



KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Rotkreuzklinik Lindenberg
Institutionskennzeichen:	260972164
Anschrift:	Dr.-Otto-Geßler-Platz 1 88161 Lindenberg
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2015-0048 KH
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	LGA Intercert GmbH, Nürnberg
Gültig vom:	05.06.2015
bis:	04.06.2018
Zertifiziert seit:	05.06.2012

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ®-Kategorien	6
1 Patientenorientierung	7
2 Mitarbeiterorientierung	10
3 Sicherheit	12
4 Informations- und Kommunikationswesen	14
5 Führung.....	15
6 Qualitätsmanagement	17

Vorwort der KTQ®

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren ist ein spezifisches Zertifizierungsverfahren des Gesundheitswesens für die Bereiche Krankenhaus, Arztpraxen, MVZ, Pathologische Institute, Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Hospize und alternative Wohnformen und Rettungsdienstleistungen.

Gesellschafter der KTQ® sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

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

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

der Einrichtung beziehen.

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

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren® gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses

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

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

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

Wir freuen uns, dass das Krankenhaus Lindenberg mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter www.ktq.de abrufbar.

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung



Die Rotkreuzklinik Lindenberg bietet medizinische Versorgung auf dem neuesten Stand der modernen Medizin. Großen Wert legen wir dabei auf eine fürsorgliche und qualifizierte Versorgung, die den Menschen in den Mittelpunkt stellt. Als Rotkreuzklinik fühlen wir uns in unserem Handeln stets dem obersten Rotkreuzgrundsatz, der Menschlichkeit, verpflichtet. Der Umgang miteinander spiegelt diese Grundhaltung wider.

Die Rotkreuzklinik Lindenberg ist eine von fünf Klinikgesellschaften der Schwesternschaft München vom Bayerischen Roten Kreuz e.V. und als gemeinnützige GmbH organisiert. Die Rotkreuzklinik Lindenberg gehört dem Klinikverbund der Rotkreuzklinien Süd mit gemeinsamer Geschäftsführung an.

Als Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung bietet die Rotkreuzklinik Lindenberg ein vielseitiges und qualitativ hochwertiges medizinisches Angebot mit den Fachrichtungen Augenheilkunde, Chirurgie mit Allgemein- und Viszeralchirurgie sowie Unfallchirurgie, Innere Medizin, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Pädiatrie, Orthopädie, Anästhesie, Radiologie, Onkologie und Urologie.

Unser Qualitätsanspruch orientiert sich an der Zufriedenheit unserer Patienten, Kunden, Mitglieder und Mitarbeiter. Um unsere Leistungen fortlaufend zu optimieren, ist einer unserer Schwerpunkte die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Für die gemeinsamen Ziele arbeiten wir alle Hand in Hand.

Wir bieten Pflege, Betreuung und individuelle Therapie auf hohem Niveau. Unser Verständnis von Qualität umfasst die regelmäßige externe Überprüfung unserer Arbeit. Denn: Die hohe Qualität der ausgeführten Arbeiten jedes Einzelnen ist unsere Verpflichtung und die Basis unseres Erfolgs.

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Unser Internetauftritt sowie verschiedene Informationsbroschüren informieren unsere Patienten schon vor ihrem Klinikaufenthalt ausführlich über die Behandlungsmöglichkeiten, Ansprechpartner oder Serviceangebote in unserem Haus.

Unsere idyllisch gelegene Klinik bietet großzügige kostenlose Parkmöglichkeiten in räumlicher Nähe, die der guten Erreichbarkeit dienen. Barrierefreie Zugänge und Haltemöglichkeiten direkt am Eingang sind vorhanden. Eine Beschilderung innerhalb der Klinik dient der Orientierung für Patienten und Besucher. Zusätzlich sind unsere Mitarbeiter des Empfangs gerne für Sie da.

Ein strukturiertes Aufnahmemanagement bereitet unsere Patienten umfassend, schon im Vorfeld, auf Ihren stationären Klinikaufenthalt vor. Unsere Ambulanz bietet verschiedene Sprechstunden an, die der Weitergabe wesentlicher Informationen und Durchführung diagnostischer Verfahren dienen. Dies erfolgt in enger Zusammenarbeit mit den einweisenden Ärzten und unter Berücksichtigung bestehender Vorbefunde.

1.1.2 Leitlinien

Die Versorgung unserer Patienten basiert auf dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse und orientiert sich an den Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften und den pflegerischen Expertenstandards. Leitlinien der Fachgesellschaften, Expertenstandards und Fachliteratur sind über die jeweiligen Abteilungsleitungen, Internet oder das klinikeigene Intranet für alle Mitarbeiter zugänglich.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Patienten und ihre Angehörigen werden in die Behandlungsplanung aktiv einbezogen. Dies umfasst Beratung ebenso wie Diagnose, Therapie und Nachsorge. Patientenverfügungen werden im Behandlungsprozess respektiert. Zur Unterstützung des Aufklärungsgespräches durch den Arzt stehen standardisierte Aufklärungsbögen, auch in Fremdsprachen, zur Verfügung. Zur Information unserer stationären Patienten erhält jeder bei der Aufnahme eine Patienteninformationsmappe, welche einen Überblick über wichtige Themen gibt. Darüber hinaus stehen für verschiedene Fach- und Themenbereiche zusätzlich Informationsflyer zur Verfügung.

1.1.4 Service, Essen und Trinken

Die Regelleistung schließt die Unterbringung in freundlichen Dreibett-Zimmern ein. Als Wahlleistung stehen Ein- oder Zweibettzimmer mit zusätzlichen Leistungen zur Verfügung. Bei der Aufnahme wird jeder Patient über die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Wahlleistungen informiert. In den meisten Zimmern unseres Hauses genießen Sie freie Sicht auf Wiesen, Wald und Berge. Alle Zimmer verfügen über eine separate Sanitärzone mit Dusche. Fernseher, Telefon und ein Internetzugang werden auf Wunsch für Sie bereitgestellt.

Es sind Möglichkeiten zur Aufbewahrung von Wertsachen vorhanden.

Die hauseigene Küche stellt die gesamte Speiserversorgung auf den Stationen sicher und berücksichtigt neben Voll-, Schon- und vegetarischer Kost auch medizinische Indikationen und religiöse Aspekte mit einer umfangreichen Komponentenwahl.

Die Klinik ist mit speziellen Räumlichkeiten für Patienten, Angehörige und Besucher (z.B. Aufenthaltsräume, Cafeteria, Kapelle) ausgestattet.

1.1.5 Kooperationen

Die Behandlung unserer Patienten erfolgt koordiniert in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit den Beteiligten und im Bedarfsfall mit externen Kliniken, niedergelassenen Ärzten sowie vor- und nachbetreuenden Organisationen. Innerhalb des Hauses befinden sich eine urologische Praxis, eine Dialysepraxis, ein MVZ sowie ein Labor. Im Rahmen des Konsilwesens besteht die Möglichkeit andere Fachgebiete in die Behandlung miteinzubeziehen.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die Ambulanz/Notaufnahme ist 24 Stunden besetzt und für chirurgische wie auch internistische Patienten aufnahmebereit. Notfallpatienten werden zum einen durch die Rettungsleitstelle angekündigt, so dass notwendige Maßnahmen bereits vorab getroffen werden können oder Sie kommen selbst in die Notaufnahme. Unsere Ersteinschätzung gewährleistet eine schnelle, bedarfsgerechte, medizinisch umfassende ärztliche Notfallversorgung. Für den weiteren stationären Behandlungsprozess innerhalb der ersten 24 Stunden ist immer ein Facharzt verantwortlich.

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Eine Notfallversorgung ist über die Notfallambulanzen täglich 24 Stunden mit Facharztstandard sichergestellt. Es werden Chefarztsprechstunden und im Rahmen der Zulassungsbestimmungen Ermächtigungssprechstunden in den Fachabteilungen angeboten.

Für Patienten mit Arbeitsunfällen bieten wir eine D-Arzt-Sprechstunde an. Nach der ambulanten Vorstellung erhalten die Patienten in der Regel einen Kurzarztbrief mit Befund, in dem das weitere Procedere vorgeschlagen wird.

1.3.2 Ambulante Operationen

Mit der Möglichkeit zur Durchführung ambulanter Operationen bieten wir unseren Patienten ein zusätzliches Angebotsspektrum medizinischer Leistungen. Die Indikationsstellung zur ambulanten Operation erfolgt zusammen mit den niedergelassenen Kollegen und unter Beachtung damit verbundener Risiken anhand des Indikationskataloges für ambulante Operationen. Die Planung, Durchführung und entsprechende Weiterversorgung von Patienten zur ambulanten Operation ist festgelegt. Vor Entlassung wird jeder Patient vom Operateur und Anästhesist noch einmal gesehen. Der Patient erhält einen Entlassbrief.

1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Die Planung der Behandlung erfolgt auf Basis einer ausführlichen ärztlichen und pflegerischen Anamnese und der bereits vorliegenden Befunde. Besondere Lebensumstände und bestehende Risiken (z.B. Dekubitusrisiko, Infektionsrisiko) werden hierbei beachtet und ggf. entsprechende Vorkehrungen getroffen. Notwendige diagnostische und therapeutische Maßnahmen werden durch den behandelnden Arzt eingeleitet. Der Patient und auf Wunsch seine Angehörigen, werden in die Festlegung der Behandlungsabläufe miteinbezogen.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die diagnosebezogene Planung der Therapie erfolgt unter Berücksichtigung von Vorbefunden nach der Ersteinschätzung des Arztes. Der Patient und ggf. seine Angehörigen werden dabei miteinbezogen. Eigene Entscheidungen bezüglich des Behandlungsablaufs bzw. zur Therapiewahl werden respektiert und entsprechend dokumentiert. Die Möglichkeit der Rücksprache mit einem Facharzt ist permanent gegeben. Grundlage für Diagnostik und Therapie bilden die Leitlinien der Fachgesellschaften, Behandlungspfade und Pflegestandards. Für die Durchführung zusätzlicher therapeutischer Maßnahmen stehen im Haus eine Physiotherapie und Bäderabteilung zur Verfügung. Zahlreiche Fortbildungsangebote werden unseren Mitarbeitern zur fortlaufenden fachlichen Qualifizierung aktiv angeboten.

1.4.3 Operative Verfahren

Die operative Versorgung von Patienten ist täglich 24 Stunden gewährleistet. Es liegt ein interdisziplinär entwickeltes OP- Statut vor. Die tägliche OP-Planung und die Dokumentation der Operation sowie der Anästhesie erfolgt im Krankenhausinformationssystem. Zur Sicherstellung der Patientenidentifikation sind verschiedene Verfahrensanweisungen etabliert. Um Patienten- und Seitenverwechslungen auszuschließen sind eine OP-Sicherheitscheckliste sowie ein Patientenidentifikationsarmband eingeführt. Die Überprüfung der Prozesse findet mittels Risikoaudit statt.

1.4.4 Visite

Visiten dienen uns dazu, unter Wahrung der Diskretion, das festgelegte Behandlungskonzept für jeden einzelnen Patienten individuell zu überprüfen, in verständlicher Form zu erklären, zu organisieren und umzusetzen. Werktäglich findet auf allen Stationen mindestens eine Visite statt. An den Wochenenden sowie an Feiertagen sind Visiten für alle kritischen sowie neu aufgenommenen Patienten sichergestellt. In unserem Visitenplan sind Teilnehmer und Uhrzeiten der Visiten festgelegt.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Prä- und poststationäre Behandlungen werden in den Fachabteilungen der Klinik angeboten. Im Rahmen unserer Sprechstunden der Fachabteilungen erfolgt die Koordinierung und Terminierung.

1.5.1 Entlassung

Die Entlassungsplanung beginnt bereits am Aufnahmetag und erstreckt sich über den gesamten Behandlungsprozess. Kontinuierlich erfolgt die Einschätzung, ob ein poststationärer Unterstützungsbedarf sowie ein Bedarf an Hilfsmitteln nach dem stationären Aufenthalt notwendig ist. Alle wichtigen Informationen hinsichtlich weiteren Verhaltens, der Medikamenteneinnahme und weiterer notwendiger

Maßnahmen werden im Rahmen eines Entlassungsgesprächs durch die Ärzte bzw. Mitarbeiter der Pflege mit dem Patienten oder seinen Angehörigen besprochen. Bei Bedarf wird eine nachsorgende Einrichtung (z.B. Rehaklinik) vom Sozialdienst organisiert. Alle Patienten erhalten für den weiterbehandelnden Arzt einen Entlassbrief, in dem alle wichtigen Informationen des Klinikaufenthalts enthalten sind. Die Versorgung mit Medikamenten sowie Heil- und Hilfsmitteln bei Wochenend- bzw. Feiertagsentlassungen ist sichergestellt.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Der Patient und seine Angehörigen werden frühzeitig in die Planung und Organisation der Nachsorge einbezogen. Bei Bedarf wird der Sozialdienst in die Prozesse mit eingebunden. Der mögliche Versorgungsbedarf für die Zeit nach dem stationären Aufenthalt wird bereits am Tag der stationären Aufnahme erfasst und fortlaufend überprüft. Im Rahmen unserer Ambulanzen erfolgt bei Bedarf eine Weiterbetreuung der Patienten in der Klinik durch seinen behandelnden Arzt und/oder Therapeuten.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Gemäß unserem Leitbild versorgen wir Sterbende mit Respekt und Würde. Unsere Mitarbeiter werden durch die ortsansässigen Seelsorger unterstützt. Wünsche des Patienten, die sich aus Lebenssituation, Konfession, kulturellen Gewohnheiten und dem Wunsch nach menschlicher Nähe oder Distanz ergeben werden nach Möglichkeit entsprochen. Die Beachtung von Patientenverfügungen ist sichergestellt. Den Angehörigen und anderen benannten Personen sind uneingeschränkte Besuchsmöglichkeiten gegeben.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Dem respektvollen und einfühlsamen Umgang mit Verstorbenen fühlen sich alle Mitarbeiter verpflichtet. Angehörigen bieten wir die Möglichkeit, sich in Würde und in angemessenen Räumlichkeiten vom Verstorbenen zu verabschieden. Die Verantwortlichkeiten und die Durchführung der notwendigen Maßnahmen zur Versorgung und der Transport von verstorbenen Patienten sind geregelt.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Die Planung des Personalbedarfs hat zum Ziel, eine adäquate und qualitativ hochwertige Patientenversorgung zu gewährleisten und dafür personelle Ressourcen im erforderlichen Umfang bereitzustellen. In der Planung finden Leistungszahlen der Abteilungen, Mindestbesetzungen, Weiterentwicklung des Leistungsspektrums, gesetzliche Vorgaben zur Arbeitszeit und das Personalbudget Berücksichtigung.

2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Die Personalentwicklung orientiert sich an den Bedürfnissen des Hauses und den gegebenen Qualifikationserfordernissen, Wünsche der Mitarbeiter finden unter Beachtung der Zielplanung Berücksichtigung und sind somit Baustein bei der Sicherstellung einer hochwertigen Patientenversorgung. Zusammen mit unserer Trägerin, der Schwesternschaft München vom BRK e.V. können wir ein individuell angepasstes Angebot an Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten anbieten. Im Rahmen der Mitarbeitergespräche können gezielte Karriereplanungen erfolgen. Stellen- und Funktionsbeschreibungen legen die spezifischen Leistungsanforderungen und Kompetenzen der jeweiligen Position fest.

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Neue Mitarbeiter werden nach einem Einarbeitungskonzept der Rotkreuzklinik eingearbeitet, im Pflegebereich ist das Konzept um abteilungsspezifische Einarbeitungskonzepte ergänzt. Die Einarbeitung wird durch die Abteilungsleitungen oder von erfahrenen Kollegen begleitet. Im Pflegebereich stehen in allen Abteilungen ausgebildete Praxisanleiter und Mentoren zur Verfügung. Die Überprüfung der Einarbeitung wird über geplante Mitarbeitergespräche vorgenommen.

2.2.3 Ausbildung

Die angegliederte Berufsfachschule für Kranken- und Altenpflege der Schwesternschaft München vom BRK e.V. stellt die Verbindung zwischen Theorie und Praxis in der pflegerischen Ausbildung sicher. Die Auszubildenden werden intensiv durch qualifizierte Praxisanleiter anhand eines strukturierten Ausbildungskatalogs betreut. Darüber hinaus werden im Verwaltungsbereich Bürokauffrauen/-männer ausgebildet, die dazu notwendige Theorievermittlung findet extern statt, ebenso für medizinischen Fachangestellte. Für Auszubildende des Rettungsdienstes bieten wir die Möglichkeiten der praktischen Einsätze in unserem Haus.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Das Fortbildungsprogramm wird bedarfsorientiert nach den Erfordernissen und der Strategie des Hauses sowie den Wünschen der Mitarbeiter ausgerichtet. Das Haus unterstützt die Teilnahme an Fortbildungen in Form von Freistellung und finanziellen Zuschüssen, bzw. Kostenübernahmen. Kontinuierlich werden Pflichtfortbildungen, z.B. in den Bereichen Reanimation, Brandschutz, Arbeitssicherheit und Hygiene, angeboten.

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Die Grundsätze der Zusammenarbeit und des Führungsstils sind fest in unserem Leitbild der Schwesternschaft verankert und sind für alle Mitarbeiter gültig. Führungskräfte motivieren Mitarbeiter unter anderem durch die Delegation von Aufgaben, z.B. in Projekten und der damit verbundenen Verantwortung. Arbeitsgruppen werden interdisziplinär und hierarchieübergreifend besetzt und ermöglichen so eine große Planungsbeteiligung. In der Mitarbeiterbefragung und Mitarbeitergesprächen können Probleme und Wünsche geäußert und entsprechende Maßnahmen daraufhin geplant werden.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Die Anforderungen an die Arbeits- und Urlaubszeiten werden durch die Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes und die geltenden tariflichen Regelungen bestimmt. Für die Ausgestaltung der Arbeitszeiten im gesetzlichen Rahmen bestehen verschiedene berufsgruppen- und einsatzbereichsbezogene Arbeitszeitmodelle, die sich an den betrieblichen Erfordernissen wie auch den Bedürfnissen der Berufsgruppen und Mitarbeiter richten. Teilzeitmodelle werden in fast allen Abteilungen angeboten. Mitarbeiterwünsche werden bei der Dienstplangestaltung nach Möglichkeit berücksichtigt. Ein elektronisches Zeiterfassungssystem erlaubt eine kontinuierliche Erfassung, Controlling und Steuerung der Arbeitszeiten.

2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Die konsequente Durchführung von Teambesprechungen und ein mitarbeiterorientierter Führungsstil, wie im Leitbild verankert, bieten eine gute Voraussetzung dafür, Wünsche und Probleme zu kennen und im direkten Kontakt miteinander zu besprechen. Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden können jederzeit direkt an den Vorgesetzten, die Mitarbeitervertretung und die Klinikleitung herangetragen werden. Umsetzungsmöglichkeiten bei Verbesserungsvorschlägen werden strukturiert geprüft.

3 Sicherheit

3.1.1 Arbeitsschutz

Der Arbeitsschutz ist von der Klinikleitung anhand gesetzlicher Vorgaben geplant und zielt auf eine sichere Arbeitsumgebung für alle Mitarbeiter ab. Zur Überwachung der Arbeitsschutzmaßnahmen tagt regelmäßig der Arbeitssicherheitsausschuss. Gefährdungsbeurteilungen werden durch unsere externe Fachkraft für Arbeitssicherheit erstellt. Begehungen werden regelhaft von dieser in Zusammenarbeit mit unserem betriebsärztlichen Dienst durchgeführt. Das Vorgehen bei Arbeits- und Wegeunfällen sowie bei Nadelstichverletzungen ist strukturiert geregelt.

3.1.2 Brandschutz

Es sind Regelungen zur Gewährleistung der Einhaltung aller gesetzlichen Bestimmungen in unserer Klinik im Alarm- und Einsatzplan für alle Mitarbeiter definiert. Diese beinhalten unter anderem Brandverhütung, Flucht- und Rettungswege, Melde- und Löscheinrichtungen sowie Hinweise zum Verhalten im Brandfall. In regelmäßigen Abständen finden Unterweisungen und Überprüfungen, sowie eine praktische Brandschutzübung statt. In allen für Patienten und Besucher zugänglichen Bereichen hängen Flucht- und Rettungswegpläne aus.

3.1.3 Umweltschutz

In unserem Leitbild ist eine wirtschaftliche und ökologische Betriebsführung verankert. In unserem Haus werden Abfall- und Wertstoffe getrennt gesammelt. Unsere Abfalltrennung entspricht den gesetzlichen Vorschriften. Bei der Produktbeschaffung werden umweltrelevante Aspekte, z.B. Recyclingprodukte, Großgebideanlieferung oder regionale Anbieter bevorzugt. Neubaumaßnahmen und Sanierungen der Klinik werden energie- und umweltgerecht geplant und umgesetzt.

3.1.4 Katastrophenschutz

Die Klinik ist in den Katastrophenschutz des Landkreises Lindau und Landkreises Oberallgäu eingebunden. Die Regelungen zu nichtmedizinischen internen und externen Notfallsituationen mit allen Zuständigkeiten und Abläufen sind im Alarm- und Einsatzplan hinterlegt. Dieser liegt den zuständigen Behörden vor und ist für alle Mitarbeiter zugänglich.

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Die hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen sind im Alarm- und Einsatzplan geregelt und liegen allen Mitarbeitern in Papierform vor und sind darüber hinaus im Intranet bereitgestellt. Die Konzepte sind allen Mitarbeitern bekannt. Eine Rufbereitschaft des technischen Dienstes rund um die Uhr ist eingerichtet, um jederzeit auf Ausfälle technischer Anlagen reagieren zu können. Die Stromversorgung kann im Bedarfsfall durch Notstromaggregate aufrechterhalten werden, die monatlich auf Funktionalität überprüft werden.

3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Alle mit der Behandlung und der Pflege von Patienten betrauten Personen sind jederzeit für deren Sicherheit zuständig. Die Organisation des Primary Nursing unterstützt durch feste Bezugspflege die sichere Patientenidentifikation. Zum Schutz vor Eingriffs- bzw. Seitenverwechslungen wird eine Sicherheitscheckliste verwendet. Es existieren Regelungen zum Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Als zertifiziertes Heartsafe-Hospital verfügt die Klinik über ein geregeltes Verfahren für hausinterne medizinische Notfälle. Eine einheitliche Notrufnummer ist installiert und den Mitarbeitern bekannt. Ein Reanimationsteam ist rund um die Uhr für medizinische Notfälle erreichbar und einsatzbereit. Standardisierte Notfallausrüstung mit automatischem externen Defibrillator ist in allen Bereichen vorhanden, deren Positionierung gestattet uns einen schnellen Zugriff und Einsatz. Die Mitarbeiter werden regelmäßig in den Maßnahmen der Reanimation geschult.

3.2.3 Hygienemanagement

Ein Hygieneteam bestehend aus Hygienefachkräften, hygienebeauftragten Ärzten, externem Klinikhygieniker sowie geschulten hygienebeauftragten Pflegemitarbeitern kümmern sich um die Belange der Krankenhaushygiene. Aktuelle Hygienestandards und Hygienepläne sind in allen Bereichen verfügbar. Die Umsetzung und Einhaltung hygienerelevanter Anforderungen werden durch systematische Hygienebegehungen überprüft. Unser Hygienepass für alle Mitarbeiter ermöglicht zudem eine gezielte Überprüfung hygienerelevanter Abläufe. Alle hygienerelevanten Dokumente sind im Intranet für alle Mitarbeiter verfügbar.

3.2.4 Hygienerrelevante Daten

Durch die kontinuierliche Erfassung und Auswertung hygienerelevanter Daten ist ein frühzeitiges Erkennen von Häufungen von Klinikinfektionen gewährleistet. Die gesetzlich vorgegebenen Meldepflichten werden erfüllt. Es erfolgt eine Beteiligung an Modulen der Surveillance nosokomialer Infektionen. Durch unser externes mikrobiologisches Labor erfolgt eine kumulative Keimresistenzstatistikerhebung, welches uns hygienerrelevante Daten systematisch aufbereitet zur Verfügung stellt.

3.2.5 Infektionsmanagement

Umfangreiche Maßnahmen zur Infektionsverhütung und zum Umgang mit Erregern sind beschrieben. Eine tägliche Begehung durch die Hygienefachkraft findet diesbezüglich statt. Alle Patientenzimmer sind mit Desinfektionsspendern in Türnähe ausgestattet. Anpassungen an sich ändernde Vorschriften, Richtlinien und Gesetze werden zeitnah umgesetzt, regelmäßige Begehungen und Audits stellen die Einhaltung der Vorgaben sicher. Vorgabedokumente regeln das Vorgehen in Ausbruchssituationen und zeigen auf, wie zur Vermeidung der Weiterverbreitung nosokomialer Infektionen in unserer Klinik vorzugehen ist.

3.2.6 Arzneimittel

Die Bereitstellung von Arzneimitteln erfolgt über eine externe Apotheke. In regelmäßigen Sitzungen evaluiert die interdisziplinär besetzte Arzneimittelkommission die Arzneianwendung und die Arzneimittelliste der Klinik. Sonderanforderungen sind ebenso selbstverständlich wie der Zugang zum Notfalldepot. Die Apotheke überprüft in regelmäßigen Abteilungsbegehungen die korrekte Lagerung sowie die Einhaltung gesetzlicher Vorgaben, z.B. Verfallsdaten. Bestimmungen bzgl. Zytostatika und Betäubungsmitteln werden eingehalten.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Das Transfusionswesen ist nach gesetzlichen Vorgaben geregelt. Eine Transfusionskommission ist gebildet und unterstützt die Umsetzung/Einhaltung der Gesetze und Verordnungen. Transfusionsbeauftragte sind benannt. Für die Mitarbeiter liegen schriftliche Regelungen vor.

3.2.8 Medizinprodukte

Das Medizinproduktegesetz und die Medizinproduktebetriebsverordnung sind umgesetzt. Medizinproduktebeauftragte sind in festgelegten Bereichen benannt. Es werden regelmäßig dokumentierte messtechnische und sicherheitstechnische Kontrollen der Medizinprodukte, dokumentierte Einweisungen der Anwender in die Geräte sowie Wartung und Reparaturen durch qualifizierte Fachkräfte durchgeführt. Eine Überprüfung erfolgt mittels Checklisten und internen Audits.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Die IT-Abteilung ist übergeordnet für alle Klinikgesellschaften verantwortlich und stellt den einzelnen Klinikgesellschaften Strukturen zur optimalen Nutzung der Information- und Kommunikationstechnologie sowie moderner Medien zur Verfügung. Unser Krankenhausinformationssystem beinhaltet die Patienten-Verwaltungsdokumentation, OP-Dokumentation, Qualitätssicherungsprogramme, Abrechnung und Datenübertragung an die Krankenkassen. Zusätzlich bestehen Programme für digitale Röntgenarchivierung, ein Arbeitszeiterfassungssystem und ein elektronisches Speisenerfassungssystem. Das EDV-System ist durch eine leistungsfähige Firewall vor Fremdzugriffen geschützt. Ein hausinternes Intranet wurde in 2011 eingeführt.

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Unsere klinikinternen Regelungen zur Führung und Dokumentation von Patientendaten sind im Dokumentationshandbuch festgelegt. Unsere Archivordnung sowie die Verfahrensanweisungen des Archivs regeln die Archivierung. Die Dokumentation wird vor oder während der Aufnahme des Patienten angelegt und für die Dauer seines Aufenthalts von allen beteiligten Berufsgruppen weitergeführt. In unserem Krankenhausinformationssystem sind bereits vielfältige elektronische Dokumente verfügbar, z.B. Röntgen- und Laborbefunde, Entlassbriefe, Operationsberichte und vieles mehr. Seit 2010 werden zudem unsere Röntgenaufnahmen digitalisiert archiviert und sind so zeitnah für alle berechtigten Nutzer zugänglich.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Für alle berechtigten Mitarbeiter ist der zeitlich uneingeschränkte Zugriff auf die elektronischen Patientendaten gewährleistet. Von jedem EDV-Arbeitsplatz kann bei entsprechender Berechtigung auf diese Systeme zugegriffen werden. Patientenakten (Papierform) werden für jeden Klinikaufenthalt geführt, deren Zugriff ist über unsere Archivordnung geregelt.

4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Die vorhandenen Informationsstrukturen sorgen dafür, dass die Klinikleitung die für die Steuerung der Klinik relevanten Informationen zeitnah erhält. Mit regelmäßig tagenden Gremien und Kommissionen wird der Informationsfluss gesichert. Durch etablierte Kommunikationsstrukturen wird die Klinikleitung über Entwicklungen, Vorgänge und Abweichungen in den einzelnen Bereichen informiert.

4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

Die Weitergabe von Informationen erfolgt über alle gängigen Informationswege und -medien (Persönliche Gespräche, Email, Rundschreiben, Protokolle, Aushänge und Intranet). Es besteht eine definierte Besprechungsstruktur, die innerhalb der Abteilungen und Berufsgruppen die Weitergabe relevanter Informationen sicherstellt. Die Öffentlichkeitsarbeit wird durch unsere Referentin für Unternehmenskommunikation unterstützt. Unsere Patienten bekommen eine Patienteninformationsmappe, die sie mit Informationen rund um den stationären Aufenthalt versorgt. Ausliegende Flyer sowie unser Internetauftritt runden die Patienteninformation ab.

4.4.1 Organisation und Service

Die Mitarbeiter des Empfangs und gleichzeitig unserer Telefonzentrale sind erste Ansprechpartner der Patienten. Von 6.30 Uhr bis 23.00 Uhr durchgehend besetzt kennen Sie die Organisationsstrukturen und Leistungsangebote der Klinik. Während der Nacht wird die Telefonzentrale durch die Station 11 abgedeckt, der Nachteingang mündet direkt in unserer Ambulanz/Notaufnahme.

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Datenschutz betrifft alle Mitarbeiter, da für jeden die gesetzliche Pflicht zur Wahrung des Datengeheimnisses besteht. Unsere Mitarbeiter unterschreiben bei Arbeitsantritt eine Schweigepflichterklärung und erhalten eine Unterweisung zum Datenschutz, an die sie in ihrer Arbeit gebunden sind. Ein externer Datenschutzbeauftragter ist bestellt. Durch interne Audits wird die Einhaltung des Datenschutzes überprüft. Unsere Archivordnung regelt den Datenschutz hinsichtlich Patientendaten. Die EDV-Systeme sind durch Zugriffe von außen geschützt. Die Zugriffsmöglichkeiten sind über ein Benutzer- und Rechtekonzept geregelt.

5 Führung

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Das Leitbild der Schwesternschaft München vom Bayerischen Roten Kreuz e.V. als Träger der Klinikgesellschaften, wurde von den Kliniken übernommen. In unserem Qualitätsanspruch orientieren wir uns an der Zufriedenheit unserer Patienten, Kunden und Mitarbeiter. Respekt, Anteilnahme, ein starkes Miteinander, hohe Qualität und Menschlichkeit ist unsere Philosophie.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Im Leitbild der Schwesternschaft München vom Bayerischen Roten Kreuz e.V. sind die, für alle Führungskräfte geltenden und verbindlichen Führungsgrundsätze verankert. Eine vertrauensvolle und wertschätzende Zusammenarbeit soll unser Miteinander auszeichnen. Strukturierte Besprechungen, Einzelgespräche und Mitarbeiterfeste fördern das Verständnis und die Zusammenarbeit. Personalentwicklungsangebote sowie Karriereplanung für geeignete Mitarbeiter sind ein weiterer Baustein. Zur wirtschaftlichen Entwicklung der Klinik werden unsere Mitarbeiter im Rahmen unserer Betriebsversammlungen informiert. Wichtige Veränderungen werden über unsere interne Klinikzeitung, Rundschreiben und/oder Intranet kommuniziert.

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Grundlage unseres ethischen Handelns sind unser Leitbild und die Grundsätze der Rot-Kreuz/Rot-Halbmond-Bewegung. Die ganzheitliche Versorgung der uns anvertrauten Patienten steht im Mittelpunkt unserer Bemühungen. Dabei wird auch den ethisch-moralischen Bedürfnissen individuell Rechnung getragen.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Die Ziel- und Leistungsplanung erfolgt zusammen mit der Geschäftsführung, der Klinikleitung und den Chefarzten aller Fachabteilungen jährlich im Zuge der Wirtschaftsplanung. Die medizinischen Leistungspläne bilden eine herausragende Position innerhalb der Wirtschaftsplanung, auf die die Stellenplanung, Planung der Investitionen und Verbrauchsgüter und alle anderen für die Leistungserbringung relevanten Tatbestände ausgerichtet sind. Eine nachhaltige Sicherung und wirtschaftliche Weiterentwicklung unserer Klinikgesellschaft ist das Ziel. Ergebnisse von Befragungen und Audits im Rahmen des Qualitätsmanagements fließen ebenso ein, wie demographische und epidemiologische Entwicklungen und neue Erkenntnisse in Medizin und Pflege.

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Die Klinikleitung beobachtet aktiv die Entwicklung im regionalen Gesundheitsmarkt unter Berücksichtigung der bundespolitischen Rahmenbedingungen. Kooperationen mit anderen Leistungserbringern des Gesundheits- und Sozialwesens dienen der Optimierung diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten für Patienten und auch Einweiser sowie zur Weiterentwicklung des Leistungsspektrums unserer Klinik.

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Im Organigramm unserer Klinik sind Struktur, Verantwortlichkeiten und Hierarchien eindeutig festgelegt. Die in der Klinik installierten Gremien und Kommissionen sind definiert und für alle Mitarbeiter im Intranet zugänglich. Spezielle Funktionsträger wie z.B. Hygiene- oder Datenschutzbeauftragte sind benannt und ihre Aufgaben eindeutig festgelegt.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Um eine effiziente und effektive Arbeitsweise sicher zu stellen, sind regelmäßige Besprechungen der Führungsgremien auf Basis der Regelung zur Vorbereitung, Durchführung und Protokollierung festgelegt. Regelmäßige Besprechungen stellen einen kontinuierlichen Informationsaustausch sicher. Die Transparenz der etablierten Besprechungskultur wird durch eine Übersicht aller Gremien festgehalten und mit Veröffentlichung im Intranet gesichert.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

Eine zukunftsorientierte Weiterentwicklung medizinischer, pflegerischer und therapeutischer Maßnahmen in unserer Klinik erfolgt nach medizinischen und unternehmerischen Gesichtspunkten. Diese fließen in die jährliche Wirtschaftsplanung mit ein. Für Innovationen werden von der Klinikleitung die notwendigen organisatorischen, baulichen, räumlichen und strategischen Rahmenbedingungen geschaffen.

5.4.1 Externe Kommunikation

Die Abteilung Unternehmenskommunikation der Rotkreuzkliniken Süd ist mit der professionellen Pressearbeit der Rotkreuzklinik Lindenberg betraut. Sie agiert im Auftrag der Klinikleitung und stimmt sich bei Presseartikeln oder öffentlichen Veranstaltungen mit dieser ab. Die kommunikative Arbeit richtet sich zudem an alle Bezugsgruppen der Klinik und findet sich in Flyern, interner Klinikzeitung sowie Presseartikeln wieder.

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Zielsetzung des Risikomanagements ist eine systematische Identifizierung von medizinischen und finanziellen Risiken und dient somit der Optimierung der Patientensicherheit und der langfristigen Existenzsicherung der Klinik. Die Durchführung eines Risikoaudits dient der frühzeitigen Erkennung von Risiken, daraus abgeleitete Maßnahmen werden umgesetzt. Das Monatsreporting des betriebswirtschaftlichen Controllings sowie unser Beschwerdemanagement unterstützen uns zudem hinsichtlich der Identifikation möglicher Risiken.

6 Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation

Im Leitbild der Schwesternschaft München vom Bayerischen Roten Kreuz e.V. sind die Qualitätsgrundsätze für die Einrichtungen festgelegt. Oberstes Gremium des Qualitätsmanagements ist die Geschäftsführung, als Stabsstelle ihr unterstellt das Zentrale Qualitätsmanagement. Gemeinsam mit der Geschäftsführung und der Klinikleitung erarbeitet dieses die strategischen Qualitätsziele der Klinikgesellschaften. Für die Umsetzung der strategischen Ziele und die Formulierung von operativen Qualitätszielen ist die Klinikleitung der Rotkreuzklinik Lindenberg verantwortlich. Zusammen mit der Qualitätsmanagementbeauftragten bildet die Klinikleitung den steuernden Qualitätszirkel. Hier werden Qualitätsprojekte initiiert, Verbesserungspotentiale identifiziert und Abläufe koordiniert.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Strukturen und Abläufe werden in Form von Standards, Verfahrens- und Arbeitsanweisungen oder Prozessbeschreibungen definiert. Ziel ist es, die Prozesse zu beherrschen und zu optimieren. An der Erstellung der Dokumente sind die davon betroffenen Mitarbeiter der jeweiligen Berufsgruppe beteiligt. Rückmeldungen aus Patientenbefragungen unterstützen uns bei der Optimierung unserer Abläufe.

6.2.1 Patientenbefragung

Unsere Patienten stehen mit ihren Anregungen und Wünschen im Mittelpunkt unseres Handelns, dies ist fest in unserem Leitbild verankert. Wir führen kontinuierlich eine Patientenbefragung durch, mit dem Ziel, Stärken und Schwächen unserer Klinik aufzuzeigen, die Behandlungsqualität zu fördern und eingeleitete Verbesserungsmaßnahmen auf ihre Wirkung zu überprüfen. Jeder Fragebogen wird durch die QMB gesichtet, bei Verbesserungspotential oder Lob über die Rückmeldung an den entsprechenden Bereich weitergeleitet. Bei Bedarf werden umgehend Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet.

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Die Kontakte zu externen Kunden werden primär in der Verantwortung der Bereiche gepflegt. Eine Befragung der Einweiser wird regelmäßig und projekt- bzw. themenbezogen durchgeführt und gibt der Klinikleitung Aufschluss über die Anforderungen und Wünsche der einweisenden Ärzte. Die Befragungen werden ergänzt durch persönliche Kontakte unserer Ärzte mit den niedergelassenen Ärzten, z.B. bei Treffen des Gesundheitsnetzes Westallgäu.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Mit dem Ziel, die Zufriedenheit der Mitarbeiter mit der Arbeitssituation und dem Unternehmen zu erfahren, um entsprechende Maßnahmen zur Verbesserung ableiten zu können, führten wir 2014 eine Mitarbeiterbefragung durch ein externes Institut im Rahmen der Great Place to Work® Studie durch. Die Ergebnisse werden den Mitarbeitern im Rahmen einer Betriebsversammlung präsentiert und bei Besprechungen thematisiert sowie Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet.

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Die Rotkreuzklinik will aus den Anregungen und den Beschwerden der Patienten lernen. Dazu ermutigen wir die Patienten, uns eine Rückmeldung über den Klinikaufenthalt zu geben. Patienten haben die Möglichkeit ihre Anliegen schriftlich, mündlich oder via Internet gegenüber der Klinik zu äußern. Patienten, die eine Rückmeldung wünschen, erhalten diese zeitnah. Beschwerden werden zeitnah bearbeitet und nach Analyse des Sachverhalts mögliche Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet.

6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Die Erhebung, Auswertung und Nutzung qualitätsrelevanter Daten dient der Erkennung von Verbesserungspotentialen. Zur Überprüfung qualitätsrelevanter Kriterien werden Befragungen, Begehungen und die strukturierte Erhebung konkreter Kennzahlen herangezogen.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Unsere Klinik beteiligt sich an den gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen der externen Qualitätssicherung, ergänzt durch verschiedene KISS-Module des nationalen Referenzzentrums. Die Dokumentation der Daten erfolgt elektronisch. Die Dokumentation erfolgt durch die behandelnden Ärzte/Pflegekräfte der jeweiligen Fachabteilung.