



LANDKREIS MITTWEIDA KRANKENHAUS
GEMEINNÜTZIGE GMBH



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus: Standort Mittweida
der Landkreis Mittweida Krankenhaus gGmbH

Institutionskennzeichen: 261410155

Anschrift: Hainichener Straße 4-6
09648 Mittweida

**Ist zertifiziert nach KTQ[®]
mit der Zertifikatnummer:** 2016-0058 KH

**durch die von der KTQ-GmbH
zugelassene Zertifizierungsstelle:** LGA InterCert GmbH, Nürnberg

Gültig vom: 21.11.2016
bis: 20.11.2019

3. Zertifizierung

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort Krankenhaus Mittweida gGmbH	5
Die KTQ-Kategorien	6
1 Patientenorientierung	7
2 Mitarbeiterorientierung	11
3 Sicherheit	13
4 Informations- und Kommunikationswesen	15
5 Führung	17
6 Qualitätsmanagement	19

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 Visitorenteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

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

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

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

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

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

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Krankenhaus Mittweida gGmbH

Die Landkreis Mittweida Krankenhaus gGmbH mit ihrem Klinikstandort in Mittweida ist ein Krankenhaus der Regelversorgung, in dem etwa 570 qualifizierte und engagierte Mitarbeiter jährlich ca. 10.800 Patienten stationär und ca. 29.000 Patienten ambulant behandeln. Als seit 2009 KTQ-zertifizierte Einrichtung schaffen wir Transparenz hinsichtlich unserer gesamten Leistungen und beweisen ein hohes Qualitätsbewusstsein.

Mit 280 somatischen Betten bieten wir als leistungsfähiges Krankenhaus in Mittweida die medizinischen Fachrichtungen Chirurgie (Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie sowie Unfallchirurgie, Orthopädie und Wirbelsäulenchirurgie), Anästhesiologie und Intensivmedizin, Innere Medizin (Gastroenterologie und gastroenterologische Onkologie, Kardiologie und Angiologie, Palliativmedizin), Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Pädiatrie* in Kooperation mit der Kreiskrankenhaus Freiberg gGmbH. Weitere 60 Betten sowie 21 tagesklinische Plätze stehen in der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters in Mittweida und Chemnitz* sowie in der Tagesklinik in Riesa* zur Verfügung. Außerdem behandeln wir in Kooperation mit einer niedergelassenen Praxis* Patienten im Fachbereich Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde ambulant und stationär.

Durch die Deutsche Krebsgesellschaft und die Deutsche Gesellschaft für Senologie sind wir in Kooperation mit der Klinikum Chemnitz gGmbH als Brustzentrum zertifiziert. Weiterhin erreichten wir im Frühjahr 2014 die Zertifizierung zum EndoProthetikZentrum. Dies unterstreicht einmal mehr unsere Kompetenz und rund 20jährige Erfahrung auf dem Gebiet der Hüft- und Knieendoprothetik. In unserem interdisziplinären Bauchzentrum mit wöchentlichen Tumorkonferenzen wird durch eine schnelle, fachübergreifende Kommunikation für jeden Patienten eine individuelle Behandlungsstrategie festgelegt.

Als Akademisches Lehrkrankenhaus der Technischen Universität Dresden bleiben wir stets auf dem neuesten Stand der Entwicklungen und unterstützen dabei aktiv die Ausbildung des medizinischen Nachwuchses, um langfristig dem Ärztemangel in unserer ländlichen Region entgegen zu wirken und den Fortbestand von Arztpraxen im Umland zu sichern. Zusätzlich bilden wir jährlich ca. 18 Gesundheits- und Krankenpfleger im Unternehmen aus.

Unsere Ärzte arbeiten nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen interdisziplinär zusammen. Ganz gleich in welcher Abteilung Sie sich befinden, überall setzen sich unsere Mitarbeiter persönlich für das Wohl der Patienten ein und haben jederzeit ein offenes Ohr für ihre Ängste und Sorgen. Die Weiterempfehlungsquote unseres Krankenhauses liegt laut Patientenbefragung bei ca. 95 Prozent. Auch in Zukunft werden wir alles dafür tun, dieses Vertrauen aufrechtzuerhalten und zu stärken.

* nicht Gegenstand dieser KTQ-Zertifizierung

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Die Standorte der LMK gGmbH sind gut zu erreichen und ausgeschildert. Die Versorgung unserer Patienten erfolgt strukturiert und ist u. a. durch die Patientenaufnahmen gewährleistet. Alle stationär elektiv behandlungsbedürftigen Patienten werden strukturiert administrativ, pflegerisch und ärztlich aufgenommen. Notfallpatienten werden in der Notfallambulanz medizinisch versorgt, die Notwendigkeit der stationären Behandlung durch den Aufnahmearzt geprüft und eine fachärztliche Entscheidung hinsichtlich der stationären Aufnahmenotwendigkeit getroffen.

An den Standorten der LMK gGmbH existieren Regelungen für die Aufnahme- und Belegungsplanung. Dies betrifft sowohl die elektive Belegung als auch die notfallmäßige Aufnahme. Die an den Bedürfnissen der Patienten orientierten Aufnahmeverfahren umfassen neben administrativen Abläufen die ärztliche und pflegerische Anamnese, Risikoeinschätzungen und eine gründliche Aufklärung. Patienten und Angehörige können sich über verschiedene Printmedien und die Website informieren oder im Rahmen von Indikationssprechstunden beraten lassen.

1.1.2 Leitlinien

Unter Beachtung der von den medizinischen Fachgesellschaften veröffentlichten Empfehlungen wurden für die Fachabteilungen spezifische Behandlungsstandards entwickelt. Im Bereich der Pflege existieren Handlungsanweisungen in Form von Pflegerichtlinien und Pflegestandards.

Therapeutische, diagnostische und pflegerische Standards werden regelmäßig überprüft und bei Bedarf aktualisiert.

Über Internetanschlüsse in allen klinischen Bereichen erhalten die Mitarbeiter Informationen zu neuen Publikationen der Fachgesellschaften.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Um eine gute Information und Beteiligung unserer Patienten zu gewährleisten, haben wir Regelungen zur Wahrung der Patientenrechte schriftlich festgelegt.

Auf Wunsch unserer Patienten werden die Angehörigen in die Behandlung einbezogen.

Bei Bedarf werden Dolmetscher eingesetzt. Zudem stehen standardisierte Aufklärungsbögen in den verschiedenen Fremdsprachen zur Verfügung.

Bei unheilbaren Erkrankungen liegen uns die Bedürfnisse und Wünsche unserer Patienten besonders am Herzen, daher haben wir ein Ethikkomitee gegründet.

Zudem werden vorliegende Patientenverfügungen im Behandlungsprozess berücksichtigt. Vor großen Eingriffen kann der Patient eine Vollmacht ausfüllen, in der er eine Vertrauensperson als Ansprechpartner benennt.

Bei Bedarf können unsere Patienten sowie ihre Angehörigen unsere Seelsorgerin oder den psychoonkologischen Dienst in Anspruch nehmen. Um unseren Patienten auch nach Ihrem Klinikaufenthalt Ansprechpartner zur Seite stellen zu können, arbeiten wir mit verschiedenen Selbsthilfegruppen zusammen.

1.1.4 Service, Essen und Trinken

Das Ausstattungskonzept orientiert sich am Standard moderner Krankenhausbetriebe. Dazu gehören verstellbare Betten, verschließbare Schränke für jeden Patienten, Sitzgelegenheiten, Gemeinschaftsräume und sowie in Mittweida und Rochlitz eigene Sanitärbereiche für jedes Zimmer. Die Patienten können eine Cafeteria und den Park nutzen.

Die Mahlzeiten werden von qualifizierten Mitarbeitern unter Beachtung der fachärztlich angeordneten Kostformen zubereitet und verteilt.

Ein Konzept zur Kontrolle aller sensiblen Bereiche im Umgang mit Lebensmitteln ist etabliert. Dies betrifft Lieferanten, Lagerung, Zubereitung, Verteilung und Hygiene.

Qualifizierte Beratung kann durch eine Ernährungsmedizinerin, Diätassistenten und eine Diabetesberaterin eingeholt werden.

1.1.5 Kooperationen

Das Leitbild der LMK gGmbH definiert alle an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen als ein therapeutisches Team. Es existiert ein strukturiertes System interdisziplinärer Visiten, Fallbesprechungen und Konferenzen. Das Konsiliarwesen ist geregelt. Die Organisation der Schnittstellen zwischen stationären und operativen Bereichen, Funktionsdiagnostik und Transportdienst unterliegt der Priorität patientenorientierter klinischer Prozesse. Externe Kooperationen betreffen u.a. Labore, Sanitätshäuser oder die teleradiologische Zusammenarbeit mit anderen Praxen und Kliniken.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die Notfallversorgung ist an den Standorten rund um die Uhr gewährleistet. Das klinische Personal ist speziell ausgebildet, es existieren Standards zum Vorgehen bei den häufigsten Krankheitsbildern. Zwischen dem Rettungsdienst und den Notärzten besteht eine enge Zusammenarbeit.

Die Aufnahmebereitschaft wird in Abstimmung zwischen den Fachabteilungen gewährleistet. Für die Ersteinschätzung wird Facharztniveau durch Präsenz- und Rufbereitschaftsregeln garantiert.

Der Erstkontakt durch dreijährig examiniertes Pflegefachpersonal ist obligatorisch.

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

In den Ambulanzen und Sprechstunden werden frühestmögliche Termine nach Dringlichkeit und auch in Absprache mit dem zuweisenden Arzt vergeben. Qualifiziertes Personal sichert eine fachgerechte Untersuchung und Behandlung unserer Patienten. Die gute Vernetzung stationärer und ambulanter Abteilungen ermöglicht eine adäquate Befundung und Behandlung. Unsere Notaufnahmen gewährleisten rund um die Uhr eine umfassende Versorgung von Notfallpatienten.

1.3.2 Ambulante Operationen

Die Einbestellung von Patienten zu ambulanten Operationen erfolgt in den fachspezifischen Sprechstunden. Dort erhalten sie unter Wahrung der Aufklärungsfristen die Operationsaufklärung. Für ambulante Operationen gilt selbstverständlich der Facharztstandard. Die Terminvergabe zur Operation erfolgt nach Abstimmung der Fachabteilungen. Patientenwünsche werden berücksichtigt.

Die Überwachung des Patienten ist im Aufwachraum beziehungsweise in speziellen Überwachungsbereichen sichergestellt; gegebenenfalls wird bei Komplikationen der Patient stationär aufgenommen.

1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Die festgelegten Behandlungsstandards, die Leitlinien der Fachgesellschaften sowie die aus vorstationären Untersuchungen vorliegenden Therapieempfehlungen bestimmen das Vorgehen zur Planung aller diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Die dokumentierte Aufklärung der Patienten erfolgt unter strikter Beachtung gesetzlicher Bestimmungen. Bei der Behandlungsplanung werden die individuellen Voraussetzungen umfänglich analysiert. Neben den klinischen Parametern und der ärztlichen Anamnese gehören dazu die pflegerische Anamnese, eine Risikoeinschätzung, die Sozialanamnese und die Erfassung persönlicher Lebensumstände. Ein weitgehend standardisiertes und zwischen den beteiligten Berufsgruppen abgestimmtes Verfahren stellt sicher, dass alle Aspekte berücksichtigt werden.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die diagnostischen und therapeutischen Prozeduren erfolgen nach abteilungsinternen Standards bzw. nach Behandlungsleitlinien der Fachgesellschaften. In Absprache mit dem zuständigen Oberarzt bzw. Chefarzt schließt sich die Individualisierung des Vorgehens an. Die einheitliche Pflegequalität wird durch die Anwendung von Richtlinien und Standards gesichert, die nach Maßgabe pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse formuliert sind. Für die Durchführung von Prophylaxen zur Vermeidung von Komplikationen sind weitestgehend standardisierte Handlungsanweisungen vorhanden. Die klinischen Abläufe sind so strukturiert, dass die multiprofessionelle Koordination - z.B. in Visiten, Fallbesprechungen, jederzeit

geboten ist. Der Facharztstandard wird während der gesamten Dauer des stationären Aufenthaltes garantiert.

1.4.3 Operative Verfahren

Die Indikationsstellung und Planung der OP erfolgt in Verantwortung der jeweiligen Fachabteilung. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die perioperativen Prozesse sind im OP Statut geregelt.

Für Notfälle werden die erforderlichen Kapazitäten bereitgehalten. Im Berichtszeitraum wurden verschiedene Maßnahmen zur Optimierung des OP Managements umgesetzt. Dazu gehören die Einführung einer durchgängig elektronischen OP Planung, die Umsetzung eines Schmerzmanagements und die präzisere Erfassung verfügbarer Kapazitäten.

1.4.4 Visite

In der täglichen Visite (auf der Intensivstation zweimal täglich) finden Patientenuntersuchungen, Gespräche und Befundauswertungen in Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegepersonal und bedarfsweise auch mit der Physiotherapie und dem Sozialdienst statt. Die Qualität ist durch die ständige Gewährleistung einer fachärztlichen Betreuung gegeben. Bei postoperativ mit Schmerzkathetern versorgten Patienten erfolgt eine Visite durch den zuständigen Anästhesisten. Ambulant operierte Patienten werden vor der Entlassung visitiert.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Die LMK GmbH bietet neben der vollstationären Behandlung auch teilstationäre, prästationäre und poststationäre Behandlungsformen an. Zur Ablaufplanung erfolgen regelmäßige interne Abstimmungen der verschiedenen Berufsgruppen und Fachabteilungen. Die Einbestellung der Patienten wird direkt über die Stationen oder durch die Chefarztsekretariate organisiert.

1.5.1 Entlassung

Die Entlassungsplanung beginnt bereits bei der Aufnahme des Patienten. Entlassungen sind Teil des koordinierten Behandlungsprozesses. Sie sind abhängig vom diagnostischen und therapeutischen Verlauf. Der zuständige Arzt führt mit jedem Patienten ein Entlassungsgespräch durch. Bei allen Patienten, bei denen nach der Entlassung besondere Pflegebedürftigkeit besteht, wird frühzeitig der Pflegeaufwand besprochen und die Nachbehandlung organisiert.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Die Krankenhausstandorte arbeiten systematisch mit nachbetreuenden Einrichtungen zusammen. Die Überleitung in Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen erfolgt durch das Pflegepersonal zusammen mit dem Sozialdienst. Vor Verlegungen in andere Krankenhäuser erfolgt eine telefonische Vorankündigung mit Übermittlung von Informationen zum aktuellen Krankheitsstand. Bei Entlassung nach Hause kann der telefonische Kontakt ausdrücklich angeboten werden. Erforderliche Kontrolluntersuchungen werden mit dem weiterbehandelnden Arzt abgestimmt.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Bei der Betreuung Sterbender steht eine professionelle medizinisch-pflegerische Begleitung, die auf eine Verbesserung des subjektiven Befindens abzielt, im Mittelpunkt. Sterbende Patienten werden, wo immer möglich, in ein Einzelzimmer gelegt, um für Angehörige auf Wunsch eine kontinuierliche Begleitung realisieren zu können. In dieser Phase berücksichtigen wir zudem besonders stark die kulturellen und religiösen Wünsche unserer Patienten und ihrer Angehörigen.

Für ethische Fragestellungen wurde ein Ethikkomitee eingerichtet.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Beim Umgang mit Verstorbenen stehen die Angehörigen im Mittelpunkt. Dabei liegt uns die Berücksichtigung individueller sowie kultureller/religiöser Wünsche am Herzen. Angehörigen

wird die Möglichkeit eingeräumt, sich zunächst so viel Zeit zu nehmen, wie sie benötigen und sich ggf. an der Versorgung des Toten zu beteiligen.
Mit den unterschiedlichen Trauerreaktionen wird empathisch und professionell umgegangen.
Tot- und Fehlgeburten können auf Wunsch der Eltern bestattet werden.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Der Personalbedarf ist fixiert im Stellenplan des Klinikums. Grundsätzlich erfolgt die Fortschreibung in jährlichen Abständen zusammen mit dem Wirtschaftsplan. Die Berechnung erfolgt in Abhängigkeit des jeweiligen Aufgabenbereiches anhand verschiedener Kennzahlen.

2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Durch Personalentwicklungsmaßnahmen und eine gezielte Einstellung geeigneter und qualifizierter Mitarbeiter wird eine hochwertige Patientenversorgung gewährleistet. Die Personalentwicklung folgt der Zielplanung des Klinikums. Dabei wird den speziellen Anforderungen der Abteilungen Rechnung getragen. Berufsgruppenübergreifende Fortbildung sowie fachspezifische Weiterbildungsthemen werden angeboten. Wünsche der Mitarbeiter finden unter Beachtung der Zielplanung bei der Personalentwicklung Berücksichtigung.

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Die Grundlage für eine solide Einarbeitung neuer Mitarbeiter ist ein Einarbeitungskonzept für verschiedene Dienstarten.

Neue Mitarbeiter werden während der Einarbeitungsphase intensiv betreut. Die Fortschritte werden in Checklisten dokumentiert und in Zwischengesprächen reflektiert. Stellenbeschreibungen liegen für verschiedene Funktionen vor.

2.2.3 Ausbildung

Die angegliederte Krankenpflegeschule stellt die Verbindung zwischen Theorie und Praxis in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung auf der Grundlage des Krankenpflegegesetzes und des Rahmencurriculums für die Krankenpflegeausbildung im Land Sachsen sicher. In der praktischen Ausbildung werden die Auszubildenden in verschiedenen Abteilungen des Klinikums eingesetzt und durch hauptamtliche Praxisanleiter und Mentoren angeleitet. Es erfolgt eine permanente Überprüfung des theoretischen und praktischen Lernerfolges.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Zur Sicherung und Steigerung der Qualität nutzen die Mitarbeiter die Möglichkeit zur Teilnahme an internen und externen Fort- u. Weiterbildungen in Abstimmung mit den jeweiligen Abteilungsleitungen. Dies geschieht in allen Berufsgruppen und Hierarchieebenen. Bekanntgabe und Anmeldung der Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen erfolgen via Infoschreiben, E-Mail oder Aushang. Die Planungen orientieren sich an gesetzlichen Forderungen, dem Leistungsspektrum sowie der Qualitätspolitik und den Qualitätszielen des Hauses.

Zu Beginn eines Jahres wird ein jährliches Fortbildungsbudget definiert. Die Mitarbeiter werden gemäß den gesetzlichen Anforderungen und den Zielen der Klinik geschult. Bei Genehmigung einer Fort- oder Weiterbildung wird die Gewährung von Freistellung und Kostenzuschüssen individuell genehmigt. Da alle Maßnahmen über die Krankenhausleitung genehmigt werden, liegt bei ihr auch die Verantwortung für die Bereitstellung der Mittel.

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Dem Leitbild unseres Hauses entsprechend praktizieren wir einen mitarbeiterorientierten Führungsstil. Mitarbeiter werden ihrer Qualifikation gemäß in die Planungen der einzelnen Bereiche einbezogen. Die Mitarbeit in den unterschiedlichen Entscheidungsgremien geschieht i.d.R. berufsgruppenübergreifend. Bei geplanten Veränderungen, z. B. in der Ablauforganisation, werden i.d.R. Arbeitsgruppen eingesetzt, in denen die betroffenen Mitarbeiter an der Entscheidungsfindung beteiligt sind.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Die Arbeitszeiten werden durch die Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes und die tariflichen Regelungen bestimmt. Für die Ausgestaltung der Arbeitszeiten bestehen verschiedene berufsgruppenbezogene Arbeitszeitregelungen, die sich an den Versorgungsansprüchen der Patienten und betrieblichen Erfordernissen orientieren. Mitarbeiterwünsche bei der Dienstplangestaltung werden nach Möglichkeit berücksichtigt. Im Jahr 2009 wurde ein elektronisches Dienstplanprogramm implementiert.

2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Konsequente Förderung von Teambesprechungen und ein mitarbeiterorientierter Führungsstil bieten gute Voraussetzung dafür, Wünsche und Probleme im direkten Kontakt sanktionsfrei zu besprechen. Anonyme Mitarbeiterbefragungen ermöglichen die Äußerung von Wünschen und Unzufriedenheit. Die Mitarbeiter haben die Möglichkeiten ihre Ideen, Wünsche und Beschwerden dem Dienstvorgesetzten oder direkt der Geschäftsführung vorzutragen oder im Rahmen einer Dienstbesprechung zu thematisieren.

3 Sicherheit

3.1.1 Arbeitsschutz

Für die Belange des Arbeitsschutzes ist ein Arbeitssicherheitsausschuss berufen, der regelmäßig tagt und die Geschäftsführung berät. Eine externe Sicherheitsfachkraft und ein externer Betriebsarzt sind beauftragt. Die Meldewege für Arbeits- und Wegeunfälle sind klar strukturiert. Mehrere Ablaufbeschreibungen regeln die Verfahren zum Arbeitsschutz, die über Schulungen den Mitarbeitern vermittelt werden und im QM-Handbuch nachzulesen sind.

3.1.2 Brandschutz

Zur Vermeidung von Bränden, zur angemessenen Reaktion im Brandfall und zur Gewährleistung der Einhaltung aller gesetzlichen Bestimmungen existiert in der LMK GmbH ein Alarm- und Einsatzdokument. Es beinhaltet u.a. Maßnahmen zum vorbeugenden Brandschutz, zur Schulung und Ausbildung, zu Flucht- und Rettungswegen, Melde- und Löscheinrichtungen und Hinweise zum Verhalten im Brandfall. In regelmäßigen Abständen finden Unterweisungen, Begehungen und Überprüfungen auch in Zusammenarbeit mit den Feuerwehren statt.

3.1.3 Umweltschutz

Die LMK gGmbH bekennt sich zu einem gewissenhaften und effizienten Umgang mit den vorhandenen Ressourcen. Unser Ziel ist die kontinuierliche Verbesserung des Umweltschutzes. Daher motivieren wir unsere Beschäftigten und Kooperationspartner zu umweltbewusstem Denken und Handeln.

Der anfallende Abfall wird gemäß den gesetzlichen Vorschriften getrennt. Bei Verbrauchsmaterialien wird nach Möglichkeit auf Mehrwegverwendungen, Rücknahme der Verpackung oder Recyclingfähigkeit geachtet.

Im Rahmen von Baumaßnahmen werden energiesparende Technologien favorisiert, sofern diese wirtschaftlich sind.

Bei Neu- und Ersatzbeschaffungen werden wassersparende Armaturen und Spülkästen mit Stoppfunktion eingesetzt.

3.1.4 Katastrophenschutz

Das Klinikum ist in die Katastrophenschutzplanung des Landes einbezogen. Alle notwendigen Vorgehensweisen und Zuständigkeiten bei internen oder externen Notfallsituationen sind im klinikinternen Alarm- und Einsatzplan beschrieben.

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Der Alarm- und Einsatzplan umfasst u.a. Ablaufschemata etwa für die zu informierenden Stellen und evtl. Räumungen der Gebäude, einen Lageplan des Klinikums, eine Aufstellung der vorhandenen Gefahrgüter und ihrer Lagerplätze, wichtige Behörden und Einrichtungen (Feuerwehr, Polizei etc.).

Ausfallkonzepte für die Warmwasser-, Heizungs- und Stromversorgung sowie die EDV liegen vor.

3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Ziel ist die Gewährleistung der Patientensicherheit in unserem Krankenhaus. Hierzu gehören die Sicherstellung der baulichen und räumlichen Verhältnisse, die Anpassung des Stationsablaufes an besondere Anforderungen, die Erarbeitung und die Sichtbarmachung von Betriebsanweisungen sowie deren Schulung für alle Krankenhausbereiche. Patienten mit besonderen Risiken werden in speziellen Zimmern untergebracht und besonders betreut. Bei Bedarf wird auch eine zusätzliche Sitzwache gestellt oder es erfolgt die Betreuung durch speziell geschultes Personal.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

In unserer Klinik existiert ein geregeltes Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement. Der medizinische Notfall setzt dabei eine professionell standardisierte Rettungskette in

Gang. Jedem Mitarbeiter in der entsprechenden Abteilung ist der Standort der Notfallausrüstung bekannt. Die Notfallausrüstung ist jedem Mitarbeiter zugänglich. Es finden Schulungen für ärztliche und nichtärztliche Mitarbeiter statt.

3.2.3 Hygienemanagement

Die Verantwortung für die Belange der Krankenhaushygiene ist durch die Hygienekommission gesichert, die Strukturen dieser sind in der Hygieneordnung dargestellt; die Sitzungen finden regelmäßig statt und werden protokolliert. Der Hygieneplan ist für alle Bereiche zugänglich. Werden bei den Hygienebegehungen Mängel festgestellt, wird anhand des Begehungsprotokolls die entsprechende Information übermittelt, auch die Hygienekommissionssitzungen werden als Forum der Info-Übermittlung genutzt. Desinfektionspläne hängen sichtbar an allen relevanten Arbeitsorten aus.

3.2.4 Hygienerrelevante Daten

Die Hygienefachkräfte und der hygienebeauftragte Arzt achten darauf, dass die Hygienevorschriften eingehalten werden. Gemeinsame Visiten mit der Hygienefachkraft und regelmäßige Fortbildungen tragen zur Einhaltung der Qualitätsstandards bei. Monatlich wird eine Statistik zur Erfassung von Infektionen und Keimresistenzen erstellt. Meldepflichtige Erkrankungen werden direkt dem Gesundheitsamt mitgeteilt.

3.2.5 Infektionsmanagement

Unser Ziel ist es, durch Vorbeugung Infektionen zu verhindern und somit den größtmöglichen Schutz für Patienten und Mitarbeiter zu gewährleisten. Zentrales Ziel unserer hygienesichernden Maßnahmen ist die Vorbeugung und Vermeidung von Infektionen. Regelmäßig aktualisierte Hygienepläne, basierend auf den Richtlinien des Robert-Koch-Instituts, sowie Verfahrensanweisungen und Schulungen der Mitarbeiter helfen, dieses Ziel zu erreichen. Bei regelmäßigen Begehungen aller Bereiche durch die Hygienefachkräfte wird das Einhalten der Vorgaben überwacht.

3.2.6 Arzneimittel

Im Umgang und bei der Beschaffung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten existieren klare ablauforganisatorische Regelungen in der Apotheke, dem Einkauf und dem Labor. Sie orientieren sich an gesetzlichen Vorgaben und aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und beziehen auch die Arbeit der Arzneimittel- und Transfusionskommission mit ein. Bei der Beschaffung von Arzneimitteln und Medizinprodukten werden pharmakologische, ökologische, ökonomische Gesichtspunkte und Arbeitsschutzaspekte berücksichtigt.

Ziel ist es, eine optimale und lückenlose Versorgung der Patienten mit den notwendigen Medikamenten sicherzustellen. Die Lagerung von Arzneimitteln erfolgt ausschließlich in speziellen Arzneimittelschränken bzw. in separaten Kühlschränken. Betäubungsmittel werden in Betäubungsmitteltresoren gelagert. Lagerung, Vorratshaltung, Beschaffenheit und Kennzeichnung von Medikamenten werden regelmäßig durch die Versorgungsapotheke überprüft

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Der Umgang mit Blut- und Blutprodukten ist in der Transfusionsordnung geregelt und beschrieben. Dieses beschreibt alle Abläufe, Verantwortlichkeiten, Maßnahmen und Meldewege. Über das Intranet sind die Vorgaben jederzeit nachzulesen. Die gesetzlich geforderten Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der Transfusionsmedizin werden eingehalten.

3.2.8 Medizinprodukte

Der Umgang mit technischen und nichttechnischen Medizinprodukten ist festgelegt. Die Schnittstellen zwischen Medizin und Technik sind definiert. Es werden regelmäßig dokumentierte messtechnische und sicherheitstechnische Kontrollen der Medizinprodukte, dokumentierte Einweisungen der Anwender in die Geräte sowie Wartungen und Reparaturen durch qualifizierte interne und externe Fachkräfte durchgeführt.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Die EDV-Struktur wird systematisch weiterentwickelt. Durch Ausfall- und Datensicherheitskonzepte gewährleisten wir den Erhalt der Arbeitsfähigkeit auch bei möglichen Ausfällen. Bei Einführung neuer Software erfolgte die Schulung der anwendenden Mitarbeiter durch den Hersteller und Begleitung in der Praxis durch die Mitarbeiter der EDV-Abteilung. Bei Neueinstellung erfolgt eine Grundeinweisung / Einarbeitung innerhalb der Abteilung von bereits eingearbeiteten, im Umgang mit der Software erfahrenen Personal. Bei Bedarf (auf Nachfrage in der EDV) erfolgt auch eine Grundeinweisung durch die Mitarbeiter der EDV-Abteilung. Es stehen Räumlichkeiten für Schulungen zur Verfügung.

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Die Dokumentation aller Daten, einschließlich medizinischer und pflegerischer Krankengeschichten, Diagnosen, Therapien und Behandlungsverläufen, erfolgt zeitnah von allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen. Neben der Patientenakte werden Anforderungen, Befunde, Prozeduren, Diagnosen und Hausleistungen auch elektronisch dokumentiert. Es ist damit eine hohe Transparenz und Übersicht gewährleistet. Abgeschlossen und kontrolliert wird die Patientenakte von den Sekretärinnen, bevor die Archivierung erfolgt.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Alle am Behandlungs- und Betreuungsprozess beteiligten Berufsgruppen dokumentieren in einem am Standort einheitlichen Dokumentationssystem. Alle patientenbezogenen Formulare fließen in die Patientenakte ein. Somit ist jeder Mitarbeiter dokumentationsverantwortlich. Die Eintragungen zu Anordnungen, zum Verlauf und zu Befunden werden durch Handzeichen personalisiert. Zur Handhabung des Pflegedokumentationssystems finden Schulungen statt.

4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Zur zeitnahen und sachlich umfassenden Information der Krankenhausleitung wurde ein detailliertes Berichtswesen etabliert. Besprechungen der Gremien und der Teams werden protokolliert. Die Berichtspflichten der Vorgesetzten an die Krankenhausleitung sind in Stellenbeschreibungen definiert. Das Controlling beinhaltet sowohl klinische Kennzahlen als auch Indikatoren aus dem betriebs- und personalwirtschaftlichen Bereich.

4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

In jeder Führungsebene und allen Bereichen finden regelmäßig Sitzungen/Besprechungen statt, ebenso gibt es interne Stations- und Abteilungsbesprechungen. Im ärztlichen Bereich finden täglich Besprechungen statt, in denen Besonderheiten mitgeteilt werden. Informationen werden darüber hinaus durch Rundschreiben, Dienstanweisungen oder Verfahrensanweisungen mitgeteilt. Über persönliche Kontakte, Telefon, Fax und E-Mail ist die Kommunikation jederzeit möglich. Im EDV-System sind Informationen umfassend und zeitnah einsehbar.

Die LMK gGmbH informiert die Öffentlichkeit regelmäßig. Dazu werden unter anderem Presseauftritte, die klinikeigene Homepage, Flyer und Tage der offenen Tür genutzt. Der Bereich Öffentlichkeitsarbeit übernimmt die Gestaltung der Informationsmaterialien und hält den Kontakt zu Druckereien, Printmedien, Rundfunk und Fernsehen. Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit werden in verschiedenen Gremien, wie z. B. in den Chefarztkonferenzen, besprochen und durch die Geschäftsführung freigegeben.

4.4.1 Organisation und Service

Die zentralen Auskunftsstellen bilden den ersten Anlaufpunkt vor Ort und am Telefon für Patienten und Besucher. Auskünfte werden zeitnah, korrekt und freundlich erteilt.

Die Auskunftsstellen sind rund um die Uhr besetzt.

Rollstühle stehen jederzeit zur Benutzung bereit.

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Grundlage des Datenschutzes in der LMK gGmbH bilden das Bundesdatenschutzgesetz, das sächsische Datenschutzgesetz und entsprechende Verfahrens- sowie Arbeitsanweisungen. Die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen wird durch einen Datenschutzbeauftragten überwacht. Im Rahmen des Einarbeitungskonzepts werden alle neuen Mitarbeiter über die Regelungen des Datenschutzes belehrt. Für das hauseigene EDV-System existieren zahlreiche Regelungen wie Berechtigungskonzepte, Firewall, strikte Trennung von Inter- und Intranet.

5 Führung

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Das Leitbild stellt die Handlungsgrundsätze für alle Beschäftigten unserer Krankenhausstandorte dar. Jeder Mitarbeiter hatte die Möglichkeit an dessen Erstellung mitzuwirken. Das Leitbild wurde den Mitarbeitern, Patienten und der Öffentlichkeit bekannt gemacht. Das Leitbild ist auf unserer Homepage im Internet zu finden.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

In der täglichen Arbeit wird durch einen respektvollen offenen Umgang und Ehrlichkeit das gegenseitige Vertrauen geschaffen und gestärkt. Dafür sind alle Mitarbeiter, insbesondere jedoch die Führungskräfte, in den Kliniken verantwortlich, da Vertrauen auch in direktem Zusammenhang mit der Führungskultur steht.

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

In der täglichen Arbeit wird durch einen respektvollen offenen Umgang und Ehrlichkeit das gegenseitige Vertrauen geschaffen und gestärkt. Dafür sind alle Mitarbeiter, insbesondere jedoch die Führungskräfte, in den Kliniken verantwortlich, da Vertrauen auch in direktem Zusammenhang mit der Führungskultur steht.

Der würdevolle Umgang mit sterbenden Patienten und die Berücksichtigung der Bedürfnisse dieser Patienten sind im Krankenhaus geregelt. Pflegekräfte und Ärzte schaffen für den Sterbenden ein angemessenes ruhiges Umfeld und sorgen für Schmerzfreiheit. Unnötige Untersuchungen werden vermieden, die Pflege wird an den Zustand des Sterbenden angepasst. Die Beachtung von Patientenverfügungen ist sichergestellt. Den Angehörigen und anderen benannten Personen sind uneingeschränkte Besuchsmöglichkeiten gegeben.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Das Leitbild bildet den Rahmen, aus dem sich konkrete Vorgaben für die Zielplanung ableiten lassen. Die Geschäftsführung berichtet dem Aufsichtsrat regelmäßig über die Umsetzung strategischer Entscheidungen und über die Weiterentwicklung des Krankenhauses. Zur längerfristigen strategischen Ausrichtung wurden Gespräche mit den Chefarzten und Abteilungsleitern mit den Zielsetzungen geführt, die Versorgung der Bevölkerung weiterhin in hoher medizinischer Qualität zu gewährleisten, auszubauen und nicht zuletzt die Arbeitsplätze in der Region zu sichern.

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Das Klinikum, als gemeinnütziges Krankenhaus, nimmt durch die Teilnahme an bzw. die Durchführung von verschiedenen Aktivitäten für Patienten, Mitarbeiter oder Stadt seine gesellschaftliche Verantwortung wahr. Hierbei handelt es sich z.B. um Medizinvorträge, Angebot von Reanimationskursen oder die Unterstützung von Selbsthilfegruppen.

Leitende Mitarbeiter sind in regionalen bzw. überregionalen Netzwerken engagiert. Im gesundheitspolitischen Bereich engagiert sich das Unternehmen in Arbeitskreisen des Landkreises aus Kliniken, Behörden, Rettungsdiensten, Feuerwehr und Pflegeeinrichtungen.

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Die Organisationsstruktur des Hauses einschließlich Verantwortlichkeiten und Zuständigkeitsbereichen ist in einem Organigramm festgelegt. Die Verantwortlichkeiten sind in Arbeits- und Dienstverträgen sowie Stellenbeschreibungen geregelt.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Zur Sicherstellung einer effizienten und effektiven Arbeitsweise der Führungsgremien existieren im Klinikum diverse organisatorische Regelungen. So ist die Arbeit in den verschiedenen Gremien und Kommissionen zumeist per Geschäftsordnung oder Satzung definiert. Ein kontinuierlicher Informationsaustausch wird durch regelmäßige Besprechungen der

Gremien sowie die Protokollierung sichergestellt.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

Innovation, Effektivität und Effizienz der Organisation sind wesentliche Ziele im Leitbild und in den Managementgrundsätzen. Durch kritische Reflektion der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen, die Beobachtungen des Marktes sowie den Erfahrungsaustausch mit anderen Anbietern werden Chancen ermittelt. Die Realisierung geplanter Innovationen erfolgt in Projekten. Zielvorgaben, Ressourcen und Zeitpläne werden definiert. Die konkreten Innovationsvorhaben basieren auf der strategischen Zielplanung. Notwendige Ressourcen werden in den Wirtschaftsplan eingestellt. Reserven für neue Versorgungsansätze werden unter Berücksichtigung der Besonderheiten in den Fachdisziplinen erschlossen. Wissenschaftliche Arbeiten von Mitarbeitern werden gefördert, um das betriebliche Know How zu verbessern.

5.4.1 Externe Kommunikation

Die Planung der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit orientiert sich an der strategischen Unternehmensplanung.

Ziel der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit ist die offene und authentische Kommunikation des Images (Corporate Identity) der LMKg GmbH in der Öffentlichkeit.

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Ziel des umfassenden Risikomanagements ist es rechtzeitig über drohende betriebswirtschaftliche sowie medizinische Schäden informiert zu werden und somit u.a. die Patientensicherheit und die betriebswirtschaftliche Sicherheit zu erhöhen.

In der Klinik werden zum Thema Patientensicherheit verschiedenen Maßnahmen durchgeführt (wie z.B. MRSA-Screening, Zählkontrolle).

Zudem wurde ein Beinahefehlermeldesystem (CIRS) etabliert.

Dabei werden Ereignisse, welche das Aktionsbündnis für Patientensicherheit e.V. zur Verfügung stellt, kritisch ausgewertet.

6 Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation

Alle Mitglieder der Klinikumsleitung (Geschäftsführung, Ärztlicher Direktor, Pflegedienstleitung, Personalabteilung, Betriebsrat) bilden zusammen mit dem Qualitätsmanagementbeauftragten das Qualitätslenkungsgremium. Die Stabsstelle Qualitätsmanagement ist organisatorisch der Geschäftsführung zugeordnet und im Organigramm ausgewiesen. Das Lenkungsgremium tagt regelmäßig. Es ist für das grundsätzliche Vorankommen des QM-Prozesses verantwortlich.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Um die Behandlung unserer Patienten sowie die Zusammenarbeit mit angrenzenden Einrichtungen fortwährend zu verbessern, stellen wir unsere Prozesse im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses regelmäßig auf dem Prüfstand. Dabei sind bei der Erstellung von Prozessbeschreibungen sowie der Überprüfung grundsätzlich alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen involviert. Des Weiteren führen wir Patienten- und Einweiserbefragungen durch, die uns weitere Verbesserungspotentiale aufzeigen.

6.2.1 Patientenbefragung

Im Mittelpunkt unseres täglichen Handelns steht der Patient, dessen Zufriedenheit für uns einen hohen Stellenwert hat. Daher führen wir kontinuierlich eine umfassende Patientenbefragung durch. Diese zeigt uns Stärken aber auch Verbesserungspotentiale in unserer Betreuung auf. Basierend auf den Ergebnissen werden anschließend Maßnahmen initiiert, die wir im Verlauf bzgl. ihrer Wirksamkeit evaluieren. Bei Bedarf finden zudem partielle Befragungen, wie z.B. Wartezeiterhebungen statt.

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Die Zufriedenheit unserer Einweiser stellt einen weiteren wichtigen Aspekt für die Unternehmensführung dar. Daher führen wir im dreijährlichen Rhythmus eine Einweiserbefragung durch, welche uns Aufschlüsse über Verbesserungspotentiale und Stärken gibt. Anschließend werden hieraus Maßnahmen abgeleitet, die wir im Verlauf evaluieren.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Die Zufriedenheit unserer Mitarbeiter stellt einen wichtigen Aspekt in der kontinuierlichen und somit hochwertigen Patientenbetreuung dar. Hier werden Stärken und Verbesserungspotentiale deutlich. Letzteren begegnen wir mit abgeleiteten Maßnahmen. Unsere Mitarbeiter werden dabei kontinuierlich über den Stand der einzelnen Projekte im Intranet sowie über weitere Medien auf dem Laufenden gehalten. Des Weiteren haben die Mitarbeiter die Möglichkeit ihre Ideen und Vorschläge einzubringen.

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Patientenwünsche und Patientenbeschwerden sind für uns wichtige Wegweiser zur Verbesserung unserer Qualität. Die Ursachen für Beschwerden werden genau und unverzüglich analysiert und ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet.

6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Qualitätsrelevante Daten werden in verschiedenen Bereichen erfasst und ausgewertet. Weitere Qualitätsindikatoren werden mit Hilfe des EDV-Systems erfasst (Orbis). Es wurden EDV- und weitere Mitarbeiter zur Erfassung und Übermittlung der Qualitätsindikatoren benannt.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Ziel ist die Sicherstellung der Beteiligung des Krankenhauses an der externen Qualitätssicherung nach §137 SGB V.

Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung werden dem Klinikum in elektronischer

Form zur Verfügung gestellt. Problemorientierte Ergebnisanalysen werden in den jeweiligen Fachbereichen vorgenommen und ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet und durchgeführt. Zu bestimmten Fragestellungen erfolgt ein strukturierter Dialog, um Abweichungen vom Bundesdurchschnitt zu klären. Bisher sind wesentliche Auffälligkeiten bei uns nicht aufgetreten.