA52)**
- **Rauchfreies Krankenhaus (SA34)**
- **Rollstuhlgerechte Nasszellen (SA06)**
- **Rundfunkempfang am Bett (SA17)**
- **Seelsorge (SA42)**
- **Sozialdienst (SA57)**
- **Tageszeitungsangebot (SA54)**
- **Telefon (SA18)**
- **Unterbringung Begleitperson (SA09)**
- **Wäscheservice (SA38)**

- Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer (SA19)
- Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA11)
- Bibliothek (SA22)
- Fitnessraum (SA25)
- Orientierungshilfen (SA51)
- Aufenthaltsräume (SA01)
- Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen (SA40)
- Fernsehraum (SA04)
- Frühstücks-/Abendbuffet (SA45)



Zimmer



Nasszelle

A-13 Fallzahlen des Krankenhauses

Vollstationäre Fallzahl: 1828

Ambulante Fallzahl:

- Fallzählweise: 4756

- Quartalszählweise: 4673

- Patientenzählweise: 3170

- Sonstige Zählweise: 0

A-14 Personal des Krankenhauses

A-14.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	9,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	8,0
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0,0

A-14.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	21,0	3 Jahre
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	1,0	1 Jahr

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-1 Orthopädie

B-1.1 Allgemeine Angaben der Orthopädie

Fachabteilung: Orthopädie
Art: Hauptabteilung

Chefarzt: CA Dr. med. Thomas Härer

Ansprechpartner: Qualitätsbericht erstellt von: David Steer und Manuela Ruppel

Hausanschrift: Am Hopfengarten 16
36251 Bad Hersfeld

Telefon: 06621 6506-0
Fax: 06621 6506-500

URL: www.orthopaedie-hef.de
EMail: info@orthopaedie-hef.de



Chefarzt und Ärztlicher Direktor
Dr. med. Thomas Härer

B-1.2 Versorgungsschwerpunkte der Orthopädie

- Arthroskopische Operationen (VC66)
- Diagnostik und Therapie von Arthropathien (VO01)
- Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens (VO03)
- Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln (VO06)
- Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen (VO07)
- Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien (VO09)
- Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (VO05)
- Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (VO10)
- Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes (VO08)
- Diagnostik und Therapie von Spondylopathien (VO04)
- Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes (VO02)
- Endoprothetik (VO14)
- Fußchirurgie (VO15)
- Handchirurgie (VO16)
- Kinderorthopädie (VO12)
- Konventionelle Röntgenaufnahmen (VR01)
- Rheumachirurgie (VO17)
- Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie (VO18)
- Schulterchirurgie (VO19)
- Sportmedizin/Sporttraumatologie (VO20)
- Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane (VO11)
- Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)

B-1.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Orthopädie

- Beratung/Betreuung durch Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen (MP07)
- Bewegungstherapie (MP11)
- Massage (MP25)
- Osteopathie/Chiropraktik/Manuelle Therapie (MP29)
- Physikalische Therapie/Bädertherapie (MP31)
- Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie (MP32)
- Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik (MP35)
- Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik (MP47)
- Wärme- und Kälteanwendungen (MP48)
- Wirbelsäulengymnastik (MP49)

B-1.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Orthopädie

Das komplette Angebot finden sie unter dem Abschnitt A-10

B-1.5 Fallzahlen der Orthopädie

Vollstationäre Fallzahl: 1828

B-1.6 Diagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	M17	491	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes
2	M23	366	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes
3	M16	269	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes
4	M54	163	Rückenschmerzen
5	M75	105	Schulterverletzung
6	M21	60	Sonstige nicht angeborene Verformungen von Armen bzw. Beinen
7	T84	49	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken
8	M20	39	Nicht angeborene Verformungen von Fingern bzw. Zehen
9	M22	29	Krankheit der Kniescheibe
10	M19	25	Sonstige Form des Gelenkverschleißes (Arthrose)

B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

B-1.7 Prozeduren nach OPS

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-561	964	Funktionsorientierte körperliche Übungen und Anwendungen
2	5-812	812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung
3	5-804	679	Operation an der Kniescheibe bzw. ihren Bändern
4	5-800	447	Erneute operative Begutachtung und Behandlung nach einer Gelenkoperation
5	5-822	439	Operatives Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks
6	5-811	394	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung

7	5-820	284	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks
8	5-786	273	Operative Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten
9	5-788	237	Operation an den Fußknochen
10	8-020	174	Behandlung durch Einspritzen von Medikamenten in Organe bzw. Gewebe oder Entfernung von Ergüssen z.B. aus Gelenken

B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Tägliche Sprechstunde	
Ambulanzart	Ermächtigungsambulanz nach § 116 SGB V (AM04)
Angebotene Leistung	Arthroskopische Operationen (VC66)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Arthropathien (VO01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens (VO03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln (VO06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen (VO07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien (VO09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien (VO04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes (VO02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane (VO11)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (VO05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (VO10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes (VO08)
Angebotene Leistung	Endoprothetik (VO14)
Angebotene Leistung	Fußchirurgie (VO15)
Angebotene Leistung	Handchirurgie (VO16)
Angebotene Leistung	Kinderorthopädie (VO12)
Angebotene Leistung	Konventionelle Röntgenaufnahmen (VR01)

Angebote Leistung	Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)
Angebote Leistung	Rheumachirurgie (V017)
Angebote Leistung	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie (V018)
Angebote Leistung	Schulterchirurgie (V019)
Angebote Leistung	Spezialprechstunde (V013)
Angebote Leistung	Sportmedizin/Sporttraumatologie (V020)

Notfallambulanz	
Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)

Privatsprechstunde CA. Dr. med. Härer	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)

Rheumasprechstunde OA Dr. med. Mende	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-056	83	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion
2	5-841	37	Operation an den Bändern der Hand
3	5-812	33	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung
4	5-859	15	Sonstige Operation an Muskeln, Sehnen, deren Bindegewebshüllen bzw. Schleimbeuteln
5	5-788	12	Operation an den Fußknochen
6	5-811	12	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung
7	5-849	10	Sonstige Operation an der Hand
8	5-787	9	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden
9	5-782	8	Operative Entfernung von erkranktem Knochengewebe
10	5-808	6	Operative Gelenkversteifung

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein
Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-1.11 Apparative Ausstattung

- **Belastungs-EKG/Ergometrie (AA03)**
Belastungstest mit Herzstrommessung
- **Cell Saver (AA07)**
Eigenblutauflbereitungsgerät
- **Computertomograph (CT) (AA08) (24h-Notfallverfügbarkeit)**
Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen
Im Klinikum Bad Hersfeld
- **Magnetresonanztomograph (MRT) (AA22) (24h-Notfallverfügbarkeit)**
Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder
Im Klinikum Bad Hersfeld
- **OP-Navigationsgerät (AA24)**
- **Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät (AA27) (24h-Notfallverfügbarkeit)**

B-1.12 Personelle Ausstattung

B-1.12.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	9,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	9,0
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0,0

Fachexpertise der Abteilung

- Orthopädie (AQ61)
- Unfallchirurgie (AQ62)
- Allgemeine Chirurgie (AQ06)
- Orthopädie und Unfallchirurgie (AQ10)
- Handchirurgie (ZF12)
- Orthopädische Rheumatologie (ZF29)
- Röntgendiagnostik (ZF38)

B-1.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	21,0	3 Jahre
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	1,0	1 Jahr

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

- Hygienefachkraft (PQ03)
- Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten (PQ05)
- Operationsdienst (PQ08)

B-1.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

- Orthopädietechniker und Orthopädietechnikerin/Orthopädiemechaniker und Orthopädiemechanikerin/Orthopädieschuhmacher und Orthopädieschuhmacherin/Bandagist und Bandagistin (SP18)
- Physiotherapeut und Physiotherapeutin (SP21)
- Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin (SP25)

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach §137 Abs.1 Satz 3 Nr.1 SGB V (BQS-Verfahren)

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß §112 SGB V

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Teilnahme Qualitätssicherung im Leistungsbereich "Dekubitusprophylaxe"

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

	Mindestmenge	Erbrachte Menge
Knie-TEP	50	416

C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] („Strukturqualitätsvereinbarung“)

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Qualitätsmanagementansatz der Orthopädie Bad Hersfeld GmbH

Als Tochterunternehmen der Klinikum Bad Hersfeld GmbH orientiert sich der Qualitätsmanagementansatz am Leitbild der Klinikum Bad Hersfeld GmbH.

Das Krankenhausleitbild, die Leitlinie des Pflegedienstes und die Umweltleitlinien enthalten die Grundsätze der gemeinsamen Qualitätspolitik.

Unter Qualitätspolitik verstehen wir die Gesamtheit der Maßnahmen zur Förderung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Sie ist integrativer Bestandteil aller im Klinikum ablaufenden Prozesse zur kontinuierlichen Verbesserung. Insbesondere die Zielerreichungskontrollen über definierte Kennzahlen ermöglichen rasche und effiziente Korrekturmaßnahmen. Die Qualitätspolitik ist ein Führungsinstrument, hat Leitbildfunktion und dient vor allem der Standortsicherung unter Berücksichtigung einer optimalen medizinischen Versorgung. Parallel dazu muss aber veränderten Formen der Leistungsabrechnung, neuen Versorgungsmodellen sowie Änderungen der Arbeitszeiten Rechnung getragen werden.

Ziel der leitbildorientierten Arbeit ist die grundlegende Ausrichtung an übergeordneten Wertmaßstäben zum Wohle von Patienten und Mitarbeitern.

Zu den Aufgaben der Geschäftsführung gehören:

- Festlegung von Qualitätszielen in Zusammenarbeit mit den Führungskräften
- Festlegung der Qualitätspolitik
- Festlegung der Verantwortlichkeiten von Mitarbeitern in leitender, ausführender und prüfender Funktion
- Beurteilung der Wirksamkeit des QM- Systems
- Bereitstellung der erforderlichen und angemessenen Mittel

Grundsätze der Qualitätspolitik:

Patienten- und Kundenorientierung

Grundlage unseres Dienstleistungsverständnisses ist eine umfassende Patienten- und Kundenorientierung. Dabei verstehen wir neben unseren Patienten auch Angehörige, einweisende Ärzte und Kostenträger sowie alle weiteren Kooperationspartner als Kunden unseres Hauses.

Unsere Patienten in ihrer Individualität und mit ihren körperlichen und seelischen Bedürfnissen stehen im Mittelpunkt unseres Denkens und Handelns. Dabei wird die Persönlichkeit des Menschen von uns in seiner gesamten Lebensspanne erfasst und geachtet. An diesem Anspruch orientieren sich die Organisationsstrukturen und Arbeitsprozesse.

Verantwortung und Führung

Unsere Führungskräfte wissen um ihre Vorbildfunktion hinsichtlich der Ziele und des Leitbildes unseres Hauses.

Führung beinhaltet für uns, zukunftsorientiert und offen für Neues zu sein. Gegenseitige Wertschätzung bildet die Grundlage unserer Zusammenarbeit. Vorbildfunktion und kooperativer Führungsstil sind Aufgaben für jede Führungskraft.

Mitarbeiterorientierung und -beteiligung

Jeder Mitarbeiter ist ein wichtiger Teil des Unternehmens. Wir können unsere Aufgaben nur gemeinsam erfüllen, indem jeder seine Fähigkeiten einbringt, die Kompetenz des jeweils anderen wertschätzt und ihm dabei mit Respekt und Höflichkeit begegnet. Konflikte und Probleme werden offen angesprochen und in einem partnerschaftlichen Dialog gelöst.

Wir fördern die fachliche und persönliche Entwicklung der Mitarbeiter und beteiligen diese an Entscheidungs- und Gestaltungsprozessen.

Wirtschaftlichkeit

Zwischen einer qualitativ hochwertigen Medizin, Pflege und Technik und dem sparsamen Umgang mit Ressourcen sehen wir keinen Gegensatz.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unseres Klinikums sind sich ihrer hohen Verantwortung im Umgang mit Sachmitteln bewusst. Umweltschutz hat für uns sowohl intern als auch extern einen hohen Stellenwert.

Wirtschaftlichen Erfolg nutzen wir zur Weiterentwicklung unseres Hauses.

Prozessorientierung, Analyse und Optimierung der Behandlungsabläufe

Nach umfangreicher Analyse einzelner Behandlungsabläufe wurden für ausgewählte Fachabteilungen standardisierte Aufnahmeverfahren festgelegt.

Verfahrensregelungen, Standards und Leitlinien unterstützen die Konfiguration und Datenerhebung der einzelnen Prozesse.

Die einzelnen Behandlungsabläufe sind formell von der Leitung der Abteilung freigegeben und werden in regelmäßigen Abständen überprüft.

Zielorientierung und Flexibilität

Ziel aller Aktivitäten des Klinikums ist es, gemäß dem gesetzlichen Auftrag nach §12 SGB V für die Menschen der Stadt, der Region und auch darüber hinaus medizinische Dienstleistungen in Diagnostik, Therapie, Pflege und allgemeinem Service wirtschaftlich und in hoher Qualität, nach dem jeweiligen Stand wissenschaftlicher Erkenntnis, zu erbringen und den Wünschen bzw. Erfordernissen seiner Kunden gerecht zu werden.

Risikomanagement/Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern

Unser Ziel ist es, durch die Qualifizierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie durch Optimierung der Strukturen und Prozessabläufe Fehler zu vermeiden. Schwachstellen werden unter anderem durch Auswertung von Kennzahlen, internen und externen Audits analysiert und durch geeignete Maßnahmen behoben.

Risikorelevante Aspekte der klinischen Tätigkeit, ergänzt durch die Betrachtung der Arbeitsabläufe zurarbeitender Funktionsabteilungen, werden im Rahmen von regelmäßig aktualisierten Risikoanalysen herausgearbeitet.

Diese Aspekte wurden in die QM-Arbeit integriert und ausgewählte Prozesse für Korrekturmaßnahmen vorgeschlagen und weiterverfolgt.

Öffentlichkeitsarbeit

Öffentlichkeitsarbeit ist ein Bestandteil der Kommunikation der Klinikum Bad Hersfeld GmbH. Wir suchen den Dialog mit der Öffentlichkeit und den Medien. Öffentlichkeitsarbeit ist für die Klinikum Bad Hersfeld GmbH ein Instrument, um in der Öffentlichkeit um Vertrauen und Unterstützung zu werben.

Unsere Öffentlichkeitsarbeit wird kontinuierlich geplant und gut vorbereitet abgestimmt.

Wesentliche Aufgaben der PR-Arbeit der Klinikum Bad Hersfeld GmbH sind:

- Darstellung der Aufgaben und Leistungen und der Arbeit der Klinikum Bad Hersfeld GmbH
- Vermittlung relevanter Daten und Entwicklungen des Gesundheitswesens

Als Zielgruppen werden z. B. die Medien, die niedergelassenen Ärzte/Ärztinnen, die ambulanten Dienste, Alten- und Pflegeheime, die Kostenträger sowie die Bevölkerung oder Bevölkerungsgruppen definiert.

Fort- und Weiterbildung

Als Akademisches Lehrkrankenhaus sehen wir in der qualifizierten Aus-, Fort- und Weiterbildung für alle an der der Betreuung von kranken Menschen beteiligten Berufsgruppen eine wichtige Aufgabe für die Zukunft.

Die innerbetriebliche Fortbildung mit einem strukturierten Jahresplan richtet sich ausdrücklich an alle Berufsgruppen des Unternehmens, sowie interessierte Kollegen/innen anderer Einrichtungen.

Hierbei liegt ein besondere Fokus auf Auswahl von Themen, die berufsgruppenübergreifend vermittelt werden.

Leitbild des Krankenhauses

Ziel unseres Handelns ist die fachlich optimale und menschliche Versorgung unserer Patienten in einer freundlichen und offenen Atmosphäre. An diesem Anspruch orientieren sich die Organisationsstrukturen und Arbeitsprozesse.

Führung sehen wir als Verantwortung von Menschen für Menschen. Gegenseitige Wertschätzung ist die Grundlage unserer Zusammenarbeit. Vorbildfunktion und kooperativer Führungsstil sind Aufgaben für jede Führungskraft. Die Zufriedenheit des Mitarbeiters an seinem Arbeitsplatz sehen wir als Schlüssel zum Gesamterfolg.

Alle Berufsgruppen tragen gleichermaßen zum Unternehmenserfolg bei. Wir fördern die fachliche und persönliche Entwicklung der Mitarbeiter und beteiligen diese an Entscheidungs- und Gestaltungsprozessen.

Zwischen einer qualitativ hochwertigen Medizin, Pflege und Technik und dem sparsamen Umgang mit Ressourcen sehen wir keinen Gegensatz. Umweltschutz hat für uns sowohl intern als auch extern einen hohen Stellenwert. Wirtschaftlichen Erfolg nutzen wir zur Weiterentwicklung unseres Hauses.

Ständige Qualitätsverbesserung und Optimierung von Arbeitsabläufen halten wir für selbstverständlich. Hauptinstrument hierfür ist das umfassende Qualitätsmanagement (UQM).

Wir betreiben aktiv die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsdienstleistern und beteiligen uns am Dialog mit der Öffentlichkeit zur Gestaltung von Gesundheit, Kultur und Umweltschutz in der Region.

Als Akademisches LehrKlinikum sehen wir in der qualifizierten Aus-, Fort- und Weiterbildung für alle an der Betreuung von kranken Menschen beteiligten Berufsgruppen eine wichtige Aufgabe für die Zukunft.

D-2 Qualitätsziele

In jährlichen Zielkonferenzen werden die Qualitätsziele im Dialog mit allen Chefarzten und Abteilungsleitern festgelegt. Die Qualitätsziele orientieren sich grundsätzlich an der strategischen Ausrichtung des Klinikums im Einklang mit den allgemeinen und kommunalen Bedürfnissen. Die Geschäftsführung handelt im Einklang mit der Qualitätspolitik hinsichtlich der Qualitätsanforderungen, die sich aus Gesetzen, Verordnungen, Empfehlungen oder Leitlinien ergeben. Bezugnehmend auf anerkannte Grundsätze für ärztliche und pflegerische Behandlung wird das medizinische Spektrum angepasst oder ergänzt.

Für jedes Ziel werden konkrete Maßnahmen, Verantwortlichkeiten und Laufzeiten für die Umsetzung festgelegt.

Die Zielerreichungskontrolle gehört zum Aufgabenprofil der QMB. Diese geschieht über die Auswertung von Kennzahlen und Befragungen, sowie durch interne und externe Audits. Sämtliche Ergebnisse über abgeschlossene oder laufende Projekte werden der Geschäftsführung vorgelegt und ggf. als Beschlussvorlagen für die Betriebsleitungssitzung vorbereitet. Die QMB nehmen regelhaft, mindestens einmal monatlich an der Betriebsleitungssitzung teil.

- Auszug aus den Qualitätszielen:
- Kontinuierliche Verbesserung der Ergebnisqualität bei gleichzeitig verbesserter Effizienz und Effektivität der Behandlungsprozesse
- Umfassende Integration und Beteiligung aller Mitarbeiter an der Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen
- Strukturierung und Ausbau der Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen
- Optimierung der integrierten Versorgungsstruktur
- Kontinuierliche Anpassung des medizinischen und nicht- medizinischen Leistungsangebotes an den Bedarf von Patienten und externen Partnern

Umweltziele 2008

Abfallreduzierung

1a) Einsparung von Papier

Maßnahme:

Das Infoblatt für Telefon und Fernseher wird pro Jahr ca. 22.000-mal an Patienten verteilt. Durch eine Laminierung kann das Infoblatt mehrfach genutzt und Papier eingespart werden.

Umsetzungsstand:

wurde umgesetzt 06/2008

1b) Gebrauchte CD's werden gesammelt und dem Recycling zugeführt

Maßnahme: Gebrauchte CD's können nach einer chemischen Behandlung wiederbeschrieben werden. Neben dem Batteriesammler im UG wird auch ein Sammelbehälter für CD's aufgestellt.

Umsetzungsstand: wurde umgesetzt 01/2008

Verbesserte Abfallentsorgung

2) Speisereste werden nicht dem Sondermüll zur Verbrennung zugeführt

Maßnahme: Die Speisereste werden einer Biogasanlage zugeführt, ca. 100t pro Jahr

Umsetzungsstand: wurde umgesetzt 02/2008

Vermeidung und Reduzierung von indirekten Umweltauswirkungen

3) Umweltschäden durch Brände vermeiden

Maßnahme: Beschaffung eines Feuerlöschtrainers/Simulationsgerätes für die Schulung aller Mitarbeiter

Umsetzungsstand: wurde umgesetzt 03/2008

Ressourcenschonung

4a) Trinkwassereinsparung im Neubau des südl. Bettenhauses für 40 Toiletten

Maßnahme: WC's werden mit Regenwasser versorgt, Einsparung pro Jahr ca.46 cbm (40 Toiletten * 8 Liter * 4 Betätigungen * 360 Tage)

Umsetzungsstand: wurde umgesetzt 05/2008

4b) Einsparung von Heizenergie in allen Treppenhäusern

Maßnahme: In den Treppenhäusern werden fest eingestellte Thermostate installiert.

Umsetzungsstand: wurde umgesetzt 03/2008

4c) Einsparung von Elektroenergie bei den Kühleismaschinen

Maßnahme: In der Chirurgie wird nicht mehr mit Eiswürfeln, sondern mit Kühlbeuteln gekühlt, durch diese Umstellung der Geräte werden pro Jahr 1.440 kW Stunden Strom eingespart.

Umsetzungsstand: wurde umgesetzt 04/2008

4d) Einsparung von Elektroenergie durch den Einsatz von Kaffeemaschinen mit Thermoskannen. Dadurch wird ebenfalls die Brandgefahr durch Reduktion der in den alten Kaffeemaschinen integrierten Heizplatten gesenkt.

Maßnahme: Alle Kaffeemaschinen mit Heizplatte werden durch Maschinen mit Thermoskannen ersetzt. Einsparung pro Jahr ca. 200.000 kW (60 Stationen/Abteilungen*400W/Stunde*24 Stunden*360 Tage)

Umsetzungsstand: wurde umgesetzt 04/2008

4e) Einsparung von Elektroenergie zur Erzeugung von Lüftungskälte im südl. Bettenhaus auf den Etagen 1-6

Maßnahme: Installation einer neuen Lüftungsanlage für die Bettenstationen 1-6 im südl. Bettenhaus, die nach neuester Technik (Verdunstungskühlung) arbeitet. Herkömmliche Anlagen benötigen Elektroenergie zur Herstellung von Kälte. Eine Quantifizierung des Einsparpotentials ist nicht möglich.

Umsetzungsstand: wurde umgesetzt 04/2008

4f) Einsparen von Verdunstungswärme im Bewegungsbad

Maßnahme: Nutzung einer Schwimmbadabdeckung für die Nachtzeit

Umsetzungsstand: wurde umgesetzt 12/2007

Verschobene Umweltziele

5a) Einstellung des Verbrauchs von Salzsäure und Natriumlauge von insgesamt 10 Tonnen in der Wasseraufbereitungsanlage

Maßnahme: Einsetzen einer Osmose-Anlage

Umsetzungsstand: siehe Umweltprogramm 2009

5b) Wanderausstellung im Klinikum über Umweltmaßnahmen / Auswirkungen. Aktuelle Zahlen, Daten und Fakten können so der Öffentlichkeit dargestellt werden.

Maßnahme: In der Wanderausstellung soll dem Patienten, dem Besucher und dem Mitarbeiter vermittelt werden, welche Umweltauswirkungen vom Klinikum ausgehen (auch den Vergleich zu anderen Krankenhäusern darstellen).

Umsetzungsstand: siehe Umweltprogramm 2009

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Projektübersicht

Der Gedanke ein strukturiertes bereichs- und berufsgruppenübergreifendes Qualitätsmanagementsystem im Klinikum aufzubauen wurde schon viele Jahre, zunächst unabhängig von den Vorgaben laut SGB V § 137, aktiv verfolgt. Ein wesentlicher Schritt war die Implementierung eines Umwelt- und Sicherheitsmanagementsystems für das gesamte Haus, das sowohl die Kriterien nach EMAS (Öko- Audit- Verordnung) als auch die der internationalen Norm DIN ISO 14.001 erfüllt.

Das Klinikum Bad Hersfeld ist somit eines der ersten hessischen Krankenhäuser, die eine Öko- Audit- Zertifizierung für das Gesamthaus erfolgreich durchführten (Erstvalidierung im September 1999). Im September 2002 erfolgte die Revalidierung. Basierend auf diesen etablierten Strukturen wurde im März 2001 ein krankenhausumfassendes Konzept zur Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung eines umfassenden Qualitätsmanagement, erarbeitet.

Der bewusst praxisorientiert gewählte Ansatz nutzt Synergieeffekte aus dem EFQM- Modell und dem KTQ®- - Zertifizierungsverfahren.

Nach umfangreichen Schulungsmaßnahmen erstellten unsere Mitarbeiter Qualitätsberichte im Sinne einer Ist- Analyse. So kann die interne Situation bezüglich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in festgelegten Zeitabständen erfasst und bei den Maßnahmen für weitere Qualitätsentwicklung, berücksichtigt werden.

Aufbauschritte des Qualitätsmanagements

Startphase

In der Startphase (2 Monate) wurden mit der Benennung der QM- Projektleitung, personelle Verantwortlichkeiten sowie der inhaltliche und zeitliche Ablauf im Hinblick auf eine Zertifizierung festgelegt. Anschließend wurden alle Klinikmitarbeiter in diversen Gremien, Kommissionen und Veranstaltungen umfassend über die Inhalte und Ziele des QM- Projektes informiert.

Pilotphase

In der anschließenden Pilotphase (ca. 8-10 Monate) beantworteten speziell geschulte Mitarbeiter den umfangreichen Fragenkatalog (700 Fragen), bei dem Struktur- und Ablaufqualität der Klinik auf dem Prüfstand stehen. Sich hier ergebende Schwachstellen werden als Verbesserungsbedarf benannt und priorisiert. Für wichtige Schwachstellen werden in Qualitätsteams Lösungen erarbeitet, die auch in der QM- Managementdokumentation festgehalten werden.

Zertifizierungsphase

In der Zertifizierungsphase stehen die Vorbereitungen zur QM- Zertifizierung im Vordergrund. Mit der Qualifikation und aktiven Einbindung von ca. 70 Mitarbeitern in diverse Aufgabengebiete im QM- System wurde ein hoher Durchdringungsgrad bei den Mitarbeitern erreicht und das QM- Projekt berufsgruppenübergreifend im Haus verankert.

Kontinuierliche Weiterentwicklung des QM- Systems

Jährliche Zielkonferenzen, Qualitätsberichte, interne und externe Audits, regelmäßige Auswertung und Bewertung von Kennzahlen sichern die Kontinuität des Managementsystems. Rezertifizierungen sowie Befragungen werden in den vorgegebenen Zeitrahmen durchgeführt.

Die regelmäßige Überarbeitung der QM- Dokumentation unterstützt die Aktualität und Flexibilität der Prozessbeschreibungen und anderer Dokumente.

Aufgaben der Gremien im Qualitätsmanagement-System

Das QM- System hilft, Abläufe und Prozesse transparenter und optimaler zu gestalten. Eine eigens für das QM- System formulierte Geschäftsordnung regelt Strukturen, Verantwortlichkeiten und Aufgaben der hierfür erforderlichen QM- Gremien.

QM-Projektorganisation im Überblick

Geschäftsführung

Die Geschäftsführung legt im Dialog mit den Führungskräften die Qualitätspolitik für das Klinikum fest. Sie ist für die Einrichtung und Umsetzung des QM - Systems verantwortlich. Sie definiert Verantwortlichkeiten und Befugnisse von Mitarbeitern in leitender, ausführender und prüfender Funktion. Wichtige Instrumente sind hierbei jährliche Zielkonferenzen und die regelmäßigen Dialoge der QMB in den Betriebsleitungssitzungen.

Qualitätsmanagementbeauftragter (QMB)

Der QMB koordiniert interne Arbeitsschritte zur Pflege und Weiterentwicklung des QM-Systems und ist verantwortlich für Förderung und Aufrechterhaltung der QM-Dokumentation.

- * Erstellung der Qualitätsberichte
- * Selbstbewertungen
- * Überarbeitung und Aktualisierung des QM- Handbuchs
- * Entwicklung von QM-Zielen
- * Kommunikation der Befragungsergebnisse und ggf. Erarbeitung von Zielvereinbarungen
- * Unterstützung von Projekt- und Qualitätsteamarbeit
- * Bereitstellung von Information für die Mitarbeiter
- * Berichtswesen
- * Zusammenarbeit mit den QM- Abteilungen anderer Kliniken und Organisationen (Rettungsdienst)
- * QM- Schulungen
- * Öffentlichkeitsarbeit
- * Sammlung qualitätsrelevanter Daten

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Zielkonferenzen

Jährlich stattfindende Zielkonferenzen, an denen alle Führungskräfte teilnehmen, wählen qualitätsrelevante Maßnahmen/Projekte im Konsens aus.

Moderierte Qualitätsteams

Unsere Q-Teams können praxisnahe Lösungen erarbeiten, weil sie berufsgruppenübergreifend und fachkompetent zusammengesetzt werden. Q-Teams werden themenbezogen für einen vorgegebenen Zeitraum gebildet, um in ihren Tätigkeitsbereichen konkrete Lösungsvorschläge zu erarbeiten. Die Q-Teams werden dabei von Moderatoren aus dem Haus geleitet. Hierfür wurden zu Beginn der QM-Einführung 6 bis 8 Mitarbeiter speziell geschult. Die Q-Teams präsentieren ihre Lösungsvorschläge den QMB und der Betriebsleitung. Diese stimmt die Umsetzung ab.

QM- Dokumentation

Wichtiger Baustein für unser Qualitätsmanagement ist eine intranet-basierte QM- Dokumentation. Hier werden für alle Mitarbeiter/- innen die im Klinikalltag benötigten Dokumente, wie z. B. Pflegestandards, Leitlinien, Verfahrensregelungen zur Verfügung gestellt.

Patienten-, Mitarbeiter- und Einweiserbefragungen

Die Qualität der Arbeit des Klinikums und ihrer Ergebnisse zeigt sich natürlich ganz besonders in der Zufriedenheit von Patienten und ihren Angehörigen als auch von Mitarbeitern und Kooperationspartnern. Das Klinikum hat sich daher darauf festgelegt, regelmäßige Befragungen seiner Patienten, Mitarbeiter und einweisenden Ärzte durchzuführen. Diese Befragungen erfolgen anonym mittels Fragebogen und werden von einem unabhängigen Institut ausgewertet. Durch die Befragungen werden die Erfolge von Verbesserungskonzepten messbar gemacht, vor allem aber geben ihre Ergebnisse richtungsweisende Impulse für die weitere Verbesserung von Behandlungs- und Arbeitsprozessen im Klinikum.

Risk- Managementsystem

Im Rahmen eines Risikomanagementsystems wurden für nachfolgend genannte Abteilungen Risikoanalysen durchgeführt:

- Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin
- Abteilung für Allgemein- und Gefäßchirurgie
- Radiologie
- Zentrallabor
- Zentral- OP
- Apotheke

Die Ergebnisse dieser ausführlichen Analyse wurden in laufenden QM- Aktivitäten integriert.

Interne Audits finden routinemäßig in allen Abteilungen statt.

Externe Audits finden regelmäßig in folgenden Abteilungen statt:

- ZSVA
- Schlaganfall-Spezialstation (Stroke Unit)
- Häusliche Krankenpflege
- Alle Bereiche des Hauses im Rahmen des Umweltmanagementsystem

Kennzahlensystem (Beispiele)

- Keimstatistiken
- Komplikationsraten
- Sturzerhebung
- Dekubitusprävalenzstatistik
- Wartezeiten
- Interne Patiententransport- und Verzugszeiten
- Fallzahlen
- Ausfallstatistiken
- Notfallevaluation
- OP-Auslastung / Saalbelegung

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

1. Kundenorientierung

- Erstellung des gesetzlich geforderten Qualitätsberichts für 2008
- Verbesserung des Wundmanagements
 - Optimale Wundversorgung
 - Erstellung einer Wundfibel
 - Klar geregelte Verantwortlichkeiten
 - Korrekturmaßnahmen durch geeignete Kennzahlen
- AG Patientensicherheit / Patientenidentifikation
- Projekt "Apotheker auf Station"

2. Ergebnisorientierung nach definierten Kennzahlen

- 100%-ige Dokumentation aller Fälle im Bereich der externen Qualitätssicherung
- Evaluation Notfallmanagement
 - Rasche Reaktionsmöglichkeiten auf Schwachstellen durch Auswertung der Evaluationsbögen
- Senkung der Resistenzentwicklungen
 - Hilfestellung für empirische Therapie unter Berücksichtigung Keimsituation im Klinikum
 - Einfluss auf Resistenzentwicklung
 - Kostentransparenz

3. Prozessmanagement

- Einführung eines EDV-Systems in der Endoskopie
- Lauris (Labor-Stations-Kommunikation)
- Optimierung des Krankenhausinformationssystems
 - digitales Diktat
 - Arztbriefschreibung

4. Mitarbeiterentwicklung, -beteiligung

- AG Ärzteaquise
 - Angebote für Kinderbetreuung
 - Mentorensystem für neue Ärzte und PJ-Studenten
 - Erarbeitung von Anreizsystemen
 - Rotationssysteme durch umfassendes Angebot an Fachabteilungen mit Fort- und Weiterbildung

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Das Klinikum hat im Berichtszeitraum folgende Instrumente zur Bewertung von Qualitätsmanagement eingesetzt:

EFQM- Assessment

Da bereits der 1. Qualitätsbericht des Klinikums Bad Hersfeld (2001) nach den Vorgaben von EFQM, ergänzt durch die Inhalte der KTQ® - Pilotphase, verfasst wurde, entschied die Klinikumsleitung, sich zeitnah einer externen Bewertung nach EFQM, zu unterziehen.

Die im Assessmentreport aufgeführten Verbesserungspotentiale wurden im Rahmen einer Zielkonferenz diskutiert und erste Qualitätsprojekte abgeleitet.

Selbstbewertungen und Zertifizierung nach KTQ®

Das Klinikum hat sich entschieden, ein umfassendes QM- System einzuführen, das das Anforderungsprofil von KTQ® erfüllt. KTQ® steht für "Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen" und ist Zertifizierungssystem, welches sich an den Organisationsstrukturen von Kliniken orientiert und den gesamten Behandlungsablauf der Patienten in seiner Vielfältigkeit erfasst. Das Klinikum wurde im Januar 2004 nach KTQ zertifiziert, 2006 erfolgte eine Rezertifizierung und die Re-Rezertifizierung ist für Nov./Dez. 2009 vorgesehen.

DIN ISO 9001:2000

- " Zertifizierung der Zentralen Sterilgutaufbereitung
Im Rahmen der kontinuierlichen Weiterentwicklung des Klinikums wurde die Abteilung Zentrale Sterilgutaufbereitung im Jahr 2003 nach DIN ISO zertifiziert. Die 1. Rezertifizierung erfolgte 2005, die Zweite ist für Januar 2010 geplant.
- " Zertifizierung der Häuslichen Krankenpflege
Im Jahr 2007 wurde die Häusliche Krankenpflege nach DIN ISO zertifiziert. Die Rezertifizierung erfolgt im Jahr 2010.

Zertifizierung der Stroke Unit

Im Oktober 2007 wurde die Stroke Unit (Schlaganfall-Station) nach dem QM-/QS-Verfahren der Deutschen Schlaganfallgesellschaft zertifiziert. In diesem Verfahren werden die Strukturqualitätskriterien (z.B. 24-h-Anwesenheit eines Neurologen, Ausstattung mit kontinuierlichem Monitoring Herzrhythmus, Temperatur, RR und Sauerstoff, 24-h-CT-Bereitschaft, etc.) und auch Prozessqualitätskriterien (z.B. leitliniengerechte Diagnostik- und Behandlungsstandards) systematisch geprüft, um den Qualitätsstandard dauerhaft darzustellen, zu sichern und kontinuierlich anzuheben. Die Rezertifizierung erfolgt im Jahr 2010.

Qualitätssiegel Geriatrie

Für das Jahr 2009 ist die Zertifizierung des Zentrums für klinische Geriatrie nach dem "Qualitätssiegel Geriatrie" geplant. Damit soll die Qualität in der Einrichtung gesichert bzw. mittelfristig weiter angehoben werden.

Geregeltes Umweltmanagementsystem (Öko-Audit)

Im erweiterten Rahmen des Gesundheitsschutzes gebührt dem Umweltschutz ein hoher Stellenwert. Aus diesem Grund haben wir schon 1999 mit dem Aufbau eines Umweltmanagementsystems begonnen und lassen es im vorgeschriebenen Zeitintervall von drei Jahren vom Umweltgutachter nach EMAS (Eco-Management and Audit Scheme) zertifizieren. Ein von der Klinikumsleitung benannter Umweltmanagementbeauftragter koordiniert die Aktivitäten des Umweltmanagementsystems. (Link Umwelterklärung)

Managementbewertung

Neben der Selbst- und Fremdbewertung und der Erstellung eines Qualitätsberichts erfolgt eine regelmäßige Durchführung von Bewertungen durch die Führungsgremien der Einrichtung, um die fortdauernde Eignung, Angemessenheit und Wirksamkeit des QM- Systems sicherzustellen. Im Rahmen der Managementbewertungen durch die QM- Projektleitung / QM- Kommission wird auch die Erreichung der jeweils gesetzten Qualitätsziele überprüft und die Ziele für die zukünftige Arbeit im QM- System nach aktuellen Gegebenheiten priorisiert.