

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 Krankenhäuser

Krankenhaus: Asklepios Orthopädische Klinik Lindenlohe
Institutionskennzeichen: 260930447
Anschrift: Lindenlohe 18
92421 Schwandorf

Ist zertifiziert nach KTQ[®]
mit der Zertifikatnummer: 2015-0024 KH
durch die von der KTQ-GmbH
zugelassene Zertifizierungsstelle: Wieso CERT GmbH, Köln

Gültig vom: 22.04.2015
bis: 21.04.2018

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	7
1 Patientenorientierung	8
2 Mitarbeiterorientierung	12
3 Sicherheit	14
4 Informations- und Kommunikationswesen	17
5 Führung	19
6 Qualitätsmanagement	22

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, alternative Wohnformen und Rettungsdiensteinrichtungen.

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 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.

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

Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009/2. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet im zweijährigen Turnus 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 die **Asklepios Orthopädische Klinik Lindenlohe** 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 <http://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 Krankenhausge-
sellschaft

A. Westerfellhaus
Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung



Sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

bei einem Blick zurück kann mit Stolz festgestellt werden, dass sich aus den bescheidenen Anfängen, vormals Müttergenesungsheim der nationalsozialistischen Volkswohlfahrt von 1937, eine leistungsfähige Klinik entwickelt hat. Hervorgegangen aus dem Schloss Lindenlohe der Gräfin Holstein, erbaut in den Jahren 1907/1908, wurde der Standort medizinisch aufgewertet. In der Zeit von 1941 bis zum Zusammenbruch 1945 wurde das Schloss als Lazarett genutzt. Nach wechselnden Einquartierungen diente das Haus ab Juni 1946 zunächst als Flüchtlingsentbindungsheim, später erfolgte eine Umnutzung als Kinderheim der Inneren Mission. Ab 1950 lenkte das Bayerische Rote Kreuz die Geschicke der Einrichtung. Es entstand eine orthopädische Fachklinik mit 40 Betten, deren offizielle Einweihung am 6. Juni 1951 stattfand. Bereits 1 Jahr später erfreute sich die orthopädische Fachklinik überregionaler Bedeutung, so dass die vorhandenen Kapazitäten den Anforderungen nicht mehr genügten. Noch im Jahr 1952 wurde daher mit dem Bau einer orthopädischen Klinik begonnen, welche im Jahr 1956 in Betrieb genommen wurde. Damit standen bis zu 150 Betten zur Verfügung. Mit mehreren Erweiterungsbauten in den Jahren 1958 bis 1968 konnte die Klinik den veränderten medizinischen und therapeutischen Anforderungen angepasst werden. Die Kapazität wuchs auf 190 Betten. Als weiterer Meilenstein ist die Erweiterung und Generalsanierung in der Zeit von 1987 bis 1993 zu nennen. Heute stehen Ihnen daher moderne Eingriffsräume sowie zeitgemäße diagnostische und therapeutische Einrichtungen zur Verfügung.

Seit dem 1. November 2004 gehört die orthopädische Fachklinik zur Asklepios Kliniken GmbH, einer privaten Klinikgruppe, die mit ca. 100 Einrichtungen in Deutschland und weiteren Kliniken im Ausland zu den Branchenführern gehört.

Die für die Asklepios Klinik Lindenlohe GmbH zuständigen Verantwortlichen – Geschäftsführer und Chefarzte – versichern, Ihnen auch zukünftig als kompetente Ansprechpartner zur Seite zu stehen. Die Weichen sind gestellt.

Gleichzeitig möchten wir uns bei allen beteiligten Kliniken und überweisenden Ärztinnen und Ärzten für die gute Zusammenarbeit bedanken. Wir danken allen Patientinnen und Patienten für das entgegengebrachte Vertrauen und unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, weil sie stets das Wohl und die Gesundheit unserer Patienten im Auge haben.

Ziel unserer Arbeit ist es, im Interesse der Patienten eine kontinuierliche Verbesserung der Behandlungsergebnisse zu erreichen. Dazu gehört eine ständige Qualitätsverbesserung im

personellen und medizinisch-technischen Bereich genauso wie die weitere Steigerung des Unterbringungsstandards.

Unseren Patienten möchten wir den Klinikaufenthalt durch ein freundliches Klima und ein gehobenes Ambiente so angenehm wie möglich gestalten, um auch auf diesem Wege den Gesundheitsprozess zu fördern. Ein Besuch - zu dem wir Sie hiermit herzlich einladen - wird Sie überzeugen.

Auf den folgenden Seiten möchten wir Ihnen unsere Leistungen und Angebote näher vorstellen. Sollten Sie zusätzliche Informationen benötigen, stehen Ihnen Mitarbeiter der Asklepios Orthopädischen Klinik Lindenlohe gerne zur Verfügung.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Marco Woedl', is written over a light blue circular stamp.

Marco Woedl
Geschäftsführer

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

1.1 Rahmenbedingungen der Patientenversorgung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Unsere Klinikhomepage steht als Informationsmedium im Vorfeld einer stationären Aufnahme zur Verfügung. Neben den wichtigsten Telefonnummern finden Patienten hier Informationen zum Haus und zum Behandlungsspektrum. Die Information und Abstimmung über eine stationäre Aufnahme erfolgt direkt mit dem Patienten bzw. der einweisenden Praxis über unsere Ambulanz. Auf Grundlage unseres Belegungskonzeptes erfolgt die Aufnahmeplanung. Die Klinik ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln sowie dem Auto gut erreichbar. Kostenlose Parkplätze stehen zur Verfügung. Als erste Anlaufstelle dient unsere Information. Unser Wegeleitsystem ist auf die persönl. Betreuung durch unsere freundlichen MA ausgerichtet, um auch für fremdsprachliche Patienten und Besucher eine schnelle Orientierung zu gewährleisten.

1.1.2 Leitlinien

In allen Abteilungen werden für eine optimale Behandlung ärztliche Standards, Konzepte und Pflegestandards zugrunde gelegt. Sie gelten als Richtlinien für die Einschätzung des Krankheitsbildes und therapeutisches Handeln. Allen Mitarbeitern werden diese Standards im Rahmen der Einarbeitung bzw. in regelmäßigen Fortbildungen vermittelt. Die genutzten Standards werden in regelmäßigen Abständen auf Aktualität geprüft und bei Notwendigkeit an die jeweiligen Empfehlungen und wissenschaftliche belegten Leitlinien der Fachgesellschaften und nationalen Expertenstandards angepasst. Dies geschieht in berufsübergreifenden Arbeitsgruppen. Den Mitarbeitern stehen die Leitlinien über eine Software zur Verfügung.

1.1.3 Information und Beteiligung der Patienten

Die Patientenorientierung steht in unserer Klinik im Vordergrund und ist, wie im Leitbild festgehalten, Grundlage unseres Handelns. Die Behandlungsplanung wird mit dem Patienten und ggf. seinen Angehörigen im Rahmen des ärztl. und pflegerischen Aufnahmegespräches, den tägl. Visiten und in individuellen Gesprächen durch den behandelnden Arzt abgestimmt. Hierzu werden bei Bedarf Mitarbeiter mit Fremdsprachenkenntnissen bzw. externe Dolmetscher eingeschaltet. Bei der Planung werden die Wünsche der Patienten - soweit med. vertretbar - berücksichtigt. Der Patientenwunsch wird grundsätzlich respektiert und akzeptiert.

1.1.4 Service, Essen und Trinken

Um unseren Patienten während der Behandlung einen angenehmen Aufenthalt bieten zu können, sind im Rahmen der baulichen Planung Aufenthaltsräume, eine Kapelle sowie ein Kiosk und eine Cafeteria in der Klinik untergebracht worden. Die Patientenzimmer sind komfortabel und modern ausgestattet. Die Ernährungsplanung orientiert sich an individuellen medizinischen Gegebenheiten und Wünschen der Patienten. Eine Berücksichtigung kultureller und religiöser Aspekte bei den Mahlzeiten ist nach Absprache mit der Küche möglich. Die Klinik ist umgeben von einer kleinen Parkanlage, welche den Patienten und Besuchern Sitzmöglichkeiten bietet.

1.1.5 Kooperationen

Ziel ist eine hochwertige Patientenversorgung unter interdisziplinärer Abstimmung der Prozesse zwischen den einzelnen Abteilungen und Berufsgruppen. Regelmäßige Besprechungen zum therapeutischen Procedere mit allen beteiligten Berufsgruppen werden durchgeführt

und ermöglichen so eine optimale Versorgung unserer Patienten. Für Konsiliartätigkeit stehen interne und externe Konsiliare für alle Fachbereiche zur Verfügung.

1.2. Notfallaufnahme

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Es besteht eine 24h Aufnahmebereitschaft über die Notfallambulanz. Hier ist unser qualifiziertes Notfallteam rund um die Uhr einsatzbereit. Notfallpatienten werden vorher durch die Leitstelle telefonisch angemeldet. Die Übernahme des Patienten vom Notarzt erfolgt unmittelbar bei dessen Eintreffen durch den Dienstarzt. Der Dienstarzt legt nach der Voruntersuchung und nach Rücksprache mit dem OA therapeutische Maßnahmen und sofern nötig die OP-Indikation und die Dringlichkeit fest.

1.3. Ambulante Versorgung

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Für die ambulante Versorgung unserer Patienten wurden spezialisierte Sprechstunden wie Wirbelsäulen-, BG-, Osteopathie-, Allg. Orthopädie, Endoprothetik und Rheumaorthopädie, Sportorthopädie- und Unfallchirurgische Sprechstunde eingerichtet.

Die Spezialsprechstunden sind fest terminiert und bestimmten Fachexperten zugeordnet. Eine Anmeldung erfolgt telefonisch durch den Patienten bzw. durch die niedergelassenen Ärzte.

Die Ambulanzen sind mit sehr gut ausgebildeten Arzthelferinnen besetzt, die die Patienten durch den Ambulanz- und Diagnostikprozess navigieren. Die diagn. Einrichtungen befinden sich in unmittelbarer Nähe zu den Ambulanzen. Fachärzte sind vor Ort und werden durch Assistenten und Arzthelferinnen unterstützt.

1.3.2 Ambulante Operationen

Ambulante Operationen werden durch den OP Koordinator in das werktätlich laufende OP Programm eingeplant. Die Indikationsstellung zur ambulanten OP erfolgt in den Ambulanz Sprechstunden. Dort erfolgt auch die Information über noch nötige Voruntersuchungen und die Information unserer Patienten, ggf. der Angehörigen über die Organisation und den Ablauf. Sollte ein Patient aus medizinischen Gründen nach einem ambulanten Eingriff nicht entlassen werden können, besteht die Möglichkeit ihn auf eine operative Station zu verlegen, wo eine Weiterbetreuung gewährleistet ist.

1.4 Stationäre Versorgung

1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Unsere Patientenorientierung steht in unserer Klinik im Vordergrund und ist, wie im Leitbild festgeschrieben, Grundlage unseres Handelns. Die umfassende und qualitativ hochwertige Behandlung unserer Patienten wird unterstützt durch die Anwendung der Leitlinien der Fachgesellschaften, hausinterne Behandlungsstandards sowie Pflegestandards, orientiert an den nationalen Expertenstandards.

Bereits bei der Aufnahme wird mit der Steuerung des Behandlungsprozesses unter Angabe der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen begonnen. Anhand der klinikeigenen Pflegepfade sind die pflegerischen Abläufe in der Behandlung festgelegt. Im Rahmen der Visiten, die von Ärzten und Pflegedienst in der Regel gemeinsam durchgeführt werden, erfolgen unter Einbeziehung unserer Patienten Besprechungen über die gemeinsamen Behandlungsziele. Es stehen Schmerztherapeuten im Bereich der Anästhesie 24h zur Verfügung. Schmerzvisiten durch Mitarbeiter der IMC werden 2x täglich durchgeführt. Schicht- und Bereitschaftsdienste des pflegerischen bzw. des ärztlichen Dienstes rund um die Uhr sichern die durchgehende Versorgung.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die Behandlung jedes Patienten wird umfassend, zeitgerecht und entsprechend professioneller Standards durchgeführt. Therapeutische und diagnostische Interventionen erfolgen geplant und interdisziplinär abgestimmt. Die Aufklärung über das Krankheitsbild und therapeutische Maßnahmen wird von allen Berufsgruppen für ihr Fachgebiet geleistet. Die von Physiotherapeuten erstellten Nachbehandlungsschemata helfen unseren Patienten bei der Fortführung seiner Therapie nach dem stationären Aufenthalt.

1.4.3 Operative Verfahren

Für einen strukturierten Ablauf ist ein verantwortlicher OP Koordinator zuständig. Ein für die Klinik erstelltes OP Statut regelt die OP Organisation. Die Operationsbereitschaft ist in unserer Klinik über 24h sichergestellt. Notfalloperationen werden im laufenden OP Programm mit Vorrang berücksichtigt. Um Verwechslungen im OP Prozess zu vermeiden wurden Regelungen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen in Anlehnung an das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) und die WHO Richtlinien eingeführt. In diesem Rahmen wird auch ein sogenanntes „Team- Time- Out“ durchgeführt. Dieses kurze Innehalten in einem routinemäßig ablaufenden Behandlungsschritt ist ein wichtiges Instrument zur Vermeidung von Informationsdefiziten und von Verwechslungen.

1.4.4 Visite

Im Rahmen der täglichen berufsübergreifenden Visiten werden der Behandlungsablauf und das weitere Vorgehen zusammen mit dem Patienten besprochen. Wöchentliche Visiten finden außerdem durch Chef- und Oberärzte statt. Im Rahmen der postoperativen Schmerztherapie erfolgt bei Patienten zweimal täglich Schmerzvisite. Seit mehreren Jahren findet zusätzlich eine interdisziplinäre Visite auf der IMC statt. Die Visiten sind bei uns patientenorientiert aufgebaut. So finden diese nicht in Ruhe- oder Essenszeiten statt. Unsere Patienten werden miteinbezogen und die Erklärung von Diagnose, Therapie und Behandlungsstatus erfolgt in allgemeinverständlicher Sprache.

1.4.5. Teilstationär, prästationär, poststationär

In der Orthopädie sowie in der Anästhesie gibt es prästationäre Sprechstunden, an denen Aufklärungen für Untersuchungen und Interventionen, deren Terminierung erledigt sowie Voruntersuchungen durchgeführt werden. Für prästationäre Untersuchungen werden die gleichen Vorkehrungen getroffen, wie für alle stationären Leistungen.

Die nachstationäre Weiterbetreuung wird möglichst zu Beginn der stationären Betreuung thematisiert um rechtzeitige Vorkehrungen durch z. B. den Sozialdienst treffen zu können.

1.5. Übergang in andere Bereiche

1.5.1 Entlassung

Die Entlassung unserer Patienten wird frühzeitig vom medizinischen Dienst, dem Sozialdienst und einer Überleitungsfachkraft zusammen mit dem Patienten und ggf. dessen Angehörigen geplant. Mit jedem Patienten wird ein ärztliches und pflegerisches Entlassgespräch geführt. Durch den Arzt wird hier umfassend über die durchgeführte Versorgung (Diagnose und Befunde) sowie weiterführende Therapien informiert, insbesondere werden anstehende Nachsorgeuntersuchungen besprochen. Diese Angaben sowie erforderliche Medikamente und Dosierung stehen auch im Entlassungsbrief, der unseren Patienten unmittelbar bei Entlassung mitgegeben wird. Bei nötiger Wiedervorstellung in der Klinik wird am Entlasstag der erneute Termin festgelegt. Die Überleitungsfachkraft sowie der Sozialdienst bieten den Patienten und Angehörigen Unterstützung und Beratung (z.B. Infomaterial der Einrichtungen) bei der Organisation und Sicherung einer eventuell notwendigen Weiterversorgung an.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Zur Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung in Bezug auf Anschlussheilbehandlung und Reha-Behandlungen unserer Patienten übernimmt der Sozialdienst auf ärztliche Anordnung die Organisation. Der Weiterversorgungsbedarf wird schon frühzeitig während der Behandlung festgelegt. Ein vorläufiger Arztbrief wird mit Therapieempfehlungen an den behandelnden Arzt weitergeleitet und ein Überleitungsblatt geht an die Pflegeeinrichtung. Vor Entlassung werden unsere Patienten mit Hilfsmitteln entsprechend des Krankheitsbildes durch ein ortsansässiges Sanitätshaus und Orthopädietechniker versorgt.

1.6. Sterben und Tod

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Ein würdevoller Umgang mit Sterbenden wird in unserer Klinik immer gewährleistet. Die Wünsche des Patienten und deren Angehöriger stehen dabei im Vordergrund. Für die Angehörigen besteht die Möglichkeit ständig anwesend und informiert zu sein. Auf Wunsch des Patienten stehen Klinikseelsorger verschiedener Konfessionen zur Verfügung. Eine Klinikkapelle ist im Haus vorhanden. Die Messen können über das hauseigene Fernsehprogramm übertragen werden.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Der würdevolle Umgang mit Verstorbenen ist uns besonders wichtig. Angehörige unserer Patienten haben die Möglichkeit in einem Einzelzimmer Abschied zu nehmen. Fremdländische Rituale, z.B. Waschungen können hier ungestört vorgenommen werden. Für Gespräche mit dem behandelnden Arzt, dem Pflegepersonal und der Klinikseelsorge stehen wir jederzeit zur Verfügung.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1 Personalplanung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Die Planung und der Einsatz des Personals erfolgt unter Berücksichtigung der Bedürfnisse von Patienten und Mitarbeitern und orientiert sich an den Leistungskennzahlen, zu nennen sind hier z.B. Fallzahlen, Bettenauslastung, Verweildauer und die OP- Zahlen. Diese werden grundsätzlich mit dem verantwortlichen Abteilungsleiter besprochen. Bei Leistungs- und Strukturveränderungen wird der Personalbedarf entsprechend angepasst. Es wird qualifiziertes Personal in allen Berufsgruppen eingesetzt.

2.2 Personalentwicklung

2.2.1 Personalentwicklung/ Qualifizierung

In der Asklepios Klinik Lindenlohe wird eine systematische Personalentwicklung praktiziert. Jährliche Zielvereinbarungen mit den Führungskräften gehören ebenso hierzu wie die auf Abteilungsebene geführten Mitarbeitergespräche. Um eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung sicher zu stellen, sind unsere Mitarbeiter entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt. Die Qualifikation ist an den Anforderungen und der Verantwortung der Stelle ausgerichtet und in Stellen- oder Tätigkeitsbeschreibungen hinterlegt. Bei Optimierungsbedarf werden Fort- und Weiterbildungen durchgeführt. Motivierte Mitarbeiter werden durch gezielte Weiterbildung gefördert, um sie für weitergehende Aufgaben zu qualifizieren und um ihnen besondere Verantwortlichkeiten zu übertragen.

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Unsere neuen Mitarbeiter werden strukturiert durch die Anwendung von Einarbeitungskonzepten und von erfahrenen, qualifizierten Kollegen eingearbeitet.

Hierzu existieren neben einem allgemeinen Konzept auch abteilungsspezifische Konzepte, in denen der Ablauf festgelegt ist. Die neuen Mitarbeiter werden angehalten am Ende der Einarbeitung eine Rückmeldung zu geben, um Verbesserungen einzubringen.

2.2.3 Ausbildung

Die Asklepios Klinik Lindenlohe ist Ausbildungsstätte für den Berufszweig "Medizinische Fachangestellte". Die theoretische Ausbildung erfolgt in der Berufsfachschule, der praktische Teil in der Klinik. Die Auszubildenden werden von qualifizierten Mitarbeitern betreut, die eine Zusatzausbildung als Praxisanleiter absolvierten.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Im Rahmen eines Fort- und Weiterbildungskataloges, welcher zu Beginn jedes Jahres erstellt wird, werden berufsgruppenübergreifende Fortbildungen (z.B. Arbeits- und Gesundheitsschutz, Datenschutz, Brandschutz, Hygiene, QM) angeboten. Ein hausinternes Bonussystem für Fort- und Weiterbildung wurde erstellt. Jede Pflegekraft kann sich durch einen Kurzvortrag Punkte erarbeiten und somit auch eine externe Fortbildung finanzieren. Registrierte Mitarbeiter können am kostenfreien Certified Nursing Education „CNE“ Programm teilnehmen. Damit unsere Mitarbeiter aktuelles Fachwissen zeitnah abrufen können, sind alle PC-Arbeitsplätze mit einem Internet-Zugang ausgestattet. Über das Intranet der Klinik sind weitere zahlreiche Fachinformationen abrufbar.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

In der Klinik sind Führungsgrundsätze etabliert. Der Führungsstil stützt sich auf die Bildung von Vertrauen durch die Übernahme von Verantwortung und berücksichtigt die Integration

aller Mitarbeiter mit dem Ziel, verantwortungsbewusst, motiviert und nach betriebswirtschaftlichen Aspekten eine fachlich und sozialkompetent einwandfreie Patientenversorgung zu sichern und fortlaufend zu verbessern. Unsere Mitarbeiter werden in Arbeitsgruppen zur Mitgestaltung der Klinikabläufe und -prozesse eingebunden.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Die Arbeitszeitregelung orientiert sich an den gesetzlichen Regelungen, z.B. Arbeitszeitgesetz unter Mitbestimmung des Betriebsrates. Es existieren berufsbezogene Arbeitszeitmodelle, z.B. 1-, 2- und 3-Schicht-Modelle, Gleitzeitregelungen, Bereitschafts- und Rufdienste. Die unterschiedlichen Arbeitszeitregelungen gewährleisten einen ordnungsgemäßen Betriebsablauf. Die Dienstplanung erfolgt mittels EDV-Dienstplan. Alle Mitarbeiter verfügen über ein Jahresarbeitszeitkonto. Wünsche unserer Mitarbeiter werden berücksichtigt.

2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

In der Klinik existiert ein Verfahren zum Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden.

Im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems wurde ein strukturiertes Vorschlagswesen eingeführt. Verbesserungsvorschläge von Mitarbeitern oder Mitarbeitergruppen werden nach der Überprüfung auf Durchführbarkeit und Verbesserungspotenzial durch die Krankenhausleitung genehmigt. Die Mitarbeiter haben verschiedene Möglichkeiten, Beschwerden im Rahmen vorhandener Strukturen weiterzugeben.

3 Sicherheit

3.1 Schutz- und Sicherheitssysteme

3.1.1 Arbeitsschutz

Die Geschäftsführung unserer Klinik hat eine Fachkraft für Arbeitssicherheit, einen Betriebsarzt und Sicherheitsbeauftragte mit der Wahrnehmung der Arbeitssicherheit beauftragt. Die Aufgaben sind im Arbeitsschutzgesetz, über ein Konzept und über eine Tätigkeitsbeschreibung geregelt. Ein strukturiertes Verfahren regelt Berufsunfallmeldungen. Geräteprüfungen werden regelmäßig durchgeführt. Die Mitarbeiter werden vom Betriebsarzt in festen Abständen untersucht. Der Arbeitssicherheitsausschuss tagt $\frac{1}{4}$ jährlich und koordiniert alle Maßnahmen zur Arbeitssicherheit.

3.1.2 Brandschutz

Unsere Klinik entspricht im Rahmen des Brandschutzes den gesetzlichen Anforderungen. Das gesamte Haus ist mit Flucht- und Rettungsplänen sowie Feuerlöschern ausgestattet. Alle Mitarbeiter werden jährlich in Pflichtveranstaltungen geschult. Ein aktueller Alarm- und Einsatzplan für den Brandfall liegt vor. Die örtliche Feuerwehr verfügt im Einsatzfall über sämtliche Zugangsberechtigungen und Kenntnisse vor Ort. Übungen zusammen mit der Feuerwehr finden statt.

3.1.3 Umweltschutz

Im Umweltkonzept sind die Ziele und Handlungsanweisungen für alle MA festgelegt. Die Klinik hat sich zur Aufgabe gestellt, umweltfreundlich und optimiert zu arbeiten. Diese Auffassung ist aus den Unternehmensgrundsätzen des Asklepios Konzerns abgeleitet. Dazu gehört eine ausgeprägte Rücksicht auf ökologische Belange sowohl beim Bau als auch beim Betrieb der Klinik durch hohe interne Anforderungen. Dort wo es medizinisch vertretbar ist, werden Einmalartikel vermieden, Ressourcen eingespart sowie Abfälle einer Wiederverwertung zugeführt. Ein Konzept zur Einsparung von Wärmemengen sowie ein Wassereinsparungskonzept liegen vor.

Das „Asklepios-Ökologieprogramm“ beinhaltet zum Beispiel:

- Vermeidung von Einmalartikeln
- die Einsparung von Ressourcen
- Umweltverträgliche, langlebige Baustoffe und Ausstattungsmaterialien
- Müllvermeidung hat Vorrang vor noch so guten Entsorgungskonzepten

3.1.4 Katastrophenschutz

Ziel ist es, einen reibungslosen Ablauf im Katastrophenfall zu gewährleisten sowie die Auswirkungen im Katastrophenfall so gering wie möglich zu halten. Die Klinik ist im Katastrophenschutz des Landes Bayern eingebunden. Die Verantwortlichkeiten für den Katastrophenschutz sind im Alarm- und Einsatzplan geregelt, die Klinikleitung ist als KH-Einsatzleitung benannt.

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Wichtige Anlagen und Systeme, die für einen reibungslosen Klinikbetrieb notwendig sind, werden redundant versorgt. Im Technischen Dienst ist ein technisches Risikomanagement eingeführt. Die betriebstechnischen Anlagen werden überprüft, in eine Risikoklasse eingestuft und bewertet. Dies dient u.a. auch als Kontroll- und Steuerungsinstrument der Sicherung von Betreiberpflichten und der Qualität in der Krankenhaustechnik. Alle techn. Einrichtungen (Notstromaggregat, Aufzüge, Lüftung, Heizung, Versorgung mit med. Gasen) werden in festgelegten Abständen überprüft. Alle Anlagen sind an das Hausleitsystem angeschlossen, das bei Störungen automat. alarmiert. Je nach Priorität der Fehlermeldung (1-3)

wird eine entsprechende Alarmierungskette ausgelöst. Ein Mitarbeiter der Technik ist per Rufbereitschaft rund um die Uhr erreichbar und wird über die Gebäudeleittechnik über Störungen mit Anruf und SMS verständigt.

3.2 Patientensicherheit

3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Ziel ist der Schutz unserer Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung unter Wahrung ihrer Persönlichkeitsrechte. Sicherheitsbestimmungen, wie rutschfeste Böden, Brandschutztüren usw. wurden beim Bau unseres Hauses berücksichtigt. Für den Umgang mit dementen bzw. anderweitig überwachungspflichtigen Patienten liegen Handlungsanweisungen vor. Individuelle Schutzmaßnahmen werden, wenn möglich, mit den Patienten und den Angehörigen abgestimmt. Zur Vermeidung von Patienten- und Eingriffsverwechslungen wurden 2010 im OP die Vorgaben des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) und die Checkliste der WHO umgesetzt.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Es existiert ein Notfallmanagement Konzept, in dem das standardisierte Vorgehen bei Notrufen und Notfalltransporten geregelt ist. Ein mobiles Equipment wird vorgehalten. Zur Alarmierung ist eine einheitliche Notruf-Rufnummer eingerichtet. Alle Stationen sind mit einer Notfallausrüstung ausgestattet. Unsere Mitarbeiter sind zum Thema Notfallmanagement geschult.

3.2.3 Hygienemanagement

Zum Schutz der Gesundheit unserer Patienten und Mitarbeiter wurden unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben durch die Hygienefachkraft Hygienepläne erarbeitet und durch Schulungen und Unterweisungen allen Mitarbeitern bekannt gemacht.

Die anerkannten Richtlinien des Robert-Koch-Instituts werden befolgt. Die Hygienekommission lenkt die Hygienearbeit. Im Sinne des Infektionsschutzgesetzes wird die Einhaltung der hygiesicheren Vorgaben überwacht und ausgewertet. Monatlich tagt ein interdisziplinärer Hygienearbeitskreis. Hier werden aktuelle Fragen der Hygiene besprochen. Es findet zum einen Erfahrungs- und Informationsaustausch statt, zum anderen werden Standards erarbeitet. Die Mitglieder fungieren als Multiplikatoren und sorgen dafür, dass gewonnene Erkenntnisse weiterverbreitet und gefasste Beschlüsse umgesetzt werden. Ein externer Hygieniker ist beratend tätig.

Die Klinik nimmt an den Projekten OP und Hand KISS sowie der Aktion saubere Hände.

3.2.4 Hygienerelevante Daten

Mit dem Ziel, hygienerelevante Situationen und drohende Gesundheitsgefährdungen (Patienten- und Personalschutz) frühzeitig zu erfassen und zu analysieren, werden eingehende Meldungen sofort an den hygienebeauftragten Arzt und an die Hygienefachkraft weitergeleitet. Bei meldepflichtigen Infektionskrankheiten wird umgehend das Gesundheitsamt informiert. Durch die statistische Erfassung werden Infektionshäufungen registriert und unverzüglich Gegenmaßnahmen eingeleitet.

3.2.5 Infektionsmanagement

Im Hygienehandbuch sind Standard, Hygiene- und Desinfektionspläne und Betriebsanweisungen hinterlegt, die u. a. auch den Umgang der Mitarbeiter mit multiresistenten Erregern und zur Händehygiene regeln. Die Hygienefachkraft hat in Zusammenarbeit mit praxiserfahrenen Mitarbeiter unter Berücksichtigung der Vorgaben des Robert-Koch-Institutes sowie der aktuellen Gesetzeslage diese Standards erstellt. In der Klinik sind an allen hygienerelevanten Stellen leicht zugängliche Händedesinfektionsmittelspender montiert. Ein externes Labor führt die routinemäßige Wasseranalyse nach Trinkwasserverordnung durch.

3.2.6 Arzneimittel

Der Umgang mit Arznei- und Betäubungsmitteln ist in einer Dienstanweisung für alle Mitarbeiter verbindlich geregelt. Ein Schmerztherapiekonzept liegt ebenfalls vor. Durch die Apotheke bzw. über den Arzneimittelverantwortlichen werden die aktuellen Informationen an alle Mitarbeiter weitergeleitet. Eine Überprüfung der Arzneimittellagerung wird regelmäßig durchgeführt.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Der sachgerechte und patientenorientierte Umgang mit Blut und Blutprodukten, Kontrollen und Verantwortlichkeiten sind im Transfusionshandbuch unserer Klinik definiert, welches auf dem geltenden Transfusionsgesetz basiert. Der Transfusionsverantwortliche wird durch die Transfusionsbeauftragten unterstützt. Er ist für die Einhaltung der Vorgaben und den korrekten Umgang mit Blut und Blutprodukten verantwortlich. Die Transfusionskommission tagt jährlich.

3.2.8 Medizinprodukte

Die Anwendung von Medizinprodukten ist in einem Organisationshandbuch geregelt. Alle Mitarbeiter der Klinik sind im Umgang mit den notwendigen Geräten geschult. Vor der Anwendung neuer Medizinprodukte erfolgt immer eine dokumentierte Einweisung durch den Hersteller. Alle medizinischen Geräte werden regelmäßig den technischen Kontrollen unterzogen. Vor der Anschaffung werden neue Geräte in der Regel durch unsere hauseigene Medizintechnik getestet. Ein von der Medizintechnik erstelltes Bestandsverzeichnis gibt Auskünfte über alle vorhandenen Geräte.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1 Informations- und Kommunikationstechnologie

4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Ein zentrales Netzwerk verbindet alle PC-Arbeitsplätze im Haus. Der simultane Zugriff auf Daten von mehreren Arbeitsplätzen aus wird durch Serverstrukturen garantiert. In der Klinik wird ein modulares KIS- System eingesetzt, das nahezu alle klinikinternen Abläufe und Dokumentationen abbildet. Schnittstellen sorgen für die Anbindung von externen Programmen wie Labor-, Röntgensystem. Das KIS -System ermöglicht auch die Bearbeitung von Patientendaten im Rahmen der zugeteilten Zugriffsrechte. Benutzerrichtlinien, ein Berechtigungs- und ein Rahmenkonzept regeln den Umgang mit und die Nutzung von der hausinternen EDV.

4.2 Patientendaten

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

In der gesamten Klinik wird ein einheitliches Dokumentationssystem mit standardisierten Dokumentationsbögen verwendet, ergänzt wurde dieses System um hauseigene Bögen für die Pflegepfade.

Alle Informationen bzw. Behandlungsdaten werden schriftlich festgehalten und in der Patientenakte gesammelt. Eine Dienstanweisung "Dokumentation" gibt hierzu klar definierte Vorgaben. Administrative Daten, alle Diagnosen und Prozeduren, Therapien, Untersuchungen, Operationen, OP-Berichte und Arztbriefe werden in der EDV erfasst. Eine digitale Archivierung der kompletten Patientenakten erfolgt seit vielen Jahren.

Die Qualität der Dokumentation wird in Form von internen und externen Dokumentationsanalysen überprüft.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Befugte Mitarbeiter haben jederzeit Zugriff auf Patientendaten und Unterlagen von derzeitigen und von vorherigen Aufenthalten in digitaler Form in der EDV. Zugangsberechtigungen richten sich nach Funktions-, Zuständigkeits- und Arbeitsbereich der Mitarbeiter. Durch vollständige und standardisierte Erfassung aller relevanten Patientendaten ist der aktuelle Zustand des Patienten, der klinische Verlauf, die Begründung für ärztliche und pflegerische Maßnahmen sowie die therapeutische Wirkung relevanter Maßnahmen unmittelbar nachvollziehbar.

4.3 Informationsmanagement

4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Im Konzern Asklepios ist ein Berichtswesen – sowohl Top- down, als auch Bottom- up - etabliert. Die verschiedenen Konzernbereiche (z.B. IT, Pflege, Bau, Einkauf, DRG) geben Informationen an die lokalen Geschäftsführer weiter und unterstützen diese in den zugeordneten Bereichen.

Innerhalb unserer Klinik ist insbesondere durch die monatlichen Leitungsbesprechungen eine umfassende gegenseitige Informationsweitergabe sichergestellt. Die Ergebnisse der regelmäßigen Teambesprechungen in den einzelnen Bereichen werden in Leitungsbesprechungen an die Geschäftsleitung weitergegeben. Die Geschäftsführung ist Mitglied in fast allen Gremien und Kommissionen.

4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

Die Informationsweitergabe von wichtigen Beschlüssen und Informationen erfolgt zum einen zielgruppengerecht über die regelmäßigen Team- und Abteilungsbesprechungen, andererseits über Aushänge, Rundschreiben, E-Mail sowie Intranet und den monatl. von der GF

erstellten Info-Brief. Protokolle zu Gremien und Kommissionen stehen nach Freigabe durch die GF im Intranet zur Einsichtnahme für alle Mitarbeiter zur Verfügung. Eine Übersicht sämtlicher Besprechungen und Gremien im Haus liegt vor. Unsere Patienteninformation erfolgt über das Internet, unterschiedliche Flyer, Broschüren und Klinikinformationsmaterial, die zum einen über das Intranet heruntergeladen werden können, zum anderen in der Klinik ausliegen, oder bei Anfragen auch gerne verschickt werden.

4.4 Telefonzentrale und Empfang

4.4.1 Organisation und Service

Die erste Anlauf- und zentrale Auskunftsstelle ist unsere Information, welche vor einigen Jahren nach den Anforderungen des Konzepts Asklepios Qualität Rezeption zertifiziert wurde. Unseren Mitarbeiterinnen stehen alle Informationen zur Verfügung, um eine adäquate und kompetente Auskunft zu erteilen. Als Hilfsmittel stehen in den Aufnahmebereichen Rollstühle, für den Transport von Gepäck oder anderer Gegenstände stehen kostenfreie Kofferwagen an den Eingängen zur Verfügung. Der Wartebereich ist mit ausreichenden Sitzmöglichkeiten, Rollstühlen, Gepäckwagen, Getränkeautomaten ausgestattet. Der Kiosk und die Cafeteria befinden sich in unmittelbarer Nähe. Eine Spielecke für Kinder befindet sich in der Haupthalle.

4.5 Datenschutz

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Grundlage unseres Datenschutzes ist das Bundesdatenschutzgesetz. Im Datenschutzhandbuch und in der EDV Richtlinie sind alle Gebiete des Datenschutzes, von den Aufgaben des Datenschutzbeauftragten über rechtliche Grundlagen, Aufbauorganisation des Datenschutzes, Grundsätze der Datenverarbeitung, organisatorische und technische Maßnahmen bis zum Meldewesen für Mängel und Verbesserungsvorschläge geregelt. Der Datenschutzbeauftragte schult die Mitarbeiter und überwacht die Einhaltung der Vorgaben. Der Schutz gegenüber Angriffen von außen ist durch geeignete Maßnahmen gewährleistet. Die Weitergabe an externe Personen oder Einrichtungen erfolgt nur unter Berücksichtigung der geltenden Regelungen und mit Freigabe des Patienten.

5 Führung

5.1 Unternehmensphilosophie und -kultur

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Das Klinikleitbild wurde auf der Grundlage der Unternehmensphilosophie von Asklepios Mensch – Medizin – Mitverantwortung interdisziplinär in Arbeitsgruppen entwickelt und im Rahmen der Ethikkommission verabschiedet. Die Maxime „Gemeinsam für Gesundheit“ prägt seit 2008 das Prinzip Asklepios mit dem Ziel gemeinschaftlich Gesundheit zu erhalten und zu fördern.

Die Umsetzung von Philosophie, Leitbild und Vision sollen der Klinik bei der Erreichung folgender strategischer Zielsetzungen Hilfestellung sein:

höchster Standard in der Versorgung Krankenhaus

Behandlung nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen

Garant für gute Medizin

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und- fördernder Maßnahmen

Die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen der Klinikleitung und den Mitarbeitern hat höchste Priorität und wird durch einen mitarbeiterorientierten Führungsstil praktiziert. Großen Wert wird auf Transparenz und die dadurch mögliche aktive Einbeziehung der Mitarbeiter bei Umstrukturierungen gelegt. Ein Konzept zum vertrauensvollen Umgang untereinander liegt vor. Bereichsübergreifende Veranstaltungen mit Würdigung von langjährigen Betriebszugehörigen, Beschwerdemanagement und Mitarbeitergespräche fördern auch die vertrauensvolle Zusammenarbeit.

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Der Mensch steht in unserer Klinik im Vordergrund. Dies gilt gleichermaßen für Patienten und Mitarbeiter. Die Klinik ist bestrebt, patienten- und mitarbeiterorientiert zu arbeiten. Jeder Patient wird unabhängig von Alter, Herkunft, sozialem Stand und Schwere der Erkrankung mit gleicher Sorgfalt gepflegt. Persönliche, religiöse, kulturelle und ethische Einstellungen werden grundsätzlich von allen Mitarbeitern respektiert. Im Rahmen des Ethikbeirats sowie in den Ärztebesprechungen sind ethische Fragestellungen Bestandteil.

5.2 Strategie und Zielplanung

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Zur Erreichung der strategischen Ziele wird in der operativen Umsetzung eine jährliche Zielplanung erstellt. Die Zielplanung enthält 9 Teilpläne z.B. med. Ziel-/Leistungsplan, Marketingplan, QM-Plan, und Fort- und Weiterbildungsplan. Die Ziele des Gesamtunternehmens werden dabei berücksichtigt. Die verantwortlichen Abteilungsleitungen, Fachleute und Kooperationspartner werden direkt in den Planungsprozess eingebunden. Die Verantwortung obliegt der Geschäftsführung und wird regelmäßig überprüft.

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Wir fühlen uns als Unternehmen dazu verpflichtet, gesellschaftliche Verantwortung zu übernehmen und Kooperation mit sozialen Einrichtungen einzugehen. Das vollzieht sich auf verschiedenen Ebenen. Zu nennen wären hier med. Kooperationen (Mitarbeit im ärztl. Kreisverband, Beteiligung im Rettungswesen), sozial Sponsoring (Mitgliedschaft des Unternehmens in der freiwilligen Feuerwehr, Unterstützung des BRK und anderer karitativer Einrichtungen, Unterstützung von Sport & Kultur) sowie der Bereich der gesundheitlichen Aufklärung (hier im Besonderen Patienteninformationsveranstaltungen aber auch Prävention in Schulen (z.B. Rückenschule).

5.3 Organisationsentwicklung

5.3.1 Festlegung der Organisationsstruktur

Im Asklepios- Verbund wird die Philosophie der flachen Hierarchien gepflegt und umgesetzt. Dies spiegelt sich auch im Organigramm wider. Ziel der Organisationsform ist die Stärkung der Eigenverantwortlichkeit sowie die schnelle Entscheidungsfindung und Umsetzung. Funktionsträger und Stabsstellen sind im Organigramm aufgeführt. Die organisatorischen Rahmenbedingungen unter denen die Geschäftsführung agiert, deren Aufgaben, beratende Gremien und die Verfahren innerhalb der Gremien sind in der Geschäftsordnung der Klinik Lindenlohe geregelt. Neben der Darstellung der Strukturen in Form von Organigrammen wurden verschiedene Gremien, Kommissionen und Arbeitskreise für den verantwortlichen Umgang mit entscheidenden Themen eingerichtet. In der Klinik sind folgende, mit den jeweiligen Fachexperten besetzte, Kommissionen tätig: Arzneimittel-, Hygiene-, Ethik-, Transfusionskommission, Betriebsrat, Arbeitssicherheitsausschuss, QM Lenkungsgruppe, Leitungsgremium sowie die Arbeitsgruppe Hygiene.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise von Führungsgremien

In unserer Klinik finden regelmäßig Sitzungen und Konferenzen statt. Diese sind in einer Besprechungsmatrix aufgeführt. Es haben sich mehrere Kommissionen und Gremien etabliert, welche regelmäßig tagen. Verantwortlichkeiten, Aufgaben und Procedere sind in den Geschäftsordnungen geregelt. Die Geschäftsführung ist in den wesentlichen Gremien und Kommissionen Mitglied. In den Gremien und Kommissionen sind fachkompetente Mitarbeiter tätig. Int. Projekte werden in den jeweiligen Gremien besprochen und geplant. Die Erarbeitung und Umsetzung erfolgt in interdisziplinär zusammengestellten Projektgruppen z.B. das Projekt CIRS. Die Ergebnisse werden der Geschäftsführung bzw. den Gremien vorgestellt und dann klinik- bzw. bereichsweit eingeführt.

5.3.3 Innovations- und Wissensmanagement

Im Rahmen der med. Zielplanungen werden jährl. die med. Ziele definiert und vorangetrieben. Darauf aufbauend werden in der Zielplanung bauliche und personelle Veränderungen, einschließlich weiterer Kooperationen geplant. In Abhängigkeit von der Gesundheitspolitik und demografischen Entwicklung sowie neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse, der Marktentwicklung und Erkenntnissen aus Befragungen werden die nächsten Vorhaben und Ziele festgelegt. Die Klinik arbeitet seit mehreren Jahren an der kontinuierlichen Weiterentwicklung seines Qualitätsmanagementsystems. Dies basiert auf dem Modell AMIQ (Asklepios Modell für Integriertes QM) und orientiert sich am PDCA- Zyklus und somit am kontinuierlichen Verbesserungsprozess. In der Orthopädie wird unter anderem an der Verbesserung minimal invasiver Operationstechniken gearbeitet. Das enge Miteinander von Wissenschaft und Praxis garantiert unseren Patienten eine med. Versorgung, die den neuesten Standards entspricht.

Unsere Mitarbeiter unterstützen uns bei der Weiterentwicklung z.B. mittels Ideen und Vorschlägen aus dem betrieblichen Vorschlagswesen. Auch unsere Patienten beteiligen sich mit konstruktiven Ideen aus dem Beschwerde- und Meinungsmanagement an dem Prozess.

5.4 Marketing

5.4.1 Externe Kommunikation

Jährlich wird im Rahmen der Gesamtzielplanung ein Marketingkonzept durch die GF erstellt. Dieses Konzept beinhaltet folgende Festlegungen: über das Jahr verteilte Aktivitäten wie Symposien/ Vorträge/ Sport- und Präventionstage, Belegung der relevanten Zeitungen und Magazine im Jahr, Belegung der Themen und ein offener Bereich für aktuelle Themen. Teil der Maßnahmen sind sowohl zielgruppenspezifische als auch -übergreifende Maßnahmen. Alle Bereiche der Klinik sind in die Öffentlichkeitsarbeit mit eingebunden. Dies schließt wissenschaftliche Publikationen mit ein. Abteilungsleiter und Mitarbeiter arbeiten aktiv an

öffentlich wirksamen Maßnahmen mit (Tag der offenen Tür, Präsentationen) und können ihre Vorschläge bei den Planungen mit einbringen.

5.5 Risikomanagement

5.5.1 Aufgabe und Entwicklung des Risikomanagements

Zielsetzung des Risikomanagements ist - neben dem Treffen von Maßnahmen zur Risiko-früherkennung und zur Risikoabwehr - die Analyse der Risiken und deren Bewertung. Risiko-identifikation ist aufgrund der sich ständig ändernden Verhältnisse und Anforderungen eine kontinuierliche Aufgabe. Eine Konzernübergreifende Richtlinie, ein Critical incident reporting system (CIRS)- Konzept, Verfahren in Anlehnung an die Leitlinien des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS), z.B. Eingriffsverwechslungen, unterstützen sowohl den Umgang mit, als auch die Weiterentwicklung eines Risikomanagements in der Klinik. Zusammen mit dem klinischen Risikomanagement ist in der Klinik ebenfalls ein wirtschaftliches Risikomanagement etabliert. Entsprechende Frühwarnsysteme finden Anwendungen und obliegen der Kontrolle des Medizin- und Finanzcontrollings.

6 Qualitätsmanagement

6.1 Qualitätsmanagementsystem

6.1.1 Organisation

In der Einrichtung ist ein QM-Konzept umgesetzt, welches sich an der DIN ISO 9001, AMIQ (Asklepios Modell für integriertes Qualitätsmanagement) und den Anforderungen des KTQ Kataloges orientiert. In der Klinik wurde eine QM- Beauftragte benannt, die für die Koordination der Aufgaben des QM verantwortlich ist. Sie ist Bestandteil der QM- Lenkungsgruppe, welches als zentrales Steuerungsinstrument und als Entscheidungsgremium im QM fungiert. Die QM Lenkungsgruppe entscheidet über die strategische und operative Ausrichtung des QM und allen damit verbundenen Aktivitäten. Die QM Lenkungsgruppe ist interdisziplinär zusammengesetzt.

Zur Lenkung der klinikeigenen Dokumente wird ein EDV basiertes QM Handbuch genutzt, auf den alle MA Lesezugriff haben. Durch den Einsatz von unterschiedlichen Qualitätssinstrumenten, beispielhaft zu nennen sind das Beschwerde- und Vorschlagswesen, Befragungen, Audits und Dokumentationsanalysen, wird eine kontinuierliche Weiterentwicklung des QM realisiert.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Die Kern-, Führungs- und Unterstützungsprozesse innerhalb der Klinik sind definiert und in einer Prozesslandschaft dargestellt. Die Prozesse werden in Form von Prozessbeschreibungen hinterlegt und durch die vorliegenden Verfahrensanweisungen, Standards und Konzepte beschrieben. Durch den Einsatz einer Prozessmanagement Gruppe wird die Betrachtung der Abläufe berufsübergreifend forciert. Hier werden sämtliche Prozesse innerhalb der Klinik sinnvoll mit Kennzahlen versehen und die Schnittstellen definiert. Im Anschluss erfolgt eine Optimierung der Abläufe. Prozessoptimierungen werden des Weiteren u.a. aus Audits, Beschwerde- und Vorschlagswesen sowie Befragungen abgeleitet.

6.2 Befragungen

6.1.1 Patientenbefragung

Zur Qualitätsbeurteilung- und Verbesserung führen wir Patientenbefragungen durch.. Konzernweit einheitliche Befragungen durch ein externes Unternehmen und die Teilnahme an dem Internetportal "Qualitätskliniken.de", ermöglichen einen bundesweiten Vergleich mit anderen Häusern innerhalb und außerhalb der Asklepiosgruppe. Des Weiteren kommt bei uns eine kontinuierliche Befragung unserer Patienten sowie Befragungen der LSG zur Qualität der Mahlzeiten und der Reinigung zum Einsatz. Alle Ergebnisse nutzen wir zur Identifizierung von Verbesserungspotentialen.

6.1.2 Befragung externer Einrichtungen

Neben der Befragung von Patienten spielt die Kommunikation zwischen Klinik und externen Einrichtungen eine wichtige Rolle in der Bereitstellung einer qualitativ hochwertigen Behandlung. Die Befragung von Einweisern dient hier als wichtiger Baustein. Im Rahmen einer konzernweit einheitlichen Befragung werden unterschiedliche Bereiche durchleuchtet und die Zufriedenheit hinterfragt.

6.1.3 Mitarbeiterbefragung

In einem Turnus von 3 Jahren führen wir eine Mitarbeiterbefragung durch. Hintergrund ist zum einen Überprüfung der Mitarbeiterzufriedenheit und zum anderen soll sie den Mitarbeitern eine Möglichkeit bieten, sich aktiv in der Gestaltung des Arbeitsplatzes einbringen zu können.

Beleuchtet werden unter anderem folgende Themenbereiche: Arbeitsatmosphäre, Führungskräfte, Zusammenarbeit, Fort- und Weiterbildung, Arbeitsplatzausstattung, Information, Kommunikation, Sozialleistungen.

6.3 Beschwerdemanagement

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Die Meinung unserer Patienten ist uns sehr wichtig. Daher praktizieren wir ein aktives Beschwerdemanagement. Unser Beschwerdemanagementkonzept sieht vor, dass jeder Patient bereits bei der Aufnahme ein standardisiertes Formular ausgehändigt bekommt und motiviert wird, seine Meinung zu äußern. So erlangen wir Kenntnisse über Schwerpunkte der Anregungen und Beschwerden der Patienten. In der Eingangshalle wurde ein Meinungsbriefkasten angebracht. Beschwerdeursachen werden analysiert und Maßnahmen zur Verbesserung werden eingeleitet.

6.4 Qualitätsrelevante Daten

6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Ziel ist es, durch die Erhebung qualitätsrelevanter Daten mögliche Defizite aufzudecken, zu analysieren und Verbesserungsansätze zu erarbeiten und umzusetzen. Neben der gesetzlichen QS werden in den Abteilungen Kennzahlen erhoben, welche zu einer Optimierung der Prozesse und zu einer kontinuierlichen Verbesserung und Steigerung der Effizienz in der Versorgung dienen. Beispielhaft zu nennen wäre hier neben behandlungsorientierten Kennzahlen, wie Komplikationsstatistiken und hygienerelevante Daten auch Kennzahlen aus dem ökonomischen Bereich. Darüber hinaus werden konzernweit vorab definierte Qualitätskennzahlen verglichen.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Die Asklepios Klinik Lindenlohe nimmt an allen gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung teil. Abweichungen in der Dokumentation und in der Ergebnisqualität werden intern und bei Bedarf ergänzend auf Konzernebene besprochen. Durch die Ergebnisse und den Vergleich der Daten erhalten wir Hinweise auf die erreichte Behandlungsqualität. Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung werden in der Klinik zur Entwicklung konkreter Ansätze zur Qualitätsverbesserung genutzt.