Vorsorge durch Risikoüberwachung

Risiken minimieren

Das frühzeitige Identifizieren von Risiken kann Unternehmen, auch im Gesundheitswesen, vor großen Schäden bewahren, denn die Nichteinhaltung von Gesetzen und Regularien hat sowohl strafrechtliche Bedeutung als auch Auswirkungen auf die Reputation. Hilfreich kann hier ein Governance-, Risk- und Compliance-Management sein.

Im Zeitalter von Bewertungsportalen für Ärzte, Praxen und Krankenhäuser und der Möglichkeit, persönliche Erfahrungen direkt zu teilen, können selbst kleinste Fehler und Verfehlungen nachhaltig den Ruf schädigen. Grobe Behandlungsfehler oder das Auftreten multiresistenter Keime führen in der heutigen Welt der sozialen Medien schnell zu einer existenzbedrohenden Krise. Auch eine Überlastung und Überarbeitung der Mitarbeiter kann im Klinikalltag zum Risiko werden, das sich negativ auf das Wohlergehen von Patienten und Mitarbeitern auswirken kann. Außerdem hat die Nichteinhaltung von Gesetzen, Normen, Regularien und Anforderungen in der heutigen Zeit auch eine strafrechtliche Bedeutung. Das frühzeitige Identifizieren relevanter Risiken kann Unternehmen und Organisationen deshalb vor großen Schäden bewahren.

Saviscon-Geschäftsführer Ingo Simon: „Viele Unternehmen unterschätzen immer noch die Bedeutung eines professionellen GRC-Managements. Häufig werden sie erst dann aktiv, wenn es bereits zu signifikanten Verstößen gekommen ist."

Bedeutung und Notwendigkeit eines GRC-Managements

Die Leitungspersonen und -organe eines Unternehmens (Governance) haben die Aufgabe, durch geeignetes Handeln die Risiken (Risk) der Organisation auf ein tragfähiges Maß zu reduzieren und sicherzustellen, dass das Unternehmen allen relevanten Anforderungen und Regularien gerecht wird, respektive ihnen Folge leistet (Compliance). GRC-Management ist somit ein effektives und notwendiges Instrument für das oberste Management einer Organisation. Die Tatsache, dass zwar Tätigkeiten, nicht aber die Verantwortung delegierbar sind, macht die Implementierung eines solchen Systems für Krankenhausdirektoren, Klinikleitungen sowie Vorstände und Geschäftsführer von Gesundheitszentren und allen Organisationen im Gesundheitswesen zwingend notwendig.

Großer Nachholbedarf

Noch immer findet ein professionelles GRC-Management nur in wenigen deutschen Firmen und Institutionen statt. Vorreiter sind vor allem die Unternehmen der Finanz- und Versicherungswirtschaft, die dieses Thema spätestens seit der Finanzkrise auf ihre Agenda gesetzt haben. In der Gesundheitsbranche gibt es hier jedoch großen Nachholbedarf, insbesondere bei Krankenhäusern und Pflegeheimen, die einer Vielzahl an regulatorischen und gesetzlichen Verpflichtungen unterliegen. Ob Pflegedokumentation, Hygienevorschriften, bauliche Mindestanforderungen, Geschenke von Angehörigen oder das Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (DIN 15224) – die Bandbreite an Compliance-relevanten Prozessen ist groß.
Viele Unternehmen in Deutschland unterschätzen immer noch die Bedeutung und die Vorteile eines professionellen Governance-, Risk- und Compliance-Managements. Häufig werden Firmen erst dann aktiv, wenn es bereits zu signifikanten Verstößen gegen Richtlinien und Gesetze gekommen ist. Mit einem institutionalisierten Frühwarnsystem für drohende Risiken, einer transparenten Risikobewertung, der Dokumentation von Gegenmaßnahmen und einer koordinierten Aufgabenverteilung über Abteilungen hinweg, können Unternehmen die kontinuierlich steigenden Compliance-Anforderungen erfolgreich meistern, bevor es dazu kommt.

Grobe Behandlungsfehler können in der heutigen Welt der sozialen Medien schnell zu einer existenzbedrohenden Krise für das Krankenhaus führen. Bild: Unsplash.com

Digitale Lösungen

Da der Aufwand zur Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von Anfragen, Audits, Begehungen, wiederkehrenden oder anlassbezogenen Prüfungen etc. steigt und die Personalressourcen oftmals nicht ausreichen, ist es ratsam, auch beim GRC-Management auf eine digitale Lösung zu setzen. Entsprechende Softwaresysteme garantieren einen durchgängigen Workflow im Arbeitsablauf und sichern ein besseres Monitoring und eine revisionssichere Dokumentation der Arbeitsergebnisse, die durch entsprechende Berichtsfunktionen eben diese Audits deutlich vereinfachen.
Ein professionelles GRC-Management hilft nicht nur, gesundheitsrechtliche Risiken zu erkennen und frühzeitig wirksame Maßnahmen zu ergreifen, auch die Umsetzung wichtiger Themen wie der DSGVO und des IT-Grundschutzes, unterliegen grundsätzlich denselben Prozessabläufen. Sie lassen sich also dort genauso abbilden. Neben den klassischen und branchenspezifischen Themen gibt es darüber hinaus eine Vielzahl relevanter Compliance-Felder, die nicht im direkten Zusammenhang mit dem Gesundheitsbereich auftreten. Hier sind Punkte wie Korruptionsbekämpfung, Geldwäsche und Terrorismusfinanzierung ebenso zu nennen wie Kick-back-Zahlungen im Einkauf oder spezielle Arbeitgeberpflichten.

Drastischere Strafen sind zu erwarten

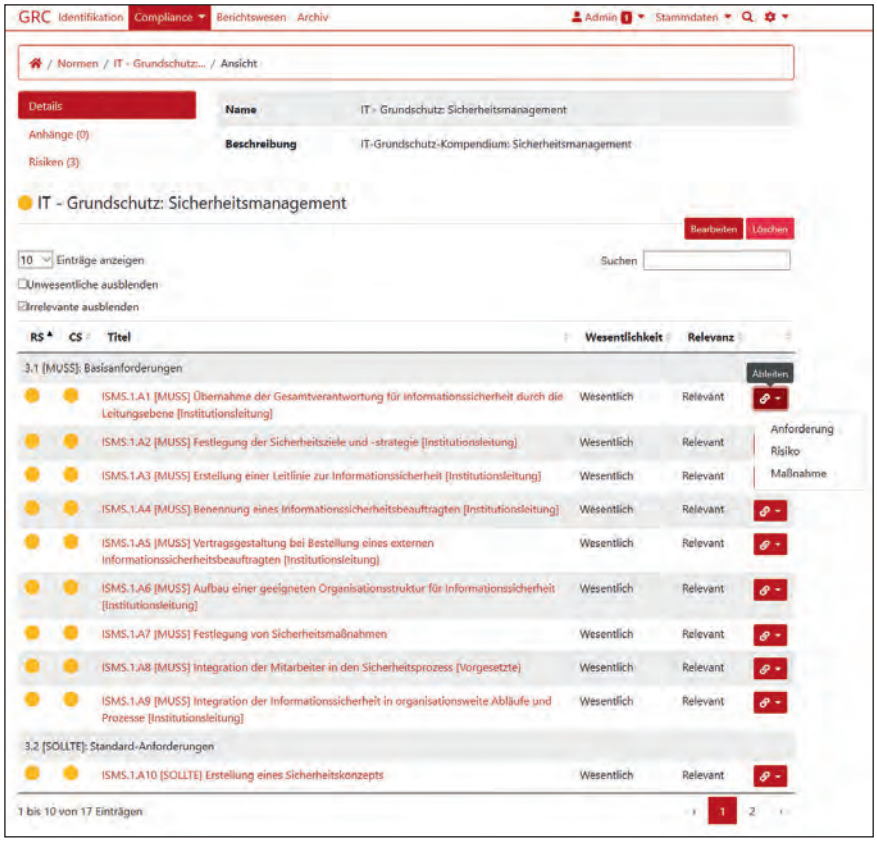
Durch zunehmende Regulierungen werden die Herausforderungen komplexer und risikoreicher. In Zukunft sind bei Verstößen drastischere Sanktionen wahrscheinlich. Diese Tendenz ist bei der aktuellen Gesetzgebung deutlich sichtbar. So werden nicht nur die Bußgelder höher, sondern es werden auch Verbote ausgesprochen oder die Geschäftstätigkeit eingeschränkt. Nicht zuletzt haften leitende Angestellte der Organisationen auch immer öfter persönlich. Ihnen drohen Bußgelder, Berufsverbote oder in Extremfällen sogar Freiheitsstrafen, wenn bei Zuwiderhandlungen grobe Fahrlässigkeit oder Vorsatz nachgewiesen werden kann.
Der Aufbau eines aktiven Governance-, Risk- und Compliance-Managements ist auch und gerade im Gesundheitsbereich unumgänglich, weil es dort nicht nur sehr viele, sondern besonders gesellschaftlich und ethisch relevante Risiken und Compliance-Themen gibt.

Zunehmende Regulierungen: In Zukunft sind bei Verstößen drastischere Sanktionen wahrscheinlich. Eine Risikobewertung kann helfen, Bußgelder zu vermeiden.

Wie geht man am besten vor?

Fachleute empfehlen, mit einem strukturierten Ansatz und hilfreichen Werkzeugen zu beginnen und sich am Anfang auf das Wesentliche zu konzentrieren. Hierzu gehören in erster Linie die Betrachtung potenziell existenzgefährdender Risiken oder Risikoszenarien, die sich zum Teil aus den anzuwendenden Normen ableiten. Diesen spezifischen Risiken im Sinne des Unternehmens zu begegnen, ist erst einmal ein guter Start. Mit wachsender Erfahrung kann dann das Managementsystem dann auf weitere Bereiche ausgeweitet werden.

(dk)



Im GRC-Management lassen sich zum Beispiel auch andere wichtige Themen wie der IT-Grundschutz, die IT-Sicherheit und die DSGVO abbilden.

Bilder: Saviscon

Kontakt

Saviscon GmbH
Ingo Simon
Wohldorfer Damm 1a
22395 Hamburg
Tel.: +49 40 809081446
info@saviscon.de
www.saviscon.de

Effizienz der Logistik in Krankenhäusern erhöhen

Vergleichbare Kennzahlen

Logistikexperten von Maximalversorgern aus Deutschland, Österreich und der Schweiz trafen sich, um ein krankenhausübergreifendes Benchmarking im Bereich Patienten- und Materialtransporte zu initiieren.

Die Benchmark-Studie Krankenhauslogistik 2018 will Handlungsempfehlungen geben, um die Effizienz der Logistik in Krankenhäusern zu erhöhen. Valide Kennzahlen ermöglichen es den Teilnehmern zu sehen, wo sie im Vergleich zu anderen Krankenhäusern bei einzelnen Prozessen stehen. Die Studie wird dieses Jahr wiederholt; die Ergebnisse sollen Anfang 2020 vorliegen

Im Januar 2018 trafen sich am Universitätsklinikum Freiburg Logistikexperten von Maximalversorgern aus Deutschland, Österreich und der Schweiz, um ein krankenhausübergreifendes Benchmarking im Bereich der Patienten- und Materialtransporte zu initiieren. Dabei wurden gemeinsame Erwartungen und grundlegende Rahmenanforderungen der beteiligten Häuser fixiert und darauf aufbauend die Rahmenbedingungen priorisiert. Folgende Punkte wurden dabei als wichtig erachtet:

- Berechnung konkreter Kennzahlen zu Produktivität, Wirtschaftlichkeit und Qualität, die eine Aussage über die eigene Situation im Vergleich zu den anderen Teilnehmern der Studie zulassen und als Steuerungsgröße für ein ‚Besserwerden' herangezogen werden können;
- Erbringung eines hohen Servicelevels bei gleichzeitig angemessenen Kosten sowie die Möglichkeit einer Rechtfertigung nach ‚oben' und ‚unten' innerhalb des eigenen Hauses;
- Übernahme aller Transportdatensätze eines Jahres aus dem Logistikleitstand ‚Logbuch' und Auswertung durch eine neutrale Stelle;
- Berücksichtigung ‚unscharfer' Vergleichsindikatoren, wie zum Beispiel die Weitläufigkeit der Infrastruktur, oder zusätzlicher Aufgaben der operativ tätigen Mitarbeiter.

In diesem Kontext wurde als Ziel der Studie eine maximale, anonymisierte Vergleichbarkeit definiert – in Bezug auf die jeweiligen Leistungsinhalte mit Ableitung individueller Handlungsempfehlungen bei Nutzung eines fixen Datenpools.

Methodik

Auf Grundlage der vorgesehenen Ziele wurde im Institut für Healthcare Management an der Hochschule Niederrhein eine geeignete Methodik für die zwölf Maximalversorger mit insgesamt 12.500 Betten und 920 Vollzeitkräften (VK) entwickelt und eine Datenmenge von fünf Gigabyte analysiert. Ausgehend vom Primärziel, einer hohen Logistikeffizienz, wurden Logistikleistung und -kosten sowie die daraus abgeleiteten Kennzahlen berechnet (siehe Abb. 1). In dieser ersten derart umfassenden Studie im Themen-

Bilder: Prof. Dr. Hubert Otten

Die Gesamttransportleistung aller an der Studie beteiligten Kliniken summierte sich auf 489.000 Stunden. Aus logistischer Sicht wäre eine Zusammenfassung von Patienten- und Materialtransport wünschenswert.

komplex wurden die Sachkosten nicht berücksichtigt.
Neben der erforderlichen Erhebung der Strukturkennzahlen, wie zum Beispiel der Bettenzahl (630 bis 3.000) oder der Anzahl der VK (30 bis 140) waren insbesondere die Zeitstempel von grundlegendem Interesse: Anforderung des Transportdienstes, Disposition und Versand des Auftrages, Auftragsannahme durch den Mitarbeiter, Ankunft an der Abholstelle, Transportbeginn, Ankunft am Zielort sowie Transportende. Ergänzt wurden sie um die in diesem Zusammenhang vom System berechneten Planzeiten der je nach Größe des Hauses 100.000 bis 450.000 Transportaufträge pro Jahr.

Unterschiede beeinflussen Logistikeffizienz

Als wesentliche Unterschiede, die Logistikeffizienz beeinflussen, wurden nachfolgende Punkte berücksichtigt:

- Durchführung von Transporten durch zwei Mitarbeiter,
- Umfang nicht dokumentierter Transporte und sonstiger Leistungen,
- Durchführung qualifizierter Transporte,
- Anzahl aller Stockwerke und Verfügbarkeit von Aufzugskabinen,
- Anteil liegender Transporte,
- Anteil priorisierter Transporte,
- Anzahl der Transporte je Fall.

Die Gesamttransportleistung aller beteiligten Kliniken summierte sich auf 489.000 Stunden (reine Transportzeit), währenddessen ein Mitarbeiter des Transportdienstes im Median 2,630 km zurücklegt. Hinzu kommen Leerwege, die sich bis zur gleichen Wegstrecke aufaddieren können. Die Produktivität liegt bei 2,5 Transporten je Mitarbeiterstunde (MAh) oder 4.135 Transporten je VK. Die Wartezeiten liegen im Median bei 34 Prozent der Transportzeiten (sieben bis 65 Prozent). Damit summiert sich die zeitliche Differenz zwischen der Ankunft eines Transportmitarbeiters am Abhol- oder Zielort und der Übernahme, zum Beispiel eines Patienten, auf insgesamt 20 Jahre und neun Monate über alle zwölf teilnehmenden Krankenhäuser. Der Anteil von Stornierungen liegt im Median bei sieben Prozent aller Anforderungen (zwei bis 23 Prozent), während die Abbruchquote 3,7 Prozent beträgt. Eine Stornierung bedeutet, dass die Anforderung noch nicht durch den Transportdienst angenommen wurde. Aufgrund dessen entsteht nur bei einem Abbruch echte Verlustleistung. Die mittlere Transportdauer liegt bei rund acht Minuten, wobei in dieser Kennzahl die Zwischenhaustransporte nicht enthalten sind. Diese wurden separat berechnet. In den durchgeführten Portfolioanalysen konnte unter anderem eine größere Streuung hinsichtlich der Abweichung vom Median der Kosten je Transport und der Transportanzahl je MAh beobachtet werden.
In Abbildung 2 ist jedes Haus durch einen Kreis dargestellt. Der Durchmesser der Kreise symbolisiert die Planungsgenauigkeit (je kleiner der Kreis, umso höher die Planungsgenauigkeit). Es wird deutlich, dass es einerseits Kliniken gibt, die mehr als 90 Prozent über dem Median der durchschnittlichen Kosten liegen

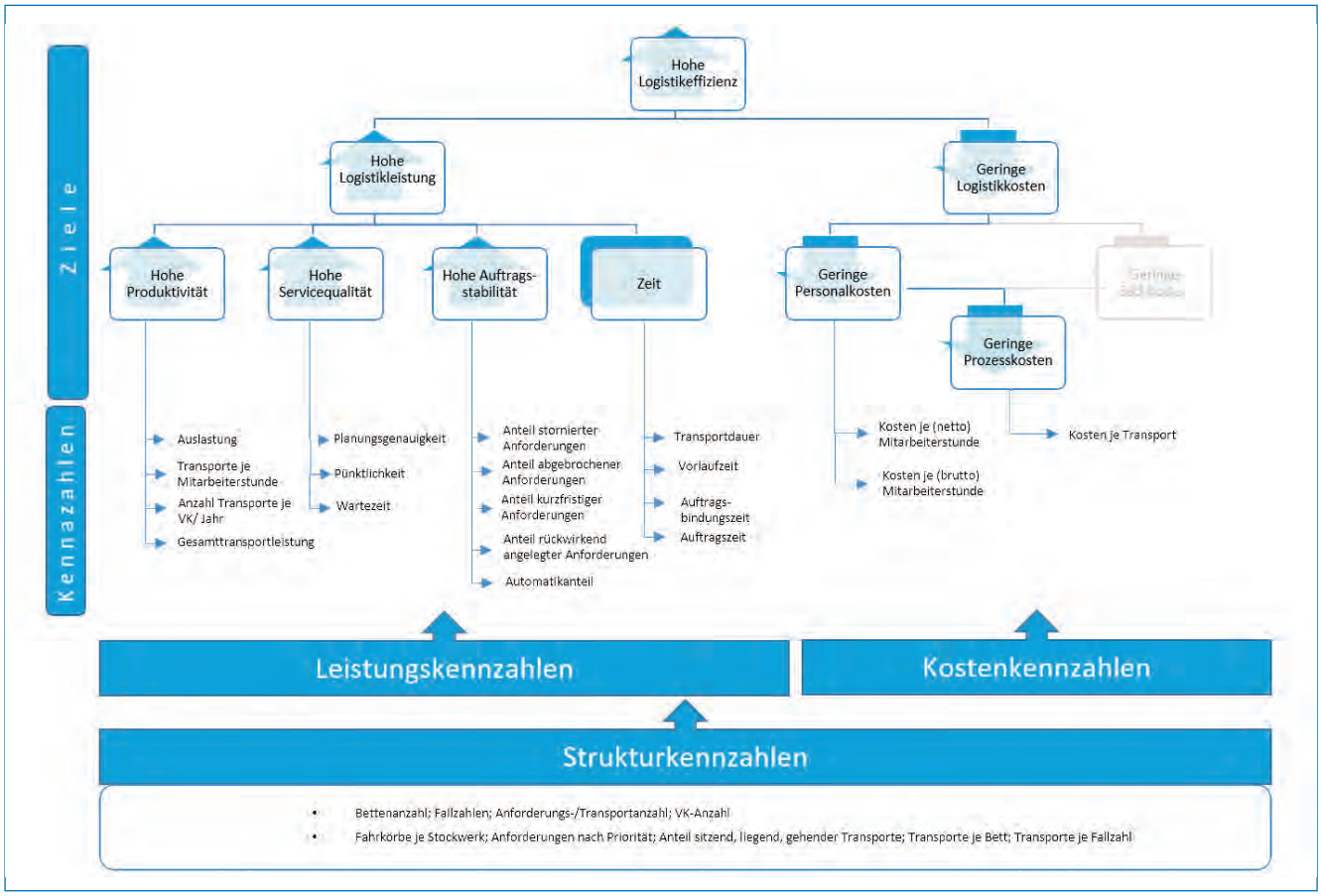


Abb. 1: Auf Grundlage der vorgesehenen Ziele wurde im Institut für Healthcare Management an der Hochschule Niederrhein eine geeignete Methodik für die Studie entwickelt.

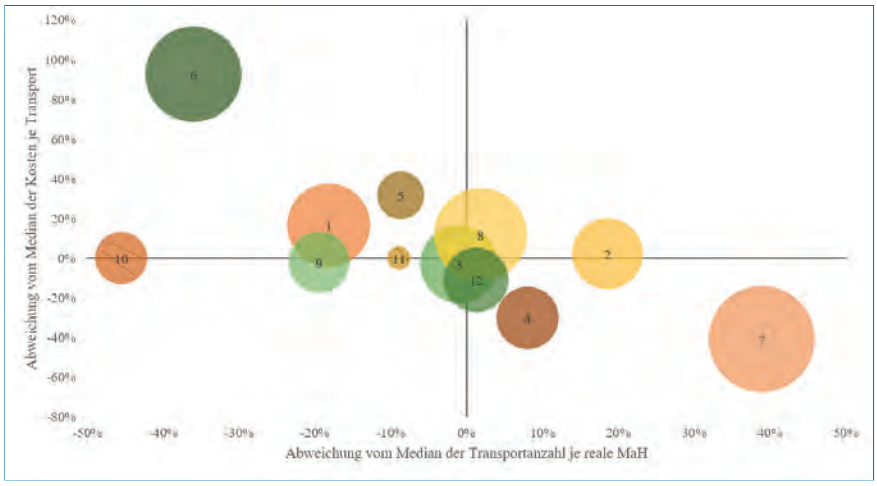


Abb. 2 – Kostenabweichung = f (∅Transportanzahl): Jedes Haus ist durch einen Kreis dargestellt. Der Durchmesser symbolisiert die Planungsgenauigkeit: je kleiner der Kreis, umso höher die Planungsgenauigkeit.

und gleichzeitig annähernd 40 Prozent weniger Transporte je MAh durchführen (Abb. 2, grüner Kreis oben links). Andererseits existieren Häuser, die im Mittel 40 Prozent mehr Transporte je MAh durchführen und gleichzeitig 40 Prozent geringere Kosten erzeugen (Abb. 2, oranger Kreis unten rechts). Dies hat unterschiedlichste Gründe, die zum Beispiel im Zusammenwirken von anfordernden Stellen und Transportdienst liegen (zum Teil lange Wartezeiten zwischen Ankunft und Abtransport, weil z. B. der Patient noch nicht transportfertig ist), oder auch struktureller Natur sind (viele Stockwerke bei wenigen Aufzügen).

Interessante Ergebnisse bei Regressionsanalysen

Durchgeführte Regressionsanalysen zeigten ebenfalls interessante Ergebnisse. So weist der Anteil liegender Transporte sowie kurzfristiger Anforderungen keinerlei Abhängigkeit vom Anteil priorisierter Anforderungen auf. Dies legt nahe, dass die Anwendung der Priorisierung häufig nicht aus den ursprünglich dafür vorgesehenen Gründen erfolgt. Kurzfristige Anforderungen ergeben sich demnach häufig ohne jede medizinische Erfordernis und sind zum Beispiel auf eine nachlässige, unmittelbar vor Transportbeginn stattfindende Anforderung zurückzuführen.
Im Kontext der Regressionsanalysen konnten weitere, für eine hohe Logistikeffizienz wichtige Effekte nachgewiesen werden. So nimmt zum Beispiel die Transportanzahl je MAh mit der Anzahl der Patiententransporte je Fall zu (siehe Abb. 3). Es ist davon auszugehen, dass der Transportaufwand in Kliniken mit nahezu vergleichbarem medizinischem Leistungsspektrum (hier Maximalversorgung) in Bezug auf den einzelnen Patienten nahezu identisch ist. Unter Berücksichtigung dieser Tatsache kann abgeleitet werden, dass in Häusern, die nur rund 1,6 Transporte je Patient (unten links im Diagramm) durchführen, noch viele Transporte durch Pflegefachkräfte erledigt werden. Deren Effizienz ist im Vergleich zu den Häusern mit 3,5 Transporten je Patient (oben rechts im Diagramm) deutlich geringer. Dies ist auf die erheblichen Synergieeffekte zurückzuführen, die durch die höhere Intensität im Patiententransport realisierbar sind.
Von hoher Bedeutung ist weiterhin die Planungsgenauigkeit, das heißt die Differenz zwischen Planung (Planbeginn und -ende eines Transportes) und Ausführung (tatsächliche Zeitstempel für Beginn und Ende). So nimmt die Stornoquote mit zunehmender Planungsgenauigkeit ab, was mit der generellen Bedeutung und Nutzung eines Logistikleitstandes zu tun haben dürfte (siehe Abb. 4). Auch steigt die Auslastung des Transportdienstes mit zunehmender Planungsgenauigkeit, wenngleich die Korrelation weniger ausgeprägt, jedoch ein-

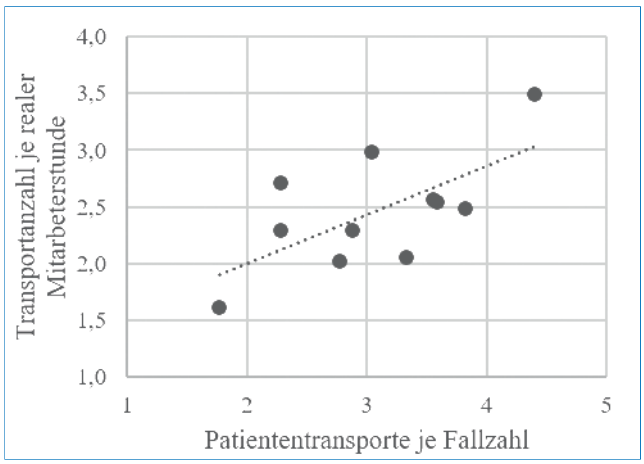


Abb. 3 – Transportanzahl je MAh = f (Patiententransporte je Fall): Es konnten weitere wichtige Effekte nachgewiesen werden. So nimmt zum Beispiel die Transportanzahl je MAh mit der Anzahl der Patiententransporte je Fall zu.

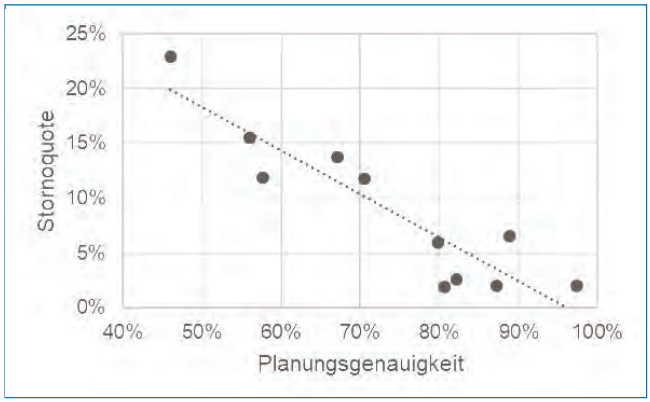


Abb. 4 – Stornoquote = f (Planungsgenauigkeit): Von Bedeutung ist die Planungsgenauigkeit, d. h. die Differenz von Planung und Ausführung. So nimmt die Stornoquote mit zunehmender Planungsgenauigkeit ab.

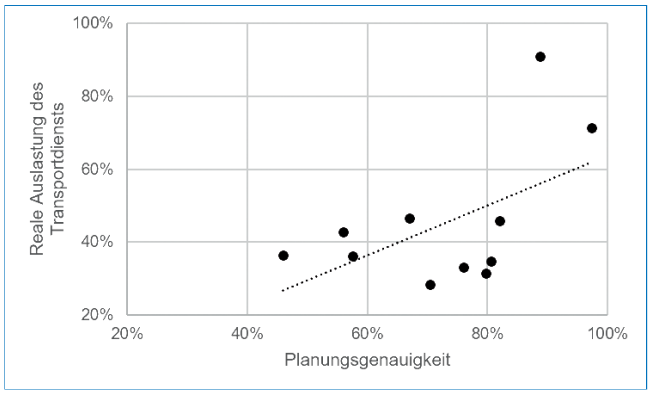


Abb. 5 – Auslastung = f (Planungsgenauigkeit): Die Auslastung des Transportdienstes steigt mit zunehmender Planungsgenauigkeit, wenngleich die Korrelation weniger ausgeprägt ist.

deutig feststellbar ist (siehe Abb. 5). Dieser Effekt erklärt sich aus einer besseren Planbarkeit der durchzuführenden Transporte, wodurch entsprechend weniger Lücken in Planung und Ausführung die Effizienz belasten.
Aus rein logistischer Sicht ist die Zusammenfassung von Patienten- und Materialtransport wünschenswert. Im Institut für Healthcare Management ist man sich bewusst, dass diese Maßnahme nicht den Bedürfnissen oder Möglichkeiten eines jeden Krankenhauses folgt. Dennoch sollte einmal die Höhe des Zusatzaufwandes quantifiziert werden, der durch die in vielen Häusern praktizierte rigorose Trennung entsteht. Diesbezüglich ist festzustellen, dass in Krankenhäusern, die Material- und Patiententransport strikt trennen, 59 Prozent höhere Kosten je Transport entstehen.

Individuelle Handlungsempfehlungen

Auf Grundlage der durchgeführten Untersuchungen wurden den Häusern abschließend individuelle Handlungsempfehlungen gegeben. Diese reichten von der Erhöhung des Transportanteils des Transportdienstes am Gesamttransportaufkommen bis hin zum Überdenken der Notwendigkeit definierter Transporte in bestimmten Zeitfenstern, insbesondere bei schlechten strukturellen Rahmenbedingungen. Häufig wurde auch eine Verbesserung des Schnittstellenmanagements zwischen den Stationen, Fachabteilungen und dem Transportdienst angeraten, vor allem bei langen Wartezeiten und hoher Abbruchquote.
Die Ergebnisse der Studie – sowohl der Krankenhausvergleich als auch die gegebenen Empfehlungen – haben die Erwartungen weit übertroffen, so die Rückmeldungen der beteiligten Krankenhäuser. Tom Heidisch, verantwortlich für die Patientenlogistik im Universitätsklinikum Freiburg und Mit-Initiator der Studie: „Die Teilnahme an der Studie ermöglicht es uns, das erste Mal durch valide Kennzahlen zu sehen, wo wir in einzelnen Prozessen im Vergleich zu anderen Krankenhäusern stehen. Somit können wir gezielt verbessernde Einzelmaßnahmen initiieren, um mit den vorhandenen Ressourcen alle Einheiten noch effektiver unterstützen zu können. Die Teilnahme an der Studie kann ich jedem Haus uneingeschränkt empfehlen."

Prof. Dr. Hubert Otten,
Melanie Hagemann, M.Sc.

Kontakt

Hochschule Niederrhein
Institut für Healthcare Management
Institutsleiter
Prof. Dr. Hubert Otten
Reinarzstraße 49
47805 Krefeld
hubert.otten@hs-niederrhein.de
www.hs-niederrhein.de

Klinikum Darmstadt GmbH
Melanie Hagemann, M.Sc.
Projektmanagerin
Grafenstraße 9
64283 Darmstadt
melanie.hagemann
@mail.klinikum-darmstadt.de
www.klinikum-darmstadt.de

Titelstory: Elektronische Technologie für die flexible und sichere Organisation von Kliniken

Zutritt intelligent managen

Ob Krankenhaus auf dem Land oder Klinikum in der Metropole – viele Gesundheitseinrichtungen haben eine lange Tradition. Häufig sind daher bauliche und organisatorische Veränderungen nötig, um sich den aktuellen Anforderungen anzupassen. Das gilt zum Beispiel auch bei der elektronischen Zutrittskontrolle, die heute Standard ist. Denn die Sicherheit darf – auch bei einem eventuellen Notfall – nicht zu kurz kommen.

Elektronische Schließsysteme sind flexibler und intelligenter als mechanische. Sie sorgen für reibungslose Abläufe in Kliniken, kontrollieren den Zugang zu den einzelnen Bereichen und bieten viele weitere nützliche Funktionen. Die Zutrittskontrolle von Winkhaus zum Beispiel hilft mit einem umfangreichen Programm, passende Lösungen für die unterschiedlichsten Anwendungen zu finden – sowohl für Bestands- als auch für Neubauten. Änderungen werden im Schließplan umgehend digital bearbeitet und auch auf Schlüsselverluste kann schnell reagiert werden. Das System unterstützt unter anderem auch die Zeiterfassung und die Kantinenabrechnung. In der Asklepios-Klinik in Weißenfels sind beispielsweise auch das Parkplatzmanagement und die automatische Wäscheausgabe ins System integriert.

Komponenten bilden ein virtuelles Netz

Für die komfortable Verwaltung komplexer Gebäudestrukturen, wie man sie häufig in Kliniken vorfindet, hat Winkhaus blueSmart entwickelt. Das System kommuniziert in einem virtuellen Netzwerk und verknüpft damit die Vorteile von Offline- mit dem Nutzen von Online-Lösungen. Das vielseitige Programm eröffnet zahlreiche Möglichkeiten, individuell auf das Objekt zugeschnittene Konzepte zu realisieren.
Komfort und Flexibilität für den Anwender stehen im Fokus einer elektronischen Zutrittsorganisation. Als passives, schlüsselbetätigtes System übermittelt es Informationen und Berechtigungsänderungen mithilfe eines virtuellen Netzwerks – falls erforderlich sogar anhand viraler Befehlsverbreitung. Die Technologie kann über Schnittstellen auch an bestehende Systeme wie die Gebäudeleittechnik, die Zeiterfassung, die Kantinenabrechnung oder das Alarm- und Energiemanagement angedockt werden.
Das virtuelle Netzwerk kommuniziert kontaktlos zwischen dem sogenannten Aufbuchleser, den Identmedien und den Komponenten (Schließzylinder, elektronische Türbeschläge und Leser). Im Gegensatz zu konventionellen Netzen entfallen aufwändige Verkabelungen jeder einzelnen Türkomponente, eine Vielzahl von Umsetzern oder störanfällige Funkstrecken. Mit blueSmart können Schließanlagen mit bis zu 195.000 Komponenten realisiert werden. „Die Anlage lässt sich schnell und unkompliziert installieren, denn bei Nutzung des virtuellen Netzwerks muss nur der Aufbuchleser konventionell verkabelt werden“, sagt Dr. Volker Brink, Leiter Produktmanagement Zutrittsorganisation bei Winkhaus.

Das System von Winkhaus erlaubt Kliniken eine clevere und flexible Zutrittsorganisation.

In der Asklepios-Klinik Weißenfels unterstützt elektronische Zutrittsorganisation das Parkraummanagement und kontrolliert auch den Wäscheausgabeautomaten.

Bilder: Winkhaus

Informationen zwischen den elektronischen Zylindern überträgt der elektronische blueSmart-Schlüssel: Er besteht aus Hochleistungskunststoff, ist wasserdicht (IP 68), waschmaschinenfest und beständig gegen Sterilium. Das wartungsfreie Identmedium hat einen RFID-Chip im Inneren, der sowohl programmierte Berechtigungsänderungen als auch aus Türkomponenten ausgelesene Daten wie Schließereignisse oder Batteriewarnmeldungen transportiert. Das System kommt auch bei Senioren gut an, da der Schlüssel wie ein traditionelles Wendeschlüsselsystem gehandbabt wird.
Die elektronischen Zylinder haben dieselben Maße wie mechanische Zylinder und brauchen nicht verkabelt zu werden, sodass bei der Installation aufwändige Umbauten an den Türen entfallen. Die Zylinder passen in die unterschiedlichsten Türarten – sogar in denkmalgeschützten Gebäuden.
Aufgrund langer Batteriestandzeiten, die für einen dauerhaft zuverlässigen Betrieb sorgen, ist der Wartungsaufwand gering.
Der Zylinder verfügt über einen sehr großen Ereignisspeicher, mit dem zum Beispiel im Falle eines Diebstahls die letzten 2.000 Schließereignisse mit Datum und Uhrzeit angezeigt werden können.
Mit dieser Rückprotokollfunktion lässt sich leicht ermitteln, welcher Schlüssel den Zylinder zuletzt bedient hat. Die Schlüssel der Nutzer protokollieren zudem eigenständig die letzten Schließungen und übertragen diese über die Aufbuchleser in die Software. Bewährt hat sich dieses System zum Beispiel in der Klinik Diakonissen Salzburg. Und auch Demenzkranke und ihre Angehörigen profitieren von der Technologie, da sich gut nachvollziehen lässt, wer wann den privaten Raum betreten hat.

Individuelle Lösungen

Auch Vorgaben aus Betriebsvereinbarungen, für die Musterverträge bereitstehen, sind mit blueSmart umsetzbar – etwa über ein Vier-Augen-Prinzip beim Zugriff auf Schließprotokolle. Zudem lässt sich die Aufzeichnung von Zutrittsereignissen bei Bedarf deaktivieren, wenn beispielsweise Persönlichkeitsrechte von Mitarbeitern geschützt werden sollen.
Da es in Kliniken die unterschiedlichsten Türen gibt, bietet das Programm viele unterschiedliche Zylindervarianten, so zum Beispiel Doppel- und Halbzylinder, die ohne Knauf auskommen und daher bevorzugt im Innenbereich von Krankenhäusern

Der neue intelligente Türbeschlag ETB-IM ergänzt das umfangreiche Programm von blueSmart. Mit verschiedenen Drücker-Designs fügt er sich stimmig in jedes Objekt ein.

Elektronische blueSmart-Zylinder sichern die unterschiedlichsten Türen und werden ähnlich wie mechanische Zylinder bedient: Schlüssel einführen, drehen und schon öffnet sich die Tür.

eingesetzt werden. Sie sind flächenbündig, damit Betten, Rollstühle oder Wagen beim Bewegen nicht daran hängen bleiben. Des Weiteren gibt es Leser, Vorhängeschlösser oder auch Schlösser mit Leseeinheiten für Spind- oder Schranktüren, zudem Knauf-, Doppelknauf- und Knaufhalbzylinder, die auch mit Karten betätigt werden können.
Und ab Januar 2020 ergänzt der neue intelligente Türbeschlag ETB-IM, der im Innenbereich wertvolle Dienste leistet, das Angebot. Damit lassen sich auch bereits bestehende Anlagen unkompliziert erweitern. Der Beschlag ist leicht montierbar und mit gängigen Innentüren aus Holz, Stahl oder Kunststoff sowie unterschiedlichen Türblattstärken kompatibel. Er umfasst auch Lösungen für Fluchttüren nach EN 179.

Die Zylinder passen in alle Standardtüren, weil sie dieselben Abmessungen haben wie mechanische Zylinder. Entsprechend einfach ist die Montage.

Einfache Schlüsselverwaltung

Mithilfe der Software blueControl Professional wird das Schließsystem an einem PC der Klinik zentral gesteuert. So ist beispielsweise im St. Nikolaus-Stiftshospital in Andernach die Software auf den Rechnern der Personalabteilung installiert. Berechtigungsänderungen müssen in der Regel nicht mehr mit dem Programmiergerät zu den Zylindern getragen werden, sondern werden beim regelmäßigen Anmelden am Aufbuchleser auf die Nutzerschlüssel programmiert. Der Daten- und Informationsaustausch zwischen Schlüssel und Zylinder geschieht bei der alltäglichen Verwendung des Schlüssels automatisch im Hintergrund, ohne dass der Anwender etwas davon bemerkt. Der Aufbuchleser erlaubt gleichzeitig die Ansteuerung von zum Beispiel Türfalle oder Motorschloss, die sich dann automatisch öffnen.
Auf Wunsch unterstützt die innovative blueSmart-App den Anlagenverwalter. Zusammen mit dem Bluetooth-fähigen Schlüssel blueSmart Active lassen sich selbst ferne Außenstandorte ohne Strom- oder Internetanschluss anbinden. Zutrittsberechtigungen und Berechtigungsänderungen können unterwegs über mobile Endgeräte empfangen und via Aktivschlüssel an die Türzylinder weitergegeben werden. Auf demselben Weg gelingt auch die Programmierung elektronischer Schließzylinder und Zutrittsleser.
Fazit: Das vielseitige Programm erlaubt die Verwirklichung unterschiedlichster Strategien – von der reinen Offline-Schließanlage für kleinere Objekte über virtuell vernetzte Lösungen, die Zutrittsleser, elektronische Türbeschläge und Leser miteinander kombinieren, bis hin zu komplexen Konzepten, die die Online-Zutrittskontrolle beispielsweise auch für die Absicherung sicherheitskritischer Bereiche nutzen. ■

Kontakt

Aug. Winkhaus GmbH & Co. KG
Hessenweg 9
48157 Münster
Tel.: +49 251 4908-0
zutrittsorganisation@winkhaus.de
www.winkhaus.de

Mit Energiemanagementsystemen Ausgaben ganzheitlich reduzieren

Die Energiekosten fest im Griff

Wer in Kliniken weniger Energie verbraucht, spart nicht nur Geld, sondern reduziert auch CO_2-Emissionen. Energiemanagementsysteme können dafür sorgen, den gesamten Strom- und Wärmeverbrauch fortlaufend zu verbessern. Mittels Contracting werden die Einsparungen sogar über Jahre hinweg gesichert.

Kosten in Kliniken zu senken, ohne spürbare Auswirkungen für die Patienten, ist das Gebot der Stunde. Einen entscheidenden Beitrag leistet der effiziente, reduzierte Einsatz von Energie. Der Multitechnik-Dienstleister Spie hat deshalb für die Muldentalkliniken im Landkreis Leipzig ein ganzheitliches Energieeffizienzkonzept entwickelt. „Um unsere Energiekosten deutlich zu reduzieren und nachhaltig wettbewerbsfähig zu bleiben, suchten wir in einer EU-weiten Ausschreibung nach einem passenden Partner mit einem zukunftsfähigen Energieeinsparkonzept“, beschreibt Prof. Matthias Schröter, Leiter Technik und Innovation der Muldentalkliniken, die Ausgangssituation. Die Muldentalkliniken GmbH betreibt zwei traditionsreiche Krankenhäuser in Grimma und Wurzen, Altenheime und Medizinische Versorgungszentren. Mit 355 Krankenhausbetten ist sie ein zuverlässiger Gesundheitspartner der Menschen und Kommunen im Landkreis Leipzig und bietet neben einer wohnortnahen Regelversorgung auch Spezialleistungen unter anderem in der Handchirurgie und der Palliativmedizin.
Überzeugt hat die Klinik das Leistungsportfolio aus einer Hand und die Anwendung eines neuen Energiemanagementsystems. „Das Gesamtkonzept beinhaltete sowohl die Planung und Errichtung als auch den kontrollierten und optimierten Betrieb der neuen Anlagen. Der komplette Wärme- und Stromverbrauch unserer beiden Kliniken sollte demnach fortlaufend und nachvollziehbar verbessert werden“ sagt Professor Schröter.

Die Muldentalkliniken haben in ein neues Energiekonzept investiert. Über die jährlich eingesparten 870 Tonnen CO_2 freuen sich (v. l.): Thomas Ullrich (Vertriebsingenieur Spie), Matthias Schröter (Technischer Leiter der Muldentalkliniken) und Daniel Depta (Projektleiter Spie).

Die in einer anfänglichen Analyse identifizierten und mit dem Krankenhaus abgestimmten Maßnahmen zur Senkung des Energieverbrauchs wurden unmittelbar nach Auftragsvergabe im Zeitplan umgesetzt. Unter anderem rüstete Spie innerhalb von sechs Monaten die Energiezentralen in den beiden Krankenhäusern nutzerorientiert um: So wurden je ein Blockheizkraftwerk (BHKW) und eine Absorptionskältemaschine installiert. Im Frühjahr 2019 fand in Grimma die Übergabe und Inbetriebnahme statt.

Neue Energiezentralen erzeugen Strom, Wärme und Kälte

Strom, Wärme und Kälte produzieren jetzt die neuen BHKWs (elektrische Leistung: 264 und 99 kW), ein Bestands-BHKW und die beiden Absorptionskältemaschinen. Wichtiger Bestandteil des Konzepts ist das Prinzip der Kraft-Wärme-Kälte-Kopplung: Die BHKWs erzeugen Strom und Nutzwärme, die unter anderem zum Betrieb der neuen Absorptionskältemaschinen (Kälteleistung: je 80 kW) genutzt wird. Die erzeugte Kälte dient der Klimatisierung der Krankenhäuser. „Die in den heißen Sommermonaten entstehende überschüssige Wärme wird in Kälte umgewandelt. Dies erhöht die Laufzeit der BHKWs und deckt zugleich den steigenden Bedarf an Kälte im Krankenhaus“, erklärt Matthias Schröter.
Um den Strombedarf weiter zu reduzieren, wurden in beiden Kliniken Pumpen ausgetauscht sowie Lüftungsanlagen hinsichtlich Laufzeiten, Temperaturen, Befeuchtung und Wärmerückgewinnung optimiert. Weitere Einsparungen ließen sich bei der Kälteerzeugung und durch eine Verkürzung der Laufzeiten erreichen.
Der Dienstleister deinstallierte zudem die zentrale Dampferzeugungsanlage und modernisierte die Küchentechnik in Grimma. Der erdgasbefeuerte Dampfkessel, der zuvor den Dampf für die Küche und

Innerhalb von sechs Monaten hat Spie in jedem Krankenhaus die Energiezentralen nutzerorientiert geplant und umgerüstet. Sie bestehen nun aus Blockheizkraftwerk, Absorptionskältemaschine und Kesselanlage.

die Befeuchtungsanlagen erzeugte, musste weichen. Die Luft, beispielsweise der Operationssäle, befeuchten nun dezentrale elektrische Dampferzeuger. Die Küchentechnik wurde auf Warmwasser und elektrische Energie umgestellt.
„Mit diesen Maßnahmen spart allein das Krankenhaus in Grimma den Einkauf von rund 800 MWh Gas. Die beiden neuen BHKWs erzeugen 2.840 MWh Strom. Das entspricht einem Energieverbrauch von rund 3.450 Haushalten“, rechnet Spie-Projektleiter Daniel Depta vor. Beide Krankenhäuser erzeugen dank der modernisierten Technik nun 85 Prozent ihres Strombedarfs selbst. Der produzierte Strom wird ausschließlich von den Krankenhäusern verbraucht. Ein technischer Kniff, die sogenannte Nullbezugsregelung, verhindert eine unwirtschaftliche Einspeisung ins öffentliche Netz. Und auch die Umwelt profitiert: Die CO_2-Emissionen der Muldentalkliniken verringern sich jetzt jährlich um etwa 870 Tonnen. Das entspricht einem CO_2-Ausstoß von etwa 610 Autos, die pro Jahr 10.000 km zurücklegen. „Wir freuen uns und sind stolz, dass wir mit dem neuen Energiekonzept zusätzlich zu den Kosteneinsparungen einen Beitrag zum Umweltschutz leisten können. Auf diese Weise verfolgen wir einen wirklich nachhaltigen Ansatz“, sagt Schröter.
Die Arbeiten erfolgten an beiden Standorten parallel im laufenden Klinikbetrieb. „Die Herausforderung für uns war, während der Errichtungsphase die tägliche Arbeit in den Krankenhäusern nicht einzuschränken“, erklärt Daniel Depta. Die kooperative Zusammenarbeit mit den Muldentalkliniken war

Mit dem neuen Energiemanagementsystem werden zu jeder Zeit die vorausberechneten Einsparungen mit den tatsächlich erreichten verglichen. Treten relevante Abweichungen auf, können Anpassungen vorgenommen werden.

Bilder: Spie

deshalb sehr wichtig. „Wo sonst häufig viele verschiedene Gewerke beteiligt sind, konnten wir mit lediglich einem Partner die gesamte Umsetzung planen und realisieren. Das vereinfachte die Abstimmungen und Arbeiten enorm“, so Professor Schröter.
Der Multitechnik-Dienstleister hat nicht nur die Planung und die Installation der neuen Anlagen übernommen, sondern auch deren Betriebsführung.

Die von den BHKWs erzeugte Nutzwärme wird zum Betrieb der Absorptionskältemaschinen genutzt. Die erzeugte Kälte dient der Klimatisierung der Krankenhäuser.

Steuerung über modernes Energiemanagementsystem

Die Anlagen steuert ein modernes Gebäudeautomationssystem. Es erfasst die Betriebszustände an besonderen Punkten des Wärmenetzes und regelt die Erzeugung anhand des tatsächlichen Verbrauchs. „Wir überwachen alle Systeme per Fernwartung aus unserer Niederlassung heraus, sammeln fortlaufend wichtige Daten zum Verbrauch und werten sie aus. So können wir gemeinsam mit dem Betreiber in den Krankenhäusern vor Ort weitere Energiesparpotenziale identifizieren, Änderungen vornehmen, die Wirkungsgrade der Anlagen unter allen klimatischen Rahmenbedingungen verbessern und die Effizienz steigern“, erklärt Daniel Depta.
Um bei dem zunächst auf zehn Jahre angelegten Vertrag kontinuierlich Einsparungen zu generieren, kommt das neue Energiemanagementsystem ‚Spie Energy Manager‘ zum Einsatz. Energiezähler, die über ein M-Bus-System mit der Leittechnik verbunden sind, erfassen den Bedarf an Erdgas, Strom, Wärme und Kälte der einzelnen Verbrauchsgruppen. Viertelstündlich werden die Medienströme und Verbräuche über einen Datenlogger erfasst und verschlüsselt an eine Daten-Cloud gesendet. Die energetische Auswertung erfolgt auf Basis der Software ‚ingSoft‘, sie ist von überall auf der Welt aus abrufbar.
Die Verbräuche werden über mathematische Methoden wie Regressionsanalysen oder die automatische Überwachung der Leistungsindikatoren optimiert. Zu jeder Zeit werden dazu die vorausberechneten Einsparungen mit den tatsächlich erreichten verglichen. Treten relevante Abweichungen auf, zum Beispiel wenn Wirkungsgrade nicht erreicht werden oder neuartige Betriebszustände auftauchen, wird Spie alarmiert und kann konkrete Anpassungen vornehmen. „Jetzt haben wir zu jeder Zeit die Möglichkeit, die Daten zum Energieverbrauch und deren grafische Aufbereitung abzurufen. So sind wir hinsichtlich unserer Energiebilanz immer auf dem aktuellen Stand“, erklärt Professor Schröter.

Garantierte Einsparungen durch Contracting

Im Rahmen eines Energiesparcontractings übernimmt der Dienstleister eine Einsparzusage für die nächsten zehn Jahre. Spie sorgt deshalb für die Wartung und Instandhaltung der neuen Geräte, um die Verfügbarkeit und die Wirkungsgrade der Energieumwandlung möglichst hoch zu halten. „Contractingverträge sind langfristig angelegt, um nachhaltige Energieeinsparungen zu erreichen. Als Contractor übernehmen wir auch eine Finanzierung der Erstinvestitionen. Die Refinanzierung erfolgt während der Vertragsdauer aus den sich ergebenen Kostensenkungen“, sagt Spie-Vertriebsmanager Thomas Ullrich. „Durch die fortlaufend optimierte Fahrweise der Anlagentechnik garantieren wir die vereinbarten Einsparungen.“

(dk)

Kontakt

Spie Deutschland & Zentraleuropa GmbH
Sascha Flormann
Balcke-Dürr-Allee 7
40882 Ratingen
Tel.: +49 2102 3708-555
sascha.flormann@spie.com
www.spie.de

Neue Reinigungsmodelle sorgen für mehr Hygiene und Patientenzufriedenheit

Farben helfen beim Putzen

Farbliche Hinweise sind nur ein Teil des neuen Reinigungsmodells. Die Reinigungskräfte bekamen auch intensive Schulungen in Theorie und Praxis.

Erhalten Reinigungskräfte eine klare Struktur, theoretische und praktische Schulungen sowie Wertschätzung für ihre körperlich anstrengende Arbeit, wirkt sich das positiv auf die Krankenhaushygiene aus, Leistung und Zufriedenheit der Mitarbeiter steigen. Und die Patienten haben das Gefühl, in einem hygienisch einwandfreien Umfeld gesund werden zu dürfen.

Bunte Sticker an der Türklinke für eine bessere Krankenhausreinigung: Die Lahn-Dill-Kliniken haben ihre Reinigung an allen drei Klinikstandorten auf das ‚Dernbacher Reinigungsmodell' umgestellt – mit bisher sehr guten Erfahrungen. Tobias Leineweber, Technischer Direktor der Lahn-Dill-Kliniken, berichtet im Interview mit KTM, auf welche Weise das Personal geschult wurde, wie sich die Qualität der Reinigung dadurch verändert hat und wie das neue Reinigungsmodell bei den Patienten ankommt.

Herr Leineweber, warum wurde an den Lahn-Dill-Kliniken ein neues Reinigungsmodell eingeführt?
Schon vor der Umstellung haben wir von einem externen Beratungsunternehmen vierteljährlich ausgezeichnete Qualitätsbewertungen über die Reinigungsdienstleistungen an den Standorten Wetzlar, Braunfels und Dillenburg erhalten. Dennoch hatten wir aufgrund von Patientenrückmeldungen den Eindruck, dass noch Verbesserungspotenzial besteht. Außerdem haben wir festgestellt, dass trotz gleicher Schulung aller Mitarbeiter jeder einen individuellen Reinigungsablauf im Patientenzimmer entwickelt hatte. Weiterhin hatten wir das Gefühl, dass es zunehmend wichtig ist, Patienten über die Art und Weise einer desinfizierenden, qualitativ hochwertigen Reinigung im Krankenhaus zu informieren. Deshalb findet sich auf jedem gereinigten Bett nun ein Flyer, in dem das neue Modell erklärt wird.

Wie genau funktioniert das Dernbacher Modell? Welche Vorteile hat es im Vergleich zu anderen Vorgehensweisen?
Das lizenzbasierte ‚Dernbacher Reinigungsmodell' gründet auf folgenden fünf Bausteinen:

1. Strukturierte, standardisierte und optimierte neue Arbeitsabläufe bei der desinfizierenden Reinigung der Patientenzimmer unter Einbezug der häufig angefassten Objekte (z. B. Türklinken, Fenstergriffe, Lichtschalter etc.): Dabei geht es nicht darum, dass die Mitarbeiter im Reinigungsdienst in kürzerer Zeit mehr Flächen reinigen. Durch einen optimierten Ablauf, bei dem die Reinigungskraft nicht fünfmal zum Reinigungswagen laufen muss, sondern nur noch zweimal, kann die gewonnene Zeit für eine qualitativ bessere Desinfektion im Raum genutzt werden. Wir haben übrigens mit der Einführung eine erhebliche Aufstockung der Vollkräfte umsetzen können.
2. Visualisierung der zwingend zu desinfizierenden Bereiche mit farblichen Stickern, die der Farbe der zugehörigen Reinigungstücher entsprechen: Das dient zum einen dazu, dass die Reinigungskraft keine Flächen vergessen kann. Zum anderen sieht der Patient so, dass in seinem Umfeld korrekt gearbeitet wird.
3. Information der Patienten: In der Vergangenheit bezogen sich viele Anfragen und Beschwerden der Patienten auf die Art der Reinigung. Zum Beispiel gab es die

Frage, ob ein Reinigungstuch für alle Flächen verwendet wird, oder warum nach der desinfizierenden Reinigung ein Schleier auf der Keramik oder den Armaturen zu sehen ist. Jeder Patient bekommt nun einen Flyer, in dem die Reinigungsschritte, das Drei-Farben-System der Tücher etc. erklärt werden. Die Nachfrage und auch die Beschwerden haben seither erheblich abgenommen. Zudem wurden die Mitarbeiter der Reinigung geschult, Fragen der Patienten zur Reinigung und zum Ablauf zu erklären.

4. Intensive Schulung des Reinigungsprozesses in Theorie und Praxis: Die Schulungen wurden in den ersten Wochen und Monaten mehrfach wiederholt, um eine hohe Qualität sicherzustellen.
5. Qualitätskontrolle und Monitoring: zum Beispiel durch kontinuierliche Messungen sowie Prozessbeobachtungen durch die Abteilung Krankenhaushygiene, ergänzt durch eine halbjährliche Qualitätskontrolle der Liegenschaften durch die DGKK Dienstleistung GmbH.

Tobias Leineweber, Technischer Direktor der Lahn-Dill-Kliniken, war maßgeblich an der Entscheidung und der Einführung des Dernbacher Reinigungsmodells beteiligt.

Wie lief die Einführung im Detail ab?
Im Vorfeld haben wir uns das System in Dernbach angesehen und uns daraufhin in Abstimmung mit der Abteilung Krankenhaushygiene dafür entschieden. Auch das Direktorium der Lahn-Dill-Kliniken als unser Auftraggeber hat die Entscheidung mitgetragen. Als ersten unserer drei Standorte haben wir im Rahmen einer Testphase die Dill-Kliniken in Dillenburg umgestellt. Die positiven Rückmeldungen der hoch motivierten Reinigungskräfte und die ebenso überzeugenden Rückmeldungen der Patienten haben uns die Entscheidung zur Umsetzung auch an den Standorten Braunfels und Wetzlar leicht gemacht.
Zuerst wurden die Reinigungskräfte, auch anhand detaillierter Videos, theoretisch geschult, anschließend in einer 1:1-Betreuung in einem Musterzimmer praktisch unterwiesen. Dies erfolgte je nach Standortgröße an ein bis drei Tagen. Die Mitarbeiter der DGKK Dienstleistung GmbH waren anschließend noch in unterschiedlichen Abständen vor Ort, um Fragen zu beantworten

Zwingend zu desinfizierende Bereiche werden mit farblichen Stickern versehen, die den Farben der zugehörigen Reinigungstücher entsprechen. Hier bedeutet der blaue Punkt: mit dem blauen Tuch putzen.

Bilder: Lahn-Dill-Kliniken

und wertvolle Tipps und Hilfestellung zur neuen Arbeitsweise zu geben. Gemeinsam mit der Abteilung Krankenhaushygiene wurden im Anschluss Qualitätschecks gereinigter Patientenzimmer durchgeführt – im Beisein der jeweiligen Reinigungskraft, um Anregungen und Verbesserungen direkt anstoßen zu können. Dies wurde auch sehr positiv aufgenommen.

Wie kommen die Mitarbeiter mit dem neuen Standard zurecht?
Die meisten haben bereits innerhalb eines Tages den neuen Standard verinnerlicht. Sicherlich hat es an den ersten Tagen noch etwas länger gedauert. Dies ist aber völlig normal. Wichtig war uns, dass alle verstehen, warum wir einen lange geübten Prozess nun ändern. Zudem haben wir allen Mitarbeitern angeboten, nochmals eine Begleitung durch die DGKK Dienstleistung GmbH zu erhalten, um noch besser zu werden.

Waren neue Anschaffungen erforderlich? Wie lange hat die Einführung insgesamt gedauert?
Nein, es waren keine neuen Anschaffungen notwendig. Es wurde uns eine hohe Qualität der bereits verwendeten Reinigungsgeräte, Chemie etc. bescheinigt. Pro Standort haben wir mit einer Woche für die Einführung gerechnet. Tatsächlich haben wir zu 80 Prozent schon nach ein bis zwei Tagen Intensivschulung der Mitarbeiter das gewünschte Reinigungsergebnis erreicht.

Inwiefern hat sich die Qualität der Reinigung verbessert? Wie haben Sie diese erhoben?
Die Zufriedenheit der Patienten in Bezug auf die Sauberkeit im Krankenhaus stieg nach Einführung im Vergleich zu den Vorauswertungen. Die Rückmeldungen der Patienten haben wir im Rahmen eines Benchmarks mit anderen Krankenhäusern anhand der erfassten Patientenfragebögen auswerten lassen. Auch das zuständige Gesundheitsamt hat sich den Prozess vor Ort angesehen und für sehr gut befunden. Wichtig ist nun, dass wir den von uns gesteckten hohen Anspruch auch bei neuen Mitarbeitern halten. Dazu dienen die Prozessbeobachtungen sowie kontinuierliche Wiederholungsschulungen.

Gibt es Rückmeldungen von Patienten?
Es gab auch persönliche Rückmeldungen gegenüber den Reinigungskräften. Das ist auch für deren Motivation wichtig. Leider, wie in vielen anderen Bereichen auch, wird mit Lob gespart und manchmal nicht konstruktive Kritik geübt. In den oben angesprochen Flyern geben wir immer die Telefonnummer des Objektleiters als Kontaktmöglichkeit bei Lob und Kritik an. Seit der Einführung hat noch niemand diese Nummer gewählt.

Was raten Sie anderen Krankenhäusern, die die Qualität der Reinigung verbessern möchten?
Es gibt ganz verschiedene Systeme auf dem Markt, die alle dasselbe Ziel haben: eine hygienisch qualitativ hochwertige Reinigungsleistung. Im Grunde genommen ist es zweitrangig, für welches System sich Krankenhäuser entscheiden. Wichtig ist vielmehr, dass die Verantwortlichen erst einmal gewohnte Pfade verlassen, Prozesse offen hinterfragen, die Mitarbeiter bei einem Prozesswechsel mitnehmen, schulen und fördern. Wichtig war uns, die körperlich sehr anstrengende Arbeit wertzuschätzen und dies auch den anderen Berufsgruppen in den Kliniken zu vermitteln. Die Reinigungskräfte sollen Teil des Stationsteams sein.
Im nächsten Jahr soll erstmals eine DIN-Norm (DIN 13063) für die Krankenhausreinigung eingeführt werden. Wir sind gespannt, welche Anforderungen dann an die Dienstleister und Krankenhäuser gestellt werden.
Mein abschließender Rat: Krankenhäuser sollten in die Mitarbeiter und deren Qualifizierung im Reinigungsdienst investieren. Denn nur mit ausreichend qualifiziertem Personal mit auskömmlichen Quadratmeterleistungen ist eine hygienisch einwandfreie Desinfektion möglich. ■

(dk)

Kontakt

Lahn-Dill-Kliniken GmbH
Tobias Leineweber
Forsthausstraße 1–3
35578 Wetzlar
Tel.: +49 6441 79-1
tobias.leineweber@lahn-dill-kliniken.de
www.lahn-dill-kliniken.de