



KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Einrichtung:	Sana Kliniken des Landkreises Cham		
Institutionskennzeichen:	260930799		
Anschrift:	Standort Cham August Holz Straße 1 93413 Cham	Standort Roding Arnulfstraße 1 93426 Roding	Standort Bad Kötzing Hauser Straße 42 93444 Kötzing
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2015-0023 KHVB		
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	BSI Group Deutschland GmbH, Frankfurt am Main		
Gültig vom:	31.03.2015		
bis:	30.03.2018		

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	7
1 Patientenorientierung	8
2 Mitarbeiterorientierung	11
3 Sicherheit	13
4 Informations- und Kommunikationswesen	15
5 Führung	16
6 Qualitätsmanagement	18

Vorwort der KTQ®

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

Gesellschafter der KTQ® sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR).

Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

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

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

der Einrichtung beziehen.

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

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

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

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

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009/2. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet 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 Sana Kliniken des Landkreises Chammit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

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

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung

Die Sana Kliniken des Landkreises Cham stellen mit den 3 Standorten Cham, Roding und Bad Kötzing als Häuser der Grund- und Regelversorger den medizinischen Versorgungsauftrag in der Region sicher.

Seit Januar 2012 sind die Landkreiskliniken Cham, Roding und Bad Kötzing Teil der Sana Kliniken AG.

Die Sana Kliniken AG hält 74,9 Prozent der Anteile der Klinikgesellschaft, der Landkreis eine Sperrminorität von 25,1 Prozent. Sie ist die drittgrößte private Klinikgruppe Deutschlands mit einem Jahresumsatz 2014 von 2,021 Milliarden Euro, 49 Krankenhäusern, 12 Seniorenheimen und 28.954 Mitarbeitern. Hinter dem privaten Klinikverbund, der jährlich rund 1,8 Millionen Patienten behandelt, stehen die führenden privaten Krankenversicherungen, wie DKV, Signal Iduna oder die Allianz.



Jährlich behandeln wir rund 20.000 Patienten. Das medizinische und nicht-medizinische Personal arbeitet erfolgreich zusammen und erfüllt so die Maxime einer fachübergreifenden und umfassenden Behandlung. Die Besonderheit der Sana Kliniken des Landkreises Cham besteht in der Bereitstellung eines internen Versorgungsnetzwerkes, durch das die drei Häuser miteinander verbunden sind. Durch spezielle Einrichtungen wie die TEMPiS-Schlaganfalleinheit sind die Kliniken des Landkreises Cham per Videoübertragung mit Kliniken der Maximalversorgung verbunden.

Die enge Verflechtung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung, der Wissens- und Erfahrungsaustausch im Rahmen der Konsiliartätigkeit der Ärzte der Beleg- und Hauptabteilungen, kurze Informationswege zwischen niedergelassenen Ärz-

ten und den „Kliniken“ bieten ein fein abgestimmtes und leistungsfähiges Versorgungssystem für die Bürger des Landkreises Cham und über seine Grenzen hinaus.

Mit einem Netzwerk aus Partnern sorgen die Sana Kliniken des Landkreises Cham für eine umfassende Versorgung ihrer Patienten. Um dieser anspruchsvollen Aufgabe gerecht zu werden, setzen die Kliniken auf eine innovative, nach neuesten Standards ausgerichtete Medizin, eine moderne medizinisch-technische Ausstattung und hochqualifizierte, engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Mit 76 ärztlichen Mitarbeitern, 400 Mitarbeitern des Pflege- und Funktionsdienst sowie 80 Mitarbeitern der Verwaltung stellen die Sana Kliniken des Landkreises Cham einen der größten Arbeitgeber der Region dar.

Weitere Informationen zu den Sana Kliniken des Landkreises Cham stehen auf unserer ausführlichen Internetseite: www.diekliniken.de zur Verfügung.

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Die Sana Kliniken des Landkreises Cham sind eine Einrichtung der Grund- und Regelversorgung und tragen mit ihrem Leistungsspektrum in hohem Maße zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in der Region und darüber hinaus bei. Unser Qualitätsanspruch orientiert sich an den Besten sowie an der Zufriedenheit unserer Patienten, Kunden und Mitarbeiter. Um dieser anspruchsvollen Aufgabe gerecht zu werden, setzt das Haus auf eine innovative, nach Standards ausgerichtete Medizin, eine moderne medizinisch-technische Ausstattung und hochqualifizierte, engagierte Mitarbeiter. Auf der Homepage können Sie sich über die Lage der Kliniken, die Wegbeschreibungen und über das Leistungs- und Serviceangebot informieren. Gedruckte Informationsbroschüren liegen aus und bieten einen vertieften Eindruck über wesentliche Belange der Kliniken. Damit Sie Ihr Ziel schneller finden, befinden sich an allen wichtigen Punkten in unseren Häusern Hinweisschilder.

1.1.2 Leitlinien

Die Behandlung in unseren Krankenhäusern erfolgt unter Berücksichtigung von medizinischen und pflegerischen Standards, Konzepten und Richtlinien. Die langjährigen Erfahrungen unserer Mitarbeiter fließen dabei in jede Diagnose und Therapie mit ein. Als Qualitätsindikatoren werden auch die Daten aus der externen Qualitätssicherung verwendet. Fachspezifische Qualitätskontrollen werden durchgeführt (z.B. Traumazentrum Ostbayern). Alle medizinischen und pflegerischen Vorgaben werden regelmäßig ergänzt, aktualisiert und gemeinsam im Team besprochen. In den Arbeitsgemeinschaften zur Formulierung dieser Standards befanden sich Mitarbeiter mehrerer Bereiche und Berufsgruppen, um ein weites Erfahrungsspektrum in die erarbeiteten Vorgaben einfließen lassen zu können. Zudem werden regelmäßige Fortbildungen zu einschlägigen Themen hausintern und extern durchgeführt.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Unsere Mitarbeiter haben sich ein Leitbild gegeben, an dem all unser Handeln ausgerichtet ist. Der höchste Wert ist die Würde des Patienten und sein Recht auf Selbstbestimmung. Im Mittelpunkt aller Behandlungen steht der ganzheitlich betrachtete Mensch als aktiver Partner im Behandlungsprozess. Die Patienten und - auf Wunsch der Patienten auch ihre Angehörigen - werden in die Behandlungsplanung von Anfang an mit eingebunden. Dies umfasst Prävention und Beratung sowie Diagnose, Therapie und Nachsorge. Die Kommunikation mit fremdsprachigen Patienten ist u.a. auch durch unsere fremdsprachigen Mitarbeiter gewährleistet. Speziell ausgebildete Pflegekräfte sind mit der Schulung und Beratung von Patienten und Angehörigen in den verschiedenen Bereichen beauftragt (z.B. Wundexperten). Patientenvorträge werden zu ausgewählten und aktuellen Themen angeboten. Die Therapiebereiche (Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie) übernehmen individuelle Beratungen von Patienten und Angehörigen.

1.1.4 Service, Essen und Trinken

Unsere schönen hellen Zimmer sind teilweise ausgestattet mit:

- Vollelektronische Betten
- Schränke mit Schließfächern
- TV
- Radio
- eigene Nasszelle
- barrierefreie Nasszellen
- Telefonanschluss

Auf allen Stationen stehen Heißgetränke auf Wunsch des Patienten zur Verfügung.

Unsere Küche arbeitet nach international gültigen und anerkannten Standards (HACCP-Konzept).

Fortlaufend sorgt die Küche dafür, dass das Essen nicht nur wohlschmeckend ist, sondern auch unter strengsten hygienischen Gesichtspunkten hergestellt wird. Eine Wahlkost kann nach religiösen Aspekten (z.B. ohne Schweinefleisch) oder weltanschaulichen Einstellungen (z.B. vegetarisch) bestellt werden. Alle gängigen Diätformen werden zudem von der Küche angeboten.

Die Reinigung der Kliniken und der Patientenzimmer wird durch ein Spezialunternehmen (DGS) vorgenommen. So ist sichergestellt, dass sich unsere Patienten auf höchste Reinigungsstandards verlassen können. In der unmittelbaren Nähe der Krankenhäuser sind parkähnliche Grünflächen mit ausreichend Sitzgelegenheiten vorhanden.

1.1.5 Kooperationen

Unser Krankenhaus pflegt umfangreiche Kooperationen und Partnerschaften, um das Leistungsangebot für die Patienten permanent zu optimieren. Die Abstimmung mit internen als auch externen Kooperationspartnern ist durch Leitlinien, Vereinbarungen, Kooperationsverträge und Arbeitsverträge festgelegt. Durch regelmäßiges Zusammentreffen und stetige Kommunikation aller Kooperationspartner werden die Abläufe permanent optimiert.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die Planung der Ersteinschätzung erfolgt durch speziell geschultes Pflegepersonal nach Vorgabe der Manchester Triage; dieses System sorgt für eine bessere Zuordnung der Patienten und eine Reduzierung der Wartezeiten. Die Umsetzung der Manchester Triage (Cham) wurde in speziellen Schulungen vermittelt. Ausschließlich Mitarbeiter, die an den Schulungen teilgenommen haben, nehmen eine Ersteinschätzung danach vor. Eine 24-Stunden Aufnahmebereitschaft der Notfallaufnahme ist sowohl ärztlich als auch pflegerisch gewährleistet. Vorbefunde des Patienten werden nach Möglichkeit genutzt, um unnötige Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Unsere Patienten werden rechtzeitig und vor allem verständlich aufgeklärt. So bleibt genügend Zeit, mit den Ärzten über alle wichtigen Punkte zu sprechen oder sich auch eine ärztliche Zweitmeinung einzuholen.

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Durch unsere qualifizierten Mitarbeiter sowie die Bereitstellung umfassender und moderner Diagnostik- und Behandlungsverfahren gewährleisten wir eine auf die Patientenbedürfnisse abgestimmte professionelle Behandlung. Die Koordinierung von Terminen für die Indikationssprechstunden in der Viszeralchirurgie, Gefäßchirurgie und Unfallchirurgie erfolgt über das zentrale Belegungsmanagement. Die Versorgung mit Arzneimitteln und Apothekengütern ist rund um die Uhr gewährleistet.

1.3.2 Ambulante Operationen

Oberstes Ziel aller Beteiligten ist es, die Patienten unter optimalen Bedingungen zu operieren. Dazu wurden die Prozesse der OP-Planung und der OP-Ablauforganisation für alle Patienten und Notfallpatienten genau geregelt. In der prästationären Sprechstunde bzw. Ermächtigungssprechstunde werden Vorbefunde, Risiken und Lebensumstände umfänglich erfragt und ggf. erforderliche Zusatzuntersuchungen angeordnet. Bereits vorhandene Befunde werden ggf. nachgefordert. Die Indikationsstellung wird grundsätzlich im Rahmen der Sprechstunde der Abteilung durch einen Facharzt vorgenommen.

1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Zur stationären Diagnostik und Behandlungsplanung verfahren wir nach den allgemein gültigen diagnosebezogenen Standards und Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften. Dabei bleibt der Patient stets im Mittelpunkt unseres Handelns. Die Planung der Maßnahmen erfolgt von unseren erfahrenen Ärzten immer bezogen auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten. Der Informationsaustausch zwischen den Ärzten erfolgt täglich in der interdisziplinären Arztbesprechung. Durch Konsultanforderungen werden andere Fachrichtungen in Diagnostik und Therapie zudem eingebunden.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die hauspezifischen ärztlichen Leitlinien orientieren sich an den aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften. Die Therapieplanung wird von unseren erfahrenen Ärzten vorgenommen. Zudem liegen multiprofessionell entwickelte Behandlungspfade für ausgewählte Diagnosen und Prozeduren vor. Die Patientenaufklärung erfolgt umfassend, Aufklärungsbögen liegen in den gängigsten Sprachen vor. Die medizinisch hochwertige Therapie wird durch die Menschlichkeit unserer langjährigen Mitarbeiter optimal ergänzt.

1.4.3 Operative Verfahren

Oberstes Ziel aller Beteiligten ist es, die Patienten unter optimalen Bedingungen zu operieren. Dazu wurden die Prozesse der OP-Planung und der OP-Ablauforganisation für alle Patienten und Notfallpatienten genau geregelt. Eine fortlaufende Überprüfung dieser Festlegungen findet durch die interne und externe Qualitätssicherung statt. Eine OP-Sicherheitscheckliste nach WHO-Kriterien wird in den Krankenhäusern verwendet. Die Ergebnisse werden in der Qualitätskommission regelmäßig besprochen, um die Patientenorientierung noch weiter zu verbessern.

1.4.4 Visite

Während der Visiten werden die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen reflektiert, der Be-

handlungsverlauf überprüft und bei Bedarf angepasst. Unser Visitenmanagement wird laufend optimiert. Dabei wird auf feste Visitenzeiten, Häufigkeit, Wochenendregelungen, Chefarzt- und Oberarztvisiten besonders intensiv eingegangen. Der Ablauf sowie die patientenorientierte Gestaltung der Visite entsprechen unseren schriftlichen Vorgaben. Diese beinhalten Verhaltensweisen, Hygienevorgaben, Ablaufsvorgaben und Gesprächsführung. Viele Visiten finden multiprofessionell statt, um eine umfassende Kompetenz zu gewährleisten.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Prä- und poststationäre Versorgungen gewährleisten eine patientenorientierte Behandlung. Die Organisation, die Planung der Abläufe und Zeitziele wird von dem zentralen Belegungsmanagement bzw. den versorgenden Fachbereichen selbst vorgenommen. Eine Übersicht der Selbsthilfegruppen liegt der Pflegeüberleitung vor; ein Kontakt kann bei Bedarf von diesem vermittelt werden.

1.5.1 Entlassung

Alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen sind im Rahmen von Besprechungen an der Entlassplanung bzw. Vorbereitung zur Entlassung beteiligt. Die Weiterleitung von Informationen an die nachbetreuenden Einrichtungen und die Weiterversorgung mit Medikamenten sowie Heil- und Hilfsmitteln ist geregelt und sichergestellt. Die Vorbereitung der Entlassung erfolgt bereits bei Aufnahme der Patienten. So ist sichergestellt, dass bis zur Entlassung alle notwendigen Unterlagen vorliegen, alle Anschlussbehandlungen geplant werden können und der Patient ausreichend informiert werden kann. Für alle Fragestellungen stehen kompetente Mitarbeiter zur Verfügung, die diese Belange koordinieren. Die Zufriedenheit mit unserem Entlassmanagement messen wir u.a. kontinuierlich durch Patienten- und Einweiserbefragungen. Die Ergebnisse werden in der Krankenhausleitung besprochen, damit das Verfahren laufend optimiert werden kann.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Die Pflegeüberleitung ermittelt nach Anordnung der Ärzte zusammen mit der Pflege gemeinsam mit dem Patienten und ggf. dessen Angehörigen das Ausmaß des Nachsorge- bzw. Beratungsbedarfs. Auf der Grundlage der spezifizierten Risiken erstellt sie die vorläufige Entlassplanung. Dazu stimmt sie sich mit Patienten, ggf. dessen Angehörigen sowie allen externen (z.B. ambulanter Pflegedienst, nachbehandelnder Arzt, Pflegeheime, Sanitätshaus, Apotheke) und internen Beteiligten (z.B. verantwortliche Ärzte, pflegerische Mitarbeiter, Therapeuten) ab. Auf die Notwendigkeiten spezieller Nachsorgemaßnahmen wird der Patient hingewiesen. Für spezielle Therapien oder Implantate wird dem Patienten bei Entlassung ein entsprechender Ausweis ausgehändigt.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Der sterbende Patient wird in seiner Gesamtsituation wahrgenommen und berücksichtigt. Im interdisziplinären Team erfolgen Pflege und Behandlung auf der Basis der festgelegten Maßnahmen unter Berücksichtigung der kulturellen Besonderheiten. Dabei werden Wünsche respektiert, die sich aus Lebensumständen, Konfession, Spiritualität, kulturellen Gewohnheiten und dem Wunsch nach menschlicher Nähe und Distanz ergeben. Eine niedergelegte rechtsgültige Patientenverfügung, soweit der Inhalt der klinischen Situation entspricht, wird von uns beachtet. Ein Seelsorger für die Christlichen Konfessionen ist jederzeit erreichbar; für Angehörige anderer Glaubensrichtungen wird ein entsprechender Kontakt auf Wunsch vermittelt.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Wir ermöglichen einen angemessenen Abschied für Angehörige von verstorbenen Patienten. Die Verantwortlichkeiten und die Durchführung der notwendigen Maßnahmen zur Versorgung und den Transport von verstorbenen Patienten sind geregelt. Beim gesamten Umgang mit Verstorbenen wird darauf geachtet, dass die Würde, Individualität und Persönlichkeit des Verstorbenen soweit als möglich gewahrt wird und ein sensibler Umgang mit den Hinterbliebenen gewährleistet ist. Dabei werden rechtliche, hygienische und medizinische Erfordernisse beachtet. Kulturelle Aspekte, die für die individuelle Sterbebegleitung wichtig sind, werden in Gesprächen mit dem Patienten und seinen Angehörigen erörtert und nach Möglichkeit umgesetzt.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Der Personalbedarf wird im Rahmen der konzernweiten Mehrjahresplanung unter Berücksichtigung der zuvor erfolgten strategischen Festlegungen und Ausrichtungen geplant.

Die jeweiligen Verantwortlichen der Bereiche werden an der Planung beteiligt. Dabei sind die zuvor bereits festgelegten übergeordneten Rahmenbedingungen zu berücksichtigen (Planungsvorgaben zur Sana-Mehrjahresplanung). Über alle Bereiche des Hauses wird eine detaillierte Personalstatistik geführt, die umfassende Auswertungsmöglichkeiten beinhaltet. Veränderungen des Personalbedarfs aufgrund der Optimierung von Klinikstrukturen, wie auch die Schaffung neuer konzernweiter Tätigkeitsbereiche werden berücksichtigt

2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Die Regelungen zur Festlegung der Qualifikation finden sich in den Verantwortungsbeschreibungen, die für relevante Bereiche vorliegen. In den zweijährlichen Mitarbeiter-Gesprächen werden strukturiert die Wünsche der Mitarbeiter zu ihren beruflichen Entwicklungen abgefragt. Die Personalentwicklung orientiert sich nach Bedarf der einzelnen Fachbereiche. Dabei wird darauf geachtet, dass immer eine ausreichende Anzahl von qualifizierten Mitarbeitern zur Verfügung steht.

Die individuelle Karriereplanung für die Mitarbeiter richtet sich nach den Erfordernissen und Bedürfnissen unserer Krankenhäuser. Sie berücksichtigt persönliche Ausbildung, Qualifikation und Spezialisierung für die jeweiligen Aufgaben. Mitarbeiter aus den Häusern haben bei gleicher Qualifikation Vorrang vor externen Nach- oder Neubesetzungen.

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter im ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Bereich gibt es Einarbeitungskonzepte, welche die wichtigsten Informationen, Ansprechpartner und Regelungen enthalten. Jedem neuen Mitarbeiter wird für die Dauer der Einarbeitung ein Mentor zur Seite gestellt, der den Mitarbeiter begleitet und für alle Fragen zur Verfügung steht. Die Einarbeitungskonzepte haben sich bewährt – die Zufriedenheit der Mitarbeiter mit der Einarbeitung wird auch mit durch unsere regelmäßig stattfindenden Mitarbeiterbefragungen gemessen.

2.2.3 Ausbildung

Wir fördern intensiv die Ausbildung des Nachwuchses.

Im Assessment wird Wert auf die Eignung der Bewerber gelegt. Die Theorie- / Praxisverknüpfung während der Ausbildungen ist durch Regelungen zum Praxisanleitereinsatz und in einem Anleitungsstandard geregelt. Für jeden Ausbildungskurs existiert eine angepasste Blockplanung in Anlehnung an das Krankenpflegegesetz. Jeder Schüler verfügt über einen schriftlichen individuell geplanten Ausbildungsverlauf. Die Durchführung der Praxisanleitung wird in jedem praktischen Einsatz durch die Praxisanleiter dokumentiert. Anleitungen und praktische Leistungskontrollen am Patienten werden nur mit seinem Einverständnis an ihm durchgeführt.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Die Fort- und Weiterbildung ist systematisch auf die Bedürfnisse unserer Krankenhäuser abgestimmt. Der Bedarf an Fort- und Weiterbildung wird kontinuierlich ermittelt, dabei haben alle Mitarbeiter die Möglichkeit, eigene Wünsche einzubringen. Für Führungskräfte finden im Sana-Verbund verbindliche Fachtagungen mit speziellem Fortbildungsangeboten statt, strategische Ziele und neue Projekte werden hierbei aufgezeigt. Pflichtfortbildungen (z.B. im Bereich der Hygiene) finden für alle Mitarbeiter kontinuierlich statt.

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

So wie im Leitbild unserer Krankenhäuser und in der Qualitätspolitik des Sana Konzerns beschrieben, pflegen Führungskräfte einen kooperativen Führungsstil. Im Jahr 2013 wurde das Leitbild interdisziplinär, multiprofessionell und hierarchieübergreifend entwickelt. Führungskräfte arbeiten partnerschaftlich, kooperativ und ergebnisorientiert zusammen. Die gemeinsamen Anstrengungen dienen sowohl dem Wohle der Mitarbeiter als auch der erfolgreichen Entwicklung des Unternehmens. Der Patient steht dabei im Mittelpunkt allen Handelns.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Die Arbeitszeitregelungen entsprechen den jeweils gültigen tariflichen und arbeitszeitrechtlichen Vorschriften. Die Beachtung der Vorschriften ist Aufgabe der Vorgesetzten und wird zusätzlich durch den

Betriebsrat geprüft. Generelle Änderungen der Arbeitszeit werden dem Betriebsrat durch die Abteilung Personal zur Prüfung und Zustimmung vorgelegt.

Im Rahmen der tariflichen Möglichkeiten, unter Berücksichtigung gesetzlicher Anforderungen und des Arbeitszeitgesetzes werden die Arbeitszeiten in verschiedenen Arbeitszeitmodellen geregelt. Die Mitarbeiter haben die Möglichkeit, ihre Wünsche in Absprache mit der Führungskraft zur Dienstplangestaltung anzumelden. Diese werden, soweit die betrieblichen Belange dies zulassen, umgesetzt.

2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Mitarbeiterwünsche und –beschwerden werden in strukturierter Weise im Rahmen der Mitarbeiter-Gespräche aufgenommen. Darüber hinaus können die Mitarbeiter jederzeit, ihre Wünsche und Sorgen ihren Führungskräften mitteilen. Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) wird umgesetzt, ein Ansprechpartner ist benannt.

3 Sicherheit

3.1.1 Arbeitsschutz

Zur Gewährleistung der Sicherheit von Patienten und Mitarbeitern existiert ein umfassendes Konzept zum Arbeitsschutz. In diesem sind alle Aspekte zur Arbeitssicherheit beinhaltet. Eine Fachkraft für Arbeitssicherheit ist vorhanden. Der Strahlenschutzverantwortliche, Strahlenschutzbevollmächtigte und die Strahlenschutzbeauftragten der relevanten Bereiche gewährleisten, dass die gesetzlichen Vorgaben eingehalten werden. Dokumentierte Gefährdungsbeurteilungen werden für alle Arbeitsplätze durchgeführt.

3.1.2 Brandschutz

Ein Brandschutzbeauftragter ist benannt, ein Brandschutzkonzept und eine Brandschutzordnung sind vorhanden. In dem Brandschutzkonzept wird der Stand des Hauses abgebildet, die Brandschutzordnung ist nach Vorgabe der DIN 14096 aufgebaut. Flucht- und Rettungspläne befinden sich in den Häusern und werden bei Bedarf durch den Brandschutzbeauftragten mit Unterstützung von externen Sachverständigen aktualisiert.

3.1.3 Umweltschutz

Eine konsequente Mülltrennung mit dem Ziel einer hohen Recyclingquote ist seit Jahren Bestandteil unserer Abfallwirtschaft. Die Erfassung des Verbrauchs von Wasser und Energie erfolgt regelmäßig durch den dafür benannten Mitarbeiter. Maßnahmen zur Wasser- und Energieeinsparung werden in den Krankenhäusern umgesetzt.

3.1.4 Katastrophenschutz

Die Regelungen zum Katastrophenschutz (interne und externe Gefahrenlagen) befinden sich im Alarm- und Einsatzplan. Das Verfahren ist für alle Mitarbeiter jederzeit einsehbar. Der Inhalt ist Bestandteil der regelmäßigen dokumentierten Schulungen.

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

In den Krankenhäusern wird ein umfassendes Verfahren zur Regelung bei nichtmedizinischen Notfallsituationen angewendet. Die Verantwortlichkeiten des Einsatzablaufes für Alarm- und Katastropheneinsätze sind im Alarm- und Einsatzplan geregelt. Die redundante Stromversorgung ist durch Notstromaggregate und intelligente Netzaufteilung gewährleistet.

3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Die Sicherheit der Patienten ist durch die Anwesenheit von qualifiziertem Personal in allen Funktionsbereichen und Fachabteilungen gewährleistet. Unsere Krankenhäuser werden in der Versorgung von Patientengruppen mit Aufsichtspflicht konfrontiert. Diesen Situationen begegnen unsere Mitarbeiter deshalb mit besonderer Aufmerksamkeit, individuellen Lösungen und größter Umsicht. Generell gilt, dass Patienten mit einem hohen (Selbst-)Gefährdungspotenzial intensiver überwacht werden. Hierbei werden die gesetzlichen Bestimmungen eingehalten. Angehörige werden in die Betreuung von Demenzkranken und selbstgefährdeten Patienten mit eingebunden.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Auf allen Stationen und in den Funktionsabteilungen befinden sich zur Erstversorgung akut lebensbedrohlicher Zustände Notfallkoffer bzw. Notfallwagen. In diesen befinden sich geeignete Medikamente, Intubations-, Beatmungs- und Infusionstechnik nach vorgegebener Checkliste.

Ein zentrales Reanimationsteam befindet sich rund um die Uhr in Bereitschaft. Mitarbeiter die in klinischen Bereichen arbeiten, werden regelmäßig in speziellen Reanimationskursen geschult. Der Ablauf der Notfallversorgung wird nach dem Ereignis mit den Beteiligten reflektiert.

3.2.3 Hygienemanagement

In unserem Haus gibt es ein zentrales und umfassendes Hygienemanagement. Es existiert ein Hygieneordner für die Krankenhäuser, die Desinfektionspläne hängen in allen Abteilungen gut sichtbar aus. Für die Aktualisierung der Hygienevorgaben sind die Hygienefachkraft und der Krankenhaushygieniker verantwortlich. Das Krankenhaus nimmt langjährig an der Aktion „Saubere Hände“ teil. Auswertungen finden je Station nach der Durchführung der Beobachtung zur Händedesinfektion statt. Die Ergebnisse werden stationsweise vorgestellt. Die Einhaltung der Hygienerichtlinien wird durch regelmäßige protokollierte Begehungen sowie auch durch unangemeldete Kontrollen sichergestellt. Jährlich finden sanaweit interne Hygieneaudits statt.

3.2.4 Hygienerrelevante Daten

Ausbruchssituationen (z.B. Häufungen im Sinne des Infektionsschutzgesetzes) werden nach Rücksprache mit dem Ärztlichen Direktor an das zuständige Gesundheitsamt gemeldet.

Die Erstellung der kumulativen Keimresistenzstatistiken (z.B. MRSA) erfolgt durch die Hygienefachkraft. Durch die KISS-Module (Krankenhaus Infektions-Surveillance System) werden wichtige Informationen zu nosokomialen Infektionen erfasst und bewertet und ggf. Maßnahmen abgeleitet.

3.2.5 Infektionsmanagement

Die Planung hygienesichernder Maßnahmen im Umgang mit Infektionserregern ist in schriftlichen Regelungen festgelegt. Die schriftlichen Hygienevorgaben werden nach den Vorgaben des Robert Koch-Instituts und der Sana erstellt und ständig aktualisiert.

Für Infektionserkrankung sind Übertragungswege, Isolationsanforderungen, Schutzausrüstung, Zimmerkennzeichnung, Aufhebung der Isolation, Transport der Patienten innerhalb des Hauses sowie Desinfektionsmaßnahmen laufend und zur Schlussdesinfektion geregelt.

Die Hygienefachkraft kontrolliert im Rahmen von Begehungen die Umsetzung der Regelungen und schult bedarfs- und situationsbezogen die Mitarbeiter der Bereiche.

3.2.6 Arzneimittel

Die Bestellung, Lagerung und der Umgang mit Arzneimittel ist durchgängig geregelt.

Die Arzneimittelversorgung wird durch die angeschlossene Apotheke sichergestellt.

Über wichtige Änderungen / Anwendungsbesonderheiten informiert die Apotheke bei Lieferung des betreffenden Medikaments mit schriftlichem Hinweis.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Prozesse und Handlungsabläufe beim Umgang mit Blut- und Blutprodukten entsprechen dem Transfusionsgesetz und den allgemeinen Richtlinien zur Anwendung von Blut- und Blutprodukten. Zur Umsetzung dieser Vorgaben existiert ein Transfusionsmedizinisches Handbuch.

3.2.8 Medizinprodukte

Der Einsatz von qualitativ hochwertigen Medizinprodukten ist Grundlage unserer Patientenversorgung.

Die Einweisung der Anwender in die Geräte wird sichergestellt und dokumentiert.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Das EDV-System der Krankenhäuser ist umfassend extern (z.B. durch Firewalls) und intern (z.B. durch Sicherheitsrichtlinien) geschützt. Die vorhandene IT-Infrastruktur ermöglicht allen Anwendern eine uneingeschränkte Nutzung der vorhandenen IT-Systeme im Rahmen ihrer Berechtigungen. Das System ist 24h verfügbar. Wichtigste Komponenten sind redundant vorhanden, sie werden umfangreich vor Stromausfällen geschützt. Der Serverraum erfüllt die Anforderungen des Brandschutzes und der Datensicherheit.

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Alle wichtigen Informationen werden in der Patientendokumentation festgehalten. Zur Erarbeitung der bestehenden Regelungen wurden die verschiedenen Berufsgruppen (Ärzte, Pflege, Archiv) mit einbezogen. Alle Dokumente sind zudem über das QM-Handbuch abrufbar.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Alle berechtigten Personen haben zeitlich uneingeschränkten Zugriff auf die Patientendaten entsprechend ihrem Rollen- und Berechtigungskonzept. Alle zur Behandlung benötigten Informationen werden in der Patientendokumentation (Patientenakte und EDV) festgehalten. Seit 2012 werden die Akten aufgenommener Patienten digitalisiert und sind damit im Krankenhausinformationssystem verfügbar.

4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Über zahlreiche Informationsquellen erhält die Krankenhausgeschäftsleitung kontinuierlich Berichte zum aktuellen Stand aller Bereiche (z.B. Monatsberichte, Protokolle, persönliche Teilnahme in Kommissionen). Nutzerbezogen werden Mitteilungen der Krankenhausesellschaften, Newsletter der Fachverbände und Pressemitteilungen kontinuierlich und regelmäßig zur Verfügung gestellt. Die Kommunikationsstruktur ist in einer Besprechungsmatrix abgebildet.

4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

Externe Dienstleister sowie niedergelassene Ärzte werden bei Bedarf über Neuerungen / Änderungen informiert. Es besteht ein reger persönlicher und telefonischer Kontakt der Klinikärzte mit den niedergelassenen Kollegen. Der Internetauftritt beinhaltet u.a. Informationen über spezielle Leistungen, Besonderheiten der Krankenhausbehandlung, Wahlleistungsmöglichkeiten, Veranstaltungstermine sowie die speziellen Ansprechpartner. Direkte Mitteilungsmöglichkeiten für Patienten und Angehörige sind ersichtlich (Telefon, Email).

4.4.1 Organisation und Service

Die Mitarbeiter der Rezeption bedienen die Telefonzentrale und leiten eingehende Anrufe weiter. Besuchern und Patienten weisen sie gerne den Weg innerhalb der Klinik und beantworten interne und externe Anfragen kompetent. Schulungen zum Thema Kommunikation wurden durchgeführt. Der Eingangsbereich ist patienten- und besucherfreundlich gestaltet. Ein Getränke- und Speisensautomat ist vorhanden. Ausreichend Sitzmöglichkeiten befinden sich im Eingangsbereich.

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Ein Datenschutzkonzept ist erstellt und in Kraft gesetzt. Ziel ist die höchste Sicherheit bei dem Umgang mit den sensiblen Daten. Es beinhaltet alle datenschutzrelevanten Regelungen sowie praxisrelevante Hinweise. Ein externer Datenschutzbeauftragter ist benannt. Alle Mitarbeiter verpflichten sich bei Dienstantritt schriftlich zur Einhaltung der Schweigepflicht.

5 Führung

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Das Leitbild wurde 2013 neu erstellt. In dem Leitbild ist ein partnerschaftlicher, kooperativer und ergebnisorientierter Führungsstil festgelegt. Die Führungskräfte sind sich ihrer Vorbildfunktion bewusst. Bedingt durch die langjährige Zugehörigkeit vieler Mitarbeiter und deren örtliche Verbundenheit herrscht ein kollegiales und menschliches Miteinander. Die Führungskräfte kennen die Mitarbeiter persönlich und pflegen grundsätzlich den Führungsstil der „offenen Tür“.

Das Leitbild wurde den Führungskräften vorgestellt und zur weiteren Abstimmung ausgehändigt. Nach erfolgter Konsensbildung steht das Leitbild allen Mitarbeitern im QM-Handbuch zur Verfügung.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Vertrauensbildende und -fördernde Maßnahmen sind wichtiger Bestandteil der Führungsarbeit gemäß unseren Unternehmenswerten. Entsprechend dem Unternehmenswert Respekt wird ein respektvoller, offener, ehrlicher Umgang mit Patienten, Besuchern, Mitarbeitern, Kollegen und Vertragspartnern gepflegt. Die Unternehmenswerte sowie das Sana-Ethik-Statut werden in unserem Haus umgesetzt. Durch interdisziplinäre hierarchieübergreifende Veranstaltungen, wie z.B. Seminare oder Gruppenarbeit soll erreicht werden, dass sich die Mitarbeiter untereinander kennen lernen und Einblick in sowie Verständnis für das Aufgabengebiet der anderen Mitarbeiter gewinnen können.

Durch die Mitwirkung der Mitarbeiter in Projekt- und Arbeitsgruppen sowie in Kommissionen werden die Mitarbeiter an der strategischen Planung beteiligt.

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Entsprechend unserem Leitbild werden Entscheidungen zu ethischen Problemstellungen kollegial, unter Einbeziehung des Patienten und deren Angehörigen getroffen. Einen hohen Stellenwert in unseren Kliniken nimmt die feinfühlig und umsichtige Behandlung ethischer Problemstellungen ein, dies gilt vor allem bei ethisch bedingten Therapieplanungen, Therapieänderungen und Therapieabbrüchen. Die Ethikkommission unserer Krankenhäuser interdisziplinär zusammengesetzt.

Ethische Problemstellungen werden sensibel beachtet, so achten insbesondere die Führungskräfte aus dem ärztlichen und pflegerischen Dienst auf eine hohe Sensibilisierung ihrer unterstellten Mitarbeiter hinsichtlich aller ethischen, weltanschaulichen, kulturellen und religiösen Bedürfnisse.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Die Planung der baulichen und medizintechnischen Rahmenbedingungen richtet sich nach dem medizinischen Leistungsspektrum und -umfang sowie den im Wirtschaftsplan festgelegten wirtschaftlichen finanziellen Rahmen. In der Zielplanung wird die individuelle Situation der Häuser (u.a. Leistungsportfolio sowie Entwicklungen im Einzugsgebiet) berücksichtigt und aktuelle Entwicklungen der Gesundheitspolitik einbezogen.

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Die Krankenhäuser identifizieren sich stark mit dem lokalen und regionalen Umfeld und verstehen sich als Teil desselbigen. Der Aufbau und die Pflege von Partnerschaften im Rahmen der Ausübung gesellschaftlicher Verantwortung konzentrieren sich daher wesentlich auf die lokalen und regionalen Strukturen. Es gibt Angebote für verschiedene Bevölkerungsgruppen und Interessenten. Um die Attraktivität des Arbeitsplatzes messbar zu machen, wurde 2012 die Befragung „Great Place to Work“ durchgeführt.

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Ein Organigramm mit der Benennung aller Kliniken, Stationen, Abteilungen und Stabsstellen liegt vor. Aus diesem Organigramm sind wichtige Schnittstellen und Verantwortlichkeiten ersichtlich. Die Koordination der Gremien und Kommissionen erfolgt u.a. durch die Geschäftsordnungen der jeweiligen Gremien und Kommission sowie durch die Regelungen zum Informationsmanagement.

Ansprechpartner für Patienten, Angehörige, Mitarbeiter und externe Partner sind festgelegt und auf verschiedene Arten veröffentlicht, z.B. Patienteninformationsmaterialien, Eingangstafel, Aushänge, QM-Handbuch und Internet.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Die systematische Information der Krankenhausgeschäftsleitung ist durch ein internes Berichtswesen, regelmäßige Jour-Fixe, Jahresberichte und verschiedene Kommissionen sichergestellt. In der Besprechungsmatrix und den jeweiligen Geschäftsordnungen sind die Strukturen von Besprechungen sowie

deren Protokollierung, der Informationsaustausch, die Regelmäßigkeit der Arbeitstreffen zwischen den einzelnen Abteilungen sowie Personen und Verantwortlichkeiten geregelt. Für beauftragte Projekte wird ein Projektleiter benannt. Dieser ist gegenüber der Geschäftsführung berichtspflichtig.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

Innovationen werden gezielt geplant und Wissen als Chance zur Weiterentwicklung genutzt. Motivation für die Einleitung eines Veränderungsprozesses können die Lösung konkreter Probleme oder die Weiterentwicklung des Unternehmens sein. Mitarbeiter werden angeregt durch Fortbildungen und Visitationen neue Ablaufstrukturen und Behandlungsmethoden kennen zu lernen. Extern besuchte Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen werden intern ausgewertet und die Inhalte zielgruppengerecht weitergegeben. Neue Erkenntnisse werden in der Prozessoptimierung berücksichtigt (z.B. Schulungen zu neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen, Medizinproduktegesetz, Datenschutz).

5.4.1 Externe Kommunikation

Aufgaben von PR und Marketing werden von der Stabsstelle Öffentlichkeitsarbeit wahrgenommen. Die Stabsstelle entwickelt jährlich eine Jahresübersicht, in der Termine für Pressegespräche, Printmedien und Veranstaltungen enthalten sind. Die Außenkommunikation mit der Presse und deren Aufbereitung erfolgt über die Stabsstelle; sie übernimmt zudem die Aufgaben Sponsoring, Werbemittel, Printmedien, Organisation von Veranstaltungen und Werbung. Für Informationen werden alle bekannten Medien wie Presse und Internet sowie Patienteninformationstage sowie die Tage der offenen Tür genutzt.

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Die Zielsetzungen unseres umfassenden Risikomanagements umfassen abteilungs- und berufsgruppenübergreifende Instrumente

- Konzepte zum Einsatz eines klinischen Risikomanagements (z.B. CIRS, Risikoaudits)
- Maßnahmen des finanziellen Risikomanagements (z.B. Risikoatlas)

Das betriebswirtschaftliche und klinische Risikomanagement werden ständig weiterentwickelt.

6 Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation

Qualitätsmanagement hat eine lange Tradition in unseren Krankenhäusern.

Methoden und Instrumente sind u.a. die regelmäßigen Selbstbewertungen, externe und interne Audits, die Präventions- und Risikoanalyse, Befragungen und Analysen mit Benchmark, Best Practice im Konzernverbund. Die Planung der Prozesse, die Umsetzung der Leitlinien der Fachgesellschaften und der Expertenstandards, spezielle Gremien und das Beauftragtenwesen unterstützen den Gesamtprozess. Die Teilnahme am Ranking innerhalb des Internetportals Qualitätskliniken.de und des Sana Qualitätsinformationssystems (QuIS) unterstützen die Kennzahlenerhebung.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Die Planung der Prozesse, um Kundenanforderungen zu identifizieren und umzusetzen, erfolgt in definierten Abständen über die verbundweiten Patienten-, Einweiser- und Mitarbeiter-Befragungen. Dabei werden qualitätsrelevante Daten erfasst und verglichen. Das laufende interne Qualitätsmanagement ist etabliert. Zu ausgewählten Themen wird eine Projektleitung benannt, diese stellt bedarfsgerecht eine Projektgruppe zusammen.

6.2.1 Patientenbefragung

Regelmäßige Durchführung und Auswertung von Patienten-Befragungen zur Ermittlung der Bedürfnisse und zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit finden alle zwei Jahre statt. Die Befragungen werden von einem Spezialunternehmen valide durchgeführt und nach wissenschaftlichen Standards statistisch ausgewertet, der Datenschutz wird verpflichtend eingehalten. Die interne Patientenbefragung wird kontinuierlich mit Hilfe von standardisierten klinikeigenen Meinungsbögen durchgeführt und statistisch ausgewertet. Die Patienten werden bereits bei der Aufnahme über die Möglichkeiten der Meinungsäußerung informiert. Zudem liegen auf den Stationen die Meinungsbögen aus. Als Mitgliedsklinik des Internetportals Qualitätskliniken.de sind die Ergebnisse ab 2015 auch für die breite Öffentlichkeit einsehbar und mit anderen Kliniken vergleichbar (Qualitätsdimension 3).

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Die Einweiser-Befragung dient zur Erhebung der Zufriedenheit der einweisenden Ärzte mit den Abläufen unserer Häuser. Die Befragung ist ein Teil der Einweiserbindung und eröffnet den niedergelassenen Ärzten im Freitextfeld die Möglichkeit, ihre persönlichen Bemerkungen zu notieren. Dies dient dazu, die Stärken der Kliniken weiter auszubauen bzw. Verbesserungspotentiale aufzudecken und den Kontakt mit den Einweisern zu intensivieren.

Die Ergebnisse dieser Befragung werden in der Qualitätskommission sowie in den Chefärzten kommuniziert. Eine Auswertung wird zudem in das QM-Handbuch eingestellt.

Die Ergebnisse werden ab 2015 zudem in dem Portal Qualitätskliniken.de veröffentlicht werden (Qualitätsdimension 4).

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

In definierten Abständen werden im gesamten Sana-Verbund Mitarbeiterbefragungen durchgeführt, aktuell im Rhythmus von 2 Jahren. Zuletzt fand die Mitarbeiterbefragung 2012 statt, Alle Befragungen werden valide durchgeführt und nach wissenschaftlichen Standards statistisch durch den Anbieter ausgewertet. Das Ergebnis wird allen Mitarbeitern u.a. in der Betriebsversammlung zur Verfügung gestellt.

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Alle Mitarbeiter des Hauses sind zur Entgegennahme und Dokumentation einer Patienten- oder Angehörigenbeschwerde angewiesen. Der Hauptansprechpartner ist die Beschwerdebeauftragte, die über persönlich, Telefon, Fax und E-Mail erreichbar ist. Die Ergebnisse des Beschwerdemanagements werden an die Klinikleitung kommuniziert, Maßnahmen zur Erhöhung der Patientenzufriedenheit werden dort beschlossen.

6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

In definierten Abständen werden Patienten-, Einweiser- und Mitarbeiter-Befragungen durchgeführt. Des Weiteren erfolgt eine Erfassung und Aufbereitung von diversen klinikinternen Kennzahlen, wie z.B. Hygienestatistiken, Dekubitus- und Sturzstatistiken. Außerdem werden durch die interne Patienten-Befragung und das Beschwerdemanagement weitere Daten klinikintern ermittelt. Unterjährig erfolgt eine Auswertung der definierten Qualitätsindikatoren.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Die Daten der externen Qualitätssicherung werden kontinuierlich mit der gebotenen Sorgfalt vollständig so erhoben, dass eine valide Grundlage der Ergebnisse sichergestellt ist.

Die Daten werden in die entsprechenden Dokumentationsbögen eingetragen und an die Landesgeschäftsstelle zur Qualitätssicherung versendet. Extern wird ein Teil der Daten über den gesetzlichen Qualitätsbericht veröffentlicht. Zusätzlich werden erhobene Indikatoren auf dem Internetportal Qualitätskliniken.de ab 2015 veröffentlicht werden und dadurch der Abgleich mit anderen Einrichtungen ermöglicht. Intern werden die Daten der Qualitätskommission zur Verfügung gestellt.