



KTQ - QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 5.0 für Krankenhäuser

Krankenhaus: Knappschaftskrankenhaus Püttlingen

Institutionskennzeichen: 261000466

Anschrift: In der Humes 35
66346 Püttlingen

Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer: 2010 – 0044 K
durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle:

QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH

Gültig vom: 01.07.2010
bis: 30.06.2013

Inhaltsverzeichnis

| | |
|----------------------------------------------------|----|
| Vorwort der KTQ® | 3 |
| Einleitung | 5 |
| 1 Patientenorientierung im Krankenhaus..... | 7 |
| 2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung | 12 |
| 3 Sicherheit im Krankenhaus | 15 |
| 4 Informationswesen..... | 18 |
| 5 Krankenhausführung..... | 20 |
| 6 Qualitätsmanagement..... | 23 |

Vorwort der KTQ®

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

Gesellschafter der KTQ® sind die Bundesärztekammer (BÄK), die Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Deutsche Pflegerat (DPR), der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e.V. (HB) und die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹. Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

Die Verfahrensinhalte, insbesondere der KTQ-Katalog, wurde hierarchie-, und berufsgruppenübergreifend in konstruktiver Zusammenarbeit zwischen der KTQ-GmbH und Praktikern aus dem Gesundheitswesen entwickelt und erprobt. Im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden die Kataloge entsprechend weiterentwickelt.

Mit dem freiwilligen Zertifizierungsverfahren und dem damit verbundenen KTQ-Qualitätsbericht bietet die KTQ® somit Instrumente an, die die Sicherung und stetige Verbesserung der Qualität in Einrichtungen des Gesundheitswesens für die Öffentlichkeit darstellen

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen, von Praktikern entwickelten Kriterien, die sich auf die Patientenorientierung, die Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit, das Informationswesen, die Krankenhausführung und das Qualitätsmanagement der Einrichtung beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes Visitorteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

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

¹ zu diesen zählen: Verband der Ersatzkassen e. V., AOK-Bundesverband, BKK-Bundesverband, IKK-Bundesverband, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Die Knappschaft
QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH ■ Postfach 24 09 ■ 49014 Osnabrück

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 72 Kriterien des KTQ-Kataloges 5.0. 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 aufwendige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass **das Knappschafts Krankenhaus Püttlingen** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen - einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter www.ktq.de abrufbar.

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Verbände der Kranken- und
Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Dr. med. M. Vogt

Für den Hartmannbund

Einleitung

Dieser Qualitätsbericht gibt Ihnen einen aktuellen Überblick über das Leistungsspektrum und die Behandlungsschwerpunkte im Knappschaftskrankenhaus Püttlingen.



Träger des Knappschaftskrankenhauses Püttlingen ist die Knappschaft Bahn See (KBS).

Neben den Grund- und Regelversorgungsleistungen beinhaltet das Leistungsspektrum des Hauses ein zertifiziertes Schlaganfallzentrum (Stroke Unit), ein zertifiziertes Brustzentrum, eine Klinik für Rheumatologie sowie die Deutsche Klinik für Naturheilkunde und Präventivmedizin. Das Haus verfügt über 393 Betten in insgesamt acht Fachabteilungen.

Als medizinisches Kompetenzzentrum aber auch als Ausbildungsträger ist das Krankenhaus Püttlingen akademisches Lehrkrankenhaus der Universität des Saarlandes. Regler Kontakt zur Forschung sowie die aktuelle und hochwertige apparative Ausstattung ermöglicht die Durchführung aufwendiger Diagnose- und Behandlungsverfahren und damit eine optimale Versorgung unserer Patienten.

Mit über 800 Mitarbeitern ist das Knappschaftskrankenhaus Püttlingen nicht nur ein wichtiger Anbieter medizinischer Leistungen sondern auch ein großer Arbeitgeber in der Region. In der angegliederten Krankenpflegeschule stehen 65 Ausbildungsplätze zur Verfügung.

Eine intensive praxisbezogene und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit sowie ein ständiger Erfahrungsaustausch bestehen mit niedergelassenen Ärzten. Das knappschaftseigene Netz der integrierten Versorgung (Prosper) hat sich bewährt und wurde weiter ausgebaut, um unseren Patienten effizient und schnell helfen zu können.

Als Krankenhaus der Schwerpunktversorgung nimmt das Knappschafts-Krankenhaus Püttlingen überregional Aufgaben wahr, unter anderem im Bereich Gefäßchirurgie. Das Gefäßzentrum zählt zu den ersten der in Deutschland zertifizierten Zentren dieser Art.

Das Krankenhaus Püttlingen führt über die gesetzliche Verpflichtung hinaus freiwillige Maßnahmen zur Qualitätsbewertung durch, unter anderem eine standardisierte Erhebung zu Brustkrebs-erkrankungen, die Qualitätssicherung Schlaganfall Rheinland Pfalz/Saarland und ein Qualitätssicherungsverfahren zur Schmerztherapie. Die Innere Medizin, die Gefäßchirurgie und die Radiologie nehmen ebenfalls an Qualitätssicherungsprogrammen teil. Auf den Dialog mit unseren Patienten und externen Leistungserbringern legen wir großen Wert. Deshalb führen wir regelmäßig Befragungen durch, um entsprechende Parameter zu ermitteln.

Das Qualitätsmanagement sorgt anhand dieser Kennzahlen für eine systematische Koordination und Weiterentwicklung aller Aktivitäten zur Qualitätsverbesserung. Diese Zielsetzung entspricht dem Leitbild und den Grundsätzen für Führung und Zusammenarbeit der knappschaftlichen Eigenbetriebe. Bereits im Jahr 2000 hat der Träger in Absprache mit den Betriebsleitungen der Knappschafts-Krankenhäuser ein Rahmenkonzept zur Einführung eines umfassenden Qualitätsmanagements verabschiedet. Im Jahr 2004 wurde das Krankenhaus Püttlingen für seine Qualitätsbemühungen ausgezeichnet und KTQ-Rezertifiziert .

Seitdem wurden weitere Maßnahmen zur Qualitätssicherung durchgeführt. Hierzu zählen insbesondere die verbesserte integrierte Versorgung sowie die Weiterentwicklung klinischer und sektorübergreifender Behandlungspfade. Im Jahr 2007 wird unter anderem eine Abteilung für Schmerztherapie und Palliativmedizin mit neun Planbetten etabliert.

Die KTQ-Kriterien beschrieben von Knappschaftskrankenhaus Püttlingen (261000466) 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.

Zur patientenorientierten Vorbereitung der stationären Behandlung wurde 2008 ein Bettenmanagement etabliert. Ziel dieser zentralen Anlaufstelle für Hausärzte und Patienten ist es, die Koordination der stationären Aufnahme zu verbessern. Zwei geschulte Bettenmanagerinnen sind eingesetzt, um mit diesem Service auch die Kommunikation zwischen der Klinik und den niedergelassenen Ärzten zu verbessern. Über den Internetzugang "www.krankenhaus-puettingen.de" können sich Interessierte über unsere Kliniken, spezielle Behandlungen und Serviceleistungen informieren.

1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

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

Bereits im Eingangsbereich werden alle Fachabteilungen und deren Chefärzte, die Ambulanzen und Stationen auf Übersichtstafeln ausgewiesen. Durch die von 08:00 bis 18:00 Uhr besetzte Information erhalten Patienten, Angehörige und Besucher notwendige Informationen. Hier werden auch Rollstühle und Gepäckhilfen vorgehalten. Eine Patientenbegleitung steht bei Bedarf zur Verfügung. Die Betreuung ausländischer Patienten und Besucher ist durch unsere Mitarbeiter sichergestellt, die falls notwendig, auch übersetzen. Unsere Klinik ist behindertengerecht ausgestattet.

1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

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

Die Einbestellung der Patienten orientiert sich an den festgelegten Aufnahmezeiten der jeweiligen Fachabteilung. In der administrativen Aufnahme ist die Reihenfolge des Patientenaufrufs durch ein Nummernsystem geregelt. Hier werden die Patienten über die Unterbringung, Wahlleistungen, Telefon, Fernsehen, wichtige Abläufe, das Entlassungsprocedere und das Beschwerdemanagement informiert. Eine Begleitung zur Station wird bei Bedarf organisiert. In allen Wartebereichen werden Mineralwasser und Zeitschriften kostenlos angeboten. Informationsmaterial liegt aus.

1.1.4 Ambulante Patientenversorgung

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

In den Institutsambulanzen werden ambulante, vor- und nachstationäre Termine koordiniert geplant. Es werden elektronische Terminkalender geführt, mit denen Patienten gestaffelt einbestellt werden. Die Ambulanzen sind während des Tagdienstes mit einem Ober-/Facharzt besetzt, der für die Notfallversorgung verantwortlich ist. Eine Rücksprache mit dem zuständigen Oberarzt ist jederzeit möglich. Notfallpatienten werden unmittelbar ärztlich untersucht, entsprechend therapiert und aufgeklärt. Medizinisch notwendige Diagnostik steht rund um die Uhr zur Verfügung.

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.

Die Ersteinschätzung des Patienten erfolgt in der Ambulanz der jeweiligen Fachabteilung. Patientenfragen werden bei der ärztlichen und pflegerischen Aufnahme besprochen. Dabei wird auch die medizinische Vorgeschichte, der aktuelle Zustand und die Art der bestehenden Beschwerden geklärt. Es wird eine körperliche Untersuchung durchgeführt, eine erste Diagnose gestellt und das weitere Vorgehen besprochen. Wünsche der Patienten werden berücksichtigt, Fragen werden verständlich beantwortet. Auf Wunsch des Patienten werden Angehörige in die Besprechungen einbezogen.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

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

Im Rahmen des Versorgungskonzepts Prosper werden wichtige Daten zwischen den niedergelassenen Ärzten und der Klinik ausgetauscht. Untersuchungsergebnisse, die Patienten von Haus- oder Fachärzten mitbringen, werden berücksichtigt. Um Doppeluntersuchungen möglichst zu vermeiden werden bei geplanten Aufnahmen externe Befunde von den Bettenmanagerinnen beim Hausarzt angefordert. Eine schriftliche Anweisung zur Nutzung von Vorbefunden ist erstellt. Bei Notfällen werden Befunde per Fax angefordert. Alle Befunde, Röntgenbilder und Laborwerte sind über die EDV abrufbar.

1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

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

Ein Behandlungsplan wird für jeden Patienten von dem aufnehmenden Arzt festgelegt. Dieser entscheidet mit dem Patienten, ggf. in Rücksprache mit einem Facharzt auf Basis des vorliegenden Krankheitsbildes sowie der vorhandenen Leitlinien und Standards über die Dringlichkeit der Diagnostik und Therapie. Klinische Pfade geben den Behandlungsprozess für bestimmte Krankheitsbilder vor. Der Plan wird bei den täglichen Visiten vom behandelnden Arzt überprüft und wenn nötig angepasst. Bei Bedarf werden weitere Fachkräfte hinzugezogen (Physio-, Ergotherapie, Palliativteam).

1.2.4 Integration der Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Nach der Befunderhebung wird der Patient über sein Krankheitsbild und den Therapieplan vom behandelnden Arzt informiert. Dabei werden notwendige diagnostische Schritte erklärt und wenn nötig, durch Aufklärungsbögen schriftlich aufgeklärt. Verhaltensmaßnahmen werden besprochen und ggf. Informationsbroschüren ausgehändigt. Rückfragen können z.B. während der Visiten geklärt werden. Bei weiterem Gesprächsbedarf stehen die Stationsärzte nach vorheriger Terminvereinbarung zur Verfügung. Der Einbezug anderer Berufsgruppen ist bei Bedarf und auf Wunsch möglich.

1.3 Durchführung der Patientenversorgung

Die Behandlung und Pflege jedes Patienten erfolgt in koordinierter Weise gemäß multiprofessioneller 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.

In allen Abteilungen erfolgt die Behandlung nach den Richtlinien der Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und den Leitlinien der fachspezifischen Deutschen Gesellschaften. Für die häufigsten Diagnosen werden von den meisten Fachabteilungen klinische Behandlungspfade genutzt. Pflegestandards orientieren sich an nationalen Expertenstandards. Der Facharztstandard ist rund um die Uhr gewährleistet. Eine adäquate Schmerztherapie wird durch eine eigene Abteilung sichergestellt. Das Gefäß- und Brustzentrum sind neben dem Darmzentrum zertifizierte Fachzentren.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

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

Ziel ist es, die medizinische Behandlung und die pflegerische Betreuung der Patienten nach den aktuellen Leitlinien und Expertenstandards der Fachgesellschaften zu gewährleisten. Jeder Arzt hat über das Internet Zugriff auf die Leitlinien. Bei der Entwicklung klinischer Behandlungspfade dienen diese als Grundlage. Die Mitarbeiter der Pflege orientieren sich an den Expertenstandards. Auch für seltenere Eingriffe sind Behandlungsstandards hinterlegt. Für Erkrankungen wie Bluthochdruck wurden Leitlinien zur medikamentösen Versorgung erarbeitet und umgesetzt.

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 Patientenaufklärung durch den Arzt erfolgt geschützt im Arzt- oder Untersuchungszimmer. Für die häufigsten Eingriffe und Untersuchungen liegen mehrsprachige Aufklärungsbögen vor. Die Besuchszeiten auf den Stationen sind patientenorientiert geregelt. In der Geburtshilfe bieten wir individuelle Weck- und Frühstückszeiten an. Alle Mitarbeiter tragen Namensschilder und stellen sich bei Erstkontakt vor. Schulungen und Beratungen für Patienten und deren Angehörige bieten wir an. Über alternative Verfahren klären wir auf, eine Zweitmeinung kann vermittelt werden.

1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

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

Der Patient hat die Möglichkeit zwischen drei Menüs zu wählen. Eine individuelle Zusammenstellung des Essens ist möglich. Regionale Gerichte werden angeboten. Kulturelle und religiöse Essenwünsche werden berücksichtigt. Wunschkost wird ermöglicht. Zu religiösen Feiertagen wird ein spezieller Speiseplan angeboten. In der Geburtshilfe wird ein Frühstücksbuffet offeriert. Individuelle Diätpläne werden in Abstimmung mit der Diätassistentin erstellt. Schulungen, zum Beispiel nach einer Kostumstellung sowie Einzelberatungen, werden durchgeführt.

1.3.5 Koordinierung der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Die Koordination der Patientenbehandlung wird durch eine moderne Informationstechnologie unterstützt. Aufträge zur Durchführung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen können in der EDV auf Dringlichkeit gekennzeichnet werden. Die Untersuchungsergebnisse stehen den Berechtigten ohne Zeitverzug digital zur Verfügung. In dringenden Fällen werden die Ergebnisse telefonisch mitgeteilt. Eilige Blutuntersuchungen sind durch eine spezielle Markierung gekennzeichnet. Vor geplanten Eingriffen erfolgt die notwendige Diagnostik an vorstationären Terminen.

1.3.6 Koordinierung der Behandlung: OP-Koordination

Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.

Eine Verfahrensanweisung regelt die OP-Organisation. Die OP-Planung wird von der jeweiligen Fachdisziplin erstellt. Notfälle werden in das laufende Programm eingebunden und im nächsten frei werdenden Saal operiert. Standards zur präoperativen Vorbereitung sind auf allen Stationen vorhanden. Für ambulante Patienten sind zusätzliche Standards erarbeitet. Operationsteams aller Fachabteilungen befinden sich ständig im Haus.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

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

Unser Ziel ist es, durch eine gute Zusammenarbeit aller Fach- und Funktionsbereiche einen reibungslosen Behandlungsablauf sicher zu stellen. Die interdisziplinäre Vernetzung der Patientenversorgung spiegelt sich u.a. in unseren zertifizierten Zentren wieder und ist auch durch ein koordiniertes Konsiliarwesen geregelt. In die Frühbesprechungen sind verschiedene Berufsgruppen involviert. Die Übergaben auf den Stationen finden regelmäßig berufsübergreifend statt. Tägliche Visiten, die bei Bedarf erweitert werden, fördern die interdisziplinäre Zusammenarbeit.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

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

Für Patienten wird wochentags mindestens einmal täglich eine Visite gemeinsam mit Ärzten und dem Pflegepersonal durchgeführt. Wöchentlich findet eine Chefarzt- und mehrmals in der Woche eine Oberarztvisite statt. Bei Bedarf werden weitere Berufsgruppen hinzugezogen. Im intensivmedizinischen Bereich werden mehrmals täglich Visiten mit Fach- und Oberärzten abgehalten. Die Visitenzeiten werden den Patienten durch den Pflegedienst mitgeteilt und sind einer Patientenbroschüre zu entnehmen. Patienten werden in die Visiten einbezogen und ermutigt, Fragen zu stellen.

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.

Der Arzt informiert den Patienten mindestens 24 Stunden vorher über seine geplante Entlassung. Die Weiterversorgung wird durch unsere Entlassungsmanagerinnen organisiert. Es wird ein Entlassungsgespräch, in dem auch pflegerische Besonderheiten besprochen werden, geführt und dokumentiert. Der Patient erhält einen Entlassungsbrief, Kopien von Befunden, einen Medikamentenplan und ggf. einen Wiedervorstellungstermin für die jeweilige Ambulanz. Bei pflegebedürftigen Patienten wird im Vorfeld ein Pflegeüberleitungsbogen an die weiterversorgende Einrichtung gefaxt.

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.

Bei krankenhauserinterner Verlegung des Patienten stehen dem Arzt der aufnehmenden Abteilung die notwendigen Unterlagen elektronisch zur Verfügung. Bei externer Verlegung wird ein Entlassungsbrief und bei Bedarf ein Pflegeüberleitungsbogen erstellt. Wichtige Befunde werden in Kopie beigelegt. Die Unterlagen werden dem Patienten bzw. dem Begleitpersonal mitgegeben. Wird der Patient in häusliche Pflege entlassen, werden die Angehörigen über die erforderlichen Maßnahmen informiert. Die Zufriedenheit der Informationen zur Weiterbehandlung wird regelmäßig überprüft.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

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

Schon während der stationären Behandlung wird durch die Entlassmanager bei absehbarem Nachbetreuungsbedarf Kontakt mit weiterbetreuenden Einrichtungen aufgenommen. Der Stationsarzt informiert über den geplanten Zeitpunkt der Verlegung. In Absprache mit dem Patienten werden die Angehörigen und die weiterbehandelnde Einrichtung benachrichtigt. Allgemeine und pflegerelevante Informationen über den Patienten werden der weiterbetreuenden Einrichtung vorab telefonisch mitgeteilt. Auch in unseren Institutsambulanzen werden Nachbetreuungskonzepte angeboten.

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.

Durch den Träger, die Knappschaft Bahn See, wird jährlich ein Stellenplan für unser Haus erstellt. Grundlage dafür sind die Stellen des Vorjahres. Der Stellenplan wird jährlich aktualisiert. Die Personalplanungen für die Abteilungen werden mit der Betriebsleitung, den Abteilungsleitern und dem Personalleiter besprochen. Planungsgrundlagen sind bereichsbezogene Leistungsdokumentationen und andere einschlägige Kennzahlen. Bei unterjährigen Veränderungen oder dringenden Personaländerungen wird der Bedarf gezielt ermittelt. Personalausfallzeiten werden erhoben.

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.

Ziel ist es, qualifiziertes Personal für aktuelle und zukünftige Bedarfe zu akquirieren und zu sichern. Im Rahmen der Personalentwicklung werden in verschiedenen Abteilungen Mitarbeitergespräche geführt. Diese werden sukzessive auf alle Bereiche ausgeweitet. Trägerweit werden die Mitarbeiter nach geregelten Beurteilungsrichtlinien bewertet. Fachweiterbildungen werden insbesondere bei Änderungen des Leistungsspektrums einer Abteilung ermöglicht und gefördert. Seminare für die Führungskräfte werden durch den Träger regelmäßig angeboten und wahrgenommen.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

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

Ein Organigramm stellt die Aufbauorganisation unseres Hauses dar. Neue Mitarbeiter werden über die Organisationsstruktur durch den Einarbeitungsordner informiert. Für die einzelnen Berufsgruppen sind Stellenbeschreibungen erstellt. Diese werden regelmäßig aktualisiert. Ernennungen erfolgen unter Angabe der Führungskompetenzen. Je nach Berufsgruppen sind entsprechende Weiterbildungen Voraussetzung. Dazu nehmen die Mitarbeiter an internen oder externen Fachweiterbildungen teil. Alle Mitarbeiter verfügen über die für ihre Arbeit notwendige Qualifikation.

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.

Im Rahmen der Personalentwicklung findet eine Qualifizierung der Mitarbeiter durch regelmäßige Fortbildungen statt. Ärzte nehmen an fachspezifischen Weiterbildungen teil. Diese orientieren sich am Bedarf der Fachabteilung, an der Einführung neuer Methoden und an gesetzlichen Vorgaben. Eine Mitarbeiterin der Pflegedirektion plant, organisiert und dokumentiert alle internen Fortbildungen für den Pflegedienst. Berufsgruppenübergreifende Fortbildungen werden angeboten. Weiterbildungsangebote des Trägers werden regelmäßig von weiteren Berufsgruppen genutzt.

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Der finanzielle Rahmen von Fort- und Weiterbildungen orientiert sich am Bedarf der Klinik. Kosten werden übernommen, wenn die Fortbildung auf Veranlassung des Arbeitgebers erfolgt. Im Regelfall wird Arbeitsbefreiung unter Fortzahlung des Entgelts bis zu fünf Arbeitstagen jährlich und in besonderen Fällen auch darüber hinaus gewährt. Im ärztlichen Bereich ist die Kostenübernahme für bestimmte Kurse (z.B. Strahlenschutz) festgelegt. Bei anderen Fortbildungen wird die Finanzierung durch den Verwaltungsdirektor in Absprache mit den Führungskräften entschieden.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

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

Das Krankenhaus verfügt über mehrere Räumlichkeiten, die für interne Fortbildungen genutzt werden können. Dazu gehört ein EDV-Schulungsraum, in dem 10 Computerplätze zu Übungszwecken vorgehalten werden. Weiterbildungsmedien wie Moderatorenkoffer, Flipcharts, Beamer, Fernseher, Video, Kameras stehen zur Verfügung. Für die Mitarbeiter besteht in allen Fachbereichen Zugang zum Internet. Das Intranet ist an den meisten Arbeitsplätzen aufrufbar. In einigen Abteilungen sind Bibliotheken eingerichtet. Ein breites Angebot an Fachzeitschriften wird vorgehalten.

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.

Unserem Haus ist eine Krankenpflegeschule mit 66 Ausbildungsplätzen angegliedert. Der Theorie-Praxis-Bezug wird durch fundierten theoretischen Unterricht und durch persönliche Anleitung der Lernenden während der Praxiseinsätze sichergestellt. Dazu sind Praxisanleiter ausgebildet. Jeder Schüler erhält einen Ordner mit verschiedenen Dokumenten und einen Lernzielkatalog, der allgemeine und abteilungsspezifische Lernangebote enthält. Zur Ermittlung des Leistungsstandes werden in der Ausbildung regelmäßig schriftliche und mündliche Prüfungen durchgeführt.

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.

Das Krankenhaus verfügt über ein berufsgruppenübergreifend erstelltes Leitbild mit schriftlich verfassten Grundsätzen zur Führung und Zusammenarbeit. Darin werden ausdrücklich ein "partnerschaftlicher Umgang" und ein "offener Dialog" gefordert. Die Führungsgrundsätze gelten für alle Hierarchieebenen des Hauses. Den Abteilungsleitern werden Seminare zur Führung von Mitarbeitern angeboten. Bei der Besetzung von Projekt- und Arbeitsgruppen werden Mitarbeiter aller Hierarchieebenen und Bereiche einbezogen. Beurteilungsgespräche werden mit Mitarbeitern geführt.

2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Durch eine flexible Arbeitszeitgestaltung berücksichtigen wir die Bedürfnisse unserer Mitarbeiter. Es existieren verschiedene Arbeitszeitregelungen die sicherstellen, dass in allen Bereichen eine optimale Patientenversorgung stattfindet. Teilzeitwünsche werden gewährt. Dienst- und Urlaubspläne werden in Abstimmung mit den Mitarbeitern erstellt. In vielen Bereichen erfolgt die Arbeitzeiterfassung über ein Dienstplanprogramm. Mehrarbeit wird dokumentiert und abgegolten. Neue Arbeitszeitmodelle werden gemeinsam mit den Mitarbeitern entwickelt und umgesetzt.

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Neue Mitarbeiter erhalten einen Einarbeitungsordner, der Informationen zur Organisation enthält und alle Fachabteilungen vorstellt. Zusätzlich enthält der Ordner das Leitbild sowie einen Lage- und Orientierungsplan des Hauses. Für alle neuen Mitarbeiter wird quartalsweise eine Einführungsveranstaltung berufsgruppenübergreifend durchgeführt. Ein Rundgang durch das Haus sowie ein gemeinsames Mittagessen stärkt die Integration der neuen Kollegen. Vor Ablauf der Probezeit wird mit jedem Mitarbeiter ein Feedback- oder ein Beurteilungsgespräch geführt.

2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

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

Ein Betrieblichen Vorschlagswesens (BVW) ist seit 2007 eingeführt. In einer Dienstvereinbarung wurden Grundsätze, Verfahrensabläufe und Verantwortlichkeiten festgelegt. Die Vordrucke zum BVW sind im Intranet hinterlegt. Alle Vorschläge werden von einer Beauftragten für das BVW gesichtet, anonymisiert und einem Ausschuss zur Bewertung vorgelegt. Umgesetzte Ideen werden prämiert. Mitarbeiteranregungen und -beschwerden werden zudem in regelmäßigen Teamsitzungen besprochen. Darüber hinaus können Beschwerden mit benannten Vertrauenspersonen besprochen werden.

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.

In unserem Haus ist ein Arbeitssicherheitsausschuss eingerichtet, der regelmäßig Sicherheitsaspekte prüft, bewertet und bei Bedarf Verbesserungsmaßnahmen beschließt. Es werden regelmäßige Begehungen durchgeführt. Für alle arbeitsschutzrelevanten Bereiche liegen Geschäftsordnungen, Benennungsnachweise und Betriebsanweisungen vor. Gefahrstoffbeauftragte und Strahlenschutzbeauftragte sichern in den Fachbereichen die gesetzlichen Vorgaben. Gefährdungsbeurteilungen sind erstellt. Die Mitarbeiter werden durch jährliche Unterweisungen geschult.

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Die Betriebsleitung hat zur Wahrnehmung der Verpflichtungen im Brandschutz mehrere Brandschutzbeauftragte benannt. Die Aufgaben und Zuständigkeiten sind in der Brandschutzordnung und im Alarm- und Einsatzplan als Dienstanweisung hinterlegt. Das Krankenhaus ist mit Flucht- und Rettungswegeplänen ausgestattet, die regelmäßig aktualisiert werden und mit den zuständigen Behörden abgestimmt sind. Regelmäßig und bei Bedarf werden Brandschutzbegehungen und Brandschutzübungen mit der Feuerwehr durchgeführt. Schulungen für Mitarbeiter werden jährlich angeboten.

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.

Unser Krankenhaus ist in den Katastrophenschutzplan des Landes eingebunden. Die internen Meldewege sind in der hauseigenen Brand- und Katastrophenschutzordnung geregelt. Der Plan wird regelmäßig aktualisiert und liegt jeder Abteilung vor. Checklisten für das Verhalten im Brand- und Katastrophenfall sowie bei Bombendrohungen liegen den Telefonisten vor. Schulungen zum Brandschutz werden jährlich durch die Feuerwehr und den Brandschutzbeauftragten durchgeführt und anhand von Teilnehmerlisten dokumentiert. Evakuierungs- und Feuerwehrübungen finden regelmäßig statt.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Das medizinische Notfallmanagement ist in unserem Krankenhaus standardisiert geregelt. Die zentrale Notrufnummer ist allen Mitarbeitern bekannt. Bei Alarmierung begibt sich das Notfallteam mit entsprechender Ausrüstung zum Ort der Reanimation. Bis zum Eintreffen dieses Teams beginnen geschulte Mitarbeiter mit der Erstversorgung. Es finden regelmäßig hausinterne Notfallschulungen mit praktischen Übungen statt. Ein Notfallkonzept ist auf allen Stationen umgesetzt. Die Notfallausrüstungen werden regelmäßig dokumentiert überprüft.

3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

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

Um für Patienten eine sichere Umgebung zu gewährleisten werden sie durch vielfältige Maßnahmen geschützt, zum Beispiel durch Entfernung gefährdender Gegenstände. Betreuungsintensive Patienten werden nahe des Stationsstützpunktes untergebracht. Bei Bedarf werden sie zu diagnostischen Maßnahmen begleitet. Im Neugeborenenzimmer sind eine Alarmanlage und eine Videoüberwachung installiert. Alle Baumaßnahmen werden im Hinblick auf die Patientensicherheit überprüft. So sind die Fenster in den Patientenzimmern und Aufenthaltsräumen nur in Kippstellung zu öffnen.

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

Die Belange der Hygiene werden hausintern durch eine Kommission geregelt. Sitzungen finden zweimal jährlich statt und werden protokolliert. Den Vorsitz hat der Ärztliche Direktor in seiner Funktion als hygieneverantwortlicher Arzt. Weiter sind für Fragen zur Hygiene ein hygienebeauftragter Arzt und eine Hygienefachkraft zuständig. In allen Bereichen sind Hygienekontaktpersonen benannt. Die Aufgaben sind in der Geschäftsordnung der Hygienekommission geregelt. Dienst- und Verfahrensanweisungen liegen in Form von Hygieneplänen vor und sind im Intranet veröffentlicht.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

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

Nosokomiale (im Krankenhaus erworbene) Infektionen werden erfasst, Infektionsstatistiken werden krankenhausesweit ausgewertet. Bestimmte Infektionen auf der Intensivstation werden gesondert erfasst und bewertet. Sekundärheilungen werden abteilungsintern durch die Chefärzte dokumentiert. Die Ergebnisse werden an die Betriebsleitung und die hygienebeauftragten Ärzte der Fachabteilungen weitergeleitet und sowohl intern als auch extern ausgewertet. Grundlage hierbei sind die Kriterien des Robert-Koch-Instituts.

3.2.3 Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen

Hygienesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Hygienerelevante Abläufe sind in Standards festgelegt. Für Patienten mit bestimmten Erregern gibt es auf allen Stationen Hygieneboxen, die eine adäquate hygienische Versorgung gewährleisten. Zudem steht ein Hygienenotfallwagen zur Verfügung, der neben Schutzkleidung auch Hände- und Flächendesinfektionsmittel für den Pandemiefall enthält. Regelmäßige Begehungen finden durch das Gesundheitsamt und das Hygieneteam statt. Fortbildungen zu hygienerelevanten Themen werden durchgeführt. Ein hausinterner Pandemieplan wurde in Anlehnung an den Landesplan erstellt.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.

Die Einhaltung der Hygienerichtlinien wird durch regelmäßige interne und externe Begehungen sowie durch die Einhaltung der Hygienestandards sichergestellt. Schulungen des Personals finden regelmäßig und bei Bedarf statt. Eine Dienstanweisung regelt die Personalhygiene. Die Krankenhausküche arbeitet nach den gesetzlichen Vorgaben der Lebensmittelhygieneverordnung und nach dem HACCP Prinzip. Dies wird auch durch das Gewerbeaufsichtsamt überprüft. Die Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes werden eingehalten und dokumentiert.

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.

Um die Beschaffung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten zu regeln, wurden Geschäftsordnungen und Richtlinien erstellt. Diese sind im Intranet veröffentlicht. Die Bereitstellungswege sind festgelegt und ermöglichen eine 24 Stunden-Versorgung. Die Arzneimittelbereitstellung und der richtlinien- und transfusionskonforme Einsatz von Blut und Blutprodukten erfolgt nach Absprache mit den Mitgliedern der Arzneimittel- und Transfusionskommission. Die Bereitstellung von Medizinprodukten ist geregelt, Verantwortliche sind benannt.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Durch die Zentralapotheke ist eine Versorgung der Patienten mit den notwendigen Arzneimitteln, Verbandstoffen, Infusionslösungen und Zytostatika jederzeit gewährleistet. Regelungen zur Bestellung, Lagerung und Anwendung von Arzneimitteln liegen vor. Unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen werden schriftlich gemeldet. Die Lagerhaltung auf den Stationen wird regelmäßig durch die Apotheker und durch Mitarbeiter der Stationen überprüft. Eine hauseigene Arzneimittelliste ist auf jedem Stations-PC hinterlegt und wird regelmäßig aktualisiert.

3.3.3 Anwendung von Blut- und Blutprodukten

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

Die Anwendung von Blut und Blutprodukten sowie alle damit verbundenen Verfahren und Abläufe sind in einem Handbuch geregelt. Für die Umsetzung und Aktualisierung ist ein Transfusionsverantwortlicher zuständig. In allen Abteilungen sind Transfusionsbeauftragte benannt. Diese wurden zum Transfusionswesen geschult. Mitarbeiter werden bei der Einstellung über die hausinternen Regeln informiert. Jede Anwendung von Blut und Blutprodukten wird patienten- und chargenbezogen dokumentiert. Interne Audits zum Umgang mit Blut und Blutprodukten werden durchgeführt.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Die Anwendung von nichttechnischen und technischen Medizinprodukten ist entsprechend der gesetzlichen Vorgaben in einer Geschäftsordnung geregelt. Medizingerätebücher werden elektronisch gepflegt und die Wartung, Einweisungen sowie Vorkommnisse mit den Geräten dokumentiert. Geräteverantwortliche (Fachabteilungsleiter) und Medizinprodukte- Beauftragte sind schriftlich benannt. Medizingeräte werden nur von Mitarbeitern bedient, die an diesem Gerätetyp geschult wurden. Jeder Mitarbeiter besitzt einen Gerätepass mit dem Nachweis der Einweisung.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Durch das in unserem Umweltkonzept beschriebene Umweltprogramm und die erstellten Verfahrensanweisungen ist die Umsetzung unserer Umweltziele vorgegeben. Auch die Beschaffung von umweltrelevanten Stoffen und Dienstleistungen ist darin festgelegt. Durch die regelmäßige Überwachung und Kontrolle der monatlichen Energie- und Abfallbilanzen sowie des Wasserverbrauchs wird die Umsetzung des Umweltkonzeptes überprüft. Ein Energiepass liegt vor und ist im Haus veröffentlicht. Durch Auswertung der verschiedenen Abfallmengen werden Einsparpotentiale erreicht.

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.

Vorgaben zur Patientendokumentation und die Verantwortlichkeiten sind in Verfahrensanweisungen geregelt. Diese wurden von einem berufsgruppenübergreifenden Team erarbeitet. Die elektronische Verfügbarkeit von Patientendaten ist über das Krankenhausinformationssystem sichergestellt. Dokumente wie Entlassungsbrief, OP-Bericht sind dort einsehbar. Unterschriften der an der Dokumentation beteiligten Mitarbeiter können langfristig nachvollzogen werden. Patientenakten werden nach der Codierung und Komplettierung zur Langzeitarchivierung digitalisiert.

4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

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

Die Dokumentation der Patientendaten ist für alle Bereiche einheitlich geregelt. Eine Verfahrensanweisung regelt die Einzelheiten und Verantwortlichkeiten. Bei Patientenaufnahme wird eine elektronische Akte angelegt, die nach einem einheitlichen Register geordnet ist und alle wichtigen Unterlagen und Dokumente enthält. Vor oder während der Dienstübergaben überprüft die Schichtleitung die Vollständigkeit der Dokumentation. Ärztliche Anordnungen erfolgen immer schriftlich. Nachkommende Befunde werden vom Stationsarzt abgezeichnet und der Akte zugefügt.

4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

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

Ein Zugriff auf das Archiv und somit auf Patientendaten ist rund um die Uhr möglich. Die Entnahme von Akten wird durch das Archivpersonal in einem Ordner fallbezogen dokumentiert. Außerhalb der Öffnungszeiten kann auf das Archiv über einen an der Telefonzentrale hinterlegten Schlüssel zugegriffen werden, wobei die elektronische Verfügbarkeit wesentlicher Patientendaten wie Entlassungsbrief oder OP-Bericht in unserem Krankenhausinformationssystem jederzeit gewährleistet ist. Wird ein Patient hausintern verlegt, werden alle relevanten Befunde in Kopie mitgegeben.

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.

In den Fachabteilungen werden berufsgruppenübergreifende Besprechungen zum Teil mit Protokoll und Teilnehmerlisten durchgeführt. Chefarztkonferenzen, Abteilungsleiter- und Kommissionssitzungen finden ebenfalls strukturiert statt. In der Pflege werden wichtige Informationen in den Frühbesprechungen weitergegeben. In allen Abteilungen finden Teambesprechungen statt. Jeder Bereich hat Zugriff auf das Internet. Wichtige Informationen werden auf der ersten Seite des Intranets veröffentlicht, per Rundschreiben oder Gehaltsabrechnung an die Mitarbeiter versandt.

4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

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

Unsere Telefonzentrale ist die erste Anlaufstelle für Patienten, Angehörige und Besucher und rund um die Uhr besetzt. Hier liegen alle Informationen vor, die zur Bearbeitung von Anfragen benötigt werden. Auch Flyer zu bestimmten Angeboten des Hauses liegen hier aus. Das Telefonverzeichnis des Hauses wird bei Änderungen aktualisiert und im Intranet veröffentlicht. Wenn ein Patient nicht wünscht, dass über ihn Auskunft erteilt wird, werden seine Daten gesperrt. Die Mitarbeiter werden jährlich zur Reanimation, zum Brandschutz und zum Umgang mit der Brandmeldezentrale geschult.

4.2.3 Information der Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Grundlage für die Information der Öffentlichkeit ist ein Kommunikationskonzept. Die sich daraus ergebenden Aktivitäten werden mit den Führungskräften abgestimmt und im Intranet veröffentlicht. Auf unserer Internetseite können die Presseveröffentlichungen nachgelesen werden (www.krankenhaus-puettingen.de). Veranstaltungen und Fortbildungen für die Öffentlichkeit werden regelmäßig durchgeführt. Beim Tag der offenen Tür finden Kreißaalführungen sowie Besichtigungen des OP's und anderer Bereiche statt. Regelmäßig besuchen Kindergartengruppen unser Haus.

4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

Daten und Informationen insbesondere von Patienten werden im Krankenhaus durch verschiedene Maßnahmen geschützt. Vgl. entsprechende landesrechtliche Regelungen (Regelungen zum Datenschutz finden sich in den Landeskrankenhausgesetzen von Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Thüringen), in: Krankenhausrecht - Rechtsvorschriften des Bundes und der Länder, Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, 5. Auflage 1998; Ärztliche Berufsordnung.

Um den Datenschutz im Krankenhaus sicherzustellen, ist eine Datenschutz-Verbindungsperson ernannt. Diese leitet Informationen zum Datenschutz an die Mitarbeiter über verschiedene Medien weiter und prüft die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen durch Begehungen. Dienstanweisungen zum Datenschutz sind erstellt und werden bei Bedarf aktualisiert. Alle neuen Mitarbeiter werden durch die Personalabteilung über den Datenschutz informiert. Dies wird mit Unterschrift quittiert. Der Zugriff auf das Krankenhausinformationssystem ist passwortgeschützt.

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.

Alle Bereiche des Hauses sind an ein modernes EDV-Netzwerk angeschlossen, das gegen Zugriffe von außen geschützt ist. Alle Server sind in Räumen untergebracht, die durch Brandschutztüren und Rauchmelder gesichert sind. In einem feuerfesten Safe werden Sicherungsbänder für alle wichtigen Daten aufbewahrt. Bei der Einführung neuer Systeme oder bei einem Upgrade vorhandener Systeme werden die betroffenen Mitarbeiter geschult. Für EDV-Fragen ist eine Hotline eingerichtet. Ein elektronisches Störungsmeldungsformular ist zusätzlich im Intranet hinterlegt.

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.

Bei der Entwicklung eines zentralen Leitbildes, handelte es sich um ein trägerweites Projekt. In Zusammenarbeit mit der Selbstverwaltung und dem Hauptpersonalrat (Trägerorgane) wurden ein Leitbild sowie Grundsätze für die Führung und Zusammenarbeit für alle Einrichtungen der Knappschaft entwickelt. Die weitere Vorgehensweise wurde in einem gemeinsamen Lenkungsausschuss, an dem Mitarbeiter aller Einrichtungen beteiligt waren, besprochen. Das Leitbild wurde im Jahr 2000 in allen Einrichtungen verbindlich eingeführt und hat bisher nicht an Aktualität verloren.

5.2 Zielplanung

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

5.2.1 Entwicklung einer Zielplanung

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

Die Zielplanung unseres Krankenhauses richtet sich nach den Strategien des Trägers und der Krankenhausbedarfsplanung des Landes. In regelmäßigen Trägerkonferenzen werden die Zielplanungen mit den Verwaltungsdirektoren besprochen und in den Krankenhäusern umgesetzt. Dazu finden seit 2002 regelmäßig Strategieseminare mit allen Führungskräften des Hauses statt. Ein dort erarbeitetes Ziel war z.B. die Gründung des Netzwerkes „ProsperSaar“, in dem Hausärzte, Fachärzte und das Knappschaftskrankenhaus kooperativ zum Wohle der Patienten zusammenarbeiten.

5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

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

Die Organisationsstruktur unseres Krankenhauses ergibt sich aus dem übergeordneten Organigramm des Trägers. Die Funktionsträger unseres Hauses sind in einem hauseigenen Organigramm benannt. Das Organigramm ist in dem Einarbeitungsordner, der allen neuen Mitarbeitern übergeben wird, enthalten. Es ist Bestandteil des Qualitätsberichts und im Intranet hinterlegt. Im Rahmen des Qualitätsmanagements sind Projekt- und Arbeitsgruppen eingerichtet, die berufsgruppenübergreifend zusammengesetzt sind. Die Projektdurchführung ist in einer Verfahrensweisung geregelt.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

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

In Zusammenarbeit mit dem Träger werden der Stellenplan und der Haushaltsplan incl. Wirtschaftsplan jeweils ein Jahr im Voraus erstellt. Diese Pläne beinhalten die Auflistung der notwendigen Investitionsvolumina sowie einen Perspektivplan "Bauen". Die Pläne sind ausgerichtet auf die im Krankenhaus geplanten Änderungen / Erweiterungen des medizinischen Leistungsspektrums. Hierauf aufbauend wird der interne Haushaltsplan für das Folgejahr erstellt. Dieser beinhaltet auch die zuvor abgefragte Priorisierung der notwendigen Investitionen in den Fachabteilungen.

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.

Alle Kommissionen und Leitungsgremien tagen regelmäßig. Geschäftsordnungen existieren für alle im Hause etablierten Gremien und sind im Intranet veröffentlicht. Für jedes Gremium ist ein Verantwortlicher benannt. Es erfolgen zeitgerechte Einladungen mit Angabe der Agenda sowie Teilnehmernachweis und Protokollerstellung. Die Informationsweitergabe an die Mitarbeiter erfolgt durch die Abteilungsleiter. Sachverhalte mit besonderer Relevanz werden entweder im Intranet veröffentlicht oder per Rundschreiben/Gehaltsmitteilung den Mitarbeitern zur Kenntnis gegeben.

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 Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung ist durch eine Dienstanweisung des Trägers geregelt. 14-tägig finden im Wechsel die Sitzungen der Betriebsleitung und des Steuerkreises statt. Monatlich tagt die Chefarztkonferenz unter Beteiligung der Betriebsleitung. Die interdisziplinäre Kommunikation im Haus erfolgt durch regelmäßige Besprechungen. Die Abteilungsleiter sind verpflichtet, ihre Mitarbeiter in den Teamsitzungen zu informieren. Durch die Etablierung von Gremien und Kommissionen erhält die Betriebsleitung alle relevanten Informationen.

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.

Die Krankenhausleitung erhält monatlich durch ein strukturiertes Berichtswesen einen Überblick über die wesentlichen Entwicklungen der Kosten- und Leistungen sowie über Abläufe und Entwicklungen der Krankenhausbereiche. Zudem erhält sie durch die regelmäßige Auswertung der Patientenfragebögen und das Beschwerdemanagement Informationen zum Behandlungsverlauf der Patienten. Die Betriebsleitung macht sich in Gesprächen mit den Beteiligten oft ein eigenes Bild von der konkreten Situation. Sie steht für Mitarbeiterfragen regelmäßig zur Verfügung.

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

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

Die Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen wird unterstützt durch eine offene Kommunikation, das Intranet und die Mitarbeiterzeitung. Es werden Betriebsausflüge für Mitarbeiter durchgeführt und der Betriebssport gefördert. Einmal jährlich bedankt sich die Betriebsleitung mit einem Gourmetessen, an dem ca. 500 Mitarbeiter teilnehmen. Dienstvereinbarungen zu den Themen Sucht und Wiedereingliederung nach längerer Erkrankung wurden geschlossen. Der Umgang mit Burnout-Syndrom, Alkohol am Arbeitsplatz und Mobbing-situationen werden professionell begleitet.

5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben

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

5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

Im Krankenhaus werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt.

In unserem Hause ist ein Ethikkomitee implementiert, das sich an dem ethischen Interaktionsmodell der Universitätsklinik Nijmegen (NL) orientiert. Ein Konzept ist erarbeitet und wurde im Rahmen einer Informationsveranstaltung allen interessierten MA vorgestellt. Das Komitee besteht aus 11 Mitgliedern und ist berufsgruppenübergreifend zusammengesetzt. Es trifft sich einmal monatlich. Fallbesprechungen werden auf den Stationen angeboten und geführt. Fortbildungen zum Thema Ethik werden veranstaltet. In der Krankenpflegeschule wird Ethik unterrichtet.

5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

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

Unser Umgang mit dem sterbenden Patienten basiert auf Achtung, Ehrlichkeit und Vertrauen. Daher wird in der Pflegeanamnese das Vorhandensein einer Patientenverfügung erfragt, dokumentiert und beachtet. Unterbringungs- und Betreuungswünsche der Patienten und deren Angehörige werden im Sinne des Patienten berücksichtigt. Gespräche mit dem behandelnden Team oder der Seelsorger bzw. dem Psychotherapeuten werden auf Wunsch geführt. Eine Trauerbegleitung wird angeboten. Religiöse und spirituelle Bedürfnisse werden in der Pflege und Versorgung berücksichtigt.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

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

Verstorbene Patienten werden von uns würdevoll behandelt und versorgt. Ärzte und Pflegende stehen für Gespräche und Begleitung zur Verfügung. Die Seelsorge führt auf Wunsch ein Abschiedsritual durch und bietet eine Trauerbegleitung an. Ein entsprechend gestalteter Abschiedsraum steht ebenfalls zur Verfügung. Rituelle Waschungen werden ermöglicht. Bei Tod-/Fehlgeburten werden auf Wunsch Fotos des Kindes gemacht und/oder eine Karte mit dem Fußabdruck angefertigt. Auf einem Friedhof der Stadt Püttlingen ist eine Gedenkstätte für verstorbene Früh- /Neugeburten errichtet.

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.

Unser Träger hat bereits im Jahr 2000 in Absprache mit den Betriebsleitungen aller Knappschafts-Krankenhäuser ein Konzept zur Einführung eines Qualitätsmanagements verabschiedet. In unserem Haus wurde das Konzept durch die Etablierung verschiedener Gremien, die berufsgruppen- und hierarchieübergreifend zusammenarbeiten, umgesetzt. Die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements ist durch die Umsetzung der Ergebnisse der Fremdbewertungen als kontinuierlicher Verbesserungsprozess und die Einführung von sektorübergreifenden Behandlungspfaden gewährleistet.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

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

Die Qualitätsziele und die strategischen Planungen unseres Hauses orientieren sich an gesundheitspolitischen Vorgaben, am Leistungsprofil und an den Anforderungen der medizinischen Fachgesellschaften. Unser Ziel ist eine qualitativ hochwertige, ressourcenschonende und wirtschaftliche Versorgung von Patienten. Die Planung und die Entwicklung des strategischen Leistungsprofils erfolgt seit 2002 regelmäßig in Strategieseminaren, an denen alle Führungskräfte des Hauses teilnehmen. Bei der Zielplanung orientieren wir uns auch am Leitbild und an den KTQ-Kategorien.

6.2 Qualitätsmanagementsystem

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Verantwortlich für die Organisation des Qualitätsmanagements (QM) ist die Betriebsleitung. Ein interdisziplinär besetzter Steuerkreis ist eingerichtet und koordiniert alle Aktivitäten. Eine Stabsstelle QM, die der Betriebsleitung direkt unterstellt ist, ist eingerichtet und im Organigramm des Hauses ausgewiesen. Qualitätsbeauftragte in den Bereichen sind benannt und in die Aufbauorganisation integriert. Die Beauftragten sind entsprechend der KTQ- Systematik Arbeitsgruppen zugeordnet. Alle Arbeitsgruppenmitglieder haben eine Aufgabenbeschreibung erhalten.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

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

Methoden unserer internen Qualitätssicherung sind abteilungsinterne und –übergreifende Besprechungen. Für das Brust- und Darmzentrum sind Qualitätszirkel vorgeschrieben. Diese finden interdisziplinär und interprofessionell statt. Weiter nutzen wir die Ergebnisse der Kundenbefragungen und Abteilungsbegehungen. Klinische Pfade für bettenführende Abteilungen und Pflegestandards stellen die interne Qualität sicher. Sie werden regelmäßig aktualisiert. Verfahrensanweisungen zum Beschwerde- und Projektmanagement regeln abteilungsübergreifende Prozesse.

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.

Über die gesetzliche Qualitätssicherung hinaus beteiligen sich die Fachabteilungen freiwillig an einer Vielzahl qualitätssichernder Maßnahmen. Die Interpretation dieser Daten erfolgt durch die Chefärzte. Die Ergebnisse werden mit den nachgeordneten Ärzten besprochen (z.B. in den Zentren). In der Pflege werden Dekubitalulcera, Stürze, Schmerzen und chronische Wunden erfasst, analysiert und bewertet. Die Ergebnisse werden in regelmäßigen Teamsitzungen vorgestellt. Durch eine hausinterne Patientenbefragung wird die Zufriedenheit mit den Wartezeiten erfasst.

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.

Wir betrachten jede Form von Kritik als Anreiz, unsere Leistungen ständig zu verbessern. Die Krankenhausleitung nutzt daher Befragungen als strategisches Lenkungsinstrument. Seit 2002 werden in regelmäßigen Abständen Patienten-, Mitarbeiter- und Einweiserbefragungen hausintern und auch mit externer Unterstützung durchgeführt. Die Auswertungen aller Befragungen werden der Krankenhausleitung vorgestellt. Von ihr werden bei Bedarf Maßnahmen zur Umsetzung von Verbesserungen beschlossen und an die Verantwortlichen mit der Bitte um Bearbeitung weitergeleitet.

6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Wir werten Patienten Anregungen als Zeichen des Vertrauens. Patientenwünsche und -beschwerden werden kontinuierlich über Fragebögen erfragt, erfasst und ausgewertet. Ein Patientenfürsprecher ist im Krankenhaus tätig. Grundsätzlich ist jeder Mitarbeiter zur Annahme einer Beschwerde verpflichtet. Um angemessen auf Anregungen der Patienten reagieren zu können, haben viele Mitarbeiter Schulungen zur Thematik erhalten. Beschwerden werden zeitnah mit der Betriebsleitung und den betroffenen Bereichen besprochen und zur Verbesserung der Patientenversorgung genutzt.

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.

Unser Krankenhaus beteiligt sich an allen für uns vorgesehenen Maßnahmen der externen Qualitätssicherung (statistische Verfahren mit externen Vergleichen). Alle zu meldenden Daten werden anonymisiert und fristgerecht an die zuständigen Auswertungsstellen übermittelt. In allen Fachabteilungen liegt die Dokumentationsrate seit 2005 bei 100 %. Die Datenerfassung und Übermittlung erfolgt EDV-gestützt. Alle an der Datenerfassung Beteiligten sind entsprechend eingewiesen bzw. geschult.

6.4.2 Umgang mit Ergebnissen der externen Qualitätssicherung

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

Wir nutzen die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung für den Vergleich auf Landesebene und für die messbare Verbesserung der Patientenversorgung. Die Chefarzte, das Operative-/ Pflegecontrolling und die beauftragten Ärzte, sorgen für die klinikinterne Aufarbeitung und Analyse der Ergebnisse und auch für Ableitungen von Verbesserungen. Die Daten werden zeitnah in der Chefarztkonferenz besprochen und im Intranet veröffentlicht. Außerdem werden die Daten nach § 137 mit den Daten nach § 21 SGB V verglichen. Dokumentationsfehler werden somit festgestellt und behoben.