



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Klinikum Landsberg am Lech
Institutionskennzeichen:	260 911 444
Anschrift:	Bgm.-Dr.-Hartmann-Straße 50 86899 Landsberg am Lech
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2014-0089 KH
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	SAMA Cert GmbH, Stuttgart
Gültig vom:	27.11.2014
bis:	26.11.2017

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung.....	5
Die KTQ-Kategorien	6
1 Patientenorientierung	7
2 Mitarbeiterorientierung	10
3 Sicherheit	12
4 Informations- und Kommunikationswesen	14
5 Führung.....	16
6 Qualitätsmanagement	18

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), der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) und der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e. V. (HB). 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-Bundesverband, 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 Landsberg am Lech** 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

Dr. med. M. Vogt

Für den Hartmannbund

Vorwort der Einrichtung



Als Krankenhaus der ersten Versorgungsstufe stellen wir mit 221 Betten, 6 Dialyseplätzen und 8 Schmerztherapieplätzen die akutstationäre Grundversorgung in unserer Region sicher. Unsere als selbstständiges Kommunalunternehmen geführte Einrichtung umfasst die medizinischen Fachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin und Anästhesie sowie die Belegabteilungen Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Augenheilkunde. Darüber hinaus betreiben wir eine Berufsfachschule für Krankenpflege mit 66 Ausbildungsplätzen..

Seit mehr als einem Jahrzehnt ist das Qualitätsmanagement ein fester Bestandteil unserer täglichen Arbeit.

Weitere aktuelle Informationen zum Klinikum sind unter der Internetadresse www.klinikum-landsberg.de abrufbar.

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Im gesamten Akuthaus ist ein Wegeleitsystem eingerichtet. Neben den Übersichtstafeln in der Eingangshalle informieren die Mitarbeiter die Patienten u. Besucher gern individuell über die Zugänge zu den verschiedenen Funktions- u. Fachbereichen. Einzelne Anlaufstellen sind mit Symbolen versehen. Der Empfang in der Eingangshalle ist von 6.00 bis 20.30 Uhr mit Personal besetzt. Außerhalb dieser Zeiten erfolgt eine Aufnahme über die 24h mit Fachpersonal besetzte Pforte der Zentralen Notaufnahme. Eine Begleitung zu den Stationen bzw. Funktionen ist im Bedarfsfall möglich. Der Aufnahmeprozess orientiert sich individuell an der gesundheitlichen Situation des Patienten. Patienten mit Voranmeldung, Einweisung durch den niedergelassenen Arzt oder gezielter Einbestellung werden vom Empfang bzw. der Patientenaufnahme direkt an die entsprechenden Stationen oder Ambulanzen / Funktionen weitergeleitet. In der Zentralen Notaufnahme entscheidet der behandelnde Arzt nach eingehender Untersuchung mit dem Patienten über das weitere Vorgehen. Es erfolgt immer eine ärztliche und eine pflegerische stationäre Aufnahme des Patienten.

Leitlinien

In allen Fachabteilungen liegen berufsgruppenspezifische und berufsgruppenübergreifende, zum Teil fachübergreifende, Standards für die Patientenversorgung vor. Hierauf kann jeder Mitarbeiter über die hausweite Informationsplattform zugreifen. Bei der Erstellung und Aktualisierung der hausinternen Standards werden die Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften berücksichtigt. Zugriffsmöglichkeiten darauf bestehen einerseits über das Internet und andererseits über die Verlinkung der Intranetseiten mit den betreffenden Seiten der Fachgesellschaften.

Information und Beteiligung des Patienten

Die Integration des Patienten in alle Aspekte der Behandlungsplanung ist im Pflegeleitbild und im Qualitätsmanagementhandbuch fixiert und somit oberste Maxime für alle an der Behandlung beteiligten Fachbereiche. Der Patient nimmt durch die direkte Ansprache in den Visiten u. Untersuchungen, aktiv an der Entscheidung über die diagnostischen / pflegerischen Maßnahmen oder deren Unterlassung teil. Bei Einverständnis des Patienten können auch die Angehörigen je nach Wunsch einbezogen werden. Die Information erfolgt in verständlicher Form, ggf. mit Dolmetscher.

Service, Essen und Trinken

Während der stationären Aufnahme wird eine Anamnese in Bezug auf die Kostform vorgenommen. Liegt keine Diätverordnung vor, so können Patienten bei der Mittagsmahlzeit zwischen 3 Menüformen (Vollkost, leichte Vollkost, vegetarische Kost) wählen. Alle Mahlzeiten werden individuell zusammengestellt und können täglich verändert werden. Die Auswahlmöglichkeiten sind kostformabhängig. Religiöse und kulturelle Aspekte werden durch die Wahlmöglichkeiten oder durch Wunschkost abgedeckt. Untersuchungen und Visiten finden möglichst außerhalb der Essenszeiten statt.

Kooperationen

Die Zusammenarbeit aller an der Patientenversorgung Beteiligten wird durch die Visiten, durch situativ gezielte Fragestellungen (ggf. auch in interdisziplinären Fallbesprechungen) und durch die einheitlichen Regelungen zum Konsilwesen gewährleistet. Persönliche Absprachen sind jederzeit kurzfristig möglich. Die Zentrale Notaufnahme, die Intensivstation werden interdisziplinär geführt. Interdisziplinäre Operationen bei organüberschreitenden Erkrankungen werden durchgeführt. Ein interdisziplinär zusammengesetztes Palliativteam ist etabliert.

Erstdiagnostik und Erstversorgung

Für jeden Patienten wird ein körperlicher, seelischer und sozialer Status erhoben, der die Grundlage für die weitere Behandlung darstellt.

Die Aufnahmeuntersuchung erfolgt in der Zentralen Notaufnahme, bei elektiven Patienten zum Teil auf den Stationen, in der Tagesklinik für Schmerztherapie in einem 2-tägigen Aufnahmeassessment. Das Pflegeassessment erfolgt standardisiert unmittelbar, spätestens innerhalb von 24h nach stationärer Aufnahme im persönlichen Gespräch mit dem Patienten, ggf. wird eine Risikoeinschätzung (z. B. Dekubitus) vorgenommen. Die ärztliche Anamnese erfolgt am Aufnahmetag je nach Dringlichkeit. Dabei werden die Erwartungen des Patienten immer erfasst und entsprechend berücksichtigt.

Ambulante Diagnostik und Behandlung

Die Notfallversorgung ist 24 h durch die Zentrale Notaufnahme sichergestellt. In allen Fachabteilungen ist 24h, entsprechend den Ruf- u. Bereitschaftsdienstplänen, ein Facharzt verfügbar. Durch alle Fachabteilungen werden eigenständige Ambulanzen u. Sprechstunden mit unterschiedlichem Ermächtigungsumfang betrieben.

Ambulante Operationen

Im ambulanten OP-Zentrum ist die Versorgung der Patienten in einer schriftlichen Ablaufregelung fixiert. Patienten werden nach Terminplan einbestellt, wobei die diagnostischen und therapeutischen Abläufe nach Möglichkeit im Vorfeld geplant werden.

Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Der Arzt trägt die umfassende Behandlungsverantwortung. Für den Patienten wird unter Einbeziehung der Pflege, ggf. der Therapeuten eine Behandlungsplanung nach Leitlinien der Fachgesellschaften und internen Behandlungsstandards erstellt. Dabei werden aus den diagnosebezogenen Behandlungsleitlinien individuelle diagnostische Stufenpläne abgeleitet. Alle Behandlungsprozesse werden in Visiten nach ärztlicher Anordnung, aufbauend auf die Ersteinschätzung, im Dialog mit dem Patienten geplant und unter Betrachtung des Gesundheitszustandes umgesetzt. Alle Patienten werden angehalten, Vorbefunde zur Aufnahme oder zur ambulanten Voruntersuchung mitzubringen. Behandlungsrelevante fehlende Vorbefunde werden (ggf. telefonisch) vom Arzt nachgefordert, dies geschieht z. B. in der Tagesklinik für Schmerztherapie anhand einer Checkliste. Krankenakten aus Voraufenthalten in Papierform können bis spätestens zum nächsten Werktag angefordert werden, die im Rahmen der Digitalisierung des Archivs bereits digitalen Akten können sofort eingesehen werden. Bei interner Verlegung wird die komplette Akte dem Patienten mitgegeben.

Therapeutische Prozesse

Untersuchungen und Therapiemaßnahmen werden bei den täglichen Visiten mit dem Patienten geplant und koordiniert. Für jeden Patienten wird ein individueller Behandlungs- und Pflegeplan erstellt. Untersuchungsanforderungen erfolgen standardisiert über die EDV oder in dringenden Fällen telefonisch. Die Funktionen erstellen unter Beachtung des Eingangs und der Dringlichkeit der Anforderung einen Terminplan für die Untersuchungen. Die Patienten werden von der Pflege auf die Diagnostiken bzw. auf Verlegungen vorbereitet und ggf. von qualifiziertem Personal begleitet.

Operative Verfahren

Eine OP-Bereitschaft ist 24 h gewährleistet. Die OP-Planung erfolgt digital. Zur Sicherung einer optimalen Ablauforganisation wurden die Verantwortlichkeiten / Organisationsstrukturen in einem OP-Statut bindend geregelt. Die Fachkoordinatoren der Abteilungen erstellen für ihren Fachbereich in Zusammenarbeit mit dem OP-Koordinator den OP-Plan für den Folgetag. Der vom OP-Koordinator gepflegte digitale OP-Plan ist bindend. Telefonische Nachmeldungen sind direkt an den OP-Koordinator möglich.

Visite

Die Visiten laufen strukturiert, fachabteilungsspezifisch ab. Die Chef- und Oberarztvisiten dienen als Qualitätssicherungsinstrumente und gewährleisten den Facharztstandard. Bei Bedarf werden andere Berufsgruppen (z. B. Physiotherapeuten) in die Visite einbezogen. Für die Durchführung der täglichen Kurvenvisiten ist der Stationsarzt verantwortlich. Bei Schichtwechsel des Pflegepersonals findet eine Übergabe am Patientenbett statt, zusätzlich erfolgt bei besonders komplexen Pflegesituationen eine konkrete fallbezogene Pflegebesprechung.

Teilstationär, Prästationär und Poststationär

Das Klinikum bietet ein umfassendes stationäres und ambulantes Versorgungsangebot im Bereich der Grundversorgung. Es ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen. Parkplätze stehen ausreichend kostenlos zur Verfügung. Die Patienten werden in der Regel telefonisch durch Einweiser / Rettungsleitstelle beim diensthabenden Arzt oder den fachspezifischen Ambulanzen / Sekretariaten angemeldet und anhand der Diagnose, des Behandlungsbedarfs und ihrer Wünsche gesteuert. Informationsmaterial über das Leistungsspektrum steht im Internet und im Akuthaus zur Verfügung.

Entlassung

Die Entlassungen finden in Anlehnung an den nationalen Expertenstandard zum statt. Die Entlassungsplanung beginnt zu einem möglichst frühen Zeitpunkt. Im Zuge dessen wird durch den Arzt, die Pflege und den Sozialdienst (ggf. die Pflegeüberleitung) in Abstimmung mit dem Patienten und dessen Angehörigen der Entlassungszeitpunkt und der Bedarf an einer nachstationären Versorgung ermittelt. Der behandelnde Arzt führt immer ein Entlassungsgespräch mit dem Patienten

Bereitstellung kompletter Informationen zum Zeitpunkt des Überganges des Patienten in einen anderen Versorgungsbereich (Entlassung / Verlegung u. a.)

Bei Entlassung erhalten alle Patienten einen vorläufigen Kurzarztbrief. Zu jeder Verlegung in einen externen Versorgungsbereich wird dem Patienten ein ausführlicher Verlegungsbrief mitgegeben, zusätzlich sind immer telefonische Absprachen zwischen den Versorgungsbereichen möglich. Für Patienten die in eine ambulante oder stationäre Weiterbetreuung übergehen, wird immer ein Pflegeüberleitungsbogen erstellt und weitergeleitet.

Kontinuierliche Weiterbetreuung

Der Sozialdienst bereitet, in Abstimmung mit dem betreuenden Arzt, die Verlegung in weiterbetreuenden Einrichtungen (auch formell) vor. Bei besonderer Problematik erfolgt eine telefonische Kontaktaufnahme durch das medizinische Personal mit der nachsorgenden Einrichtung. Die Patienten und deren Angehörige werden bei Bedarf umfassend über das nachstationäre Betreuungsangebot der jeweiligen Fachabteilung informiert. Eine Einbestellung in entsprechende Ambulanzen der Fachabteilungen ist möglich.

Umgang mit sterbenden Patienten

Die Wünsche / Vorstellungen des Patienten werden soweit wie möglich berücksichtigt. Patientenverfügungen finden grundsätzlich Beachtung. Eine qualifizierte palliativmedizinische Versorgung, z. B. zur Schmerzlinderung, ist gewährleistet. Es erfolgt eine verstärkte Zuwendung des medizinischen Personals unter Berücksichtigung der besonderen individuellen Umstände, dabei erfolgt die medizinische Versorgung nach Sinnhaftigkeit. Die Angehörigen können 24 h beim Patienten bleiben. Abschiedszimmer stehen zur Schaffung einer angemessenen Umgebung zur Verfügung.

Umgang mit Verstorbenen

Eine Arbeitsanweisung zur pflegerischen Versorgung von Verstorbenen liegt vor. Nach vorheriger Absprache innerhalb des betreuenden Pflege- und Ärzteteams erfolgt die Information der Angehörigen, deren Begleitung durch gewünschte Seelsorger und die Information des Hausarztes. Wünschen nach der Umsetzung spiritueller Rituale wird nach Möglichkeit entsprochen. Den Angehörigen wird die Gelegenheit zum Abschiednehmen gegeben.

2 Mitarbeiterorientierung

Planung des Personalbedarfes

Auf Grundlage der tatsächlichen Ist-Zahlen erfolgt die Personalplanung. Personalrat, Vorstand und die entsprechenden Abteilungsleitungen werden in die Planung einbezogen. Die Anpassungen werden gemäß Personaleinsatz und Personalkosten im Krankenhaus vom Bayerischen Prüfungsverband vorgenommen. Die Stellenplanberechnung erfolgt unter Berücksichtigung der Arbeitsmehrung (z. B. Ausbau des Leistungsspektrums, Bettenzahlveränderungen usw.), der jeweiligen Personalausfallquote, den gesetzlichen Vorgaben und gemäß den Zielen der Unternehmensplanung.

Personalentwicklung / Qualifizierung

Die Verantwortung für eine systematische Personalentwicklung liegt bei den Chefärzten, der Pflegedienst- u. den Abteilungsleitungen. Dabei unterstützt die Personalleitung kontinuierlich. Das Personalentwicklungskonzept beruht auf dem Wirtschaftsplan und erfolgt in erster Linie durch die Ermöglichung von Fort- und Weiterbildungen innerhalb der Arbeitszeit, durch die Umsetzung der ärztlichen Weiterbildungsordnungen und durch die Regelungen zur Kostenübernahme. Die im Aufbau begriffenen strukturierten Mitarbeitergespräche ergänzen das Konzept.

Die benötigten Qualifikationen sind über den Stellenplan und die Stellenbezeichnung definiert. Bei Neubesetzung einer Stelle wird entschieden, ob andere oder zusätzliche Qualifikationen notwendig sind. Für jedes neue Aufgabenfeld werden Tätigkeitsprofile erstellt (z. B. Qualitätsmanagement, Entlassungsmanagement, Kodierassistent). Die Mitarbeiter werden für spezielle Themen durch interne / externe Fortbildungsmaßnahmen qualifiziert bzw. müssen spezielle Qualifikationen mitbringen. Die organisatorische Einordnung der Stellen erfolgt über die Organigramme.

Einarbeitung von Mitarbeitern

Auf die neuen Mitarbeiter stellt sich das Klinikum früh ein. Die Raumausstattung, die Kommunikationstechnik und die Dienstkleidung sind mit Arbeitsbeginn vorhanden. Die Einarbeitung im Pflegebereich wird von Bezugspersonen begleitet. Arbeitsanweisungen und weitere Informationen können in der hausinternen digitalen Informationsplattform jederzeit eingesehen werden. Es ist ein Leitfadensystem und in verschiedenen Bereichen zusätzlich ein spezielles Einarbeitungskonzept vorhanden. Jeder neue Mitarbeiter erhält eine Informationsbroschüre über seinen neuen Arbeitgeber.

Ausbildung

Angegliederte Ausbildungsstätten leisten eine Theorie-Praxis-Vernetzung und bereiten Mitarbeiter angemessen auf ihre Tätigkeiten im Rahmen der Patientenversorgung vor.

Die angegliederte Berufsfachschule für Krankenpflege ist für die Durchführung des theoretischen Ausbildungsteils sowie für die Koordination der gesamten Ausbildung verantwortlich. Es existieren ein Rahmenausbildungsplan sowie eine Praxiseinsatzplanung. Das Klinikum verfügt über Praxisanleiter und Mentoren. Diese sind für die ordnungsgemäße Ausbildung und Koordination zwischen Schule und klinischen Belangen verantwortlich. Es wurde ein Handbuch für die Praxisbegleitung entwickelt. Dieses beinhaltet die Ausbildungsziele und umfangreiche Beurteilungsbögen.

Fort- und Weiterbildung

Es werden verschiedene Fortbildungsveranstaltungen in einem jährlichen Fortbildungsprogramm angeboten. Die Führungskräfte der Abteilungen tragen hinsichtlich Bedarfsermittlung, Planung, Teilnahme, Berichterstattung über die Inhalte und Umsetzung in der Praxis die Verantwortung. Daneben können die Mitarbeiter selbst in Teambesprechungen, Mitarbeitergesprächen oder im direkten Kontakt zur Personalleitung ihre Fortbildungswünsche und -bedürfnisse äußern und eine entsprechende Umsetzung planen.

Jede Fachabteilung ist mit entsprechender Standardfachliteratur ausgestattet, ggf. kann benötigte Fachliteratur durch die Chefärzte und Abteilungsleitungen in Absprache mit dem Vorstand bestellt werden. In einigen Spezialbereichen sind Mitarbeiter mit der Organisation und Pflege der Fachliteratur beauftragt. Der Zugang zu elektronischen Medien ist über entsprechende abteilungsspezifische Zugriffsberechtigungen gewährleistet. Fachzeitschriften sind über das Umlaufverfahren zugänglich. Für Fortbildungen stehen Tagungsräume (mit Ausrüstung) zur Verfügung.

Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Die "Grundsätze für die Zusammenarbeit" sind die Grundlage für die tägliche Zusammenarbeit aller Mitarbeiter auf allen Hierarchieebenen. Zusätzlich legen die Dienstordnung, die Satzung sowie die Geschäftsordnung einen mitarbeiterorientierten Führungsstil und die entsprechende Einbeziehung der Mitarbeiter (durch Information, Delegation, Anerkennung / Kritik) fest. Durch kontinuierliches Führen und zukünftig geplantes Erweitern der strukturierten Mitarbeitergespräche soll eine kooperative Zusammenarbeit forciert werden.

Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Die Arbeitszeitregelungen sind an den TVöD gebunden und erfüllen die Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes. Zur Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit und zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit werden flexible Arbeitszeiten eingesetzt, die durch ein elektronisches Dienstplansystem unterstützt werden. Arbeitszeitmodelle, die die Kundenwünsche unserer Patienten / Beleger berücksichtigen, werden mit der Personalvertretung sowie den Fachvorgesetzten abgestimmt. Die Wünsche unserer Mitarbeiter gehen sowohl in Planung als auch in den Ausgleich von Dienstschichten ein.

Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Die Grundidee der partizipativen Führung ist die Einbindung der Wünsche / Anregungen der Mitarbeiter. Das Ansprechen von Kritikpunkten / Wünschen / Beschwerden kann im Team, bei Mitarbeitergesprächen oder direkt mit der Klinik- oder Personalleitung erfolgen. Der Personalrat dient als Ansprechpartner für die Arbeitnehmerseite, er hat dabei beratende, unterstützende / vermittelnde Funktion. Vorschläge werden nach Nutzen, Umsetzbarkeit usw. durch die Bereichsleitung bewertet und entsprechend bearbeitet. Die Umsetzung eines Vorschlages wird entsprechend prämiert.

3 Sicherheit

Arbeitsschutz

Die Krankenhausleitung hat eine Fachkraft für Arbeitssicherheit mit Zuständigkeiten für die einzelnen Bereiche benannt und einen Betriebsarzt beauftragt. Ein Arbeitssicherheitsausschuss wurde gebildet. Die Fachkraft für Arbeitssicherheit begeht die Arbeitsbereiche der verschiedenen Berufsgruppen und prüft diese anhand der gesetzlichen Vorgaben und erstellt Gefährdungsbeurteilungen. Es finden jährliche Pflichtunterweisungen zu den Themen Brandschutz und Arbeitsschutz statt. Betriebsanweisungen zum Umgang mit Gefahrstoffen liegen vor.

Brandschutz

Eine Brandschutzordnung und ein Alarm- / Einsatzplan liegen nach den gesetzlichen Vorgaben vor. Flucht- und Rettungswegepläne für alle Bereiche hängen an strategisch notwendigen, hoch frequentierten Stellen aus. Eine regelmäßige Korrekturprüfung erfolgt durch den Brandschutzbeauftragten. Die Anfahrtswege der Feuerwehr / Verzeichnis der Hydranten sind in den Feuerwehrplänen festgehalten, stehen der Feuerwehr und der Pforte jederzeit zur Verfügung. Die Zuständigkeiten für den Brandschutz sind festgelegt. Eine Brandmeldeanlage ist installiert und wird gewartet.

Umweltschutz

Das Klinikum betreibt eine aktive Umweltpolitik, für diese Belange wurde ein Umwelt- und Abfallbeauftragter benannt. Zu den Umweltzielen gehören die Einhaltung von gesetzlichen Verpflichtungen und der sparsame Umgang mit Ressourcen. Das Umweltmanagementhandbuch wird gegenwärtig überarbeitet. Ein Abfallkonzept regelt über die Einteilung in Abfallkategorien die fachgerechte Entsorgung. Beim Produkteinkauf wird auf ökologische Gesichtspunkte geachtet. Bei der Planung von Umbau-/Neubau-Maßnahmen werden Energieeinsparmöglichkeiten durch den Umweltbeauftragten beachtet.

Katastrophenschutz

Das Klinikum ist in den Katastrophenschutz des Landes Bayern eingebunden. Ein Katastrophenschutzplan, in welchem alle Abläufe und Verantwortlichkeiten geregelt sind, findet Anwendung. Jährliche Unterweisungen aller im Klinikum tätigen Mitarbeiter/innen, Probealarmierungen und Nachbesprechungen sind fester Bestandteil des Sicherheitssystems im Klinikum.

Nichtmedizinische Notfallsituationen

Die Verantwortlichkeiten für das Vorgehen bei nichtmedizinischen Notfallsituationen einschließlich technischer Störungen sind geregelt. Entsprechende Überwachungssysteme flächendeckend installiert. Das korrekte Vorgehen der Mitarbeiter/innen ist im „Krankenhaus Alarm und Einsatzplan“ geregelt. Dieser liegt in den Arbeitsbereichen aus, somit steht er allen Mitarbeitern zur Verfügung. Jährliche Schulungen sowie routinemäßige Probeausfälle (z.B. der Telefonanlage bzw. der Stromversorgung) erfolgen für die betreffenden Berufsgruppen.

Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Für den Patienten wird eine sichere unmittelbare Umgebung gewährleistet. Es wurden Maßnahmen zur Sicherung vor Eigen- und Fremdgefährdung umgesetzt. Zur Gewährleistung der Sicherheit bestimmter Patientengruppen sind die zu treffenden Maßnahmen in verschiedenen Verfahrens- und Dienstanweisungen fixiert. Ein erkennbares Gefährdungspotential (im Sinne einer Eigen- oder Fremdgefährdung) wird bei Aufnahme erfasst. Nach Möglichkeit werden zu beaufsichtigende Patienten stationszimmernah untergebracht. Eine kindgerechte Ausstattung auf der Kinderstation ist gegeben. Werden im Rahmen der täglichen Arbeit Gefahrenstellen festgestellt, werden hierzu zeitnah Maßnahmen zur Behebung eingeleitet.

Medizinisches Notfallmanagement

Ein Reanimationsnotruf und ein Alarm für Notfallentbindungen sind eingerichtet. Die Vorgehensweisen sind schriftlich fixiert und allen betreffenden Mitarbeitern bekannt. Die Zuständigkeiten sind geregelt, standardisierte Notfallausrüstungen stehen an strategischen Punkten bereit und werden regelmäßig auf Funktion und Vollständigkeit geprüft. Alle Mitarbeiter sind über diese Standorte informiert. Für Außenbereiche wurde ein Reanimationsrucksack eingeführt. Reanimationsfortbildungen sind systematische Pflichtveranstaltungen für das gesamte medizinische Personal.

Hygienemanagement

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

Im Klinikum ist ein systematisches an der Krankenhaushygieneverordnung ausgerichtetes Hygienesystem etabliert. Es sind ein Hygienebeauftragter sowie eine Hygienefachkraft für das Akuthaus benannt. Zusätzlich berät und unterstützt die Hygienekommission. Sie tagt mindestens einmal im Jahr oder bei aktuellem Anlass. Hygiene- und Desinfektionspläne hängen in den entsprechenden Arbeitsbereichen aus, die Inhalte daraus sind geschult. Es ist ein hygienebeauftragter Arzt benannt, welcher neben der Hygienefachkraft Ansprechpartner ist.

Hygienerelevante Daten

Für die Analyse hygienerelevanter Bereiche wie auch die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen werden krankenhausesweit, unter Beachtung der gesetzlichen Anforderungen, hygienerelevante Daten erfasst, statistische aufbereitet und analysiert. Der Meldeweg für meldepflichtige Erkrankungen entspricht den Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes. Verbesserungsmaßnahmen und Auffälligkeiten werden in der Hygienekommission beraten und beschlossen und fließen in den Hygieneplan entsprechend ein.

Infektionsmanagement

Haus weit wird nach den Vorgaben des Hygieneplans gearbeitet. Dieser orientiert sich an den aktuellen Leitlinien und den Vorgaben des Robert-Koch-Instituts. Der so etablierte Hygieneplan legt u. a. den Umgang mit speziellen Infektionserregern, den Umgang mit erfolgten Infektionen, den Einsatz von persönlichen Schutzausrüstungen, die Planungen von Screeningverfahren und die stetige Weiterentwicklung der Händedesinfektionen fest. Weitere Hygiene sichernde Maßnahmen sind die regelmäßig bzw. bedarfsorientiert stattfindenden Unterweisungen, Begehungen und mikrobiologischen Untersuchungen. Neben den systematischen Schulungen und der Durchführung von Begehungen, erfolgt eine kontinuierliche Sensibilisierung der Mitarbeiter durch den direkten Kontakt zwischen Hygienefachkraft und Mitarbeiter bei der täglichen Arbeit. Begehungen durch das zuständige Gesundheits- und Gewerbeaufsichtsamt finden kontinuierlich statt

Arzneimitteln

Die Beschaffung, Bereitstellung, Dosierung und Verabreichung von allen Arzneimitteln sind Haus weit einheitlich in Form von bindenden ablauforganisatorischen Regelungen festgelegt. Die Verantwortung dafür liegt in der Hand der Arzneimittelkommission. Es besteht eine langjährige Kooperation mit einer das Klinikum umfassend betreuenden und beratenden Apotheke.

Blutkomponenten und Plasmaderivate

Es besteht ein umfassendes Transfusionswesen im Klinikum. Durch den Transfusionsverantwortlichen des Hauses wird der fachlich korrekte Einsatz von Blutkomponenten und Plasmaderivaten unter Beachtung aller gesetzlichen Vorgaben festgelegt, regelmäßig in den betreffenden Berufsgruppen geschult und einem stetigen Verbesserungsprozess unterworfen.

Medizinprodukte

Die Anwendung, Aufbereitung und Wartung bzw. Neuanschaffung sowie die Einweisung der bedienenden Mitarbeiter/innen in die Geräte, welche unter das Medizinproduktegesetz fallen, ist im Klinikum per Dienstanweisung umfassend geregelt.

4 Informations- und Kommunikationswesen

Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Die Voraussetzung für eine umfassende und effektive Nutzung der unterstützenden Informationstechnologie wurde geschaffen.

Ein digitales Krankenhausinformationssystem ist klinikweit zur Unterstützung der dienstlichen Aufgaben mit den entsprechenden Zugriffsberechtigungen eingerichtet. Sofern erforderlich, ist ein zeitlich uneingeschränkter Zugang sichergestellt. Bereiche, die keinen 24-Stunden- oder Wochenenddienst leisten, können aus Sicherheits- und Datenschutzgründen nur während der üblichen Dienstzeiten das EDV-System nutzen. Schulungen zu den verschiedenen Anwendungsprogrammen werden angeboten. Ein EDV-Ausfallkonzept ist etabliert.

Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

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

Die hausinternen Regelungen bezüglich der schriftlichen als auch digitalen Patientendokumentation inklusive der digitalen Archivierung sind schriftlich in den Dienstanweisungen zur "EDV-gestützten Dokumentation und Dokumentationsanweisung" und in der "Archivordnung" für jeden an der Patientenversorgung beteiligten Mitarbeiter festgelegt. Diese beinhalten die Regelungen zur Einsichtnahme und formulieren die Verantwortlichkeiten und die Form der Dokumentationen. Die Patientendokumentation erfolgt in der Patientenakte und im Krankenhausinformationssystem.

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

Die Dokumentation wird einheitlich, nachvollziehbar und zeitnah geführt. Alle an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen sind durch die Richtlinie zur Dokumentation dazu verpflichtet, alle Maßnahmen, Anforderungen und notwendigen Informationen im Krankenblatt mit den zusätzlich angelegten Dokumentationsbögen, ggf. mit Bilddokumentation und entsprechend in der EDV zu dokumentieren und mit Handzeichen abzuzeichnen. Die ordnungsgemäße Dokumentation wird im Bereich der Pflege stichprobenhaft und durch den ärztlichen Bereich in Rahmen der Visiten überprüft.

Verfügbarkeit von Patientendaten

Durch die Vergabe von Zugriffsberechtigungen durch die EDV- und Personalleitung ist ein Zugriff auf die Patientendokumentation im Krankenhausinformationssystem und verschiedenen Subsystemen zeitlich uneingeschränkt für den Berechtigten möglich. Für diese Berechtigten ist ebenfalls die Einsicht in digitalisierte Krankenakten jederzeit möglich. Die Patientenakten werden seit 2009 digital und parallel anhand eines strukturierten Aktenverwaltungssystems archiviert. Außerhalb der Archivöffnungszeiten ist der Zugang für einen berechtigten Personenkreis geregelt.

Information der Krankenhausleitung

Eine unmittelbare Information ist durch die Teilnahme des Vorstands an den Gremien u. Kommissionen gewährleistet. Darüber hinaus existiert ein stetiger Informationsfluss von den Mitarbeitern über die jeweiligen Abteilungsleitungen bis hin zum Vorstand. Eine direkte Ansprache des Vorstandes ist jederzeit möglich. Grundsätzlich sind alle Informationswege in Form einer Besprechungsmatrix geregelt.

Informationsweitergabe (intern / extern)

Der Informationsaustausch findet in den abteilungsinternen sowie in abteilungs- und berufsgruppenübergreifenden Besprechungen / Gremien / Kommissionen statt. Informationen daraus werden den betreffenden Mitarbeitern entweder direkt durch ihre Abteilungsleitung oder schriftlich in Rundschreiben, Protokollen, Mails, Veröffentlichungen im Intranet zur Kenntnis gebracht. Durch die direkte Mitgabe der Patientenakte bei Verlegung und das Krankenhausinformationssystem ist eine Informationsweitergabe an alle am Behandlungsprozess Beteiligten gewährleistet.

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

Die Patienteninformation in der Haupteingangshalle mit der Telefonzentrale und Pforte der Zentralen Notaufnahme stellen die zentralen Auskunftsstellen dar. Die Zentrale Notaufnahme ist 24 h, die Patientenaufnahme von 6.00 - 20.30 Uhr an 7 Tagen in der Woche besetzt. Die Mitarbeiter dieser Bereiche haben Zugriff auf die EDV-gestützte Patientenverwaltung, das Telefonverzeichnis usw. und können unter Beachtung der Datenschutzrichtlinien entsprechende Auskünfte erteilen.

Für die Information der Öffentlichkeit ist das Marketing in Absprache mit dem Vorstand verantwortlich. Zu den Maßnahmen gehören unter anderem der Internetauftritt, die Initiierung von Ärztetagungen und medizinischen Vortragsreihen, die Organisation von Events, z. B. "Tag der offenen Tür" und die Gestaltung von Pressemitteilungen und Informationsbroschüren. Alle Maßnahmen dienen zur Information der allgemeinen und der Fachöffentlichkeit. Die Informationsmedien des Hauses werden durch das Marketing permanent einer Aktualitätsprüfung unterzogen.

Organisation und Service

Der Empfang in der Eingangshalle ist von 6.00 bis 20.30 Uhr mit Personal besetzt. Außerhalb dieser Zeiten erfolgt eine Aufnahme über die 24h mit Fachpersonal besetzte Pforte der Zentralen Notaufnahme. Die Telefonzentrale ist 24 h besetzt. Die Wartebereiche sind patienten- und kinderfreundlich ausgestattet.

Regelungen zum Datenschutz

Daten und Informationen, insbesondere von Patienten, werden im Krankenhaus durch verschiedene Maßnahmen geschützt. Es ist ein Datenschutzbeauftragter mit der erforderlichen Fachkunde ernannt. Alle Mitarbeiter, die mit Patientendaten konfrontiert sind, werden über die Datenschutzbestimmungen informiert und regelmäßig geschult. Dienst- und Arbeitsanweisungen regeln die Verantwortlichkeiten und Zugriffsberechtigungen auf Patientendaten, unter anderem durch die Vergabe von Zugriffsberechtigungen. Arbeitshilfen zu konkreten Fragestellungen werden im Bedarfsfall durch den Datenschutzbeauftragten erstellt. Alle Mitarbeiter haben eine Datenschutzerklärung unterzeichnet.

5 Führung

Vision, Philosophie und Leitbild

Das Krankenhaus hat zentrale Leitsätze entwickelt, deren Inhalte gelebt werden. Grundlage der Leitsätze sind die Unternehmenssatzung und der Versorgungsauftrag. Darüber hinaus haben die Führungskräfte 10 Grundsätze für die Zusammenarbeit beschlossen. Diese wurden auf Personalversammlungen, im Intranet und auf weiteren Informationsveranstaltungen allen Mitarbeitern bekannt gegeben. Im Pflegedienst ist ein Pflegeleitbild etabliert.

Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

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

Kernelement ist die enge wöchentliche Zusammenarbeit von Personalrat und Krankenhausführung. Es finden mindestens zweimal jährlich Personalversammlungen statt, in denen auch die Mitarbeiter Gelegenheit haben, ihre Anliegen einzubringen. Durch berufsgruppenübergreifende Projektgruppen werden die Mitarbeiter in die Unternehmensentwicklung einbezogen. Das Besprechungswesen ist geregelt.

Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Neben der Krankenhauseseelsorge, die ein umfassendes Begleitungsangebot der verschiedenen Konfessionen und Religionen vorhält, steht ein aktives Palliativteam, welches sich aus Mitgliedern sowohl des ärztlichen Dienstes als auch des Pflegedienstes zusammensetzt und in ethische Fragestellungen einbringt, zur Verfügung. Die Aufnahme von Begleitpersonen auch bei erwachsenen Patienten ist möglich. Durch die im Haus vorhandene psychiatrische Klinik ist eine qualifizierte Betreuung möglich. Ein Sozialdienst zur Koordination weiterer Unterstützungsangebote ist vorhanden.

Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und nutzt diese für die Steuerung seiner Handlungen. Der Verwaltungsrat ist für die Entwicklung der strategischen Zielplanung aufbauend auf den Vorschlägen der Leitungskonferenz verantwortlich. Sie hat langfristige Gültigkeit. Darauf basierend und gleichzeitig parallel zu ihnen werden operative Ziele vom Vorstand, dem Aufsichtsrat und der Leitungskonferenz gemeinsam entwickelt und verfolgt. Alle Elemente der Zielplanung sind beim Vorstand gebündelt und werden von da aus in alle betroffenen Arbeitsbereiche verteilt. Diese Zielplanungen werden in monatlichen Sitzungen der Leitungskonferenz überprüft / aktualisiert.

Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Das Krankenhaus übernimmt durch die Schaffung von vielseitigen Partnerschaften und Kooperationen sowohl zur Sicherung und Erweiterung des Versorgungsspektrums für seine Patienten, zur nachhaltigen Betreuung von Angehörigen, als auch zur Schaffung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen und als medizinischer Informationsgeber für die Gesellschaft des Landkreises Landsberg am Lech und darüber hinaus weitreichende Verantwortung.

Festlegung einer Organisationsstruktur

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

Die Organisationsstruktur ist in der Unternehmenssatzung festgelegt. Entsprechend dieser Satzung ist darüber hinaus die Führungsstruktur in einer Geschäftsordnung fixiert. Für die strukturelle Darstellung der organisatorischen Zusammenhänge sind in allen Bereichen Organigramme vorhanden. Berufsgruppen übergreifende Gremien, Projektgruppen, Kommissionen und Arbeitskreise sind eingerichtet. Für jedes Projekt wird ein Projektauftrag, mit Verantwortlichkeiten, benötigten Ressourcen und Berichterstattung festgelegt.

Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Die Arbeit der Gremien und Kommissionen ist geregelt. Ein abteilungsübergreifendes Projektmanagement findet Anwendung. Sämtliche Informationen und Ergebnisse aus den verschiedenen Kommissionen und Gremien werden beim Vorstand gebündelt, die dieser über die Leitungskonferenz in die verschiedenen Dienstbereiche hinein trägt. Die Koordination der Gremien untereinander liegt beim Vorstand. Zu speziellen Themen werden Fachkräfte hinzugezogen. Alle tagen in regelmäßigen Abständen (ggf. bei Bedarf) unter Erstellung von Protokollen und mit Moderation.

Innovation und Wissensmanagement

Das Krankenhaus zeichnet sich durch ein innovations-freundliches Klima aus. Wissensmanagement ist fest in unserem Leitbild definiert. Zusätzlich betonen wir die Bedeutung von Innovationen und aktuellem Wissenstand in unseren strategischen Zielen und unseren Führungsgrundsätzen. Medizinische Innovationen entwickeln wir dezentral. Der Vorstand entscheidet bei förderbedürftigen Innovationen über die Ressourcenzuteilung. Unser Qualitäts-, Projekt-, Prozess- und internes Vorschlagsmanagement sind wichtige Instrumente unserer Organisationsentwicklung.

Externe Kommunikation

Die Stabsstelle Öffentlichkeitsarbeit am Klinikum sorgt für eine umfassende Information der Öffentlichkeit und erstellt, basierend auf unserem Kommunikationskonzept, jährlich einen Maßnahmenplan für die Öffentlichkeitsarbeit. Dabei stehen selbstverständlich die Patienten und Angehörigen im Mittelpunkt. Darüber hinaus ist uns auch die umfängliche Information von niedergelassenen Ärzten, der Fachöffentlichkeit und der Bevölkerung sehr wichtig.

Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Das Klinikum hat das Ziel eine Sicherheitskultur aufzubauen. Dabei wird neben dem bereits etablierten klinischen Risikomanagement aktuell an dem Aufbau eines betriebswirtschaftlichen Risikomanagement gearbeitet. Ein Risikomanagementhandbuch regelt unser Risikomanagement nachvollziehbar für alle Beteiligten. In allen Fachabteilungen haben wir ein Meldewesen, zur anonymen Meldung kritischer Ereignisse ohne Schadensfolge, eingeführt. Als Ergebnis unserer umfassenden Risikoanalysen werden Maßnahmenpläne erstellt und abgearbeitet. Darüber hinaus führen wir bei kritischen Ereignissen systemische Ursachenanalysen durch.

6 Qualitätsmanagement

Organisation

Zur stetigen Weiterentwicklung unserer Patientenversorgung haben wir ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem aufgebaut. Im Mittelpunkt steht die nachhaltige Optimierung von Prozessen und Ergebnissen in allen Aspekten der Patientenversorgung sowie den patientenfernen Bereichen. Eine Stabstelle Qualitäts- und Beschwerdemanagement besteht seit nun mehr als einem Jahrzehnt und wird durch Qualitätssicherungsbeauftragte in allen Bereichen fachlich unterstützt. Die Arbeit erfolgt mit anerkannten Methoden und Instrumenten. Ein QM-Lenkungsgremium wurde auf Vorstandsebene etabliert.

Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Als Grundlage eines Prozessmanagements hat das Klinikum eine Prozesslandschaft mit allen Kern-, Führungs- und Unterstützungsprozessen erarbeitet. Die wichtigsten Kernprozesse wurden durch die Fachabteilungen in Form von Behandlungsstandards bzw. Behandlungspfade beschrieben. Aufgrund unserer digitalen QM-Plattform sind die Prozessbeschreibungen für alle Mitarbeiter/innen transparent.

Patientenbefragung

Eine regelmäßige Überprüfung der Patientenzufriedenheit ist uns wichtig, damit wir kontinuierlich an der Verbesserung der Patientenversorgung arbeiten können. Im Klinikum wird seit 2013 für alle stationären Patienten eine kontinuierliche Patientenbefragung durchgeführt. Daneben erfolgen abteilungs-spezifische Patientenbefragungen. Für persönliche Rückfragen der Patienten haben wir eine Mailadresse sowie Kontaktdaten im Bereich des Qualitätsmanagements eingerichtet.

Befragung externer Einrichtungen

Die Befragung der Zuweiser des Klinikums ist ein Baustein des strukturierten Zuweisermanagements. Da die Anforderungen an die Kooperationen mit Behandlungspartnern sehr spezifisch sind, werden Zuweiserbefragungen fachabteilungsbezogen durchgeführt. Die Ergebnisse kommunizieren wir intern im Rahmen unseres Besprechungswesens an die Leitungen und den Vorstand. Zusätzlich setzen wir auch die Befragten über die Ergebnisse in Kenntnis.

Mitarbeiterbefragung

Die Umsetzung eines mitarbeiterorientierten Führungsstils wird im Leitbild des Klinikums explizit als Unternehmensziel benannt. Zur Überprüfung der Zielerreichung führen wir bedarfsspezifisch eine Mitarbeiterbefragung durch. Die Bereiche QM, Personalwesen und Marketing initiieren die Mitarbeiterbefragung. Die Krankenhausleitung übernimmt nach Absprache mit der Leitungskonferenz die strategische Verantwortung und stellt die erforderlichen personellen, finanziellen und sachlichen Ressourcen zeitnah zur Verfügung.

Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Das Klinikum betreibt ein aktives Beschwerdemanagement. Alle Beschwerden, Wünsche / Lob von Patienten, deren Angehörigen und Mitarbeitern werden systematisch erfasst und bearbeitet. In der Eingangshalle ist ein speziell gekennzeichnete Briefkasten für die anonyme Erfassung installiert. Allen Mitarbeitern ist das Beschwerdemanagement mit den entsprechenden Ansprechpartnern bekannt. Zusätzlich wird in der hausweiten Informationsbroschüre darauf hingewiesen. Standardisierte Beschwerdeformulare wurden eingeführt.

Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

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

Qualitäts- und hygienerrelevante Daten werden abteilungsbezogen erfasst und ausgewertet, z. B. nosokomiale Infektionen, Operationszeiten, Dekubitusraten, Patientenzufriedenheit und -verweildauer, Beatmungszeiten usw.. Bei der Auswahl der Erfassung von Daten wird immer auf das konkrete Aufwand-Nutzen-Verhältnis für die tägliche Arbeit und die Auswertbarkeit der Daten geachtet. Die Patientendokumentation wird überprüft.

Methodik und Verfahren der vergleichenden und externen Qualitätssicherung

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

Die für die externe Qualitätssicherung notwendigen organisatorischen / softwaretechnischen Voraussetzungen sind etabliert und werden kontinuierlich an die aktuellen Forderungen angepasst. Ein Klinikbeauftragter für die externe Qualitätssicherung ist benannt. Ihm obliegt die Gesamtkoordination. In jeder Fachabteilung sind Qualitätssicherungsbeauftragte für die Abstimmung der Datenerfassung eingerichtet. Die EDV-Abteilung betreut das Erfassungssystem und den Datenversand. Durch den ärztlichen EDV-Beauftragten erfolgen Schulungen zur Erfassung der Daten.

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

Die erhobenen Daten ermöglichen eine Verlaufsbeurteilung innerhalb der dokumentierenden Abteilung und einen direkten Vergleich mit anderen Abteilungen. Vor diesen Ergebnissen sollen Arbeitsabläufe und Behandlungsziele auf ihre Qualität überprüft und angepasst werden. Jährlich werden die Gesamtstatistiken des vorigen Jahres durch die Chefarzte der Abteilungen, die Qualitätssicherungsbeauftragten, das Medizincontrolling und die Geschäftsführung analysiert und diskutiert. Auffällige Ergebnisse werden in den Behandlungsteams erörtert, ggf. Maßnahmen eingeleitet.