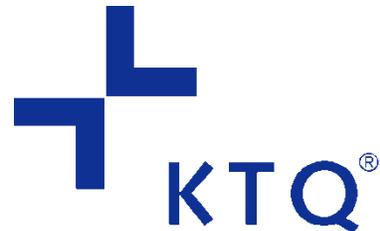
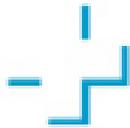


Klinikum Landau-SÜW



Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen

## KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-KatalogVersion 2015 für Krankenhäuser

|  |  |
|--|--|
| <b>Krankenhaus:</b>  | Klinikum Landau -Südliche Weinstraße GmbH<br>Klinik Landau / Klinik Bad Bergzabern / Klinik Annweiler                    |
| <b>Institutionskennzeichen:</b>  | 260730991  |
| <b>Anschrift:</b>  | Bodelschwinghstraße 11, 76829 Landau<br>Danziger Straße 25, 76887 Bad Bergzabern<br>Georg Staab Straße 3,76855 Annweiler |
| <b>Ist zertifiziert nach KTQ<sup>®</sup><br/>mit der Zertifikatnummer:</b> | 2018-0034 KHVB   |
| <b>durch die von der KTQ-GmbH<br/>zugelassene Zertifizierungsstelle:</b>   | QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche   |
| <b>Gültig vom:</b>   | 26.06.2018   |
| <b>    bis:</b>  | 25.06.2021   |
| <b>Zertifiziert seit:</b>  | 26.06.2006   |

## **Inhaltsverzeichnis**

|   |          |
|---|----------|
| <b>Vorwort der KTQ®</b>                 | <b>3</b> |
| <b>Vorwort der Einrichtung</b>          | <b>5</b> |
| <b>Die KTQ-Kriterien</b>                | <b>8</b> |
| 1 Patientenorientierung                 | 9        |
| 2 Mitarbeiterorientierung               | 12       |
| 3 Sicherheit – Risikomanagement         | 13       |
| 4 Informations- und Kommunikationswesen | 17       |
| 5 Unternehmensführung                   | 18       |
| 6 Qualitätsmanagement                   | 20       |

## **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 Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen Kriterien, die sich auf

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- 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 Krankenhausexperten besetztes Visitorenteam 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](http://www.ktq.de) abrufbar.

**Dr. med. G. Jonitz**

Für die Bundesärztekammer

**Dr. med. B. Metzinger, MPH**

Für die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

**F. Wagner**

Für den Deutschen Pflegerat

## Vorwort der Einrichtung



Klinik Landau



Klinik Annweiler



Klinik Bad Bergzabern

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

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

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

Das Klinikum verfügt über ausgewiesene Versorgungsschwerpunkte in den Bereichen Gastroenterologie, Geriatrie, Kardiologie (24-Stunden Bereitschaftsdienst des Herzkatheterlabors), Palliativmedizin, Stroke Unit (Regionale Schlaganfalleinheit), Viszeralchirurgie und ist zudem ausgewiesenes Diabetologisches Zentrum und 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<sup>®</sup> 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“. 2018 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-Kriterien

## **1 Patientenorientierung**

### **1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung**

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

### **1.1.2 Leitlinien 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 Überprüfungen. Wir achten den Willen und die Würde des Patienten und berücksichtigen die Bedürfnisse besonderer Patientengruppen.

### **1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten**

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

### **1.1.4 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 sowie Wunsch- und Sonderkostformen werden berücksichtigt. Servicekräfte, Ernährungsmediziner, Diabetes- und Ernährungsberater bieten ein individuelles Betreuungs- und Beratungsangebot. In unseren Häusern ist eine Gruppe freiwilliger und ehrenamtlicher Helfer/innen tätig, die bei der Besorgung kleiner, persönlicher Dinge behilflich sind und auch als Begleitung zur Verfügung stehen.

### **1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung**

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

### **1.3.1 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.

### **1.3.2 Ambulante Operationen**

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

### **1.4.1 Stationäre Diagnostik, 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 sowohl ärztlich, pflegerisch als auch therapeutisch berücksichtigt.

### **1.4.2 Therapeutische Prozesse**

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

### **1.4.3 Operative Prozesse**

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

### **1.4.4 Visite**

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

### **1.5.1 Entlassungsprozess**

Das Vorgehen bei der Entlassung beginnt bereits bei der Behandlungsplanung und ist mit Zeitzielen 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 frühzeitiger Einschaltung des Sozialdienstes. Bei Bedarf leitet der Sozialdienst frühzeitig alle notwendigen Schritte zur weiteren Versorgung, wie z.B. Überleitungspflege, Pflegeplätze, Reha-Behandlungen ein und stellt Kontakte zu Heimen und Selbsthilfegruppen her.

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 für ihn wichtige Informationen. Zusammen mit dem Patienten sowie den ärztlichen und pflegerischen Weiterbehandlern wird ein reibungsloser Übergang in andere Versorgungsbereiche und eine lückenlose Informationsweitergabe sichergestellt. Zwischen Patient, dessen Angehörigen und dem Behandlungsteam wird die weitere Betreuung nach den individuellen Bedürfnissen des Patienten geplant. Das Behandlungsteam nimmt direkt Kontakt mit den nachbetreuenden Personen und Einrichtungen auf und steht für Rückfragen jederzeit zur Verfügung. Die Chefärzte, die 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, ein Konzept für die Palliativstation sowie Standards zum Umgang mit Sterbenden etabliert. Ziel unserer Sterbebegleitung ist es, die Leidenslinderung sowie die psychosozialen und spirituellen Aspekte in das Zentrum der Bemühungen zu rücken. Wichtigstes Ziel ist dabei die Erreichung einer bestmöglichen individuellen Lebensqualität in der verbleibenden Lebenszeit. Der in Form einer Patientenverfügung verfasste Wille des Patienten ist für uns bindend. Eine umfassende Schmerztherapie und die Ausschöpfung der palliativ-

ven Behandlungsmöglichkeiten stehen im Vordergrund. Die ganzheitliche Behandlung auf der Palliativstation Annweiler erfolgt durch palliativmedizinisch erfahrene Mitarbeiter aller Berufsgruppen.

### **1.6.2 Umgang mit Verstorbenen**

Der respektvolle Umgang mit Verstorbenen und die angemessene Begleitung der Angehörigen gehört zur Grundhaltung unserer Mitarbeiter. Die Angehörigen haben die Möglichkeit, in einem würdevollen Rahmen Abschied von ihrem Verstorbenen zu nehmen. An allen Klinikstandorten stehen Abschiedszimmer in angenehmer Atmosphäre zur Verfügung. Die Seelsorger stehen für Unterstützung in dieser besonderen Situation zur Verfügung. Rituale anderer Religionen werden berücksichtigt und ermöglicht. Spezielle Flyer mit Angeboten zur Trauerbegleitung liegen aus. In der Klinik 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. Grundlage für die Personalplanung sind die strategische Zielplanung, gesetzliche Vorgaben sowie die Leistungsplanung für das jeweils kommende Jahr. Die Personalplanung wird mit dem Betriebsrat beraten.

### **2.1.2 Personalentwicklung**

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

### **2.1.3 Einarbeitung**

Neue Mitarbeiter werden im Klinikum strukturiert in ihre Tätigkeit und in den Arbeitsplatz eingeführt. Das Einarbeitungskonzept beschreibt die Einarbeitungsphase, wie z.B. feste Bezugspersonen in den ersten Wochen, Reflexionsgespräche und Mentoren. In einem mehrstufigen Einarbeitungsverfahren (bereits 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: Weiterbildung von Ausbildungsassistenten, Gesundheits- und Krankenpflege, Operationstechnische Assistenten, Kaufleute im Gesundheitswesen und BA-Studium im Rahmen des Dualen Studiengangs "Betriebswirtschaft/ Gesundheitswesen und soziale

Einrichtungen". Die Kommunikation zwischen Schulen und Klinik ist durch die 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 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 (Bildprojektor, 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 Forum Südpfalz steht allen Mitarbeitern eine sehr umfassende Angebot an Maßnahmen zum betrieblichen Gesundheitsmanagement zur Verfügung.

### **2.1.6 Ideenmanagement**

Im Rahmen des etablierten Innerbetrieblichen Vorschlagswesens (IBV) können die 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, 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 eines Fehlermeldesystems (CIRS), Beschwerdemanagementkonzepts und geregelter Melde- und Bearbeitungswegen bei Zwischenfällen etabliert. Die Mitarbeiter werden strukturiert über Themen des Risikomanagements über 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 entsprechend dessen Zielsetzung verpflichtet. Zu beaufsichtigende Patienten werden bei den notwendigen Aktivitäten unterstützt, so dass die stetige Sicherheit gewährleistet werden kann. Besondere Maßnahmen zur Patientensicherheit müssen medizinisch angezeigt sein, mit Angehörigen/ Betreuer besprochen und in ihrer Notwendigkeit ständig überprüft und in der Patientenakte dokumentiert werden. Die gesetzlichen Regelungen werden dabei stets beachtet.

### **3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement**

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

### **3.1.4 Organisation der Hygiene**

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

### **3.1.5 Hygienerrelevante Daten, Infektionsmanagement**

Hygienerrelevante Daten werden kontinuierlich nach den Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes erfasst und ausgewertet. Meldungen des mikrobiologischen Labors gehen der Hygienefachkraft strukturiert zu. Der Meldeweg für externe und interne Hygienemeldungen sowie die entsprechenden Meldeformulare sind im Intranet hinterlegt. Die Ergebnisse werden in Form von Infektionsstatistik, Keimresistenz, etc. in der Hygienekommission analysiert und entsprechende Maßnahmen eingeleitet. 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 Ausbruchfall wird durch die 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 (Notdepot) sichergestellt. Für lebenswichtige oder selten benötigte Arzneimittel der Intensivstationen wurden Mindestvorräte definiert. Nach Möglichkeit wird auf einen ökologischen Umgang mit Arzneimitteln geachtet. Für das sichere Vorbereiten von Medikamenten und Infusionen sind Standards hinterlegt. Der Apotheker kontrolliert regelmäßig die korrekte Lagerhaltung. Der Meldeweg bei unerwünschten Arzneimittelwirkungen, Zwischenfällen und 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 Handbuch die Beschaffung, Lagerung und Ausgabe von Blut und Blutprodukten, die Durchführung der Transfusion, Indikationsstellung, den Umgang mit Transfusionszwischenfällen, typische Menge von Blutkonserven bei Routineeingriffen und Patienteninformationen.

### **3.1.8 Medizinprodukte**

Die Anwendung und der Umgang mit Medizinprodukten ist durch einen Dienstleistungsvertrag mit einem externen Dienstleister und dem Medizinproduktehandbuch organisiert. Die Einweisung der Mitarbeiter in die für ihre Tätigkeit notwendigen Geräte erfolgt durch den Medizinproduktverantwortlichen, 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 durch externe Dienstleister. 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.

### **3.2.2 Brandschutz**

Die Sicherheit von Patienten, Besuchern und Mitarbeitern wird durch das Landesbrand- und Katastrophenschutzgesetz für das Land Rheinland Pfalz geregelt. Der Alarm- und Einsatzplan des Klinikums regelt und dokumentiert die Melde- und Alarmierungswege, die Rettungs- und Fluchtwege, Sammelplätze, die Anfahrtswege Hydranten sowie die Verteilung von Sachgebietsaufgaben. Die Mitarbeiter sind über das Verhalten im Brand-

fall 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 im Datenschutzkonzept 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 Überprüfungen vor Ort werden jährlich geplant.

### **3.2.4 Umweltschutz**

Ziel der Einrichtung ist der schonende und verantwortungsvolle Umgang mit Energieressourcen. Zur Realisierung der Ziele sind im Klinikum Umwelt- und Abfallbeauftragte bestellt. Bei baulichen Maßnahmen werden umweltschonende Maßnahmen berücksichtigt. Die kontinuierliche Auswertung der Energieverbräuche, die konsequente Abfalltrennung, der Einsatz ökologischer Materialien (Baustoffe, Farben, Wasch- und Reinigungsmittel, Leuchtstoffe, etc.) und 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 eine umweltfreundliche Handhabung 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 (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 für externe und interne Gefahrenlagen. Die Überarbeitung erfolgt fortlaufend. Im Katastrophenfall steht die Koordinierungsstelle des Klinikums (Einsatzleitung) mit entsprechender Infrastruktur zur Verfügung.

### **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, Störungen der Informations- und Kommunikationstechnik sowie außergewöhnlichen Situationen (z.B. extreme Witterungslagen, Personalausfall etc.). Eine Überprüfung der Notstromaggregate findet monatlich statt. Im Rahmen von jährlich stattfindenden Schulungen werden die Mitarbeiter über die Handlungsanweisungen und das Verhalten in der konkreten Notsituation informiert.

## **4 Informations- und Kommunikationswesen**

### **4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme**

Zur Unterstützung der bedarfsgerechten Patientenversorgung nutzen wir ein modernes vernetztes Krankenhausinformationssystem, an das sämtliche medizinische und administrative Bereiche angeschlossen sind. Zum Schutz der Daten und des Netzwerkes richten wir uns nach den Empfehlungen des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik. Für die Weiterentwicklung des IT-Systems wurde ein Stufenplan entwickelt. Aktuell erfolgt die Einführung der mobilen Visite. 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**

Die 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 liegen Verfahrensanweisungen bzw. ein Konzept vor. Die Dokumentation wird von allen Berufsgruppen zur Informationsweitergabe genutzt und 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 Chefärzte eine gegenseitige Akteneinsicht und -übergabe vereinbart. Jede Aktenentnahme aus den Archiven wird dokumentiert. Die vollständige digitale Integration jeglicher Behandlungsdokumentation 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. Alle wesentlichen Melde- und Berichtswege sind definiert. Die Informationsweitergabe erfolgt im Rahmen der Regelkommunikation. Leitungsgremien und Kommissionen arbeiten auf Grundlage einer Geschäftsordnung.

### **4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang**

Der Informationsaustausch erfolgt umfassend zwischen der Krankenhausführung und den Mitarbeitern sowie zwischen den Mitarbeitern in Gremien, Kommissionen, Besprechungen und Arbeitsgruppen. Es besteht eine klinikumsweiten Kommunikationsmatrix. Wichtige Medien zur Information der Mitarbeiter sind das Intranet, Rundschreiben, regelmäßig stattfindende Betriebsversammlungen, Informationsveranstaltungen der Geschäftsführung, Beilagen zur Gehaltsabrechnung und regelmäßig stattfindende doku-

mentierte Teambesprechungen. Die Kommunikation nach außen findet strukturiert auf Basis des Konzeptes 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 steuern interne nicht 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 hat mit den 3 Kliniken eine relativ kurze Geschichte seit 01.01.2004. Zentrale Handlungsgrundlage aller Beschäftigten ist das gemeinsame Leitbild. Dieses entstand unter Beteiligung der Mitarbeiter in einem mehrstufigen Prozess mit der Zielsetzung der Förderung einer gemeinsamen Identität zur Gewährleistung 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 legt den Maßstab für das eigene Handeln überprüfbar fest.

### **5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen**

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

### **5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung**

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

### **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, zielgruppenspezifischen Marketingmaßnahmen sowie Einsatz verschiedener Kommunikationsinstrumente und Medien definiert. Die Kommunikation mit und die Information von unseren Zielgruppen richten wir an deren Bedürfnissen aus. Rückmeldungen aus Befragungen und dem Beschwerdemanagement unterstützen uns dabei. Die Krisenkommunikation ist in einer Verfahrensanweisung geregelt.

### **5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung**

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

### **5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement**

Das übergreifende Risikomanagementsystem des Klinikums ist im Konzept Risikomanagement definiert. Alle möglichen Risiken sind in einem zentralen Risikoverzeichnis, gegliedert nach Organisationseinheit, erfasst und zugehörige etablierte bzw. noch zu etablierende Gegenmaßnahmen definiert. Das Risikoverzeichnis beinhaltet das klinische, finanzielle und technische Risikomanagement mit entsprechenden Risikobewertungen, die jährlich nach definierten Kriterien aktualisiert werden. Zur Meldung von Beinahezweischenfällen kann jeder Mitarbeiter klinikumsweit anonym das Intranet Meldeportal nutzen. Entsprechende Maßnahmen 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. Kooperationspartner sind willkommen, die eine Verbesserung der Patientenversorgung und der wirtschaftlichen Situation des Klinikums bewirken. Kooperationen werden in schriftlicher und verbindlicher Form gefasst. Bestehende Konzeptionen und Verfahrensanweisungen werden gemäß den aktuellen gesetzlichen 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 klinikumsübergreifenden und abteilungsspezifischen Nachweise zur Aufbau- und Ablaufstruktur im Klinikum hinterlegt. Die Besprechungs- und Kommunikationsstruktur ist einer Kommunikationsmatrix abgebildet und im Intranet dargestellt. Die Entscheidungsregeln ergeben sich dabei aus den Geschäftsordnungen und Stellenbeschreibungen. Es besteht zudem ein umfassendes System der operativen Regelkommunikation, das einen optimalen und zeitnahen Informationsfluss in alle Richtungen der Klinikbereiche 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 Informationsweiterlei-

tung. Leistungsberichte und Befragungsergebnisse bilden die Projekt-, Prozess- und Leistungsentwicklung ab. Relevante Ergebnisse werden den Mitarbeitern über die Regelkommunikation, das Intranet und Infobroschüren etc. bekannt gemacht.

### **5.3.2 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 Wissen abzielen. Es existiert ein Konzept Innovation und Wissensmanagement, in dem die Verantwortlichkeiten, der strategische und der operative Ansatz definiert sind. Beide Ansätze sind jeweils untergliedert in die Aspekte Organisationsentwicklung, Personalentwicklung, Infrastrukturelle Entwicklung und Kommunikation. Elementare Voraussetzung zur Umsetzung von Innovationen und Wissensmanagement ist eine stabile wirtschaftliche Situation und Entwicklung des Unternehmens. Patientenorientierung und Mitarbeiterorientierung sind untrennbar mit dem Aspekt Wirtschaftlichkeit verbunden.

## **6 Qualitätsmanagement**

### **6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements**

Alle Bereiche der Klinikum Landau-Südliche Weinstraße GmbH sind ins Qualitätsmanagement (QM) 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, 43 Qualitätsbeauftragte in allen Bereichen sowie die Abteilungsleitungen als Qualitätsverantwortliche verbessern durch die Anwendung des Regelkreises "Planen, Handeln, Prüfen und Verbesserungen ableiten" kontinuierlich die Qualität unsere Leistungen.

### **6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung**

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

### **6.2.1 Patientenbefragung**

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

### **6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen**

Zielgruppe unserer dreijährlichen vergleichsfähigen Zuweiserbefragung sind primär die einweisenden Ärzte der Region. 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 die 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 Betriebsrates und der Personalabteilung durchgeführt. Die Mitarbeiterbefragung ist im Befragungskonzept beschrieben und zudem Teil der Betriebsvereinbarung „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 in Leitungs-konferenzen sowie allen Mitarbeitern 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 diese Gründe kennen. Deshalb haben wir ein Konzept für das Beschwerdemanagement erarbeitet. Alle schriftlich, elektronisch oder persönliche geäußerten 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 Patientenfürsprecher stehen den Patienten als zusätzliche 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 und dient im nächsten Schritt der Prozessoptimierung und Prozesssteuerung. Damit stellen die qualitätsrelevanten Daten auch einen wichtigen Bestandteil des umfassenden Risikomanagementsystems dar. Art und Umfang der fachabteilungsspezifischen qualitätsrelevanten Datenerhebungen sind in einer zentralen Datenbank erfasst. Gemäß der Philosophie eines umfassenden Qualitätsmanagementsystems und der Einbindung aller Krankenhausbereiche in das QM ist der Austausch über qualitätsrelevante Daten Bestandteil der etablierten Gremien- und Besprechungsstruktur.

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