



Klinikum
Landsberg am Lech

Besser. Näher. Herzlicher.



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

Krankenhaus: Klinikum Landsberg am Lech

Institutionskennzeichen: 260911444

Anschrift: Bgm.-Dr.-Hartmann-Str. 50
86899 Landsberg am Lech

**Ist zertifiziert nach KTQ[®]
mit der Zertifikatnummer:** 2017-0058 KH

**durch die von der KTQ-GmbH
zugelassene Zertifizierungsstelle:** SAMA Cert GmbH, Stuttgart

Gültig vom: 27.11.2017

bis: 28.11.2020

Zertifiziert seit: 27.11.2014

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kriterien	6
1 Patientenorientierung	7
2 Mitarbeiterorientierung	11
3 Sicherheit - Risikomanagement	13
4 Informations- und Kommunikationswesen	16
5 Unternehmensführung	18
6 Qualitätsmanagement	21

Vorwort der KTQ®

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

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

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

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

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

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- Sicherheit - Risikomanagement,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Unternehmensführung und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

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

Während der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren® gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

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

Dieser KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 55 Kriterien des KTQ-Kataloges Version 2015.

Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet einen strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass das **Klinikum am Lech** 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

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die Deutsche Krankenhausgesellschaft

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

F. Wagner

Für den Deutschen Pflegeerrat

Vorwort der Einrichtung



Das Klinikum Landsberg am Lech ist ein Akutkrankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit 221 Planbetten und rund 700 Mitarbeitern. In unseren Fachbereichen Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und Augenheilkunde sichern wir die wohnortnahe Versorgung des Landkreises und von Patienten über den Landkreis hinaus. Unser Leistungsangebot wird abgerundet durch ein Schmerzzentrum mit Ambulanz und Schmerztagesklinik mit 8 Plätzen und die enge Kooperation mit der die kbo-Lech-Mangfall-Klinik Landsberg am Lech für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, die sich in unserem Haus befindet. Jährlich behandeln wir über 12.000 Patienten stationär und über 23.000 Patienten ambulant. Jeder einzelne Patient ist uns wichtig und willkommen!

Sichtbare und messbare Qualität in allen Bereichen

Ziel des in unserem Haus umfassend betriebenen Qualitätsmanagements ist es, den Anforderungen und Ansprüchen unserer Patienten, deren Angehörigen und aller übrigen Kunden gerecht zu werden. Die kontinuierliche Qualitätsverbesserung ist seit mehr als einem Jahrzehnt Teil unserer Unternehmenskultur. Um unsere Qualität sichtbar, nachvollziehbar, messbar und somit steuerbar zu machen, bedienen wir uns verschiedener Instrumente und Sicherungsverfahren. Zur leichteren Lesbarkeit wird in dem vorliegenden Qualitätsbericht von "der Person" gesprochen. Damit ist auch die weibliche Person gemeint.

Ihr,

Marco Woedl

Vorstand Klinikum Landsberg am Lech

Die KTQ-Kriterien

1 Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Im Klinikum ist ein Wegeleitsystem eingerichtet. Neben den Übersichtstafeln in der Eingangshalle informieren die Mitarbeiter die Patienten u. Besucher gern individuell über die Zugänge zu den verschiedenen Funktions- und Fachbereichen. Einzelne Anlaufstellen sind mit Symbolen versehen. Der Empfang in der Eingangshalle ist von 6.00 Uhr bis 20.30 Uhr mit Personal besetzt. Außerhalb dieser Zeiten erfolgt eine Aufnahme über die 24h mit Fachpersonal besetzte Pforte der Zentralen Notaufnahme. Eine Begleitung zu den Stationen bzw. Funktionen ist im Bedarfsfall möglich. Der Aufnahmeprozess orientiert sich individuell an der gesundheitlichen Situation des Patienten. Patienten mit Voranmeldung, Einweisung durch den niedergelassenen Arzt oder gezielter Einbestellung werden vom Empfang bzw. der Patientenaufnahme direkt an die entsprechenden Stationen oder Ambulanzen / Funktionen weitergeleitet. In der Zentralen Notaufnahme entscheidet der behandelnde Arzt nach eingehender Untersuchung mit dem Patienten über das weitere Vorgehen. Es erfolgt immer eine ärztliche und eine pflegerische stationäre Aufnahme des Patienten.

1.1.2 Leitlinien und Standards

In den Fachabteilungen liegen berufsgruppenspezifische und berufsgruppenübergreifende, zum Teil fachübergreifende, Standards für die Patientenversorgung vor. Hierauf kann jeder Mitarbeiter über die hausweite Informationsplattform zugreifen. Bei der Erstellung und Aktualisierung der hausinternen Standards werden die Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften berücksichtigt. Zugriffsmöglichkeiten darauf bestehen einerseits über das Internet und andererseits über die Verlinkung der Intranetseiten mit den betreffenden Seiten der Fachgesellschaften.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Die Integration des Patienten in alle Aspekte der Behandlungsplanung ist im Pflegeleitbild und im Qualitätsmanagementhandbuch fixiert und somit oberste Maxime für alle an der Behandlung beteiligten Fachbereiche. Der Patient nimmt durch die direkte Ansprache in den Visiten und Untersuchungen aktiv an der Entscheidung über die diagnostischen / pflegerischen Maßnahmen oder deren Unterlassung teil. Bei Einverständnis des Patienten können auch die Angehörigen je nach Wunsch einbezogen werden. Die Information erfolgt in verständlicher Form, ggf. mit Dolmetscher.

1.1.4 Ernährung und Service

Während der stationären Aufnahme wird eine Anamnese in Bezug auf die Kostform vorgenommen. Liegt keine Diätverordnung vor, so können Patienten bei der Mittagsmahlzeit zwischen 4 Menüformen (Vollkost, leichte Vollkost, vegetarische Kost, KLL-fit) wählen. Alle Mahlzeiten werden individuell zusammengestellt und können täglich verändert werden. Die Auswahlmöglichkeiten sind kostformabhängig. Religiöse und kulturelle Aspekte werden durch die Wahlmöglichkeiten oder durch Wunschkost abgedeckt. Untersuchungen und Visiten finden möglichst außerhalb der Essenszeiten statt.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Für die Patienten wird ein körperlicher, seelischer und sozialer Status erhoben, der die Grundlage für die weitere Behandlung darstellt. Die Aufnahmeuntersuchung erfolgt in der Zentralen Notaufnahme, bei elektiven Patienten zum Teil auf den Stationen, in der Tagesklinik für Schmerztherapie in einem 2-tägigen Aufnahmeassessment. Das Pflegeassessment erfolgt standardisiert unmittelbar, spätestens innerhalb von 24h, nach stationärer Aufnahme im persönlichen Gespräch mit dem Patienten, ggf. wird eine Risikoeinschätzung (z. B. Dekubitus) vorgenommen. Die ärztliche Anamnese erfolgt am Aufnahmetag je nach Dringlichkeit. Dabei werden die Erwartungen des Patienten erfasst und entsprechend berücksichtigt.

1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung

Das Klinikum bietet ein umfassendes ambulantes Versorgungsangebot im Bereich der Grundversorgung an. Es ist mit Verkehrsmitteln gut zu erreichen. Parkplätze stehen ausreichend kostenlos zur Verfügung. Die Patienten werden in der Regel telefonisch durch Einweiser / Rettungsleitstelle beim diensthabenden Arzt oder den fachspezifischen Ambulanzen / Sekretariaten angemeldet und anhand der Diagnose, des Behandlungsbedarfs und ihrer Wünsche gesteuert. Informationsmaterial über das Leistungsspektrum steht im Internet und im Klinikum vor Ort zur Verfügung.

1.3.2 Ambulante Operationen

Die Notfallversorgung ist 24h durch die Zentrale Notaufnahme sichergestellt. In allen Fachabteilungen ist 24h, entsprechend den Ruf- und Bereitschaftsdienstplänen, ein Facharzt verfügbar. Durch die Fachabteilungen werden eigenständige Ambulanzen und Sprechstunden mit unterschiedlichem Ermächtigungsumfang betrieben. Im ambulanten OP-Zentrum ist die Versorgung der Patienten in einer schriftlichen Ablaufregelung fixiert. Patienten werden nach Terminplan einbestellt, wobei die diagnostischen und therapeutischen Abläufe nach Möglichkeit im Vorfeld geplant werden.

1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung

Der Arzt trägt die umfassende Behandlungsverantwortung. Für den Patienten wird unter Einbeziehung der Pflege, ggf. der Therapeuten, ein individueller Behandlungsplan nach Leitlinien der Fachgesellschaften und internen Behandlungsstandards erstellt. Dabei werden aus den diagnosebezogenen Behandlungsleitlinien individuelle diagnostische Stufenpläne abgeleitet. Alle Behandlungsprozesse werden nach ärztlicher Anordnung, aufbauend auf der Ersteinschätzung, im Dialog mit dem Patienten geplant und unter Betrachtung des Gesundheitszustandes umgesetzt. Die Patienten werden angehalten, Vorbefunde zur Aufnahme mitzubringen. Behandlungsrelevante fehlende Vorbefunde werden (ggf. telefonisch) vom Arzt nachgefordert. Dies geschieht beispielsweise in der Tagesklinik für Schmerztherapie anhand einer Checkliste. Krankenakten aus Voraufenthalten in Papierform können bis spätestens zum nächsten Werktag angefordert werden, die im Rahmen der Digitalisierung des Archivs bereits digitalen Akten können sofort eingesehen werden. Bei interner Verlegung wird die komplette Akte dem Patienten mitgegeben.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die Behandlung und Pflege der Patienten wird umfassend, zeitgerecht und entsprechend professioneller Standards und Leitlinien durchgeführt. Der Facharztstandard wird gewährleistet. Die Umsetzung der Schmerztherapie erfolgt standardbasiert inklusive Schmerzerfassung und Dokumentation. Neben der für die Behandlung von chronischen Schmerzen eingerichteten Tagesklinik für Schmerztherapie, ist eine Schmerzzambulanz mit qualifiziertem ärztlichem und pflegerischem Personal im Klinikum eingerichtet. Wundexperten, Pain Nurses, Ernährungsberatung und das Palliativteam tragen u. a. zu einer umfassenden Behandlung bei. Es erfolgt eine ganzheitliche Betreuung des Patienten nach dem Pflegesystem der Bereichspflege, auf der Kinderstation nach dem System der Bezugspflege. Die Aufklärung bzgl. Diagnose, Therapie, Prognose und medikamentöser Versorgung erfolgt unter Beachtung der Intimsphäre und des Datenschutzes in einer verständlichen Art und Weise. Für die Beratung und Betreuung stehen neben dem medizinischen Personal u. a. die Pflegeüberleitung, der Sozialdienst, die Klinikseelsorge und ein fachübergreifendes Palliativteam zur Verfügung. Die Aufnahme von Begleitpersonen ist möglich. Untersuchungen und Therapiemaßnahmen werden bei den täglichen Visiten mit dem Patienten geplant und koordiniert. Für die Patienten wird ein individueller Behandlungs- und Pflegeplan erstellt. Untersuchungsanforderungen erfolgen standardisiert über die EDV oder in dringenden Fällen telefonisch. Die Funktionen erstellen unter Beachtung des Eingangs und der Dringlichkeit der Anforderung einen Terminplan für die Untersuchungen. Die Patienten werden von der Pflege auf die Diagnostiken bzw. auf Verlegungen vorbereitet und ggf. von qualifiziertem Personal begleitet.

1.4.3 Operative Prozesse

Eine OP-Bereitschaft ist 24h gewährleistet. Die OP-Planung erfolgt digital. Zur Sicherung einer optimalen Ablauforganisation wurden die Verantwortlichkeiten / Organisationsstrukturen in einem OP-Statut bindend geregelt. Die Fachkoordinatoren der Abteilungen erstellen für ihren Fachbereich in Zusammenarbeit mit dem OP-Koordinator den OP-Plan (bis 14.00 Uhr) für den Folgetag. Der vom OP-Koordinator gepflegte digitale OP-Plan ist bindend. Telefonische Nachmeldungen sind direkt an den OP-Koordinator möglich.

1.4.4 Visite

Die Zusammenarbeit der an der Patientenversorgung Beteiligten wird durch die Visiten, durch situativ gezielte Fragestellungen (ggf. auch in interdisziplinären Fallbesprechungen) und durch die einheitlichen Regelungen zum Konsilwesen gewährleistet. Persönliche Absprachen sind jederzeit kurzfristig möglich. Die Zentrale Notaufnahme sowie die Intensivstation werden interdisziplinär geführt. Interdisziplinäre Operationen bei organüberschreitenden Erkrankungen werden durchgeführt. Ein interdisziplinär zusammengesetztes Palliativteam ist etabliert. Die Visiten laufen strukturiert und fachabteilungsspezifisch ab. Die Chef- und Oberarztvisiten dienen als Qualitätssicherungsinstrumente und gewährleisten den Facharztstandard. Bei Bedarf werden andere Berufsgruppen (z. B. Physiotherapeuten) in die Visite einbezogen. Für die Durchführung der täglichen Kurvenvisiten ist der Stationsarzt verantwortlich. Bei Schichtwechsel des Pflegepersonals findet eine Übergabe am Patientenbett statt, zusätzlich erfolgt bei besonders komplexen Pflegesituationen eine konkrete fallbezogene Pflegebesprechung.

1.5.1 Entlassungsprozess

Der nationale Expertenstandard zum Entlassungsmanagement sowie das Entlassmanagement nach § 39 SGB V findet Anwendung. Die Entlassungsplanung beginnt bereits mit der stationären Aufnahme. Im Zuge derer wird durch den Arzt, die Pflege und den Sozialdienst (ggf. die Pflegeüberleitung) in Abstimmung mit dem Patienten und dessen Angehörigen der Entlasszeitpunkt und der Bedarf an einer nachstationären Versorgung ermittelt. Der behandelnde Arzt führt ein Entlassgespräch mit dem Patienten durch. Patienten, die eine weitere pflegerische Betreuung benötigen, erhalten eine Pflegeüberleitung. Am Entlasstag erhalten alle Patienten einen Arztbrief. Bei Verlegung in einen externen Versorgungsbereich wird dem Patienten ein ausführlicher Verlegungsbrief mitgegeben, zusätzlich sind telefonische Absprachen zwischen den Versorgungsbereichen möglich (z.B. bei besonderer Problematik). Für Patienten die in eine ambulante oder stationäre Weiterbetreuung übergehen, wird ein Pflegeüberleitungsbogen erstellt und weitergeleitet. Die Patienten und deren Angehörige werden bei Bedarf umfassend über das nachstationäre Betreuungsangebot der jeweiligen Fachabteilung informiert. Eine Einbestellung in entsprechende Ambulanzen der Fachabteilungen ist möglich.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung

Die Wünsche / Vorstellungen des Patienten werden soweit wie möglich berücksichtigt. Patientenverfügungen finden grundsätzlich Beachtung. Eine qualifizierte palliativmedizinische Versorgung, z. B. zur Schmerzlinderung, ist gewährleistet. Es erfolgt eine verstärkte Zuwendung des medizinischen Personals unter Berücksichtigung der besonderen individuellen Umstände. Dabei erfolgt die medizinische Versorgung nach Sinnhaftigkeit. Die Angehörigen können 24h beim Patienten bleiben. Abschiedszimmer stehen zur Schaffung einer angemessenen Umgebung zur Verfügung.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Eine Arbeitsanweisung zur pflegerischen Versorgung von Verstorbenen liegt vor. Zusätzlich finden die gesetzlichen Regelungen der Leichenschau Anwendung. Nach vorheriger Absprache innerhalb des betreuenden Pflege- und Ärzteteams erfolgt die Information der Angehörigen, deren Begleitung durch gewünschte Seelsorger und die Information des Hausarztes. Wünschen nach der Umsetzung spiritueller Rituale wird nach Möglichkeit entsprochen. Den Angehörigen wird die Gelegenheit zum Abschiednehmen gegeben. Der Raum für eine würdevolle Aufbahrung wird derzeit modernisiert.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Personalbedarf

Auf Grundlage der tatsächlichen Ist-Zahlen erfolgt die Personalplanung. Personalrat, Vorstand und die entsprechenden Abteilungsleitungen werden in die Planung einbezogen. Die Anpassungen werden gemäß Personaleinsatz und -kosten vom Bayerischen Prüfungsverband vorgenommen. Die Stellenplanberechnung erfolgt unter Berücksichtigung der Arbeitsmehrung, der jeweiligen Personalausfallquote, den gesetzlichen Vorgaben und gemäß den Zielen der Unternehmensplanung.

2.1.2 Personalentwicklung

Die Verantwortung der Personalentwicklung liegt bei den Chefärzten, der Pflegedienst- und den Abteilungsleitungen. Dabei erfolgt eine kontinuierliche Unterstützung durch die Personalleitung. Die Personalentwicklung beruht auf dem Wirtschaftsplan und erfolgt in erster Linie durch die Ermöglichung von Fort- und Weiterbildungen innerhalb der Arbeitszeit, durch die Umsetzung der ärztlichen Weiterbildungsordnungen und durch die Regelungen zur Kostenübernahme. Die strukturierten Mitarbeitergespräche ergänzen das Konzept. Die benötigten Qualifikationen sind über den Stellenplan und die

Stellenbezeichnung definiert. Bei Neubesetzung einer Stelle wird entschieden, ob andere oder zusätzliche Qualifikationen notwendig sind. Für jedes neue Aufgabenfeld werden Tätigkeitsprofile erstellt. Die Mitarbeiter werden für spezielle Themen durch interne / externe Fortbildungsmaßnahmen qualifiziert bzw. müssen spezielle Qualifikationen mitbringen.

2.1.3 Einarbeitung

Auf die neuen Mitarbeiter stellt sich das Klinikum früh ein. Die Raumausstattung, die Kommunikationstechnik und die Dienstkleidung sind mit Arbeitsbeginn vorhanden. Die Einarbeitung in der Pflege erfolgt durch die Begleitung von Bezugspersonen. Arbeitsanweisungen und weitere Informationen können in der hausinternen digitalen Informationsplattform jederzeit eingesehen werden. Es ist ein Leitfaden zur Einarbeitung und in den verschiedenen Bereichen zusätzlich ein spezielles Einarbeitungskonzept vorhanden.

2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Für den Bereich der Pflege- und Funktionsdienste werden verschiedene Fortbildungsveranstaltungen in einem jährlichen Fortbildungsprogramm angeboten. Die Führungskräfte der Abteilungen tragen hinsichtlich Bedarfsermittlung, Planung, Teilnahme und Berichterstattung über die Inhalte und Umsetzung in der Praxis die Verantwortung. Daneben können die Mitarbeiter selbst in Teambesprechungen, Mitarbeitergesprächen oder im direkten Kontakt zur Personalleitung ihre Fortbildungswünsche und -bedürfnisse äußern und eine entsprechende Umsetzung planen. Jährlich wird für Fort- und Weiterbildungen ein sich an der Höhe des Verbrauches im Vorjahr orientierender Etat bereitgestellt und im Wirtschaftsplan berücksichtigt. Die Abteilungsleitungen können im Bedarfsfall eine Erhöhung des Budgets vereinbaren. Die bereitstehenden Mittel werden unter Berücksichtigung der Personalentwicklungsplanung auf die Bereiche verteilt. Grundsätzlich kann über die Finanzierung von Fortbildungsmaßnahmen auch durch eine Einzelfallentscheidung in Abstimmung mit Vorstand, Personalleitung und Abteilungsleitung entschieden werden. Jede Fachabteilung ist mit entsprechender Standardfachliteratur ausgestattet, ggf. kann benötigte Fachliteratur durch die Chefärzte und Abteilungsleitungen in Absprache mit dem Vorstand bestellt werden. In einigen Spezialbereichen sind Mitarbeiter mit der Organisation und Pflege der Fachliteratur beauftragt. Der Zugang zu elektronischen Medien ist über entsprechende abteilungsspezifische Zugriffsberechtigungen gewährleistet. Fachzeitschriften sind über das Umlaufverfahren zugänglich. Für Fortbildungen stehen Tagungsräume (mit Ausrüstung) zur Verfügung. Angegliederte Ausbildungsstätten leisten eine Theorie-Praxis-Vernetzung und bereiten Mitarbeiter angemessen auf ihre Tätigkeiten im Rahmen der Patientenversorgung vor. Die angegliederte Berufsfachschule für Krankenpflege ist für die Durchführung des theoretischen Ausbildungsteils sowie für die Koordination der gesamten Ausbildung verantwortlich. Es existieren ein Rahmenausbildungsplan sowie eine Praxiseinsatzplanung. Das Klinikum verfügt über Praxisanleiter und Mentoren.

2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance

Die Arbeitszeitregelungen sind an den TVöD gebunden und erfüllen die Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes. Zur Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit und zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit werden flexible Arbeitszeiten eingesetzt, die durch ein elektronisches Dienstplansystem unterstützt werden. Arbeitszeitmodelle, die die Kundenwünsche unserer Patienten / Beleger berücksichtigen, werden mit der Personalvertretung sowie den Fachvorgesetzten abgestimmt.

2.1.6 Ideenmanagement

Das Ansprechen von Kritikpunkten / Wünschen / Vorschlägen und Beschwerden kann im Team, bei Mitarbeitergesprächen oder direkt mit der Klinik- oder Personalleitung erfolgen. Der Personalrat dient als Ansprechpartner für die Arbeitnehmerseite. Er hat dabei sowohl eine beratende als auch unterstützende / vermittelnde Funktion. Vorschläge werden nach Nutzen, Umsetzbarkeit usw. durch eine Kommission bewertet und entsprechend bearbeitet.

3 Sicherheit - Risikomanagement

3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements

In diesem systematischen Verfahren werden mögliche kritische Ereignisse für Patienten und/oder Mitarbeiter vorausschauend analysiert, erkannt und Maßnahmen zur Risikominimierung erarbeitet. Die drei großen Bausteine des Risikomanagements sind die Erfassen und Identifizieren von Risiken und Risikobereichen (Analyse, Bewertung), das Steuern von Risiken (Vermeidung, Minimierung, Begrenzung, Akzeptanz) und die Kontrolle von Risiken (Verfolgung von Veränderungsmaßnahmen). Das Verfahren wird systematisch in allen Bereichen umgesetzt.

3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung

Für den Patienten wird eine sichere Umgebung gewährleistet und Maßnahmen zur Sicherung vor Eigen- und Fremdgefährdung umgesetzt. Zur Gewährleistung der Sicherheit bestimmter Patientengruppen sind die zu treffenden Maßnahmen in verschiedenen Verfahrens- und Dienstabweisungen fixiert. Ein erkennbares Gefährdungspotential wird bei Aufnahme erfasst.

3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement

Ein Reanimations-, Schockraum- und ein Notsektio-Alarm sind eingerichtet. Die Zuständigkeiten sind geregelt, standardisierte Notfallausrüstungen stehen an strategischen Punkten bereit und werden regelmäßig auf Funktion und Vollständigkeit geprüft.

3.1.4 Organisation der Hygiene

Im Klinikum ist ein systematisches an der Krankenhaushygieneverordnung ausgerichtetes Hygienesystem etabliert. Ein Hygienebeauftragter sowie eine Hygienefachkraft für das Klinikum sind benannt. Zusätzlich berät und unterstützt die Hygienekommission. Sie tagt mindestens einmal im Jahr oder bei aktuellem Anlass. Hygiene- und Desinfektionspläne hängen in den entsprechenden Arbeitsbereichen aus, die Inhalte daraus sind geschult. In jeder Fachabteilung ist ein hygienebeauftragter Arzt benannt, welcher neben der Hygienefachkraft Ansprechpartner ist.

3.1.5 Hygienerrelevante Daten, Infektionsmanagement

Hygienerrelevante Daten werden den gesetzlichen Anforderungen entsprechend erhoben, statistisch aufbereitet und analysiert. Der Meldeweg für meldepflichtige Erkrankungen entspricht den Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes. Verbesserungsmaßnahmen und Auffälligkeiten werden in der Hygienekommission beraten und beschlossen und fließen in den Hygieneplan entsprechend ein. Hausweit wird nach den Vorgaben des Hygieneplans gearbeitet. Dieser orientiert sich an den aktuellen Leitlinien und den Vorgaben des Robert-Koch-Instituts (RKI). Weitere hygienesichernde Maßnahmen sind die regelmäßig bzw. bedarfsorientiert stattfindenden Unterweisungen, Begehungen und mikrobiologischen Untersuchungen. Zusätzlich erfolgt eine kontinuierliche Sensibilisierung der Mitarbeiter durch den direkten Kontakt zwischen Hygienefachkraft und Mitarbeiter bei der täglichen Arbeit. Im Klinikum sind die Richtlinien des RKI der geltende Maßstab für die Umsetzung und Überprüfung hygienischer Maßnahmen. Die von der Hygienefachkraft für das Haus erarbeiteten hausinternen Richtlinien sind für alle Mitarbeiter verpflichtend. Die Hygienefachkraft schult die Bereiche in Form von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen und im direkten Kontakt im Arbeitsbereich. Begehungen durch Gesundheitsamt und Gewerbeaufsichtsamt finden statt.

3.1.6 Arzneimittel

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Bereitstellung von Arzneimitteln. Eine von der kooperierenden Apotheke vorgeschlagene und in der Arzneimittelkommission beratene Arzneimittelliste liegt vor und wird kontinuierlich dem veränderten Kenntnisstand angepasst. Sonderbestellungen sind über die Apotheke möglich. Der Bedarf an medizinisch technischen Geräten wird im Investitionsplan erfasst. Die Bereitstellung erfolgt nur durch Fachpersonal. Für die Anwendung von Betäubungsmitteln sind Arbeitsanweisungen für alle Fachabteilungen vorhanden. Im Rahmen der Medikamentenanamnese für jeden Patienten werden bekannte Allergien oder Unverträglichkeiten erfasst, dokumentiert und bei der weiteren Medikamentenauswahl beachtet. Die Anordnung und Dosiervorgabe darf nur vom Arzt vorgenommen werden. Die Wirkung und Verträglichkeit der Medikamente wird in der Visite überprüft. Für bestimmte Medikamente ist die Anwendung in Behandlungsstandards geregelt.

3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin

Das Klinikum betreibt ein hauseigenes Labor. Die Bestellung von Blut / Blutprodukten erfolgt je nach Bedarf (24h) nur durch das Labor. Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Blut und Blutprodukten. Es liegt ein Qualitätssicherungssystem nach den Vorgaben des Transfusionsgesetzes vor. Dieses und die Dienstanweisung "Hämotherapie" regeln die Verantwortlichkeiten und den Umgang mit Blut- und Blutprodukten. Der Transfusionsverantwortliche des Hauses ist für die Umsetzung und Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen verantwortlich. Für jede Fachabteilung ist ein Transfusionsbeauftragter benannt. Eine Transfusionskommission ist etabliert. Die Rückverfolgbarkeit von Blutgaben ist über die Chargendokumentation gewährleistet.

3.1.8 Medizinprodukte

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten. Eine Dienstanweisung zur Umsetzung des MPG liegt vor.

3.2.1 Arbeitsschutz

Die Krankenhausleitung hat eine Fachkraft für Arbeitssicherheit und einen Betriebsarzt beauftragt. Ein Arbeitssicherheitsausschuss wurde gebildet. Die Fachkraft für Arbeitssicherheit begeht die Arbeitsbereiche der verschiedenen Berufsgruppen, prüft diese anhand der gesetzlichen Vorgaben und erstellt entsprechende Gefährdungsbeurteilungen. Es finden jährliche Pflichtunterweisungen zu den Themen „Brandschutz und Arbeitsschutz“ statt. Betriebsanweisungen zum Umgang mit Gefahrstoffen liegen vor.

3.2.2 Brandschutz

Eine Brandschutzordnung und ein Alarm-/ Einsatzplan liegen nach den gesetzlichen Vorgaben vor. Flucht- und Rettungswegepläne für alle Bereiche hängen an strategisch notwendigen, hoch frequentierten Stellen aus. Eine regelmäßige Korrekturprüfung erfolgt durch den Brandschutzbeauftragten. Die Anfahrtswege der Feuerwehr / Verzeichnis der Hydranten sind in den Feuerwehrplänen festgehalten und stehen der Feuerwehr sowie der Pforte jederzeit zur Verfügung. Die Zuständigkeiten für den Brandschutz sind festgelegt. Eine Brandmeldeanlage ist installiert und wird gewartet.

3.2.3 Datenschutz

Daten und Informationen insbesondere von Patienten werden im Krankenhaus durch verschiedene Maßnahmen geschützt. Es ist ein Datenschutzbeauftragter mit der erforderlichen Fachkunde ernannt. Alle Mitarbeiter, die mit Patientendaten konfrontiert sind, werden über die Datenschutzbestimmungen informiert und regelmäßig geschult. Dienst- und Arbeitsanweisungen regeln die Verantwortlichkeiten und Zugriffsberechtigungen auf Patientendaten.

Arbeitshilfen zu konkreten Fragestellungen werden im Bedarfsfall durch den Datenschutzbeauftragten erstellt. Alle Mitarbeiter haben eine Datenschutzerklärung unterzeichnet.

3.2.4 Umweltschutz

Das Klinikum betreibt eine aktive Umweltpolitik und ist seit 2016 "EMAS" zertifiziert. Für diese Belange wurde ein Umwelt- und Abfallbeauftragter benannt. Eine Umweltgruppe arbeitet aktiv zur Unterstützung mit. Zu den Umweltzielen gehören die Einhaltung von gesetzlichen Verpflichtungen und der sparsame Umgang mit Ressourcen. Das Umweltmanagementhandbuch ist erstellt. Ein Abfallkonzept regelt über die Einteilung in Abfallkategorien die fachgerechte Entsorgung. Beim Produkteinkauf wird auf ökologische Gesichtspunkte geachtet. Bei der Planung von Umbau-/ Neubaumaßnahmen werden Energieeinsparmöglichkeiten durch den Umweltbeauftragten beachtet.

3.2.5 Katastrophenschutz

Die Verantwortlichkeiten für das Vorgehen bei internen Katastrophen einschließlich technischer Störungen (z. B. von Gefahranlagen) sind im „Krankenhaus Alarm und Einsatzplan“ geregelt. Dieser liegt in jeder Station und Funktion aus, somit steht er allen Mitarbeitern zur Verfügung. Das Klinikum ist in den Katastrophenplan des Landkreises Landsberg eingebunden.

3.2.6 Ausfall von Systemen

Ausfallkonzepte für die einzelnen Systeme (z.B. Strom, Wasser, medizinische Gase oder Telefonanlage) sind etabliert und werden sowohl geschult als auch auf optimale Funktionalität mittels Probealarmen überprüft.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Die Voraussetzung für eine umfassende und effektive Nutzung der unterstützenden Informationstechnologie wurde geschaffen. Ein digitales Krankenhausinformationssystem ist klinikweit zur Unterstützung der dienstlichen Aufgaben mit den entsprechenden Zugriffsberechtigungen eingerichtet. Sofern erforderlich, ist ein zeitlich uneingeschränkter Zugang sichergestellt. Bereiche die keinen 24h oder Wochenenddienst leisten, können aus Sicherheits- und Datenschutzgründen nur während der üblichen Dienstzeiten das EDV-System nutzen. Schulungen zu den verschiedenen Anwendungsprogrammen werden angeboten. Ein EDV-Ausfallkonzept ist etabliert.

4.2.1 Klinische Dokumentation

Eine hausinterne Regelung zur Führung und Dokumentation von Patientendaten liegt vor und findet Berücksichtigung. Die hausinternen Regelungen bezüglich der schriftlichen als auch digitalen Patientendokumentation inklusive der digitalen Archivierung sind schriftlich in den Dienstanweisungen zur "EDV-gestützten Dokumentation und Dokumentationsanweisung" und in der "Archivordnung" für jeden an der Patientenversorgung beteiligten Mitarbeiter festgelegt. Diese beinhalten die Regelungen zur Einsichtnahme, formulieren die Verantwortlichkeiten und regeln die Form der Dokumentationen. Die Patientendokumentation erfolgt in der Patientenakte und im Krankenhausinformationssystem. Vom Krankenhaus wird eine vollständige, verständliche, korrekte, nachvollziehbare und zeitnahe Dokumentation von Patientendaten gewährleistet und einheitlich geführt. Alle an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen sind durch die Richtlinie zur Dokumentation dazu verpflichtet, alle Maßnahmen, Anforderungen und notwendigen Informationen im Krankenblatt mit den zusätzlich angelegten Dokumentationsbögen, ggf. mit Bilddokumentation, entsprechend im EDV-System zu dokumentieren und mit Handzeichen abzuzeichnen. Die ordnungsgemäße Dokumentation wird im Bereich der Pflege stichprobenhaft und durch den ärztlichen Bereich in Rahmen der Visiten überprüft.

4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

Durch die Vergabe von Zugriffsberechtigungen durch die EDV- und Personalleitung ist ein Zugriff auf die Patientendokumentation im Krankenhausinformationssystem und verschiedenen Subsystemen zeitlich uneingeschränkt für den Berechtigten möglich. Für diese Berechtigten ist die Einsicht in digitalisierte Krankenakten ebenfalls jederzeit möglich. Die Patientenakten werden seit 2009 digital und parallel anhand eines strukturierten Aktenverwaltungssystems archiviert. Außerhalb der Archivöffnungszeiten ist der Zugang für einen berechtigten Personenkreis geregelt.

4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Der Informationsaustausch findet in den abteilungsinternen sowie in abteilungs- und berufsgruppenübergreifenden Besprechungen / Gremien / Kommissionen statt. Informationen daraus werden den betreffenden Mitarbeitern entweder direkt durch ihre Abteilungsleitung oder schriftlich in Form von Rundschreiben, Protokollen, Mails oder Veröffentlichungen im Intranet zur Kenntnis gebracht. Durch die direkte Mitgabe der Patientenakte bei Verlegung und das Krankenhausinformationssystem ist eine Informationsweitergabe an alle am Behandlungsprozess Beteiligten gewährleistet. Zentrale Auskunftsstellen im Krankenhaus werden mit Hilfe einer geregelten Informationsweiterleitung kontinuierlich auf einem aktuellen Informationsstand gehalten.

4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Die Patienteninformation in der Haupteingangshalle mit der Telefonzentrale und die Pforte der Zentralen Notaufnahme stellen die zentralen Auskunftsstellen dar. Die Patienteninformation ist von 6.00 Uhr - 20.30 Uhr an 7 Tagen in der Woche mit Personal besetzt. Außerhalb dieser Zeiten erfolgt die Aufnahme über die 24h mit Fachpersonal besetzte Pforte der Zentralen Notaufnahme. Die Mitarbeiter dieser Bereiche haben Zugriff auf die EDV-gestützte Patientenverwaltung, das Telefonverzeichnis und Dienstpläne und können, unter Beachtung der Datenschutzrichtlinien, entsprechende Auskünfte erteilen. Die Wartebereiche sind patienten- und kinderfreundlich ausgestattet.

5 Unternehmensführung

5.1.1 Philosophie/Leitbild

Das Klinikum besitzt ein Leitbild und entwickelt dieses stetig weiter. Die Inhalte werden aktiv gelebt. Grundlage des Leitbildes, welches aus 5 Leitsätzen besteht, ist die Unternehmenssatzung und der Versorgungsauftrag. Um diese Vorgaben in aktive Handlungsanweisungen zu fassen, die das Leitbild lebendig machen, haben die Führungskräfte 10 Grundsätze für die Zusammenarbeit beschlossen. Diese wurden auf Personalversammlungen, im Intranet und auf weiteren Informationsveranstaltungen allen Mitarbeitern bekannt gegeben. Im Pflegedienst ist ein Pflegeleitbild etabliert.

5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Die Krankenhausführung fördert durch geeignete Maßnahmen das gegenseitige Vertrauen und den gegenseitigen Respekt gegenüber allen Mitarbeitern. Kernelement ist die enge wöchentliche Zusammenarbeit von Personalrat und Krankenhausführung. Es finden mindestens zweimal jährlich Personalversammlungen statt, in denen auch die Mitarbeiter die Gelegenheit haben, ihre Anliegen einzubringen. Zusätzlich führt der Vorstand monatlich eine Hausrunde (Management „by walking around“) als informations- und vertrauensfördernde Maßnahme durch. Durch berufsgruppenübergreifende Projektgruppen werden die Mitarbeiter in die Unternehmensentwicklung einbezogen. Schulungen für Führungskräfte finden regelmäßig statt, das Besprechungswesen ist geregelt. Die "Grundsätze für die Zusammenarbeit" sind die Grundlage für die tägliche Zusammenarbeit aller Mitarbeiter auf allen Hierarchieebenen. Zusätzlich legen die Dienstordnung, die Satzung sowie die Geschäftsordnung einen mitarbeiterorientierten Führungsstil und die entsprechende Einbeziehung der Mitarbeiter (durch Information, Delegation, Anerkennung / Kritik) fest. Durch kontinuierliches Führen und zukünftig geplantes Erweitern der strukturierten Mitarbeitergespräche soll eine kooperative Zusammenarbeit forciert werden. Führungskräfte-seminare finden statt.

5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Neben der Krankenhauseelsorge, die ein umfassendes Begleitungsangebot der verschiedenen Konfessionen und Religionen vorhält, steht ein aktives Palliativteam, welches sich aus Mitgliedern sowohl des ärztlichen Dienstes als auch des Pflegedienstes zusammensetzt und in ethische Fragestellungen einbringt, zur Verfügung. Die Aufnahme von Begleitpersonen ist auch bei erwachsenen Patienten möglich. Die im Haus vorhandene psychiatrische Klinik deckt die psychische Betreuung ab. Ein Sozialdienst zur Koordination weiterer Unterstützungsangebote ist vorhanden.

5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Eine unmittelbare Information ist durch die Teilnahme des Vorstands an den Gremien gewährleistet. Darüber hinaus existiert ein Informationsfluss, der vom Mitarbeiter über die jeweiligen Abteilungsleitungen entweder in die Gremien oder unmittelbar zum Vorstand erfolgt. Es ist jederzeit möglich, dass Mitarbeiter direkt mit Informationen an den Vorstand herantreten. Für besondere Situationen sind im Alarm- und Einsatzplan alle Informationswege geregelt. Das Controlling erstellt monatliche Berichte. Ergebnisse aus Datenerhebungen werden dem Vorstand vorgelegt. Für die Information der Öffentlichkeit ist das Marketing in Absprache mit dem Vorstand verantwortlich. Zu den Maßnahmen gehören u.a. der Internetauftritt, die Initiierung von Ärztetagungen und medizinischen Vortragsreihen, die Organisation von Events, z. B. "Tag der offenen Tür" und die Gestaltung von Pressemitteilungen und Informationsbroschüren. Alle Maßnahmen dienen zur Information der allgemeinen und der Fachöffentlichkeit. Die Informationsmedien des Hauses werden durch das Marketing permanent einer Aktualitätsprüfung unterzogen.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung

Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und nutzt diese für die Steuerung seiner Handlungen. Der Verwaltungsrat ist für die Entwicklung der strategischen Zielplanung aufbauend auf den Vorschlägen der Leitungskonferenz verantwortlich. Sie hat langfristige Gültigkeit. Darauf basierend und gleichzeitig parallel dazu werden operative Ziele vom Vorstand, dem Aufsichtsrat und der Leitungskonferenz gemeinsam entwickelt und verfolgt. Alle Elemente der Zielplanung sind beim Vorstand gebündelt und werden von da aus in alle betroffenen Arbeitsbereiche verteilt. Diese Zielplanungen werden in monatlichen Sitzungen der Leitungskonferenz überprüft / aktualisiert.

5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement

Die Krankenhausleitung entwickelt einen Finanz- und Investitionsplan und übernimmt die Verantwortung für dessen Umsetzung. Man unterscheidet die mehrjährige Finanz- u. Investitionsplanung von der jährlichen Wirtschaftsplanung zu unterscheiden. Während die jährlichen Wirtschaftspläne dem Verwaltungsrat zur Genehmigung vorgelegt werden, findet die Abstimmung der Investitionspläne jeweils jährlich durch die Leitungskonferenz statt. Investitionen werden nur im Rahmen dieser Planungen getätigt. Starre Budgetzuweisungen erfolgen nicht.

5.2.3 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Das Klinikum nimmt durch die gesetzlich korrekte Unterstützung von Hilfsprojekten (z.B. Humanitäre Hilfe e.V.) und die Bildung von Partnerschaften (z.B. im Bereich von Ausbildungen, Fort- und Weiterbildungen, Schaffung und Erhalt von Arbeitsplätzen) sowie angemessenen Kooperationen seine gesellschaftliche Verantwortung wahr.

5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

Die aktuelle Organisationsstruktur des Krankenhauses ist unter Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten festgelegt. Die Organisationsstruktur ist in der Unternehmenssatzung festgehalten. Entsprechend dieser Satzung ist darüber hinaus die Führungsstruktur in einer Geschäftsordnung fixiert. Für die strukturelle Darstellung der organisatorischen Zusammenhänge sind in allen Bereichen Organigramme vorhanden. Berufsgruppenübergreifende Gremien, Projektgruppen, Kommissionen und Arbeitskreise sind eingerichtet. Für jedes Projekt wird ein Projektauftrag, mit Verantwortlichkeiten, benötigten Ressourcen und Berichterstattung festgelegt. Die Arbeit der Gremien und Kommissionen ist geregelt. Sämtliche Informationen und Ergebnisse aus den verschiedenen Kommissionen und Gremien werden beim Vorstand gebündelt, die dieser über die Leitungskonferenz in die verschiedenen Dienstbereiche hinein trägt. Die Koordination der Gremien untereinander liegt beim Vorstand. Zu speziellen Themen werden Fachkräfte hinzugezogen. Alle tagen in regelmäßigen Abständen (ggf. bei Bedarf) unter Erstellung von Protokollen und mit Moderation. Diese gehen an alle Beteiligten und werden ggf. veröffentlicht. Die Krankenhausführung des selbständigen Kommunalunternehmens besteht gemäß den gesetzlichen Vorgaben aus dem Vorstand. Soweit dem Vorstand innerhalb der Krankenhausführung weitere Gremien zur Seite stehen, sind deren Aufgaben und Befugnisse entweder in den Geschäftsordnungen geregelt oder sie werden vom Vorstand einberufen und mit den entsprechenden Vorgaben ausgestattet. Zentrales Gremium ist die Leitungskonferenz, die einmal monatlich tagt. Die Einladungen erfolgen mit den anstehenden Tagesordnungspunkten. Protokolle der Sitzungen werden erstellt und anschließend an die Teilnehmer versandt.

5.3.2 Innovation und Wissensmanagement

Das Klinikum betreibt ein aktives Wissensmanagement gegenüber seinen Mitarbeitern nach intern und auch der Landkreisbevölkerung gegenüber nach extern. Dabei bedient es sich innovativer Wege und Medien.

6 Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Die Krankenhausführung ist verantwortlich für die Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements. Der Qualitätsmanagementbeauftragte wurde mit der hausinternen Umsetzung der Inhalte beauftragt. Die Verantwortlichkeiten sind im Organigramm „Qualitätsmanagement“ geregelt. Qualitätssicherungsbeauftragte für alle Bereiche sind benannt. Qualitätsziele, Befragungen und Auditverfahren dienen als Instrumente. Die Mitarbeiter haben sich verpflichtet, nach diesen Zielen zu arbeiten. Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert. Das Qualitätsmanagement-Lenkungsgremium arbeitet berufsgruppenübergreifend und ist für die Lenkung der Qualitätsmanagement-Maßnahmen verantwortlich. Es orientiert sich in seiner Arbeit an den Inhalten des Qualitätsmanagementhandbuchs und an der Verfahrensanweisung. Für jeden Fachbereich sind Qualitätssicherungsbeauftragte mit der Koordination der bereichsinternen Qualitätsmanagement-Arbeit betraut. Für berufsgruppenübergreifende Projekte sind feste Arbeitskreise installiert. Die interne Qualitätssicherung als Grundlage für einen kontinuierlich verlaufenden Verbesserungsprozess wird durch die Durchführung von strukturierten internen Audits, durch die interne Qualitätsberichterstattung und durch die Erhebung von qualitätsrelevanten Kennzahlen (z. B. im Rahmen von Patienten- und Einweiserbefragungen) gewährleistet und geprüft. Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung werden in den Fachabteilungen zur Fehlerursachenanalyse genutzt.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung

Alle im Klinikum ablaufenden Tätigkeiten unterliegen einer Prozesslandschaft. Diese stellt die Arbeitsschritte sowohl innerhalb eines Bereiches als auch in vernetzender Form interdisziplinär mit klaren Schnittstellenregelungen dar. Im Zuge jeder neuen Prozessabbildung und auch im Rahmen der jährlichen Prozessevaluation wird das Kriterium „Prozessoptimierung“ angewendet. Durch die Darstellung aller Arbeitsabläufe in einem Prozess wird der Ablauf transparent und somit sicher gemacht.

6.2.1 Patientenbefragung

Regelmäßig durchgeführte Patientenbefragungen werden als Instrument zur Erfassung von Patientenwünschen und -anregungen sowie zur Verbesserung der Patientenversorgung genutzt. Standardisierte Patientenbefragungen werden in regelmäßigen Abständen zweckabhängig nach einem einheitlichen Verfahren durchgeführt und ermöglichen somit u. a. einen Zeitreihenvergleich. Die Krankenhausleitung übernimmt nach Absprache mit der Leitungskonferenz die strategische Verantwortung und stellt die personellen und finanziellen Ressourcen zur Verfügung. Die Ergebnisse erhalten alle am Prozess beteiligten Bereiche und der Personalrat. In den Gremien werden entsprechende Verbesserungspotenziale diskutiert.

6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Alle dem Klinikum zuweisenden Einrichtungen sowie Weiterversorger werden betrachtet und zielgruppenorientiert mittels verschiedener Instrumente (z.B. schriftliche Befragung, Betreuungs- und Informationskonzept, persönliche Kontakte, Symposien, Telefonate usw.) hinsichtlich unserer Zusammenarbeit befragt. Auf der Basis der so gewonnenen Ergebnisse werden Maßnahmen zum Erhalt oder zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zum Wohle des Patienten eingeleitet. Die jeweiligen Chefärzte der Abteilungen / Abteilungsleitungen arbeiten dafür eng mit dem Controlling, dem Qualitätsmanagement und dem Marketing in Form eines multiprofessionellen Teams zusammen.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Regelmäßig durchgeführte themenbezogene Mitarbeiterbefragungen werden als Instrument zur Erfassung von Mitarbeiterwünschen genutzt. Umfassende standardisierte Befragungen werden in regelmäßigen Abständen zweckabhängig nach einem einheitlichen Verfahren durchgeführt. Die Krankenhausleitung übernimmt nach Absprache mit der Leitungskonferenz die strategische Verantwortung und stellt die personellen und finanziellen Ressourcen zur Verfügung. Die Ergebnisse erhalten alle am Prozess beteiligten Bereiche und der Personalrat. In den Gremien werden entsprechende Verbesserungspotenziale diskutiert.

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

Das Klinikum betreibt ein aktives Beschwerdemanagement. Alle Beschwerden, Wünsche / Lob von Patienten, deren Angehörigen und Mitarbeitern werden systematisch erfasst und bearbeitet. In der Eingangshalle und auf jeder Etage ist ein speziell gekennzeichnete Briefkasten für die anonyme Erfassung installiert. Allen Mitarbeitern ist das Beschwerdemanagement als fester Ansprechpartner bekannt und wird durch selbige auch an den Patienten weitergegeben. Zusätzlich wird in der hausweiten Informationsbroschüre darauf hingewiesen. Standardisierte Beschwerdeformulare wurden eingeführt.

6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren

Die Daten der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V werden systematisch erhoben und die Auswertungen zu qualitätsverbessernden Maßnahmen genutzt. Das Krankenhaus beteiligt sich an den gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung. Die notwendigen organisatorischen / softwaretechnischen Voraussetzungen sind etabliert und werden kontinuierlich angepasst. Ein Klinikbeauftragter für die externe Qualitätssicherung ist benannt. Ihm obliegt die Gesamtkoordination. In jeder Fachabteilung sind Qualitätssicherungsbeauftragte für die Abstimmung der Datenerfassung eingerichtet. Die EDV-Abteilung betreut das Erfassungssystem und den Datenversand. Durch den ärztlichen EDV-Beauftragten erfolgen Schulungen zur Erfassung der Daten. Das Krankenhaus analysiert systematisch die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung und legt ggf. notwendige Konsequenzen fest. Die erhobenen Daten ermöglichen eine Verlaufsbeurteilung innerhalb der dokumentierenden Abteilung und einen direkten Vergleich mit anderen Abteilungen. Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse sollen Arbeitsabläufe und Behandlungsziele auf ihre Qualität hin überprüft und angepasst werden. Jährlich werden die Gesamtstatistiken des vorigen Jahres durch die Chefärzte der Abteilungen, die Qualitätssicherungsbeauftragten, das Medizincontrolling und der Geschäftsführung analysiert / diskutiert. Auffällige Ergebnisse werden in den Behandlungsteams erörtert und ggf. Maßnahmen eingeleitet.