

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Klinik Löwenstein
Institutionskennzeichen:	260811023
Anschrift:	Geißhölzle 62 74245 Löwenstein
Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer:	2017-0009 KH
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	WIESO CERT GmbH, Köln
Gültig vom:	09.04.2017
 bis:	08.04.2020
Zertifiziert seit:	26.11.2004

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	7
1. Patientenorientierung	8
2. Mitarbeiterorientierung	12
3. Sicherheit - Risikomanagement	14
4. Informations- und Kommunikationswesen	17
5. Unternehmensführung	19
6. Qualitätsmanagement	21

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,
- 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.

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

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 Fremdbewertung 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 die **SLK Lungenklinik Löwenstein** 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

SLK Lungenklinik Löwenstein Medizin auf hohem Niveau

Die Klinik Löwenstein gGmbH ist über die Grenzen des Stadt- und Landkreises hinaus als Fachklinik für Lungenerkrankungen bekannt. Als überregionales pneumologisch-thoraxchirurgisches Zentrum bietet die Klinik das komplette Diagnostik- und Behandlungsspektrum der Pneumologie und Beatmungsmedizin, der Thoraxchirurgie und der Lungenkrebsbehandlung einschließlich der Palliativmedizin an. Die Klinik ist im Krankenhausplan als Weaningzentrum ausgewiesen und von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie zertifiziert. Begleitet werden diese Angebote durch eine leistungsfähige interdisziplinäre Schmerztherapie, in der sämtliche Formen von Schmerzen behandelt werden – sei es ambulant, mit einer multimodalen, stationären Schmerztherapie oder durch den Einsatz operativer Verfahren.

Über 350 Mitarbeiter stehen den Patienten in der rund 200-Betten-starken Klinik zur Verfügung. In der Klinik werden jährlich rund 9.000 Patienten stationär und 25.000 Patienten ambulant versorgt.

Die Fachabteilungen

- Thorax- und Gefäßchirurgie,
- Pneumologie mit Beatmungs- und Schlafmedizin,
- Onkologie mit Palliativmedizin und
- Anästhesie mit Schmerztherapie

arbeiten interdisziplinär zusammen.

Unterstützt werden die Fachabteilungen durch eine Abteilung für interventionelle Radiologie und durch ein physiotherapeutisches Angebot im Haus.

Ein Pflegeheim* und eine neurologische Praxis* runden das umfassende Versorgungskonzept ab.

Medizinisches Leistungsspektrum der Klinik

Unsere Tätigkeitsfelder sind die konservative und operative Diagnostik und Therapie bei Krebserkrankungen der Lunge, Atemversagen, Asthma bronchiale, chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen, Sarkoidose, Lungenfibrosen, Lungenhochdruck, Allergologie, Schlafmedizin, Beatmungsmedizin/Entwöhnungstherapie (Weaning) und den damit zusammenhängenden Herzerkrankungen sowie die Nachsorge bei Lungenkrebs und die Versorgung von Tuberkulosepatienten.

Die Klinik beteiligt sich intensiv an der Erforschung neuer Medikamente im Rahmen nationaler und internationaler klinischer Studien. Diese klinischen Prüfungen stellen einen Vorteil gegenüber dem sogenannten „Lehrbuchwissen“ dar, garantieren eine wesentlich besser überwachte Behandlung und machen neue Ergebnisse und deren Konsequenzen für unsere Patienten zeitnah verfügbar.

Sicherheit durch Transparenz

Ziel der Klinik ist es, die Qualität der medizinischen Versorgung kontinuierlich zu steigern und die Sicherheit für die Patienten zu erhöhen. Trägerübergreifendes Lernen und kollegiale Beratung stehen dabei im Mittelpunkt. Denn für eine gute Behandlungsqualität müssen die Arbeitsabläufe wirkungsvoll organisiert und koordiniert sein.

Darum beteiligt sich die Klinik Löwenstein freiwillig an Qualitätsmessungen, die weit über das gesetzlich geforderte Maß hinausgehen.

Ein Beispiel ist die Mitgliedschaft bei der Initiative Qualitätsmedizin (IQM). Dabei stellt sich die Klinik dem Vergleich mit anderen Kliniken aus Deutschland, Österreich und der Schweiz. Des Weiteren ist die Klinik Löwenstein Mitglied des QuMiK-Verbunds* (Qualität und Management im Krankenhaus). Dieser hat ebenfalls das Ziel, die medizinische Behandlungsqualität im Krankenhaus für alle Patienten zu optimieren und die Sicherheit der Patienten weiter zu erhöhen.

Qualität, die sich nachweisen lässt

Die kontinuierliche Verbesserung der Patientenversorgung ist eine der wichtigsten Aufgaben der Klinik Löwenstein. Mit verschiedenen internen und externen Instrumenten wie z.B. den regelmäßigen Patienten-, Einweiser- und Mitarbeiterbefragungen, oder internen Audits wird die Behandlungsqualität regelmäßig überprüft und Maßnahmen zur Weiterentwicklung werden abgeleitet. Sowohl der Erfolg in der Patientenversorgung als auch die Wirksamkeit der kontinuierlichen Verbesserungsmaßnahmen wird anhand konkreter Kennzahlen gemessen. Dabei orientiert sich das interne Qualitätsmanagementsystem der Klinik Löwenstein am Modell der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ).

Löwenstein, den 17.03.2017

Jürgen Winter
Geschäftsführer

* Nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

Die KTQ-Kategorien

1. Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Die Klinik liegt direkt an der B39 und ist gut zu erreichen. Der Weg zur Klinik ist aus allen Richtungen sehr gut ausgeschildert. Das Krankenhaus ist zudem mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar. Kostenlose Parkplätze sowie Behindertenparkplätze stehen in ausreichender Zahl zur Verfügung. Patienten und Besucher können sich anhand von Übersichtstafeln, Hinweisschildern und durch ein Wegeleitsystem gut in unserer Klinik orientieren. Sämtliche Wege und die Aufzüge sind behindertengerecht gestaltet. Bei Bedarf werden die Patienten auf Station begleitet. Rollstühle und Gepäckhilfen stehen in der Eingangshalle bereit. Zur Vorbereitung des stationären Aufenthaltes erhalten Patienten des Schlaflabors und Patienten, die zuvor in ambulanter Chefarztbehandlung waren eine Informationsbroschüre u.a. mit Anfahrtsbeschreibung. Die Einbestellung der Patienten richtet sich nach Erkrankungsart, Dringlichkeit, Voraufenthalt und Auslastung der Stationen.

1.1.2 Leitlinien und Standards

In den Fachabteilungen wird eine qualitativ hochwertige Behandlung der Patienten gewährleistet. Leitlinien, Pflegestandards, allgemeingültige und multidisziplinär erarbeitete Schmerzschemas werden in unserer Klinik angewendet. Es erfolgt eine regelmäßige Aktualisierung der geltenden Standards sowie eine zeitnahe Umsetzung von Neuerungen. Alle Expertenstandards wurden umgesetzt. Medizinische Leitlinien werden zugrunde gelegt z.B. bei Diagnostik und Therapie von Asthma und COPD, der respiratorischen Insuffizienz, bei thoraxchirurgischen Eingriffen und der Versorgung onkologischer Patienten.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Die Bereitstellung von Informationsmaterialien ist ein wichtiger Teilprozess im Rahmen der Information und Beteiligung des Patienten. Es werden umfassende Informationsmaterialien vorgehalten, bspw. Informationen zu den Fachabteilungen. Beim Aufnahmegespräch wird der Patient und ggf. die Angehörigen oder Betreuer nach Wünschen oder kulturellen Besonderheiten befragt, die von pflegerischer und ärztlicher Seite Berücksichtigung finden und umgesetzt werden. Sprachliche Barrieren werden mit Hilfe von Dolmetschern gelöst. Der Behandlungsablauf wird mit dem Patienten besprochen, Maßnahmen werden erklärt. Fragen und Ängste der Patienten werden dabei berücksichtigt. Bei schwerer Erkrankung werden unter vorheriger Absprache mit dem Patienten Angehörige einbezogen. Die Patientenorientierung während der Behandlung hat einen großen Stellenwert. Patientenfreundliche Versorgungsabläufe, mehrstufige Aufklärung und großzügige Besuchszeiten runden die Patientenbetreuung ab.

1.1.4 Ernährung und Service

Unsere Küche bereitet jedem Patienten die für ihn angemessene Kostform und berücksichtigt dabei insbesondere diätetische, religiöse und kulturelle Aspekte beim Speisenangebot. Die Speisen werden in der hauseigenen Küche frisch zubereitet. Besonderer Wert wird auf Geschmack, Frische und Präsentation der Speisen gelegt. Aufstehpatienten nehmen ihr Essen im "Geißhölzle-Casino" ein. Der Essenswunsch der Bettpatienten wird direkt vom Servicepersonal der Küche aufgenommen. Die Küche nimmt an ver-

schiedenen Qualitätswettbewerben teil. Eine ernährungsbeauftragte Ärztin sowie die Diätassistentin stehen unterstützend zur Verfügung. Der Diätkostformenkatalog wird bedarfsorientiert aktualisiert.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die Planungen zur Erhebung des körperlichen, seelischen und sozialen Status sind für jeden Patienten geregelt. Beim größten Teil unserer Aufnahmen handelt es sich um geplante Aufnahmen. Die administrative Patientenaufnahme erfolgt in den dezentralen Aufnahmeeinheiten. Anschließend wird die pflegerische und ärztliche Anamnese erhoben. Gleichzeitig finden auch die ersten Untersuchungen statt. Nach Diagnosestellung und Aufnahmegespräch mit dem behandelnden Arzt werden die Patienten auf Station aufgenommen. Notfälle werden über die Rettungsleitstelle dem diensthabenden Arzt angekündigt, der dann die Bettenkoordination übernimmt. Die Einlieferung der Notfälle erfolgt entweder über den Rettungswagen oder Rettungshubschrauber.

1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung

Die ambulante Patientenversorgung läuft koordiniert ab und wird durch eine Checkliste unterstützt. In den Ermächtigungsambulanzen werden mit den Patienten feste Termine vereinbart. In den Sprechstunden wird unter Berücksichtigung der vorliegenden Unterlagen die für den Ambulanztermin notwendige Diagnostik festgelegt. Die Untersuchungen werden vorher angemeldet. Patienten des Schlafmedizinischen Zentrums bekommen rechtzeitig einen Anamnesebogen zugeschickt.

1.3.2 Ambulante Operationen

Die Patienten stellen sich vor dem Eingriff in den jeweiligen Sprechstunden vor. Hier werden noch ausstehende Untersuchungen veranlasst und bei Bedarf Rücksprache mit dem Haus- oder Facharzt gehalten. Vorbefunde, Risiken und Lebensumstände werden in die Behandlungsplanung mit einbezogen. Der Patient wird über Verlauf und Risiken des Eingriffs und die jeweilige Narkoseform aufgeklärt. Ambulant operierte Patienten verlassen die Klinik erst nach erfolgter Abschlussuntersuchung. Der Patient erhält einen Kurzbrief mit Empfehlungen zur Weiterversorgung für den niedergelassenen Arzt.

1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung

Die medizinische Ersteinschätzung durch die ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter unmittelbar nach der Aufnahme auf Station wird durch strukturierte Anamnesebögen unterstützt. Bereits im Aufnahmegespräch bespricht der Arzt mit dem Patienten bzw. Betreuer die Behandlungsschritte, klärt über die Medikation und therapeutische Maßnahmen etc. auf und legt die Behandlungsplanung fest. Neben den Krankheitssymptomen werden systematisch Risiken, Fähigkeiten und Lebensumstände des Patienten erfasst und in der Patientenakte dokumentiert. Für jeden Patienten wird durch die zuständige Pflegekraft ein individueller Pflegeplan erstellt. Die Ziele der Behandlungsplanung werden in Visiten überprüft. Jeder Patient wird durch einen Assistenzarzt aufgenommen und zeitnah einem Fach- oder Oberarzt vorgestellt.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Der behandelnde Arzt legt für jeden Patienten einen individuellen Behandlungsplan fest. Dieser wird durch den Facharzt überprüft. Die Pflege erstellt eine Pflegeanamnese. Daraus erfolgt die schriftliche individuelle Pflegeplanung, gebunden an aktualisierte Standards. In den Behandlungsprozess werden bei

Bedarf andere Berufsgruppen wie z.B., Sozialberatung, Diätassistentin, Logopädie, Psychoonkologin, Physiotherapie einbezogen. Überprüft wird der Behandlungsprozess bei der Visite, in den täglichen Besprechungen und in abteilungsübergreifenden Konferenzen. Die Therapie wird aufgrund der erhobenen Befunde nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft eingeleitet. Diese umfasst die medikamentöse Therapie einschließlich Chemotherapie, atmungsunterstützende, operative sowie physikalische Therapie. Der Facharztstandard ist in allen Abteilungen rund um die Uhr sichergestellt. Die postoperative Schmerztherapie wird im OP durch den Anästhesisten eingeleitet und im Narkoseprotokoll dokumentiert. Die weitere Schmerztherapie ist in einem Schmerzmanagement-Handbuch geregelt. Schmerztherapie-Patienten werden durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Schmerztherapie visitiert.

1.4.3 Operative Prozesse

Die OP-Abläufe sind koordiniert durch Wochenprogramme für planbare Operationen, Tagesprogramme und einen OP-Koordinator. Die Operationsbereitschaft ist rund um die Uhr gewährleistet. Unsere Patienten werden auf der interdisziplinären Intensivstation oder der Intermediate Care Station weiterversorgt. Die Zusammenarbeit zwischen Labor, Intensivstation und OP-Bereich ist geregelt. Die Ablauforganisation ist in einem OP-Statut und durch Checkliste der präoperativen Diagnostik festgelegt.

1.4.4 Visite

Eine patienten- und therapieorientierte Gestaltung der Visiten ist ein wichtiges Element für unsere Patienten im Rahmen Ihres Klinikaufenthalts. In allen Bereichen finden täglich Visiten entsprechend der in der Visitenübersicht festgelegten Zeiten und mindestens einmal wöchentlich eine Chefarzt- und eine Oberarztvisite statt. Alle an der Visite Beteiligten streben an, die tägliche Visite unter Berücksichtigung der Essens- und Besuchszeiten durchzuführen. Alle Visiten werden in der Regel berufsgruppenübergreifend durchgeführt. Es wird auf eine störungsfreie Atmosphäre geachtet und Wert auf eine patientenorientierte Visite gelegt. Ärztliche Anordnungen, wesentliche Ergebnisse der Visiten werden im Kurvenblatt oder im ärztlichen Verlaufsblatt dokumentiert.

1.5.1 Entlassungsprozess

Bei Entlassungen und Verlegungen in andere Versorgungsbereiche wie Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeheime usw. wird möglichst frühzeitig die Verlegung oder Entlassung geplant und mit dem Patienten und/oder den Angehörigen besprochen. Die Sozialberatung wird bei allen potenziellen Versorgungsfragen von den Mitarbeitern der Station bzw. den Stationsärzten einbezogen. Den Patienten wird der voraussichtliche Entlasstermin so früh wie möglich bekannt gegeben. Dies umfasst auch eventuelle Nachsorgetermine. Bei Verlegung in andere Versorgungsbereiche werden ein vorläufiger Entlassungsbericht mit Diagnosen, Behandlungsverlauf und Therapieempfehlung, ein Pflegeverlegungsbericht und Kopien relevanter Befunde mitgegeben oder übermittelt. Bei Weiterbehandlung unserer Beatmungspatienten kooperieren wir mit dem SchlafAtemZentrum.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung

Sterbende Patienten werden nach Möglichkeit in Einzelzimmer verlegt, damit die Angehörigen angemessenen Abschied nehmen können. Angehörige/ Bezugspersonen können rund um die Uhr im Zimmer des Patienten bleiben. Im Gästebereich gibt es darüber hinaus noch weitere Übernachtungsmöglichkeiten. Unsere Klinik bietet Verpflegung für die Angehörigen an und vermittelt entsprechende Dienste. Auf Wunsch und im Bedarfsfall erfolgt die Vermittlung von entsprechenden kompetenten Diensten (z.B. Seelsorge, Hospiz). Die Abteilungen orientieren sich an palliativmedizinischen Grundsätzen.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Sofern die Angehörigen während der Sterbephase nicht in der Klinik anwesend sind, werden sie nach Eintritt des Todes benachrichtigt. Die Angehörigen haben die Möglichkeit, vom Verstorbenen Abschied zu nehmen. Der Verstorbene verbleibt für mindestens zwei Stunden im Zimmer. Ein sakral gestalteter Aufbahrungsraum steht zur Verfügung. Auf Wunsch wird den Angehörigen bzw. Bezugspersonen eine Informationsschrift ausgehändigt, die bei den weiteren Formalitäten und Aufgaben unterstützen soll. Die Versorgung des Verstorbenen erfolgt durch examiniertes Pflegepersonal. Auf interkulturell richtigen Umgang wird Rücksicht genommen.

2. Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Personalbedarf

Unsere Klinik verfolgt eine systematische Planung des Personalbedarfs, um eine fachlich kompetente Patientenversorgung sicherzustellen. Zum Einsatz kommen verschiedene Verfahren zur Personalbedarfsermittlung, das durch ein umfassendes Personal- und Leistungskennzahlensystem unterstützt wird. Zudem wird die gezielte strategische Weiterentwicklung einzelner medizinischer Fachbereiche bei der quantitativen und qualitativen Personalbedarfsplanung berücksichtigt.

2.1.2 Personalentwicklung

Insbesondere im Gesundheitswesen stellen die Mitarbeiter die wichtigste Ressource dar. Durch eine strategie- und mitarbeiterorientierte Personalentwicklung qualifizieren wir unsere Mitarbeiter für ihre Aufgaben. Im Mittelpunkt stehen hierbei, die Mitarbeiter sowohl fachlich als auch persönlich in ihrer weiteren Entwicklung zu unterstützen. Als wesentliches Instrument in der Personalentwicklung findet jährlich ein Mitarbeitergespräch zwischen Vorgesetztem und Mitarbeiter statt. Um die Qualifikation in der Ausbildung und in der Einarbeitung neuer Mitarbeiter zu gewährleisten, wird darauf geachtet, dass sich auf jeder Station mindestens 1 Praxisanleiter befindet.

2.1.3 Einarbeitung

Das Ziel der Einarbeitung ist es, neue Mitarbeiter im Team zu begrüßen und umfassend mit der Struktur und den Abläufen der Klinik Löwenstein vertraut zu machen. Durch die strukturierte Einarbeitung wird eine schnelle und qualifizierte Einsatzfähigkeit erreicht und die Zufriedenheit des neuen Mitarbeiters gefördert. Für alle relevanten Bereiche existieren Einarbeitungskonzepte mit Checklisten. Die Einarbeitungskonzepte werden in regelmäßigen Abständen überarbeitet und aktualisiert. Alle Mitarbeiter sollen an den Einführungstagen, in denen sie unter anderem Unterweisungen zu Unternehmensstruktur, Datenschutz, Arbeitssicherheit, Qualitätsmanagement und Brandschutz erhalten, teilnehmen.

2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Die angegliederten Ausbildungsstätten stellen sicher, dass eine Theorie-Praxis-Vernetzung geleistet wird. Theoretische Lerninhalte werden in einem Tätigkeitskatalog dokumentiert und im Praxiseinsatz umgesetzt. Die Evaluation erfolgt durch regelmäßige Leistungsnachweise, praxisbegleitenden Unterricht sowie über Projektaufgaben. In regelmäßig stattfindenden Praxisanleiterkonferenzen wird die Lernentwicklung der Auszubildenden im Einzelnen besprochen. Die Fort- und Weiterbildung ist berufsgruppenspezifisch organisiert. In den Abteilungen findet eine jährliche Erhebung des Fort- und Weiterbildungsbedarfs statt. Die Erhebung wird unter Berücksichtigung der Erfordernisse des Unternehmens und der Mitarbeiter analysiert. Es wird ein Jahresfortbildungsplan erstellt. Der Jahresfortbildungsplan wird jährlich aktualisiert und auf die Bedürfnisse des Unternehmens (betriebsorganisatorisch bedingte Fortbildungen) und der Mitarbeiter angepasst. Zusätzlich können die Mitarbeiter über Online-Datenbanken auf Fachliteratur zugreifen.

2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance

Das Arbeitszeitgesetz wird eingehalten. Für die Mitarbeiter der Klinik Löwenstein gilt die Arbeitszeitregelung des TVöD, für die Mitarbeiter der Service GmbH Klinik Löwenstein sind die Arbeitszeiten in Führungsrichtlinien geregelt. Die Arbeitszeiten werden in einem elektronischen Dienstplan geführt. Für die Urlaubsplanung wurde mit dem Betriebsrat eine Betriebsvereinbarung getroffen. Mitarbeiterwünsche werden in der Dienstpläneinteilung berücksichtigt. In einigen Abteilungen gibt es flexible Arbeitszeitmodelle. Im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements werden zahlreiche Veranstaltungen angeboten. Die Durchführung und Organisation von BEM-Gesprächen im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagement erfolgt durch die Servicestelle Personal.

2.1.6 Ideenmanagement

Die Kompetenz und Kreativität unserer Mitarbeiter ist ein wichtiger Bestandteil im Rahmen der Optimierung der Qualität und Wirtschaftlichkeit unserer Abläufe. Wichtig ist hierbei, dass es sich bei Ideen und Vorschlägen auch um kleine aber sinnvolle Verbesserungsmöglichkeiten handeln kann. Das Konzept zum betrieblichen Ideenmanagement regelt die strukturierte Vorgehensweise zum Einbringen von Mitarbeiter-vorschlägen sowie deren Bewertung und Prämierung. Die Umsetzung wird auf der obersten Leitungsebene beschlossen. Mitarbeiter haben die Möglichkeit Beschwerden über den direkten Dienstweg oder anonym über regelmäßig stattfindende Mitarbeiterbefragungen zu äußern.

3. Sicherheit - Risikomanagement

3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements

Im Rahmen des klinischen Risikomanagements wurde bereits ein Critical Incident Reporting System (CIRS) etabliert. Des Weiteren dient das Sturzmanagement, Ideenmanagement, Interne Audits, Beschwerdemanagement usw. zur Identifikation klinischer Risiken.

3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung

Die Klinik Löwenstein achtet auf eine patientengerechte und sichere Ausstattung, um den Schutz unserer Patienten zu gewährleisten. In den Abend- und Nachtstunden ist kein unkontrollierter Zugang zur Klinik möglich. Nach der ärztlichen und pflegerischen Anamnese wird der Gefährdungsgrad des Patienten eingeschätzt. Auf den Stationen führt das Pflegepersonal regelmäßig Durchgänge durch. Patienten, die unter Betreuung stehen, dürfen dabei die Station nur nach Absprache bzw. in Begleitung verlassen.

3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement

In unseren Kliniken sind erforderliche Maßnahmen getroffen, um eine rasche und qualifizierte Versorgung von medizinischen Notfällen zu gewährleisten. Die Planung/Übung in Form von Fortbildungen sowie die Handlungskette während einer Notfallsituation sind klar geregelt. Jeder Mitarbeiter der am Patienten arbeitet ist verpflichtet, zweijährlich an dieser Fortbildung teilzunehmen. Notfallkoffer bzw. -wagen stehen in jedem Bereich zur Verfügung und werden alle 4 Wochen überprüft. Ein Notfall kann aus jedem Patientenzimmer über die Klingelanlage ausgelöst werden. Ein festgelegtes Notfallteam wird in Notfallsituationen automatisch durch einen Notfallknopf aktiviert.

3.1.4 Organisation der Hygiene

Die Sicherstellung einer optimalen Hygieneorganisation obliegt dem Institut für Infektionsprävention und Klinikhygiene und hat in unserer Kliniken einen hohen Stellenwert. Die Organisation der Hygiene ist über Klinikhygieniker, hauptamtliche Hygienefachkräfte, über die Hygienekommission sowie über Hygienebeauftragte gesichert. Durch regelmäßige Hygienevisiten der Hygienefachkraft und den Hygienebeauftragten der Bereiche vor Ort ist zusätzlich gewährleistet, dass hygienisch relevante Risiken frühzeitig erkannt und behoben werden können. Auf die Umsetzung der geltenden Standards und Hygienerichtlinien wird streng geachtet. Die Chargen in der Zentralsterilgutversorgung werden durch moderne Verfahren dokumentiert. In der Küche werden alle Vorgänge mit HACCP-Checklisten dokumentiert und ein hoher Hygienestandard vom Wareneingang bis zur Essensausgabe gewährleistet.

3.1.5 Hygienerrelevante Daten, Infektionsmanagement

Für die Analyse hygienerrelevanter Bereiche werden krankenhausesweit hygienerrelevante Daten erfasst. Durch die systematische Erfassung der Krankenhausinfektionen, Meldung der meldepflichtigen Erkrankungen und Auswertung der regelmäßigen Begehungen werden signifikante Abweichungen frühzeitig erkannt und umgehend geeignete Korrektur- bzw. Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet. Die Ergebnisse der jährlichen Infektionsstatistik und der Begehungen werden in der Hygienekommission vorgestellt und ausgewertet. Die Klinik nimmt zudem an Modulen der KISS beim Nationalen Referenzzentrum in Berlin teil. Hierbei werden die Ergebnisse mit den bundesweiten Werten verglichen. Ziel ist es, Patienten, Ange-

hörige und Besucher vor Infektionen zu schützen. Entsprechend dem IfSG § 23 (1) werden nosokomiale Infektionen und Krankheitserreger mit speziellen Resistenzen oder Multiresistenzen erfasst und bewertet. Im Hygienehandbuch sind die Regelungen zu hygienesichernden Maßnahmen hinterlegt, in das Erkenntnisse der neuesten wissenschaftlichen, gesetzlichen oder normativen Vorgaben einfließen. Hierzu zählt der Umgang mit Patienten, die mit speziellen Infektionserregern, wie z.B. MRE, TBC, HIV, Hepatitis infiziert sind.

3.1.6 Arzneimittel

Die Versorgung mit Arzneimitteln ist rund um die Uhr sichergestellt. Die Anwendung von Arzneimitteln erfolgt durch effektive, nebenwirkungsarme und kostengünstige Verordnungsweise. Arzneimittel werden auf den Stationen entsprechend der schriftlichen Anordnung des verantwortlichen Arztes durch eine examinierte Pflegekraft vorbereitet, kontrolliert, dokumentiert und den Patienten verabreicht.

3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin

Die Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten, sowie Medizinprodukten ist durch die Zuständigkeit der Stationsleitung, des Labors und des Einkaufs gewährleistet. Für die Belieferung mit Arzneimitteln gibt es einen Versorgungsvertrag mit der Gesellschafterklinik. Blutprodukte werden im Labor, medizinischer Sachbedarf über ein Modulsystem vorgehalten. Durch zweifache Dokumentation, den Richtlinien der Bundesärztekammer und durch eine Transfusionskommission ist eine sichere Anwendung von Blut- und Blutprodukten gewährleistet. Entsprechend dem OP-Plan wird das Labor über die erforderlichen Blutprodukte informiert und stellt diese rechtzeitig bereit. Ein Transfusionshandbuch liegt vor. Die Bluttransfusionen werden im Labor dokumentiert.

3.1.8 Medizinprodukte

Durch die Umsetzung der Vorgaben des Medizinprodukte-Rechts (gemäß MPBetreibV und MPSV) wird der sichere Umgang mit Medizinprodukten sichergestellt und die Sicherheit für Patienten, Angehörige und Anwender gewährleistet. Der Umgang mit Medizinprodukten ist in einer Dienstanweisung geregelt. Organisation, Verantwortungs- und Aufgabenbereich des MPG-Verantwortlichen, der MPG-Beauftragten und der Anwender, sowie der Aufgabenbereich der Technik sind beschrieben. Dieser Personenkreis wurde schriftlich durch Delegierungsprotokolle bestellt. Die Medizintechnik führt ein Bestandsverzeichnis und bearbeitet, veranlasst und überwacht Reparaturen.

3.2.1 Arbeitsschutz

In Gefahrenbereichen und im Umgang mit infektiösem Material oder Patienten arbeiten die Abteilungen eng und professionell zusammen. Die Zusammenarbeit und Dokumentation im Pflegedienst, den ärztlichen Abteilungen, der Hauswirtschaft und der Hygienefachkraft minimieren die Risiken und ermöglichen eine genaue Kontrolle über die Einhaltung der gegebenen Vorschriften. Arbeitsschutzbegehungen mit Risikoanalyse erfolgen regelmäßig. Der betriebsärztliche Dienst führt eine Unfallstatistik und ist Anlaufstelle bei auftretenden Verletzungen der Mitarbeiter.

3.2.2 Brandschutz

Die Brandschutzmaßnahmen sind den Mitarbeitern bekannt und mit der örtlichen Feuerwehr abgesprochen. Die Flucht- und Rettungswegpläne sind stets aktuell. Durch regelmäßige Schulungen, Übungen und Überprüfungen der Brandmeldeanlage sowie Brandschutzbegehungen mit der Feuerwehr ist ein hohes Maß an Brandschutzvorbeugung erreicht. Selbstverständlich wird jede Änderung bzw. neue Maßnahme protokolliert. Die Mitarbeiter werden jährlich in der Handhabung von Feuerlöschern geschult.

3.2.3 Datenschutz

Der Schutz der Privatsphäre des Patienten, der digitale Datenschutz im Intranet und von EDV-Programmen, sowie der Datenschutz bei Patientenakten haben eine hohe Priorität in unserer Klinik. Die Mitarbeiter werden über das Datenschutzgesetz aufgeklärt und mit ihrer Unterschrift auf das Datengeheimnis verpflichtet. Die Belange des Datenschutzes werden von einer Datenschutzbeauftragten wahrgenommen, die über die notwendige Sachkenntnis im Datenschutz verfügt. Die Patientenaufnahme findet in separaten Räumen statt. Die Mitarbeiter der Rezeption wurden über Datenschutz speziell geschult.

3.2.4 Umweltschutz

Umweltschutz ist eines der Qualitätsziele unserer Klinik und ist im Leitbild verankert. Recycling, Müllreduzierung, Photovoltaik- und Hackschnitzelanlage und die betriebseigene Kläranlage sind nur einige Aspekte einer umfassenden Regelung zum Schutze der Umwelt. Eine genaue Dokumentation über Energieverbrauch und Müllreduzierung lässt eine Optimierung der Prozesse zugunsten der Ökonomie und Ökologie zu. Die Belange des Umweltschutzes werden durch den Umweltbeauftragten und eine Abfallbeauftragte vertreten.

3.2.5 Katastrophenschutz

Für den Eintritt einer Katastrophensituation ist die Klinik durch den Alarm- und Einsatzplan, der nach den neuesten Vorgaben des Landes Baden Württemberg erarbeitet wurde, umfassend vorbereitet. Hier ist das Vorgehen bei externen und internen Gefahrenlagen wie z.B. Massenanfall von Verletzten, Bombendrohung, Feuer, Evakuierung geregelt. Jährliche Unterweisungen und regelmäßige Notfallübungen sorgen für Handlungssicherheit.

3.2.6 Ausfall von Systemen

Für den Ausfall technischer Einrichtungen (z.B. Telefonanlage, Lüftungsanlage, Heizungsanlage) ist eine technische Rufbereitschaft, welche die weitere Einsatzleitung vor Ort übernimmt, eingerichtet. Für die Technik liegt eine schriftliche Regelung (Dienstplan Rufbereitschaft) für Wochenend- und Bereitschaftsdienste vor. Über ein Notstromaggregat kann im Bedarfsfall die Stromversorgung aufrechterhalten werden. Die Ausfallsicherheit der Informationstechnologie ist durch ein redundantes Rechenzentrum und redundante Systeme im KIS-Bereich gewährleistet.

4. Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Die Informationstechnologie als Teil der Unternehmensstrategie wird in der Klinik kontinuierlich weiterentwickelt. Mitarbeiter können zeitlich uneingeschränkt auf das Krankenhausinformationssystem zugreifen, Befunde zügig abgerufen und austauschen. Dadurch wird eine rasche Umsetzung von Diagnostik und Therapie ermöglicht. Die Berücksichtigung der Anforderungen und Wünsche der internen und externen Anwender wird durch regelmäßige Absprachen und das IT- Projektmanagement sichergestellt.

4.2.1 Klinische Dokumentation

Durch eine qualitativ hochwertige, zeitnahe und umfassende Dokumentation soll jederzeit eine Nachvollziehbarkeit des Behandlungsprozesses und die ordnungsgemäße Abrechnung ermöglicht werden. Im einheitlichen Dokumentationssystem werden medizinische und pflegerische Anordnungen und Leistungen sicher und unverwechselbar dokumentiert. Es werden festgelegte Überprüfungsabläufe bezüglich der Vollständigkeit, Richtigkeit und Übersichtlichkeit der Patientenakte bzw. Dokumentation durchgeführt.

4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

Ziel ist es, einen zeitlich uneingeschränkten Zugang auf die Patientendokumentation für den berechtigten Personenkreis zur Verfügung zu stellen. Konkret sollen immer mehr Bestandteile der Patientenakte elektronisch zur Verfügung gestellt werden. Patientenakten werden nach Entlassung archiviert und stehen bei einem möglichen erneuten Krankenhausaufenthalt zur Verfügung (Zugriff auf Vorbefunde). Ein Zugriff auf die Akten ist zeitnah möglich.

4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Die Verfügbarkeit für die Steuerung der Klinik erforderlichen Informationen wird durch eine effiziente Kommunikationsstruktur innerhalb der Klinik sichergestellt. Die Ergebnisse der internen/externen Qualitätssicherung und diverse Reports zur Kosten- und Leistungsentwicklung, z.B. monatliche Reports zur Budgetentwicklung, Fluktuationsstatistik, Sturzstatistik, Patientenrückmeldungen, Infektionsstatistik, Unfallstatistik etc. werden über ein strukturiertes Meldewesen kommuniziert. Aus den resultierenden Entscheidungen der Krankenhausleitung werden die erforderlichen Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet.

4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Es sind geeignete Strukturen geschaffen, die sicherstellen, dass die Geschäftsführung und Direktionsbereiche alle zur Entscheidungsfindung notwendigen Informationen aus internen und externen Quellen erhalten. Für die Erfassung und Aufbereitung von Informationen sind verschiedene Abteilungen zuständig. Des Weiteren sind die Mitglieder der Direktionen und die Geschäftsführung in verschiedenen Gremien eingebunden, um zeitnah Informationen über die wichtigsten Vorgänge zu erhalten. Zur Weiterleitung von Informationen über interne Vorgänge sind ebenfalls verschiedene Strukturen etabliert. Hierzu zählen das Besprechungswesen, das Intranet sowie das Regelberichtswesen. Als zentrale Auskunftsstelle für Patienten und Besucher fungiert die Rezeption in der Eingangshalle, die rund um die Uhr mit qualifizierten Mitarbeitern besetzt ist. Es ist uns wichtig auch die Öffentlichkeit über unsere Klinik zu informieren. Hierzu

werden unterschiedliche Medien wie die Internetseite, Informationsbroschüren etc. genutzt. Zusätzlich werden regelmäßig Veranstaltungen für Patienten, Einweiser und Interessierte angeboten.

5. Unternehmensführung

5.1.1 Philosophie/Leitbild

Durch die Erarbeitung eines Leitbildes für die Klinik Löwenstein stellen wir unsere Philosophie sowohl nach innen als auch nach außen dar. Das Leitbild orientiert sich an unserem Auftrag, an den Bedürfnissen und Erwartungen der Patienten, Angehörigen, einweisenden Ärzten sowie den Kostenträgern. Leitsätze über Patienten, Mitarbeiter, Umwelt und Zukunft sollen es den Patienten und Mitarbeitern leichter machen, sich über die Grundwerte unserer Klinik zu informieren und ihr Handeln daran auszurichten.

5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Das Ziel der Führungsgrundsätze und Leitlinien ist die Stärkung des gegenseitigen Vertrauens und Respekts unter den Mitarbeitern. Die Grundsätze zur Führung und Zusammenarbeit (GFZ) wurden durch die Unternehmensleitung für alle Standorte der RGHF entwickelt und aus dem Leitbild abgeleitet. Das Identifikationsgefühl der Mitarbeiter mit dem Unternehmen wird beispielsweise durch Aktionen wie Mitarbeiterfeste, Personalentwicklungsmöglichkeiten sowie die aktive Beteiligung der Mitarbeiter z.B. durch das betriebliche Ideenmanagement gestärkt.

5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Wir erwarten von unseren Mitarbeitern, dass sie dem Patienten mit Respekt begegnen und ihn in seiner Gesamtheit sehen. Das Leitbild berücksichtigt dabei auch ethische Fragestellungen. Seelsorger der christlichen Konfession sowie Psychoonkologin und Psychologin stehen als Ansprechpartner für unsere Patienten zur Verfügung.

5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Bei der Planung der Öffentlichkeitsarbeit werden verschiedene Zielgruppen betrachtet und die Maßnahmen darauf ausgerichtet. Patienten, Interessierte, Besucher: Hier gibt es eine Bandbreite von Maßnahmen wie Veranstaltungen (Abendvorlesung, Gesundheit im Gespräch), Infomaterialien (Infoflyer der Abteilungen, Infoplakate zu Veranstaltungen) oder Publikationen in externen und internen Medien. Ärzte, Einweiser: Hier gibt es strukturierte Maßnahmen der Abteilung für Unternehmenskommunikation wie die Publikation "MedDialog" und die zugehörige Fortbildungsveranstaltung "Medizin vor Ort". Allgemeine Öffentlichkeit: Um diese Zielgruppe zu erreichen, greifen wir in erster Linie auf unser Internet zurück. 2014 wurde der Internetauftritt neugestaltet und eine an den Zielgruppen ausgerichtete Navigationsstruktur erarbeitet. Weitere wichtige Medien zur Kommunikation mit der breiten Öffentlichkeit sind die lokalen und regionalen Medien (Tageszeitung, Hörfunk, Magazine). An diese werden regelmäßig Pressemitteilungen versandt.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung

Die strukturierte Zielplanung für das Klinikum als Mittel zur Unternehmenssteuerung legt unter anderem die langfristige Entwicklung der Klinik Löwenstein fest. Geschäftsführung, Chefärzte und Pflegedienstleitung entwickeln eine jährliche Zielplanung und passen diese an die aktuellen Anforderungen des Gesundheitsmarktes an. Die Mitarbeiter werden über die Zielentwicklung informiert.

5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement

Es existiert ein Handbuch zum Risikomanagement, welches in unserer Klinik Anwendung findet. Ziel ist die Identifizierung, Analyse und Bewertung von Risiken in allen Unternehmensbereichen. Neben dem medizinischen Risikomanagement setzt sich die Klinikleitung auch mit wirtschaftlichen Risiken auseinander. Ein entsprechendes Frühwarnsystem wurde etabliert und wird durch das Medizin- und Finanzcontrolling überprüft.

5.2.3 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Die Zusammenarbeit mit Partnern im Gesundheitswesen hat einen hohen Stellenwert. Um eine optimale Patientenversorgung zu gewährleisten, ist eine gute Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen oder Beratungsstellen erforderlich. Potentielle Kooperationspartner werden anhand des jeweiligen Kooperationszieles ausgewählt und nach Qualität der Leistung, Erfahrung, Loyalität sowie mittels Kosten-Nutzen-Analysen selektiert.

5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

Die Festlegung einer eindeutigen Organisationsstruktur ist Voraussetzung für die Umsetzung der strategischen Zielsetzungen. Es wurden eindeutige Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten festgelegt, um strategische und operative Ziele effizient und effektiv umzusetzen. Die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten sind in einer Geschäfts- und Zuständigkeitsordnung geregelt und in Organigrammen visualisiert.

5.3.2 Innovation und Wissensmanagement

Das Projekt-, Prozess- und Ideenmanagement ist ein wichtiges Instrument der Organisationsentwicklung. Um das Wissen, die Kreativität sowie die Erfahrung der einzelnen Mitarbeiter zu nutzen, wurde in einem Konzept zum betrieblichen Ideenmanagement der Umgang mit Verbesserungsvorschlägen von Mitarbeitern geregelt. Weitere implementierte Instrumente des Wissensmanagements sind interdisziplinäre Fallbesprechungen und Fortbildungen.

6. Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Die Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements (QM) ist im entsprechenden QM-Konzept geregelt. Hierbei steht die nachhaltige Optimierung von Prozessen im Rahmen der direkten Patientenversorgung und in den patientenfernen Bereichen im Vordergrund. Des Weiteren wird eine Qualitätspolitik verfolgt, die sicherstellt, dass das QM kontinuierlich weiterentwickelt wird. Die Qualitätsziele unserer Klinik orientieren sich inhaltlich an der Qualitätspolitik und unserem Unternehmensleitbild.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung

Die Identifikation der wesentlichen Prozesse und somit die Generierung von geeigneten Strukturen ist ein wesentliches Ziel. Hierbei sollen insbesondere Instrumente zur Prozessidentifikation, -dokumentation und -gestaltung geschaffen und optimal eingesetzt werden. Hierzu wurde unter anderem eine Prozesslandkarte entwickelt, welche die Kern- und Stützprozesse der Klinik vollständig abbildet.

6.2.1 Patientenbefragung

Die Klinik Löwenstein führt eine kontinuierliche Patientenbefragung durch, mit dem Ziel, die Zufriedenheit mit den Strukturen und Abläufen der Kliniken zu messen und die Ergebnisse für die Weiterentwicklung zu nutzen. Die Datenschutzbeauftragte des Unternehmens wurde über die kontinuierliche Patientenbefragung informiert. Sie erhielt die erforderlichen Unterlagen zur Prüfung der Befragung auf datenschutzrechtliche Aspekte. Die zentralen Befragungsinstrumente sind außerdem nach wissenschaftlichen Erkenntnissen entwickelt und durch entsprechende statistische Analysen mehrfach validiert.

6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Das Konzept zur Durchführung von Befragungen externer Einrichtungen hat zum Ziel, die Bedürfnisse externer Interessensgruppen zu erfassen und somit die Zusammenarbeit mit den Einweisern zu verbessern. Die Einweiserbefragung wird zudem zur Rückmeldung der Einweiserzufriedenheit genutzt, da diese auch Auswirkungen auf den Zu- bzw. Abfluss der Patientenströme hat.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Die Klinik Löwenstein sieht die Mitarbeiterbefragung als Baustein für eine nachhaltige Personalpolitik und als Teil einer strategischen Zielplanung. Aufgrund dessen wird eine Mitarbeiterbefragung in festgelegten Abständen durchgeführt. Durch diese Art der kontinuierlichen Evaluation der Mitarbeiterzufriedenheit werden die daraus abgeleiteten Verbesserungspotenziale in eine nachhaltige Personalpolitik eingebunden.

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

Patienten, Angehörigen und Externen soll durch ein strukturiertes Beschwerdemanagement die Möglichkeit gegeben werden, Beschwerden und Wünsche zu äußern. Beschwerden stellen ein wichtiges Potential zur Steigerung unserer Qualität in den jeweils betroffenen Bereichen dar. Aufgrund dessen wird großen Wert auf die schnellstmögliche Erfassung von Wünschen und Beschwerden gelegt, um die Patienten noch während Ihres Aufenthalts zufrieden zu stellen. Um Folgebeschwerden zu vermeiden, findet eine statistische Auswertung und zeitnahe Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen statt.

6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren

Mit dem Konzept zur Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten verfolgt die Klinik das Ziel, Verbesserungspotentiale aufzudecken, um somit Qualitätsverbesserungen umzusetzen. Die erhobenen Daten dienen sowohl zur externen als auch internen Qualitätsdarlegung. Erfasste Daten sind hierbei hauptsächlich in den Bereichen Qualitätsmanagement (QM) und Medizincontrolling (MCO) hinterlegt. Um die Anforderungen zur externen Qualitätssicherung (QS) umfassend zu erfüllen, nimmt die Klinik Löwenstein an verschiedenen Methoden und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung teil (bspw. GeQiK - Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus). QS- Bögen, die gesetzlich verpflichtend sind, werden durch die Rückstandsliste der QS- Bögen von unserem EDV-System ermittelt.