

Klinikum Landau-SÜW



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus: Klinik Landau – Südliche Weinstraße
Institutionskennzeichen: 260730991
Anschrift: Klinik Landau Klinik Bad Bergzabern Klinik Annweiler
Bodelschwingstraße 11 Danziger Straße 25 Georg Staab Straße 3
76829 Landau 76887 Bad Bergzabern 76855 Annweiler

Ist zertifiziert nach KTQ®
mit der Zertifikatnummer: 2015-0039 KHVB
durch die von der KTQ-GmbH
zugelassene Zertifizierungsstelle: QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche

Gültig vom: 26.06.2015
bis: 25.06.2015
Zertifiziert seit: 26.06.2006

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die Kategorien	8
1 Patientenorientierung	9
2 Mitarbeiterorientierung	11
3 Sicherheit	12
4 Informations- und Kommunikationswesen	14
5 Führung	15
6 Qualitätsmanagement	17

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 und Rettungsdienstleistungen.

Gesellschafter der KTQ[®] sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR). 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 Kriterien, die sich auf

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Führung des Krankenhauses und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

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

¹ zu diesen zählen: Verband der Ersatzkassen e. V., AOK-Bundesverband, BKK-Dachverband, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Knappschaft.

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

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009/2. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet den strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass das **Klinikum Landau – SÜW** 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

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung



Klinik Landau



Klinik Annweiler



Klinik Bad Bergzabern

Das Klinikum Landau-Südliche Weinstraße ist ein Verbundkrankenhaus mit Kliniken in Annweiler, Bad Bergzabern und Landau und verfügt über 445 Planbetten. Gesellschafter des Klinikums sind mit jeweils 50% die Stadt Landau und der Kreis Südliche Weinstraße.

Seit der Fusion mit dem früheren Kreiskrankenhaus Südliche Weinstraße, mit den Kliniken Annweiler und Bad Bergzabern, zur Klinikum Landau-Südliche Weinstraße GmbH am 01.01.2004 konnte die Angebots- und Leistungsvielfalt erweitert werden. Das Leistungsspektrum des Klinikums Landau-Südliche Weinstraße umfasst in insgesamt 16 Fachabteilungen:

- Allgemein-und Viszeralchirurgie,
- Unfall-, Hand- und orthopädische Chirurgie,
- Innere Medizin mit Gastroenterologie, Diabetologie, Hepatologie, Kardiologie, Stroke Unit, Pneumologie, Palliativ- und Altersmedizin,
- Konservative Orthopädie,
- Anästhesie und Intensivmedizin,
- Frauenheilkunde,
- HNO-Heilkunde,
- Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie,
- Urologie.

Das Klinikum verfügt über ausgewiesene Versorgungsschwerpunkte in den Bereichen Gastroenterologie, Geriatrie, Kardiologie (24-Stunden Bereitschaftsdienst des Herzkatheterlabors), Palliativmedizin, Stroke Unit (Regionale Schlaganfalleinheit), Viszeralchirurgie und ist zudem ausgewiesenes Diabetologisches Zentrum und Regionales Traumazentrum. Zusätzlich hierzu sind interne Zentren wie das Bauch- und Darmzentrum oder das Gelenkzentrum etabliert.

Jährlich werden im Klinikum Landau-Südliche Weinstraße ca. 15.000 stationäre und ca. 30.000 ambulante Patienten behandelt. Die Krankenpflegeschule des Klinikums kooperiert mit der Krankenpflegeschule der Pfalzkl. für Psychiatrie und Neurologie AdöR und bilden zusammen das Südpfälzische Zentrum für Pflegeberufe. Das Klinikum Landau-Südliche Weinstraße ist KTQ[®] zertifiziert und erhielt zudem das Zertifikat zum Audit „berufundfamilie“ für seine familienbewusste Personalpolitik.

Durch ein kontinuierliches konsequentes Investitions- und Modernisierungskonzept entstand ein modernes, leistungsfähiges Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung

mit einem umfassenden Leistungsspektrum zur wohnortnahen Akutversorgung der Bürger unserer Stadt und des Landkreises.

Neben der Möglichkeit von ambulanten Operationen für spezifische Eingriffe besteht eine umfassende Ambulanz- und Sprechstundentätigkeit in allen Fachabteilungen. Informationsveranstaltungen, Schulungen und viele andere Angebote runden das Angebot unseres Klinikums als Gesundheitszentrum für Patienten und Interessierte ab.

Um eine gute Versorgung der Patienten sicherzustellen, legen wir neben der effektiven Zusammenarbeit der Kliniken untereinander und mit anderen Kliniken sehr großen Wert auf eine enge und gute Kooperation mit niedergelassenen Kollegen, Ärztgemeinschaften, Selbsthilfeorganisationen, ambulanten Diensten und Pflegeeinrichtungen.

Im Zentrum unseres Handelns steht das Leitbild des Klinikums. Alle Projekte und Angebote orientieren sich am Leitbild unter der Zielvorstellung einer kontinuierlichen Optimierung unserer Prozesse unter Einbezug aller Mitarbeiter.

Formulierungen wie „Patientinnen und Patienten“ und „Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter“ werden wegen der besseren Lesbarkeit im Text auf eine allgemeine Form verkürzt.

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Geplante Aufnahmen werden in Absprache mit den einweisenden Ärzten und den Patienten vorbereitet. Anhand unserer Homepage, der gesetzlichen Qualitätsberichte sowie der Imagebroschüre und speziellen Flyern können sich Patienten und Interessierte über unser Leistungsspektrum informieren. Die Kliniken liegen zentral und sind mit dem PKW und öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen. Ausreichende Parkmöglichkeiten sind vorhanden. Wegbeschreibungen sind im Internet einsehbar, alle Zubringerstraßen sind gut ausgeschildert.

1.1.2 Leitlinien

Grundlage für Diagnostik, Therapie und Pflege sind die aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften, die durch klinikübergreifende interne Standards ergänzt werden. Zahlreiche Verfahren sind im Intranet hinterlegt und stehen den behandelnden Berufsgruppen jederzeit zur Verfügung. Interne und externe Fort- und Weiterbildungen, Fallbesprechungen und die interne Kommunikationsstruktur gewährleisten die fachgerechte Anwendung und Evaluation. Wir achten den Willen und die Würde des Patienten und berücksichtigen die Bedürfnisse besonderer Patientengruppen.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Eine umfassende Information der Patienten unterstützt den Genesungsprozess. Deshalb beziehen wir Patienten und Angehörige in die Behandlungsplanung mit ein. Veränderungen bei der Behandlung werden ausführlich mit dem Patienten und wenn gewünscht auch mit den Angehörigen besprochen. Fremdsprachige Aufklärungen sind durch fremdsprachenkundige Mitarbeiter und spezielle Aufklärungsbögen möglich. Unser Ziel ist es, der Individualität der Menschen mit ihren physischen, psychischen, religiösen sowie den soziokulturellen Bedürfnissen gerecht zu werden. Der KISS Pfalz Selbsthilfetreff e.V. unterstützt uns als wichtiger Partner.

1.1.4 Service, Essen und Trinken

Auf Grund unseres Leistungsspektrums und der Modernisierungsplanung verfügt das Klinikum an allen Klinikstandorten über moderne Therapie- und Behandlungseinheiten. Unser Klinikum verfügt über eine eigene Küche, die die Patienten mit abwechslungsreichen Speisen versorgt. Kulturelle Besonderheiten sowie Wunsch- und Sonderkostformen werden berücksichtigt. Servicekräfte, Diabetes- und Ernährungsberater bieten ein individuelles Betreuungs- und Beratungsangebot. In unseren Häusern ist eine Gruppe freiwilliger und ehrenamtlicher Helfer/innen tätig, die bei der Besorgung kleiner, persönlicher Dinge behilflich sind und auch als Begleitung zur Verfügung stehen.

1.1.5 Kooperationen

Kooperationen und fachübergreifende Zusammenarbeit sind für uns Motor im medizinischen und wirtschaftlichen Fortschritt. Wir ergänzen unsere vielfältigen Kompetenzen, indem wir erforderliche Spezialisten in die Behandlung mit einbeziehen. Die Zentrenbildung am Klinikum LD-SÜW ermöglicht eine 24 h Verfügbarkeit medizinischer Fachkompetenz sowie eine strukturierte Zusammenarbeit von Fachabteilungen, Berufsgruppen und externen Kooperationspartnern. Die Abläufe und Verantwortlichkeiten sind innerhalb von Konzepten, Verträgen und Verfahrensanweisungen beschrieben und sind auf der Homepage des Klinikums sowie im gesetzlichen Qualitätsbericht ausführlich beschrieben.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die Notfallaufnahme ist an allen Klinikstandorten 24 Stunden/ 7 Tage durch qualifiziertes ärztliches und pflegerisches Personal sichergestellt. Das Klinikum Landau-Südliche Weinstraße/ Standort Landau ist als lokales Traumazentrum zertifiziert und Mitglied im Traumanetzwerk Vorderpfalz. Durch einen 24h Bereitschaftsdienst des Herzkatheterlabors stellt das Herzzentrum Landau die zeitnahe kardiale Notfallversorgung sicher. Der ärztliche Rufdienst des Kuratoriums für Heimdialyse Annweiler sichert rund um die Uhr die Dialysebehandlung. Die Durchführung der versicherungsspezifischen Vorgaben der Berufsgenossenschaften ist an allen 3 Standorten gewährleistet.

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Die Angebote und Sprechstundenzeiten der Fach- und Spezialambulanzen sind im Internet und der Patientenbroschüre ausgewiesen. In den Ambulanzen der Fachabteilungen erhalten Patienten weitere Informationen und Aufklärungen zur ambulanten Versorgung. Der enge Kontakt mit den Hausärzten ermöglicht eine schnelle Übermittlung von Befunden unter Einhaltung der Datenschutzrichtlinien. Vorbefunde werden systematisch genutzt, um Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Die Informationsweitergabe an die niedergelassenen Ärzte erfolgt über Arztbriefe.

1.3.2 Ambulante Operationen

Ambulante Operationen sind in den operativen und interventionellen Fachabteilungen möglich. Sie werden so geplant, dass die Patienten nach der notwendigen Überwachungszeit am gleichen Tag entlassen werden können. Für vor- und nachstationäre Leistungen werden feste Termine von den zuständigen Ambulanzen vergeben. An allen Standorten haben wir ambulante OP-Zentren etabliert.

1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Aufnahme- und Behandlungsprozess orientieren sich an Leitlinien, internen Standards und Klinischen Pfaden und werden durch unsere Fachärzte festgelegt und dokumentiert. Die Umsetzung des Pflegeprozesses beginnt mit der Erhebung der Pflegeanamnese und wird über die Anwendung der Pflegestandards und der individuellen Pflegeplanung fortgeführt. Besondere Lebenssituationen, Bedürfnisse und Gewohnheiten der Patienten werden sowohl ärztlich, pflegerisch als auch therapeutisch berücksichtigt.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die wissenschaftlich fundierten Leitlinien der Fachgesellschaften und erprobte Pflegestandards sind die Grundlage für die individuelle Behandlung der Patienten. Der Facharztstandard ist in allen Abteilungen rund um die Uhr gesichert. Examierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte und Therapeuten ggf. mit Fachweiterbildung sind in allen Fachbereichen tätig. Die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln erfolgt in Kooperation mit externen Partnern. Im Rahmen der Komplexbehandlungen finden wöchentliche Teambesprechungen im therapeutischen Team statt.

1.4.3 Operative Verfahren

Elektive Eingriffe werden in Sprechstunden geplant und über einen Outlookkalender organisiert. Die Ablauforganisation im OP ist durch ein OP-Statut geregelt. Die operativen und anästhesiologischen Verfahren sowie die Vermeidung von Fehlern und Komplikationen sind in Standards und Leitlinien festgelegt. Zur operativen Vorbereitung finden Checklisten und standardisierte, mehrsprachige Aufklärungsbögen Anwendung. Der Facharztstandard ist bei jeder Operation gewährleistet. Fachpflegekräfte vervollständigen das OP-Team.

1.4.4 Visite

Im Rahmen der täglichen Visiten, an der abteilungsspezifisch Ärzte, Mitarbeiter des Pflegedienstes und Therapeuten teilnehmen, werden der Behandlungsverlauf und das weitere Vorgehen gemeinsam mit den Patienten besprochen. Außerdem haben die Patienten und ihre Angehörigen jederzeit die Möglichkeit, Beratungsgespräche über Sprechzeitentafeln zu vereinbaren. Darüber hinaus finden wöchentliche Chef- und Oberarztvisiten statt. Auf den Belegstationen visitieren die Belegärzte täglich ihre Patienten.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Vorstationäre Leistungen werden hauptsächlich im Fachbereich Chirurgie erbracht, um die Notwendigkeit einer vollstationären Leistung abzuklären bzw. eine solche vorzubereiten. Innerhalb von 5 Tagen vor dem elektiven Eingriff wird der Patient einbestellt, die poststationäre Behandlung wird in der Ambulanz terminiert und durch einen Facharzt betreut. Behandlungsprozess und Dokumentation entsprechen der stationären Versorgung. Teilstationäre Leistungen werden im Klinikum LD-SÜW nicht erbracht. In der Klinik Anweiler werden ausschließlich vollstationäre Leistungen erbracht.

1.5.1 Entlassung

Das Vorgehen bei der Entlassung beginnt bereits bei der Behandlungsplanung und ist mit Zeitzielen für verschiedene Entlassarten im Klinischen Pfad Entlassung beschrieben. Jeder Patient erhält am Entlass-tag den Kurzarztbrief, der alle notwendigen Informationen für den weiterbehandelnden Arzt oder die weiterbetreuende Einrichtung enthält. Bei Bedarf leitet der Sozialdienst frühzeitig alle notwendigen Schritte zur weiteren Versorgung wie z.B. Überleitungspflege, Pflegeplätze, Reha-Behandlungen ein und stellt Kontakte zu Heimen und Selbsthilfegruppen her.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Zusammen mit dem Patienten sowie den ärztlichen und pflegerischen Weiterbehandlern wird ein reibungsloser Übergang in andere Versorgungsbereiche und eine lückenlose Informationsweitergabe sichergestellt. Zwischen Patient, dessen Angehörigen und dem Behandlungsteam wird die weitere Betreuung nach den individuellen Bedürfnissen des Patienten geplant. Das Behandlungsteam nimmt direkt Kontakt mit den nachbetreuenden Personen und Einrichtungen auf und steht für Rückfragen jederzeit zur Verfügung. Die Chefärzte, die Pflegedirektorin und der Sozialdienst pflegen den Kontakt zu den regionalen Partnern und Selbsthilfegruppen.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Aus der Grundphilosophie unseres Leitbildes heraus haben wir ein Ethikkomitee, ein Konzept für die Palliativstation sowie einen Klinischen Pfad und Standards zum Umgang mit Sterbenden etabliert. Ziel unserer Sterbebegleitung ist es, die Leidenslinderung sowie die psychosozialen und spirituellen Aspekte in das Zentrum der Bemühungen zu rücken. Wichtigstes Ziel ist dabei die Erreichung einer bestmöglichen individuellen Lebensqualität in der verbleibenden Lebenszeit. Der in Form einer Patientenverfügung verfasste Wille des Patienten ist für uns bindend. Eine umfassende Schmerztherapie und die Ausschöpfung der palliativen Möglichkeiten stehen im Vordergrund. Die ganzheitliche Behandlung auf der Palliativstation Anweiler erfolgt durch palliativmedizinisch erfahrene Mitarbeiter aller Berufsgruppen.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Der respektvolle Umgang mit Verstorbenen und die angemessene Begleitung der Angehörigen gehört zur Grundhaltung unserer Mitarbeiter. Die Angehörigen haben die Möglichkeit, in einem würdevollen Rahmen Abschied von ihrem Verstorbenen zu nehmen. An allen Klinikstandorten stehen Abschiedszimmer in angenehmer Atmosphäre zur Verfügung. Die Prosekturen sind an allen Standorten saniert. Die Seelsorger stehen für Unterstützung in dieser besonderen Situation zur Verfügung. Rituale anderer Religionen werden berücksichtigt und ermöglicht. Spezielle Flyer mit Angeboten zur Trauerbegleitung liegen aus. In der Klinik Anweiler finden quartalweise Gedenkfeiern für die Verstorbenen der Palliativstation statt.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Die Planung des Personalbedarfs wird für alle Berufsgruppen im Rahmen der Erstellung des Wirtschaftsplans prospektiv für das Geschäftsjahr jährlich festgelegt. Grundlage für die Personalplanung sind die strategische Zielplanung, gesetzliche Vorgaben sowie die Leistungsplanung für das jeweils kommende Jahr. Die Personalplanung wird mit dem Betriebsrat beraten.

2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Die dynamische Entwicklung unserer Klinik erfordert die ständige Weiterqualifikation von Mitarbeitern und Führungskräften. Grundlage dafür ist unser klinikumsweites Personalentwicklungskonzept, in dem u. a. die Einarbeitung, Beurteilung, Qualifizierung und Weiterentwicklung der Mitarbeiter beschrieben ist. Tätigkeiten werden in Stellenbeschreibungen festgeschrieben. Mitarbeitergespräche sind etabliert.

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Neue Mitarbeiter werden im Klinikum strukturiert in ihre Tätigkeit und in den Arbeitsplatz eingeführt. Das Einarbeitungskonzept beschreibt die Einarbeitungsphase wie z.B. feste Bezugspersonen in den ersten Wochen, Reflexionsgespräche und Mentoren. In einem mehrstufigen Einarbeitungsverfahren (bereits be-

ginnend vor dem ersten Arbeitstag) wird eine strukturierte und durch Checklisten unterstützte Einarbeitung durchgeführt. Im Pflegedienst sind ausgebildete Praxisanleiter etabliert.

2.2.3 Ausbildung

Im Klinikum LD-SÜW finden Ausbildungen in folgenden Bereichen statt: Weiterbildung von Ausbildungsassistenten, Gesundheits- und Krankenpflege, Operationstechnische Assistenten, Kaufleute im Gesundheitswesen und BA-Studium im Rahmen des Dualen Studiengangs "Betriebswirtschaft/ Gesundheitswesen und soziale Einrichtungen". Die Kommunikation zwischen Schulen und Klinik ist durch die Regelmäßige Kommunikation und gemeinsame Veranstaltungen sichergestellt.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Eine systematische und zielgerichtete Fort- und Weiterbildung für alle Berufsgruppen des Klinikums ist ein wichtiger Bestandteil der Personalentwicklung. Die Veröffentlichung der Angebote erfolgt über einen Fort- und Weiterbildungskatalog im Intranet. Den Mitarbeitern stehen die fachbezogene Nutzung des Internets sowie eine Online-Medienbibliothek zur Verfügung. Die Seminarräume sind mit technischen Medien (Beamer, Flipchart, Moderationskoffer u. a.) ausgestattet.

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Kompetente und engagierte Mitarbeiter sind unser größtes Potential. Flache Hierarchien, klare Zuständigkeiten und schlanke Strukturen sind erklärtes Ziel der Geschäftsführung. Leitende Mitarbeiter werden auf Grund der Unternehmensphilosophie in strategische Überlegungen und Planungen einbezogen und verpflichten sich zur Einhaltung der Führungsgrundsätze wie zum Beispiel kollegialer und kooperativer Führungsstil (fordern und fördern), Delegation und Partizipation. Führungskräfte werden für ihre Aufgaben qualifiziert.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Arbeitszeiten und Urlaubsplanung sind in Dienstvereinbarungen geregelt. Arbeitszeiten werden EDV-gestützt dokumentiert. Ziel der Arbeitszeitregelungen ist der bedarfsgerechte und wirtschaftliche Personaleinsatz unter Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes und der tariflichen Regelungen. Vorgesetzte steuern den Einsatz der Mitarbeiter über Dienstpläne. Um individuelle Mitarbeiterbedürfnisse sowie arbeitsmedizinische Empfehlungen zu berücksichtigen, finden diverse Arbeitszeitmodelle Anwendung. Einen besonderen Stellenwert hat die Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Ansprechpartner für Ideen, Wünsche und Beschwerden der Mitarbeiter sind die direkten Vorgesetzten. Es existiert ein Innerbetriebliches Vorschlagswesen (IBV), welches den Mitarbeitern die Möglichkeit gibt, ihre Vorschläge und Ideen in den Betriebsablauf einzubringen. Durch die Einbindung aller Hierarchieebenen in Arbeits- und Projektgruppen können Mitarbeiter ihre Ideen und Verbesserungsvorschläge einbringen und sich aktiv an der Umsetzung beteiligen.

3 Sicherheit

3.1.1 Arbeitsschutz

Oberstes Gebot der Arbeitssicherheit ist die Unfallvermeidung. Grundlage für den Arbeitsschutz ist das Regelwerk der Arbeitssicherheit. Das Klinikum hat die Leistungen der Fachkraft für Arbeitssicherheit und des Betriebsarztes extern vergeben. Der Arbeitssicherheitsausschuss, die Sicherheits- und Strahlenschutzbeauftragten überwachen die Einhaltung der Richtlinien und gesetzlichen Vorgaben. Begehungen, Messungen und Schulungen finden regelmäßig statt. Sicherheitsmängel werden zeitnah zur Sicherheit von Patienten und Mitarbeitern behoben. Die Dokumentation und Meldung von Arbeitsunfällen ist standardisiert.

3.1.2 Brandschutz

Die Sicherheit von Patienten, Besuchern und Mitarbeitern wird durch das Landesbrand- und Katastrophenschutzgesetz für das Land Rheinland Pfalz geregelt. Der Alarm- und Einsatzplan des Klinikums regelt und dokumentiert die Melde- und Alarmierungswege, die Rettungs- und Fluchtwege, Sammelpunkte,

die Anfahrtswege Hydranten sowie die Verteilung von Sachgebietsaufgaben. Die Mitarbeiter sind über das Verhalten im Brandfall gut informiert. Es gibt für alle Standorte Brandschutzkonzepte mit Zeitplänen zur Umsetzung der geplanten Maßnahmen.

3.1.3 Umweltschutz

Ziel der Einrichtung ist der schonende und verantwortungsvolle Umgang mit Energieressourcen. Zur Realisierung der Ziele sind im Klinikum Umwelt- und Abfallbeauftragte bestellt. Bei baulichen Maßnahmen werden umweltschonende Maßnahmen berücksichtigt. Die kontinuierliche Auswertung der Energieverbräuche, die konsequente Abfalltrennung, der Einsatz ökologischer Materialien (Baustoffe, Farben, Wasch- und Reinigungsmittel, Leuchtstoffe, etc.) und Anlagen (Blockheizkraftwerk) unterstützen die Einhaltung unserer Umweltziele. Gemeinsam mit der Abteilung Einkauf und Materialwirtschaft wird bei Neanschaffungen und bei der Auswahl von Geschäftspartnern auch auf eine umweltfreundliche Handhabung geachtet. Es existiert ein Gefahrstoffkataster. Die Gefahrstoffe und die hierzu ergangenen Betriebsanweisungen sind im Intranet einsehbar.

3.1.4 Katastrophenschutz

Das Klinikum ist entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen des Landes Rheinland-Pfalz (LBKG) in den Katastrophenschutz eingebunden. Die Krankenhäuser sind in den Katastrophenschutzplan der Stadt Landau bzw. des Landkreises Südliche Weinstraße integriert. Der Alarm- und Einsatzplan regelt das Verhalten für externe und interne Gefahrenlagen, eine Überarbeitung erfolgt im fortlaufenden Rhythmus. Für den Katastrophenfall steht eine Koordinationsstelle (Einsatzleitung) mit entsprechender Infrastruktur zur Verfügung.

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Der Umgang mit nichtmedizinischen Notfällen ist Bestandteil des Alarm- und Einsatzplanes. Es bestehen Regelungen zu: Betriebsstörungen der Ver- und Entsorgung, Störungen der Informations- und Kommunikationstechnik sowie Außergewöhnliche Situationen (extreme Witterungslagen, Personalausfall). Die Überprüfung der Notstromaggregate findet monatlich statt. Im Rahmen von Schulungen werden die Handlungsanweisungen mit den Mitarbeitern geübt.

3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Die persönliche Freiheit des Patienten steht an erster Stelle. Das Klinikum ist Mitglied im Aktionsbündnis Patientensicherheit und entsprechend dessen Zielsetzung verpflichtet. Zu beaufsichtigende Patienten werden bei den notwendigen Aktivitäten unterstützt, so dass die stete Sicherheit gewährleistet werden kann. Besondere Maßnahmen zur Patientensicherheit müssen medizinisch angezeigt sein, mit Angehörigen/ Betreuer besprochen und in ihrer Notwendigkeit ständig überprüft und in der Patientenakte dokumentiert werden. Die gesetzlichen Regelungen werden dabei stets beachtet.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Das medizinische Notfallmanagement ist klinikumsübergreifend umgesetzt. Bausteine unseres Notfallmanagement sind das Erkennen kritischer Notfallsituationen, die Bekanntheit der einheitlichen Notfallnummer, die flächendeckende Kenntnis von Basismaßnahmen und Notfallplänen, die Einrichtung eines Notfallteams und eine standardisierte ortsnahe Basisausrüstung. Die Notfallausrüstung ist klinikumsweit standardisiert und einheitlich gekennzeichnet. Jährlich finden berufsgruppenorientierte Reanimationsschulungen für alle Mitarbeiter der Patientenversorgung statt.

3.2.3 Hygienemanagement

Ziel des Hygienemanagements ist es, übertragbare Erkrankungen vorzubeugen, im Krankenhaus erworbene Infektionen zu vermeiden und deren Weiterverbreitung zu verhindern. Die Hygienekommission, die Hygienefachkraft sowie speziell ausgebildete Mitarbeiter vor Ort sind für die Einhaltung der Hygienemaßnahmen verantwortlich. Durch die Kooperation mit dem Beratungszentrum für Hygiene, Freiburg werden regelmäßige Begehungen, Beratung und Schulungen der Mitarbeiter ermöglicht. Das Hygienehandbuch im Intranet enthält Regelungen zur Organisation der Hygiene und relevante Hygienestandards für alle Klinikbereiche. Desinfektionspläne sind in allen Bereichen vorhanden. Das Klinikum beteiligt sich an der Aktion Saubere Hände.

3.2.4 Hygienerrelevante Daten

Hygienerrelevante Daten werden kontinuierlich nach den Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes erfasst und ausgewertet. Meldungen des mikrobiologischen Labors gehen der Hygienefachkraft strukturiert zu. Der Meldeweg für externe und interne Hygienemeldungen sowie die entsprechenden Meldeformulare sind im Intranet hinterlegt. Die Ergebnisse werden in Form von Infektionsstatistik, Keimresistenz, etc. in der Hygienekommission analysiert und entsprechende Maßnahmen eingeleitet.

3.2.5 Infektionsmanagement

Das Infektionsmanagement des Klinikums orientiert sich an den Richtlinien des Robert Koch Institutes, den Vorgaben des Medizinproduktegesetzes und des Infektionsschutzgesetzes und ist im Hygienehandbuch beschrieben. Festgestellte meldepflichtige Erkrankungen nach dem Infektionsschutzgesetz werden durch den leitenden Abteilungsarzt an das Gesundheitsamt gemeldet. Relevante Hygienestandards für ein evidenzbezogenes hygienisches Handeln sind im Intranet hinterlegt und werden regelmäßig geschult. Der Ausbruchsfall wird durch die Verfahren des Ausbruchsmanagements organisiert und gesteuert. Für Patienten und Besucher stehen Informationsblätter zur Verfügung.

3.2.6 Arzneimittel

Das Klinikum wird von der Apotheke der Stadtklinik Frankenthal beliefert. Die Arzneimittelkommission tagt gemäß einer Geschäftsordnung und legt z.B. die zu verwendenden Medikamente in der Arzneimittelliste fest. Die Bevorratung und Belieferung der gelisteten Medikamente ist rund um die Uhr (Notdepot) sichergestellt. Für lebenswichtige oder selten benötigte Arzneimittel der Intensivstationen wurden Mindestvorräte definiert. Nach Möglichkeit wird auf einen ökologischen Umgang mit Arzneimitteln geachtet. Für das sichere Vorbereiten von Medikamenten und Infusionen sind Standards hinterlegt. Der Apotheker kontrolliert regelmäßig die korrekte Lagerhaltung. Der Meldeweg bei unerwünschten Arzneimittelwirkungen, Zwischenfällen und Beinahezwischenfällen ist hinterlegt.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaprodukte

Im Klinikum ist ein Qualitätsmanagement gemäß den Vorgaben des Transfusionsgesetzes etabliert. Interne und externe Leit- und Richtlinien sind im Intranet hinterlegt. Zusätzlich zu den Regelwerken der Transfusionsmedizin regelt das Hämotherapiehandbuch die Beschaffung, Lagerung und Ausgabe von Blut und Blutprodukten, die Durchführung der Transfusion, Indikationsstellung, den Umgang mit Transfusionszwischenfällen, typische Menge von Blutkonserven bei Routineeingriffen und Patienteninformationen.

3.2.8 Medizinprodukte

Die Anwendung und der Umgang mit Medizinprodukten ist durch einen Dienstleistungsvertrag mit einem externen Betreiber und das Medizinproduktehandbuch organisiert. Die Einweisung in die für ihre Tätigkeit notwendigen Geräte erfolgt durch den Medizinproduktverantwortlichen oder die beauftragten Mitarbeiter. Bei Neuanschaffung eines Gerätes erfolgt die Einweisung immer durch den Hersteller. Alle Geräte sind in einem Gerätebuch dokumentiert und werden regelmäßig gewartet und geprüft.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Zur Unterstützung der effektiven und effizienten Patientenversorgung nutzen wir ein modernes vernetztes Krankenhausinformationssystem, an das sämtliche medizinische und administrative Bereiche angeschlossen sind. Sicherungssysteme schützen die Daten bzw. sorgen einem Datenausfall vor. Für die Weiterentwicklung des IT-Systems wurde ein Stufenplan entwickelt. Aktuell erfolgt die PACS-Einführung. Jeder Netzwerkbenutzer kann auf die für ihn freigegebenen EDV-Ressourcen 24 Stunden am Tag zugreifen. Die Mitarbeiter der EDV-Abteilung stehen den Anwendern bei Fragen und für Problemlösungen zur Verfügung.

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Alle an der Patientenversorgung Beteiligten dokumentieren in der klinikumseinheitlichen Patientenakte und Patientenkurve, bzw. im elektronischen Krankenhausinformationssystem und können im Rahmen ihrer Berechtigungen auf die Patientendaten zugreifen. Für die Dokumentation, den Umgang mit den Pa-

tientendaten und deren Archivierung liegen Verfahrensanweisungen bzw. ein Konzept vor. Die Dokumentation wird von allen Berufsgruppen zur Informationsweitergabe genutzt und im Rahmen von Audits überprüft.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Der Umgang mit Patientendaten unterliegt den Regelungen des Datenschutzes. Die Patientendokumentation steht befugten Mitarbeitern im Rahmen spezieller Verfahrensanweisungen und Berechtigungen uneingeschränkt zur Verfügung. Bei einer fachübergreifenden Weiter- oder Mitbehandlung innerhalb des Klinikums haben die Chefarzte eine gegenseitigen Akteneinsicht und -übergabe vereinbart. Jede Aktenentnahme aus den Archiven wird dokumentiert. Die digitale Archivierung von Patientenakten und die Integration in unser Krankenhausinformationssystem wird angestrebt.

4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Es existiert ein umfassendes internes und externes Berichtswesen, welches die strukturierte Information der Klinikleitung sicherstellt. Sämtliche Melde- und Berichtswege sind definiert. Die Informationsweitergabe erfolgt im Rahmen der Regelkommunikation. Leitungsgremien und Kommissionen arbeiten auf Grundlage einer Geschäftsordnung.

4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

Der Informationsaustausch top down/bottom up sowie interdisziplinär und berufsgruppen-übergreifend ist über etablierte Gremien, Kommissionen, Besprechungen, Arbeitsgruppen etc. gewährleistet und in einer klinikumsweiten Kommunikationsmatrix abgebildet. Wichtige Medien zur Information der Mitarbeiter sind das Intranet, Rundschreiben, regelmäßig stattfindende Betriebsversammlungen, Informationsveranstaltungen der Geschäftsführung und Beilagen zur Gehaltsabrechnung. Die Kommunikation nach außen findet strukturiert auf Basis des Konzeptes Öffentlichkeitsarbeit statt.

4.4.1 Organisation und Service

Die Zentralen Auskunftsstellen sind für viele Patienten und Besucher die erste Anlaufstelle und deshalb in den Kliniken Landau und Bad Bergzabern 24 Stunden täglich besetzt. Die Mitarbeiter haben im Rahmen des Berechtigungskonzeptes Zugriff auf das Krankenhausinformationssystem, das Intranet und steuern interne nicht medizinische Notfallsituationen. Sie verfügen über die aktuellen Informationen (Telefonnummer, Namenslisten etc.) und geben unter Berücksichtigung der Datenschutzbestimmungen Auskunft.

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Mit den Daten unserer Patienten gehen wir verantwortlich um. Beraten und unterstützt wird das Klinikum hierbei von dem Datenschutzbeauftragten. Die Datenschutzbestimmungen und deren Umsetzung sind im Datenschutzkonzept hinterlegt. Unsere Mitarbeiter werden darin geschult. Über ein spezielles Zugriffssystem und Passwörter wird der Zugang Unberechtigter auf die elektronisch gespeicherten Daten verhindert. Im Rahmen der Einarbeitung werden die Mitarbeiter auf die Einhaltung der Bestimmungen des Datenschutzes verpflichtet. Es erfolgen unangekündigte Audits.

5 Führung

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Das Klinikum hat mit den 3 Kliniken eine relativ kurze Geschichte seit 01.01.2004. Zentrale Handlungsgrundlage aller Beschäftigten ist das gemeinsame Leitbild. Dieses entstand unter Beteiligung der Mitarbeiter in einem mehrstufigen Prozess mit der Zielsetzung der Förderung einer gemeinsamen Identität im Kontext einer regional hochwertigen Patientenversorgung. Das Leitbild greift zentrale Themen wie Patientenorientierung, Grundlagen ärztlichen und pflegerischen Handelns, Ethik, Ökonomie und unternehmerisches Handeln, Qualität, Mitarbeiterorientierung und Partnerschaften auf. Es liegt als Broschüre vor und ist im Internet eingestellt.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Im Leitbild spielt die Zufriedenheit und die Förderung der Motivation durch Wertschätzung eine große Rolle. Definierte Führungsgrundsätze leiten sich aus dem Leitbild ab und bilden die Grundlage des Füh-

rungsverhaltens im Klinikum. Führungskräfte sollen sich als Vorbild verstehen und ein offenes Ohr für die Sorgen der Mitarbeiter haben. Der Geschäftsführer steht in regelmäßigem Austausch mit dem Betriebsrat, der in alle wichtigen Entscheidungen einbezogen ist. Ausdruck der vertrauensvollen Zusammenarbeit sind bspw. Betriebsvereinbarungen und Arbeitgeberleistungen für die Beschäftigten. In Projekten arbeiten die Mitarbeiter berufsgruppen- und hierarchieübergreifend zusammen.

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Durch den medizinischen Fortschritt nimmt die Zahl ethischer Fragestellungen zu. Klinikumsübergreifend engagieren sich Ärzte, Pflegende, Seelsorger und Psychologen im Ethikkomitee. Punktuell wird ein Jurist hinzugezogen. Das Ethikkomitee berät auf Wunsch Patienten, Angehörige, Ärzte und das Pflegepersonal bei wichtigen ethischen Fragestellungen und stößt zu ethischen Themen interne Diskussionen an. Ergebnisse der Arbeit des Ethikkomitees und Ethikforen sind Informationsveranstaltungen, Empfehlungen sowie die Umsetzung von Leitlinien.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Die im Leitbild verankerte Wirtschaftlichkeit wird durch ökonomische Zielvorgaben, Wirtschaftsplanung, Investitionsplanung, Stellenplanung etc. abgebildet. Die Abstimmung der Strategie erfolgt durch den Geschäftsführer in der Klinikumskonferenz und im Aufsichtsrat und ist Grundlage des Handelns der internen Akteure. Projektaufträge und Arbeitsgruppen ergeben sich aus der Zielplanung und münden in den Qualitätsentwicklungsplan. Durch das interne Berichtswesen und die Regelkommunikation wird die Zielplanung kontinuierlich überprüft.

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Das Klinikum hat aufgrund seiner Größe und Struktur ein sehr breites Netzwerk an Kooperationspartnern. Kooperationspartner sind willkommen, die eine Verbesserung der Patientenversorgung und der wirtschaftlichen Situation des Klinikums bewirken. Kooperationen werden in schriftlicher und verbindlicher Form gefasst. Neben der Actio der Geschäftsführung und der Klinikumskonferenz ist auch der Weg bottom-up bei der Etablierung und Weiterentwicklung von Kooperationsfeldern gegeben. Bestehende Konzeptionen und Verfahrensanweisungen werden gemäß den aktuellen gesetzlichen Verpflichtungen weiterentwickelt.

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Die Organisationsstruktur des Klinikums ist im Gesellschaftsvertrag geregelt und durch Organigramme im Internet dargestellt. Im Intranet sind die zentralen klinikumsübergreifenden und abteilungsspezifischen Nachweise zur Aufbau- und Ablaufstruktur im Klinikum hinterlegt. Die Entscheidungsregeln ergeben sich aus den Geschäftsordnungen und Stellenbeschreibungen. Die Besprechungskultur ist in einer Kommunikationsmatrix abgebildet. Für Patienten, Angehörige und externe Partner werden die jeweiligen Ansprechpartner auf der Homepage, in der Imagebroschüre und in Abteilungsfoldern ersichtlich.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Wir praktizieren ein System der operativen Regelkommunikation, das einen optimalen und zeitnahen Informationsfluss in alle Bereiche sicherstellt. Die Leitungsgremien und Kommissionen tagen in regelmäßigen Abständen. Geschäftsordnungen regeln die Zuständigkeiten und Arbeitsweise der Gremien. Tagesordnungen, Protokolle und Maßnahmepläne sichern die Berichterstattung und die Informationsweiterleitung. Controllingberichte und Befragungsergebnisse bilden die Projekt-, Prozess- und Leistungsentwicklung ab. Relevante Ergebnisse werden den Mitarbeitern über die Regelkommunikation, das Intranet und Infobroschüren etc. bekannt gemacht.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

Unter Innovation verstehen wir die mit dem medizinischen, pflegerischen, sozialen, technischen und wirtschaftlichen Wandel einhergehenden Neuerungen. Wissensmanagement ist für uns ein zusammenfassender Begriff für alle strategischen und operativen Managementaufgaben, die auf den bestmöglichen Umgang mit Wissen abzielen. Es existiert ein Konzept Innovation und Wissensmanagement, in dem die Verantwortlichkeiten, der strategische und der operative Ansatz definiert sind. Beide Ansätze sind jeweils untergliedert in die Aspekte Organisationsentwicklung, Personalentwicklung, Infrastrukturelle Entwicklung und Kommunikation. Elementare Voraussetzung zur Umsetzung von Innovationen und Wissensmanage-

ment ist eine stabile wirtschaftliche Situation und Entwicklung des Unternehmens. Patientenorientierung und Mitarbeiterorientierung sind untrennbar mit dem Aspekt Wirtschaftlichkeit verbunden.

5.4.1 Externe Kommunikation

Die Kommunikationsziele des Klinikums leiten sich aus dem Leitbild und den strategischen Unternehmenszielen ab. Die systematische Öffentlichkeitsarbeit des Klinikums ist in einem Konzept geregelt, welches Verantwortlichkeiten, zielgruppenspezifischen Marketingmaßnahmen sowie Einsatz verschiedener Kommunikationsinstrumente und Medien definiert. Die Kommunikation mit und die Information von unseren Zielgruppen richten wir an deren Bedürfnissen aus. Rückmeldungen aus Befragungen und dem Beschwerdemanagement unterstützen uns dabei. Die Krisenkommunikation ist in einer Verfahrensweisung geregelt.

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Das übergreifende Risikomanagementsystem des Klinikums ist im Konzept Risikomanagement definiert. Das Risikoverzeichnis beinhaltet das klinische, finanzielle und technische Risikomanagement mit entsprechenden Risikobewertungen, die jährlich aktualisiert werden. Zur Meldung von Beinahezweifelungen kann jeder Mitarbeiter klinikumsweit anonym das Intranet Meldeportal nutzen. Entsprechende Maßnahmen werden in der Klinikumskonferenz beschlossen.

6 Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation

Alle Bereiche des Klinikums Landau-Südliche Weinstraße GmbH sind ins Qualitätsmanagement eingebunden. Das QM-Konzept beschreibt die Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements in allen Bereichen des Krankenhauses und orientiert sich dabei an gängigen QM-Systemen. Die QM-Steuerungsgruppe, 43 Qualitätsbeauftragte in allen Bereichen sowie die Abteilungsleitungen als Qualitätsverantwortliche verbessern durch die Anwendung des Regelkreises "Planen, Handeln, Prüfen und Verbesserungen ableiten" kontinuierlich die Qualität unsere Leistungen.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Die Ausrichtung des Prozessmanagements ist im QM-Konzept beschrieben und dient als Instrument zur interdisziplinären, abteilungsübergreifenden Ablauforganisation, -optimierung und agiert im Plan-Do-Check-Act-Zyklus. Neben den Abteilungsverantwortlichen und Gremien des Klinikums kann jeder Mitarbeiter eine Prozessanalyse und -optimierung anstoßen, hierzu sind verschiedene Systeme wie das Innerbetriebliche Vorschlagswesen und das Meldesystem für Beinahefehler etabliert.

6.2.1 Patientenbefragung

In Kooperation mit einem externen Evaluationsinstitut führen wir alle drei Jahre eine benchmarkfähige Patientenbefragung durch, um die Qualität unserer Dienstleistungen aus der Perspektive unserer Patienten bewerten zu lassen und uns in einem internen und externen Benchmark zu vergleichen. Die Ergebnisse werden abteilungsspezifisch ausgewertet und im Intranet sowie auf der Homepage und in den Eingangshallen der Kliniken veröffentlicht. Darüber hinaus haben unsere Patienten und Besucher unterjährig die Möglichkeit, Lob, Kritik und Verbesserungen über Rückmeldekarten zu äußern. Sonderbefragungen werden anlassbezogen durchgeführt.

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Zielgruppe unserer dreijährlichen benchmarkfähigen Zuweiserbefragung sind primär alle einweisenden Ärzte der Region. Die Befragung wird in Zusammenarbeit mit einem externen Evaluationsinstitut durchgeführt. Die Ergebnisse inklusive interner und externer Vergleichsdaten werden analysiert, Verbesserungspotenziale abgeleitet und über den Qualitätsentwicklungsplan umgesetzt. Über Qualitätszirkel pflegen die Chefarzte strukturierte Kontakte zu den niedergelassenen Ärzten. Zu externen Kooperationspartnern wie Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen, Selbsthilfegruppen und anderen Kliniken besteht eine strukturierte Kontaktpflege. Regelmäßige Gesprächstermine zur Kooperation sichern den Austausch und die strukturierte Rückmeldung an das Klinikum.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

"Ihre Meinung ist uns wichtig" lautet der Grundsatz unserer Befragungen. Die benchmarkfähige Mitarbeiterbefragung wird alle drei Jahre unter Beteiligung des Betriebsrates und der Personalabteilung durchgeführt. Befragt werden Mitarbeiter aus allen Bereichen, mit denen zum Befragungszeitpunkt ein Dienstverhältnis besteht. Auch diese Befragung wird in Zusammenarbeit mit einem externen Evaluationsinstitut durchgeführt um neben dem internen Vergleich auch einen externen Datenvergleich mit anderen Krankenhäusern nutzen zu können. Die Ergebnisse und Verbesserungsmaßnahmen werden in Leitungskonferenzen sowie allen Mitarbeitern das Intranet bekannt gemacht.

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Unser Ziel sind zufriedene Patienten. Falls es während des Krankenhausaufenthaltes doch Anlass zu Beschwerden gibt, möchten wir diese Gründe kennen. Deshalb haben wir ein Konzept für das Beschwerdemanagement erarbeitet. Alle schriftlichen und elektronischen Beschwerden werden erfasst, in einem festgelegten Zeitraum bearbeitet und ausgewertet. Persönliche Gespräche, anonyme Rückmeldekarten, elektronische Rückmeldung über die Homepage "Ihre Meinung ist uns wichtig" und Sammelmeldungen an die Küche sind Instrumente die unsere Patienten und Besucher für Lob, Beschwerden und Verbesserungsvorschläge nutzen können. Auch unsere Patientenführsprecher stehen den Patienten als zusätzliche Ansprechpartner zur Verfügung.

6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Die Erhebung und Nutzung qualitätsrelevanter Daten verstehen wir als wesentliches Instrument zur Messung der Ergebnisqualität von Prozessen und dient im nächsten Schritt der Prozessoptimierung und Prozesssteuerung. Damit stellen die qualitätsrelevanten Daten auch einen wichtigen Bestandteil des umfassenden Risikomanagementsystems dar. Art und Umfang der fachabteilungsspezifischen qualitätsrelevanten Datenerhebungen sind in einer zentralen Datenbank erfasst. Gemäß der Philosophie eines umfassenden Qualitätsmanagementsystems und der Einbindung aller Krankenhausbereiche in das QM ist der Austausch über qualitätsrelevante Daten Bestandteil der etablierten Gremien- und Besprechungsstruktur.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Das bundesweit verpflichtende Verfahren zur externen Qualitätssicherung setzen wir in allen Bereichen um. Für die Durchführung der externen Qualitätssicherung liegt eine entsprechende Verfahrensanweisung vor. Die hierfür erforderlichen Daten werden in Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Pflegenden und Kodierfachkräften dokumentiert und von der Abteilung Medizincontrolling regelmäßig und fristgerecht an die Datenannahmestelle übermittelt. Die zugehörige Sollstatistik wird ebenfalls vom Medizincontrolling erstellt und fristgerecht an die QS-Geschäftsstelle versandt. Die Jahresauswertungen werden im Intranet veröffentlicht.