

Klinikum Landau-SÜW



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Klinikum Landau -Südliche Weinstraße GmbH Klinik Landau / Klinik Bad Bergzabern / Klinik Annweiler
Institutionskennzeichen:	260730991
Anschrift:	Bodelschwinghstraße 11, 76829 Landau Danziger Straße 25, 76887 Bad Bergzabern Georg Staab Straße 3, 76855 Annweiler
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2022-0015 KHVB
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche
Gültig vom:	26.06.2021
 bis:	25.06.2024
Zertifiziert seit:	26.06.2006

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	8
1. Patientenorientierung	8
2. Mitarbeiterorientierung	11
3. Sicherheit - Risikomanagement	12
4. Informations- und Kommunikationswesen	16
5. Unternehmensführung	17
6. Qualitätsmanagement	19

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.

Im Beirat der KTQ® sind die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) vertreten. 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,
- Sicherheit - Risikomanagement,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Unternehmensführung und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

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

Während 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 Fremdbe-

wertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Dieser KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 55 Kriterien des KTQ-Kataloges Version 2015.

Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet einen 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-Südliche Weinstraße GmbH** 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. B. Metzinger, MPH

Für die Deutsche Krankenhausgesellschaft

PD Dr. med. Peter Bobbert

Für die Bundesärztekammer

F. Wagner

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung



Klinik Landau



Klinik Bad Bergzabern



Klinik Annweiler

Das Klinikum Landau-Südliche Weinstraße ist ein Verbundkrankenhaus mit Kliniken in Annweiler, Bad Bergzabern und Landau und verfügt über 438 Planbetten. Gesellschafter des Klinikums sind mit jeweils 50% die Stadt Landau und der Landkreis Südliche Weinstraße.

Mit der Fusion des Städtischen Krankenhauses Landau mit den Kreiskrankenhäusern 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 insgesamt 14 Fachabteilungen:

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

Das Klinikum verfügt über ausgewiesene Versorgungsschwerpunkte in den Bereichen Gastroenterologie, Geriatrie, Kardiologie (24-Stunden Bereitschaftsdienst des Herzkatheterlabors), Palliativmedizin, Stroke Unit (Regionale Schlaganfallereinheit), Viszeralchirurgie und ist zudem ausgewiesenes Diabetologisches Zentrum und Lokales 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 hat zudem die „Charta der Vielfalt“ unterzeichnet und bekennt sich zu einem Umfeld, das frei ist von Vorurteilen und geprägt ist von Toleranz. Das Klinikum ist Mitglied des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. und es besteht eine aktive Teilnahme an der „Aktion saubere Hände“. 2022 erhielt das Klinikum erneut hierzu das Bronze-Zertifikat.

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 sind mit dem PKW und öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen. Ausreichende Parkmöglichkeiten sind vorhanden. Wegbeschreibungen sind im Internet einsehbar, die Zubringerstraßen sind gut ausgeschildert.

1.1.2 Leitlinien und Standards

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 unserer diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. 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 und soziokulturellen Bedürfnissen gerecht zu werden. Der KISS Pfalz Selbsthilfetreff e.V. unterstützt uns dabei als wichtiger Partner.

1.1.4 Ernährung und Service

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, Wunsch- und Sonderkostformen werden berücksichtigt. Köche, Servicekräfte, Ernährungsmediziner, Diabetesberater und Diätassistenten bieten eine individuelle Betreuung und Beratung an. In unseren Häusern sind freiwillige ehrenamtliche Helfer/innen tätig, die bei der Besorgung kleiner, persönlicher Dinge behilflich sind und auch als Begleitung zur Verfügung stehen.

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 24-Stunden-Bereitschaftsdienst des Herzkatheterlabors stellt das Herzzentrum Landau die zeitnahe Notfallversorgung bei Herzerkrankungen sicher. Der ärztliche Rufdienst des Kuratoriums für Heimdialyse Annweiler sichert rund um die Uhr die Dialysebehandlung bei Nierenfunktionsstörungen. Eine Umsetzung der versicherungsspezifischen Vorgaben der Berufsgenossenschaften bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten ist an allen 3 Standorten gewährleistet.

1.3.1 Elektive, 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 und ggf. zusätzlich direkt über das Telefon.

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 an demselben Tag entlassen werden können. An allen Standorten haben wir ambulante OP-Zentren etabliert.

1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung

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 von den Ärzten, der Pflege und dem übrigen Personal umfassend berücksichtigt. Für vor- und nachstationäre Leistungen werden feste Termine von den zuständigen Ambulanzen vergeben.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

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

1.4.3 Operative Prozesse

Elektive Eingriffe werden in Sprechstunden geplant und über einen elektronischen Kalender 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 festge-

legt. Zur operativen Vorbereitung finden Checklisten und standardisierte Aufklärungsbögen, die bei Bedarf in mehreren Sprachen vorliegen können, Anwendung. Der Facharztstandard ist bei jeder Operation gewährleistet. Fachpflegekräfte vervollständigen das OP-Team.

1.4.4 Visite

Im Rahmen der täglichen Visiten, an denen Ärzte, Mitarbeiter des Pflegedienstes und ggf. sonstige Therapeuten teilnehmen, werden der Behandlungsverlauf und das weitere Vorgehen gemeinsam mit den Patienten besprochen. Außerdem haben die Patienten und ihre Angehörigen die Möglichkeit, Beratungsgespräche, die über Sprechzeitentafeln angeboten werden, entweder direkt oder pandemiebedingt telefonisch (codewort-geschützt) zu vereinbaren und durchzuführen. Darüber hinaus finden wöchentliche Chef- und Oberarztvisiten statt. Auf den Belegstationen visitieren die Belegärzte täglich ihre Patienten.

1.5.1 Entlassungsprozess

Die Planung der Entlassung beginnt bereits bei der stationären Aufnahme und ist mit Zeitzielen für verschiedene Entlassarten in einer entsprechenden Verfahrensanweisung beschrieben. Gemäß den Vorgaben zum Entlassmanagement erfolgt die Abstimmung interdisziplinär zur Sicherung einer kontinuierlichen Anschlussversorgung der Patienten unter Einbezug aller relevanten Berufsgruppen und Kooperationspartner und einer frühzeitigen Einschaltung des Sozialdienstes. Bei Bedarf leitet der Sozialdienst frühzeitig alle notwendigen Schritte zur weiteren Versorgung, wie z. B. einer Überleitungspflege, einer Pflegebehandlung in Heimen, der eigenen Wohnung oder sonstigen Institutionen und Reha-Maßnahmen, ein und stellt die notwendigen Kontakte zu den geeigneten Institutionen her. Dazu gehört auch die Information über Selbsthilfegruppen.

Jeder Patient erhält am Entlasstag einen Arztbrief mit allen notwendigen Informationen für den weiterbehandelnden Arzt/die weiterbetreuende Einrichtung, einen Medikationsplan sowie bei Bedarf einen Pflegeüberleitungsbogen und weitere relevante Informationen. Zusammen mit den weiterbetreuenden Einrichtungen werden ein reibungsloser Übergang in andere Versorgungsbereiche und eine lückenlose Informationsweitergabe sichergestellt. Zwischen dem Patienten, dessen Angehörigen und dem Behandlungsteam wird die weitere Betreuung gemäß den individuellen Bedürfnissen des Patienten abgesprochen und geplant. Das Behandlungsteam unserer Klinik nimmt direkt Kontakt mit den nachbetreuenden Personen und Einrichtungen auf und steht für Rückfragen jederzeit zur Verfügung. Die Chefärzte, die Pflegedirektion und der Sozialdienst pflegen den Kontakt zu den regionalen Partnern und Selbsthilfegruppen.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung

Aus der Grundphilosophie unseres Leitbildes heraus haben wir ein Ethikkomitee gebildet, ein Konzept für die Palliativstation entwickelt und verbindliche Hinweise zur Betreuung von Sterbenden etabliert. Ziel unserer Sterbebegleitung ist es, die Leidenslinderung unter Berücksichtigung von psychosozialen und spirituellen Aspekten in das Zentrum der Bemühungen zu stellen. 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 palliativer Möglichkeiten stehen im Vordergrund. Die ganzheitliche und intersdisziplinäre

Behandlung auf der Palliativstation Annweiler erfolgt durch palliativmedizinisch ausgebildete, erfahrene Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Der respektvolle Umgang mit Verstorbenen und die angemessene Begleitung der Angehörigen gehört zur obligatorischen Grundhaltung unserer Mitarbeiter. Die Angehörigen haben auch in Pandemiezeiten die Möglichkeit, in einem würdevollen Rahmen Abschied von ihren Verstorbenen zu nehmen. An allen Klinikstandorten stehen dazu Abschiedszimmer zur Verfügung. Die weitere Versorgung der Verstorbenen erfolgt in enger Zusammenarbeit mit den örtlichen Bestattungsunternehmen. Seelsorger stehen für die Unterstützung in dieser besonderen Situation zur Verfügung. Rituale verschiedener Religionen werden berücksichtigt und deren Umsetzung ermöglicht. Spezielle Flyer mit Angeboten zur Trauerbegleitung liegen aus. In der Klinik Annweiler finden quartalweise Gedenkfeiern für die Verstorbenen der Palliativstation statt.

2. Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Personalbedarf

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

2.1.2 Personalentwicklung

Die dynamische Entwicklung unseres Klinikums erfordert die kontinuierliche Weiter-Entwicklung und -Qualifizierung von Mitarbeitern und Führungskräften. Grundlage hierfür ist unser Personalentwicklungskonzept, in dem u. a. die Einarbeitung, die Beurteilung, die notwendigen Qualifikationen und die Weiterentwicklung der Mitarbeiter, wie auch die Führungskräfteentwicklung, beschrieben sind. Tätigkeiten werden in Stellenbeschreibungen festgeschrieben. Mitarbeitergespräche sind etabliert.

2.1.3 Einarbeitung

Neue Mitarbeiter werden im Klinikum strukturiert in ihre Tätigkeit am Arbeitsplatz eingeführt. Das Einarbeitungskonzept beschreibt in der Einarbeitungsphase z. B. feste Bezugspersonen in den ersten Wochen, Reflexionsgespräche und die Hilfestellung von Mentoren. In einem mehrstufigen Einarbeitungsverfahren (bereits beginnend vor dem ersten Arbeitstag) wird eine strukturierte und durch Checklisten unterstützte Einarbeitung durchgeführt.

2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Im Klinikum Landau-Südliche Weinstraße finden Ausbildungen in folgenden Bereichen statt: in Gesundheits- und Krankenpflege bzw. zum Pflegefachmann (m/w/d), die Weiterbildung von Pflegekräften in sog. Fachweiterbildungen (z. B. Geriatrie, Endoskopie, Palliative Care etc.), die Ausbildungen zu Operationstechnischen Assistenten (m/w/d), Kaufleuten (m/w/d) im Gesundheitswesen (mit einem Bachelor-Studium im Rahmen des Dualen Studiengangs "Betriebswirtschaft/ Gesundheitswesen und soziale Einrichtun-

gen"). Die Kommunikation zwischen Schulen und Klinik ist durch eine umfangreiche Regelkommunikation und gemeinsame Veranstaltungen sichergestellt.

Eine systematische und zielgerichtete Fort- und Weiterbildung für alle Berufsgruppen des Klinikums ist ein wichtiger Bestandteil der Personalentwicklung. Die Fortbildungsangebote erhalten alle Mitarbeiter am Ende eines Jahres in Heftversion. Zudem sind alle Angebote im Intranet veröffentlicht. Den Mitarbeitern stehen die fachbezogene Nutzung des Internets, eine Online-Medienbibliothek sowie fachspezifische Literatur zur Verfügung. Die Seminarräume sind mit technischen Medien (Beamer, Flipchart, Moderationskoffer u. a.) ausgestattet.

2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance

Ziel der Arbeitszeitregelungen ist der bedarfsgerechte und wirtschaftliche Personaleinsatz unter Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes und der tariflichen Regelungen. Arbeitszeiten werden EDV-gestützt geplant und dokumentiert. Um individuelle Mitarbeiterbedürfnisse sowie arbeitsmedizinische Empfehlungen zu berücksichtigen und die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben zu ermöglichen, finden diverse Arbeitszeitmodelle Anwendung. Im Rahmen der Mitgliedschaft im BGM (Betriebliches Gesundheitsmanagement) Forum Südpfalz steht allen Mitarbeitern ein sehr umfassendes Angebot an Maßnahmen zum betrieblichen Gesundheitsmanagement zur Verfügung.

2.1.6 Ideenmanagement

Im Rahmen des etablierten Innerbetrieblichen Vorschlagswesens (IBV) können alle Mitarbeiter ihre Vorschläge und Ideen strukturiert in den Betriebsablauf einbringen. Daneben sind die direkten Vorgesetzten immer auch Ansprechpartner für Ideen, Wünsche und Beschwerden der Mitarbeiter. 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 - Risikomanagement

3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements

Mit dem Ziel, potentielle Schäden aktiv vom Klinikum abzuwenden, ist ein umfassendes Risikomanagementsystem etabliert und in einem Konzept definiert. Mögliche Risiken sind in einem zentralen Risikoverzeichnis erfasst und zugehörige Ziele definiert. Jährlich wird eine Risikobewertung nach definierten Kriterien durchgeführt. Die Risikoanalyse stellt einen kontinuierlichen Prozess dar. Verantwortlich für die Risikobewertung und die Darstellung etablierter bzw. noch zu etablierender Gegenmaßnahmen sind die Risikoverantwortlichen. Eine Fehler- und Sicherheitskultur ist u. a. im Rahmen des CIRS (Critical Incident Reporting System) - Konzepts, des Beschwerdemanagementkonzepts und durch geregelte Melde- und Bearbeitungswege bei Zwischenfällen etabliert. Die Mitarbeiter werden strukturiert zum Risikomanagement über das Intranet und/oder im Rahmen der Regelkommunikation informiert.

3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung

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

3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement

Das medizinische Notfallmanagement ist klinikumsübergreifend umgesetzt. Bausteine unseres Notfallmanagements sind das Erkennen kritischer Notfallsituationen, die Kenntnis der einheitlichen Notfallnummer, die flächendeckende Vertrautheit mit Basismaßnahmen und Notfallplänen, die Einrichtung eines Notfallteams und eine standardisierte patientennahe Basisausrüstung in den Räumen des Klinikums. Die Notfallausrüstung ist klinikumsweit standardisiert und einheitlich gekennzeichnet. Jährlich finden berufsgruppenorientierte Reanimationsschulungen für alle Mitarbeiter, die in der Patientenversorgung tätig sind, statt.

3.1.4 Organisation der Hygiene

Ziel des Hygienemanagements ist es, übertragbaren Erkrankungen vorzubeugen, im Krankenhaus erworbene Infektionen zu vermeiden und deren Weiterverbreitung zu verhindern. Die seit März 2020 etablierte Coronavirus-Koordinierungsstelle, die Hygienekommission, die Hygienefachkräfte sowie speziell ausgebildete Mitarbeiter vor Ort sind für die Einhaltung der Hygienemaßnahmen verantwortlich. Durch die Kooperation mit dem Beratungszentrum für Hygiene in Freiburg sind regelmäßige Begehungen, Beratung und Schulungen der Mitarbeiter möglich. 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“.

3.1.5 Hygienerrelevante Daten, Infektionsmanagement

Hygienerrelevante Daten werden kontinuierlich nach den Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes erfasst und ausgewertet. Pandemiebedingt sind vielfältige neue Daten erhoben, verarbeitet und weitergegeben worden. 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 werden dann eingeleitet. 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 beschriebenen Verfahren des Ausbruchsmanagements organisiert und gesteuert. Für Patienten und Besucher stehen Informationsblätter zur Verfügung.

3.1.6 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 (Es gibt ein Notdepot.) sichergestellt. Für lebenswichtige oder selten benötigte Arzneimittel wurden auf den Intensivstationen Mindestvorräte deponiert. 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 Beinahezweischenfällen ist definiert.

3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin

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 umfangreiche Hämotherapiehandbuch die Beschaffung, Lagerung und Ausgabe von Blut und Blutprodukten, die Durchführung der Transfusion, die Indikationsstellung, den Umgang mit Transfusionszwischenfällen, die typische Mengen von bereitgestellten Blutkonserven bei Routineeingriffen und die Patienteninformationen.

3.1.8 Medizinprodukte

Die Anwendung und der Umgang mit Medizinprodukten sind durch einen Dienstleistungsvertrag mit einem externen Dienstleister und durch die Vorgaben aus dem Medizinproduktehandbuch geregelt. Die Einweisung der Mitarbeiter in die für ihre Tätigkeit notwendigen Geräte erfolgt durch die Gerätebeauftragten oder den externen Dienstleister. Bei Neuanschaffung eines Gerätes erfolgt die Einweisung durch den Hersteller. Alle Geräte sind elektronisch erfasst. Der Gerätelebenslauf, gerätebezogene Ereignisse, Prüfungen und Wartungen werden in einem elektronischen Gerätebuch dokumentiert.

3.2.1 Arbeitsschutz

Oberstes Gebot der Arbeitssicherheit ist die Vermeidung von Unfällen. Grundlage für den Arbeitsschutz sind die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen sowie die Betriebsvereinbarung „Arbeitsschutzorganisation“. Das Klinikum bezieht die Leistungen der Fachkraft für Arbeitssicherheit und des Betriebsarztes von externen Anbietern. Es existiert ein Arbeitsschutzausschuss. Die gesetzlich vorgeschriebenen Sitzungen finden statt. Sicherheitsbeauftragte für verschiedene Bereiche sind bestellt. Es finden monatliche Sicherheitsbegehungen und regelmäßige Arbeitsschutzschulungen statt. Sicherheitsmängel werden zeitnah behoben. Die Dokumentation und Meldung von Arbeitsunfällen ist standardisiert und in einer Verfahrensanweisung geregelt. Pandemiebedingt erfolgten bspw. viele neue Gefährdungsbeurteilungen.

3.2.2 Brandschutz

Die Sicherheit von Patienten, Besuchern und Mitarbeitern wird durch die Brand- und Katastrophenschutzgesetzgebung für das Land Rheinland-Pfalz geregelt. Der Alarm- und Einsatzplan des Klinikums regelt Abläufe und Strukturen und dokumentiert die Melde- und Alarmierungswege, die Rettungs- und Fluchtwege, Sammelplätze, die Anfahrtswege, die 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. Es finden regelmäßige Schulungen zum Brandschutz und zur Ausbildung von Brandschutzhelfern statt.

3.2.3 Datenschutz

Mit den Daten unserer Patienten gehen wir verantwortlich um. Beraten und unterstützt wird das Klinikum hierbei von einem externen Datenschutzbeauftragten. Die Datenschutzbestimmungen und deren Umsetzung sind in der Datenschutz-Leitlinie, daraus abgeleiteten Richtlinien und in Verfahrensanweisungen hinterlegt. Die Zugriffsrechte auf die EDV-Systeme werden über ein Berechtigungskonzept geregelt: Über individuelle Kennungen 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. Schulungen und Audits werden geplant (Hierzu gibt es eine Jahresplanung.).

3.2.4 Umweltschutz

Ziel der Einrichtung ist der schonende und verantwortungsvolle Umgang mit Energieressourcen und anderen Ressourcen. 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 ökologisch verträglicher Materialien (Baustoffe, Farben, Wasch- und Reinigungsmittel, Leuchtstoffe etc.) und die Errichtung energiegewinnender Anlagen (Blockheizkraftwerk, Solaranlagen) unterstützen die Einhaltung unserer Umweltziele. Gemeinsam mit der Abteilung Einkauf und Materialwirtschaft wird bei Neuanschaffungen und bei der Auswahl von Geschäftspartnern auf ökologische Aspekte geachtet. Es existiert ein Gefahrstoffkataster. Die Gefahrstoffe und die hierzu ergangenen Betriebsanweisungen sind im Intranet einsehbar.

3.2.5 Katastrophenschutz

Das Klinikum ist entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen des Landes Rheinland-Pfalz (Brand- und Katastrophenschutzgesetz – LBKG) in den Katastrophenschutz eingebunden. Die Krankenhäuser sind in die Katastrophenschutzpläne der Stadt Landau und des Landkreises Südliche Weinstraße integriert. Der Alarm- und Einsatzplan regelt das Verhalten bei externen und internen Gefahrenlagen. Die Überarbeitung erfolgt fortlaufend. Im Katastrophenfall steht die Koordinierungsstelle des Klinikums (Einsatzleitung) mit entsprechender Infrastruktur zeitnah zur Verfügung. Pandemiebedingt ist seit März 2020 eine planungsgemäß arbeitende Koordinierungsstelle Coronavirus etabliert. Zudem sind wir in die Lagezentren der Stadt Landau und des Landkreises Südliche Weinstraße integriert, auch erfolgt eine strukturierte Abstimmung der Krankenhäuser in der Versorgungsregion Rheinpfalz untereinander.

3.2.6 Ausfall von Systemen

Der Umgang mit nichtmedizinischen Notfallsituationen ist Bestandteil des Alarm- und Einsatzplanes. Es bestehen Regelungen zu: Betriebsstörungen der Ver- und Entsorgung, zu Störungen der Informations- und Kommunikationstechnik sowie zur Reaktion auf außergewöhnliche Situationen (z. B. extreme Witterungslagen, Personalausfall, Amoklauf). Eine Überprüfung der Notstromaggregate findet monatlich statt. Im Rahmen von jährlich stattfindenden Schulungen werden die Mitarbeiter über die Handlungsanweisungen und das Verhalten in konkreten Notfallsituationen informiert.

4. Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Zur Unterstützung der effektiven und effizienten Patientenversorgung nutzen wir ein vernetztes Krankenhausinformationssystem, an das sämtliche medizinische und administrative Bereiche angeschlossen sind. Beim Schutz der Daten und des Netzwerkes richten wir uns nach den Empfehlungen des BSI (Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik). Für die Weiterentwicklung des IT-Systems wurde ein Stufenplan entwickelt, auch sind umfangreiche Digitalisierungs-Investitionen im Rahmen des Krankenhauszukunftsgesetzes angedacht. 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 Klinische Dokumentation

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 Patientendaten und deren Archivierung liegt ein Konzept mit daraus entstandenen Verfahrensanweisungen vor. Die Dokumentation wird von allen Berufsgruppen zur Informationsweitergabe genutzt und im Rahmen von Audits überprüft.

4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

Der Umgang mit Patientendaten unterliegt den Regelungen des Datenschutzes. Die Patientendokumentation steht ausschließlich befugten Mitarbeitern im Rahmen spezieller Verfahrensanweisungen und Berechtigungen jederzeit zur Verfügung. Bei einer fachübergreifenden Weiter- oder Mitbehandlung innerhalb des Klinikums haben die Chefarzte eine gegenseitige Akteneinsicht und -übergabe vereinbart. Jede Aktenentnahme aus den Archiven wird dokumentiert. Die vollständige digitale Integration jeglicher Patientendokumentation in unser Krankenhausinformationssystem im Sinne einer elektronischen Patientenakte wird angestrebt und ist in weiten Teilen bereits vollzogen.

4.3.1 Information der Unternehmensleitung

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 von Geschäftsordnungen.

4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

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, Betriebsversammlungen, Informationsveranstaltungen der Geschäftsführung, Beilagen zur Gehaltsabrechnung und dokumentierte Teambesprechungen. Die Kommunikation nach außen findet strukturiert auf Basis des Konzepts zur Öffentlichkeitsarbeit statt.

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 reagieren auf interne nichtmedizinische und auch medizinische Notfallsituationen entsprechend der Alarm- und Einsatzplanung. Sie verfügen über die aktuellen Informationen (Telefonnummer, Namenslisten etc.) und geben unter Berücksichtigung der Datenschutzbestimmungen Auskunft.

5. Unternehmensführung

5.1.1 Philosophie/Leitbild

Das Klinikum in der jetzigen Form mit drei Kliniken an drei Standorten hat eine relativ kurze Geschichte seit dem 01.01.2004. Zentrale Handlungsgrundlage für alle 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 beschreibt zentrale Themen wie Patientenorientierung, Grundlagen ärztlichen und pflegerischen Handelns, Ethik, Ökonomie und unternehmerisches Handeln, Qualität, Mitarbeiterorientierung und Partnerschaften. Es steht allen Mitarbeitern sowohl als Printmedium als auch im Intranet zur Verfügung. Nach Außen wird das Leitbild über verschiedene Informationswege kommuniziert und zeigt den Maßstab für das eigene Handeln nachvollziehbar auf.

5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Im Leitbild spielen die Zufriedenheit und die Förderung der Motivation durch Wertschätzung eine große Rolle. Definierte Führungsgrundsätze leiten sich aus dem Leitbild ab, definieren Führungsarbeit und –kultur und geben damit den Rahmen täglichen Handelns vor. Führungskräfte haben eine entscheidende Vorbildfunktion. Ausdruck vertrauensfördernder Maßnahmen sind bspw. die Förderung der unternehmensinternen Kommunikation durch größtmögliche Transparenz und eine klare Zuweisung von Zuständigkeiten. In mehreren Projekten arbeiten die Mitarbeiter berufsgruppen- und hierarchieübergreifend zusammen.

5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Als Folge des medizinischen Fortschritts nimmt die Zahl ethischer Fragestellungen zu. Klinikumsübergreifend engagieren sich Ärzte, Pflegende, Seelsorger, Psychologen und weitere Klinikumsangehörige im Ethikkomitee. Punktuell wird bei entsprechenden Fragestellungen 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. Ebenso sind ethische Fallbesprechungen etabliert. Die Ergebnisse der Arbeit des Ethikkomitees werden in Informationsveranstaltungen, dem Intranet, in ausgesprochenen und/oder schriftlichen Empfehlungen und bei der leitliniengerechten Arbeit umgesetzt.

5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

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

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung

Die im Leitbild geforderte 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 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement

Das übergreifende Risikomanagementsystem des Klinikums ist im Konzept zum Risikomanagement definiert. Alle möglichen Risiken sind in einem zentralen Risikoverzeichnis, gegliedert nach Organisationseinheit, erfasst und zugehörige etablierte bzw. noch zu etablierende Gegenmaßnahmen sind definiert. Das Risikoverzeichnis beinhaltet das klinische, finanzielle und technische Risikomanagement mit entsprechenden Risikobewertungen, die jährlich nach definierten Kriterien aktualisiert werden. Zur Meldung von Beinahezwischenfällen kann jeder Mitarbeiter klinikumswweit anonym ein Meldeportal im Intranet nutzen. Entsprechende daraus resultierende Maßnahmen wurden und werden in der Klinikumskonferenz beschlossen.

5.2.3 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Das Klinikum hat aufgrund seiner Größe und Struktur ein sehr breites Netzwerk an Kooperationspartnern. Es sind Kooperationspartner willkommen, die eine Verbesserung der Patientenversorgung und der wirtschaftlichen Situation des Klinikums bewirken. Kooperationen werden in schriftlicher und verbindlicher Form gefasst. Neben dem Agieren 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 und vertraglichen Verpflichtungen weiterentwickelt.

5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

Die Organisationsstruktur des Klinikums ist im Gesellschaftsvertrag geregelt und durch Organigramme im Internet dargestellt. Im Intranet sind die zentralen klinikübergreifenden und die kliniks- und abteilungsspezifischen Nachweise zur Aufbau- und Ablaufstruktur im Klinikum hinterlegt. Die Besprechungs- und Kommunikationsstruktur ist einer Kommunikationsmatrix abgebildet und im Intranet dargestellt. Die Entschei-

ungswege ergeben sich dabei aus den Geschäftsordnungen und Stellenbeschreibungen. Es besteht zudem eine umfassende operative Regelkommunikation, die einen optimalen und zeitnahen Informationsfluss top-down und bottom-up in alle Klinikbereichen sicherstellt. Die Leitungsgremien und Kommissionen tagen in regelmäßigen Abständen. Geschäftsordnungen regeln die Zuständigkeiten und Arbeitsweise der Gremien. Tagesordnungen, Protokolle und Maßnahmenpläne 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, Infobroschüren etc. bekannt gemacht.

5.3.2 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 vorhandenem und neuem Wissen abzielen. Es existiert ein Konzept zum Innovations- 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 einem geregelten Wissensmanagement sind eine stabile aktuelle wirtschaftliche Situation und eine geregelte Entwicklung des Unternehmens. Patientenorientierung und Mitarbeiterorientierung sind untrennbar mit dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit verbunden.

6. Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Alle Bereiche der Klinikum 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 Klinikumskonferenz, Qualitätsbeauftragte in allen Bereichen sowie die Abteilungsleitungen als Qualitätsverantwortliche verbessern durch die konsequente Anwendung des Regelkreises "Planen, Handeln, Prüfen und Verbesserungen ableiten" kontinuierlich die Qualität unserer Leistungen.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung

Die Ausrichtung des Prozessmanagements ist im QM-Konzept beschrieben und dient als Instrument zur interdisziplinären, abteilungsübergreifenden Ablauforganisation und Prozessoptimierung und agiert ebenfalls in dem oben geschilderten 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 (IBV) und das Meldesystem für Beinahefehler etabliert.

6.2.1 Patientenbefragung

In Kooperation mit einem externen Befragungsinstitut führen wir alle drei Jahre eine benchmarkfähige Patientenbefragung durch (pandemiebedingt erneut 2021 nach 2017), um die Qualität unserer Dienstleistungen aus der Perspektive unserer Patienten bewerten zu lassen und in einem internen und externen Benchmark vergleichen zu können. Die Ergebnisse werden abteilungsspezifisch ausgewertet und im Intranet, auf der Homepage und in den Eingangshallen der Kliniken veröffentlicht. Darüber hinaus haben unsere Patienten und Besucher unterjährig die Möglichkeit, Lob, Kritik und Verbesserungsvorschläge über Rückmeldekarten zu äußern. Sonderbefragungen werden anlassbezogen durchgeführt.

6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Zielgruppe unserer dreijährlichen benchmarkfähigen Zuweiserbefragung sind primär alle einweisenden Ärzte der Region (pandemiebedingt erneut 2021 nach 2017). Die Befragung wird in Zusammenarbeit mit einem externen Befragungsinstitut durchgeführt. Die Ergebnisse inklusive interner und externer Vergleichsdaten werden analysiert, Verbesserungspotenziale abgeleitet und über den Qualitätsentwicklungsplan umgesetzt. Über Qualitätszirkel pflegen die Chefärzte 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 ermöglichen eine strukturierte Rückmeldung an das Klinikum.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

"Ihre Meinung ist uns wichtig" lautet der Grundsatz unserer Befragungen. Die Mitarbeiterbefragung wird alle drei Jahre unter Beteiligung des Betriebsrats und der Personalabteilung durchgeführt (pandemiebedingt erneut 2021 nach 2017). Die Mitarbeiterbefragung ist im Befragungskonzept dargestellt und zudem Teil der Betriebsvereinbarung zur „Arbeitsschutzorganisation“. Befragt werden Mitarbeiter aus allen Bereichen, mit denen zum Befragungszeitpunkt ein Dienstverhältnis besteht. Die Befragung wird in Zusammenarbeit mit einem externen Befragungsinstitut durchgeführt. Die Ergebnisse und Verbesserungsmaßnahmen werden allen Mitarbeitern in Leitungskonferenzen sowie über das Intranet bekannt gemacht.

6.3.1 Beschwerdemanagement: Lob und Beschwerden von Mitarbeitern, Patienten und weiteren Externen

Unser Ziel sind zufriedene Patienten. Falls es während des Krankenhausaufenthaltes dennoch Anlass zu Beschwerden gibt, möchten wir die Gründe dafür kennenlernen. Deshalb haben wir ein Konzept für das Beschwerdemanagement erarbeitet. Alle schriftlich, elektronisch und mündlichen Beschwerden werden erfasst, in einem festgelegten Zeitraum bearbeitet und ausgewertet. Halbjährliche und jährliche Beschwerdeberichte werden erstellt, in der Klinikumskonferenz besprochen und weitere Maßnahmen festgelegt. Persönliche Gespräche, anonyme Rückmeldekarten, elektronische Rückmeldungen 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. Unsere Patientenführsprecher stehen zusätzlich den Patienten als Ansprechpartner zur Verfügung.

6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren

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

Die bundesweit bestehenden verpflichtenden Verfahren zur externen Qualitätssicherung setzen wir in allen Bereichen um. Zur 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 externe Datenannahmestelle übermittelt. Ggf. notwendige Ergänzungen werden ebenfalls vom Medizincontrolling erstellt und fristgerecht an die externe QS (Qualitätssicherungs)-Geschäftsstelle versandt. Die Jahresauswertungen werden u. a. im Intranet veröffentlicht.