



KREIS
KLINIK
ROTH



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009 für Krankenhäuser

Einrichtung: Kreisklinik Roth
Institutionskennzeichen: 260950486
Anschrift: Weinbergweg 14
91154 Roth

Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer: 2011-0112 KH
durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle: QMS Cert
Zertifizierungsgesellschaft mbH

Gültig vom: 18.08.2011
bis: 17.08.2014

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die Kategorien	7
1 Patientenorientierung.....	9
2 Mitarbeiterorientierung.....	13
3 Sicherheit.....	15
4 Informations- und Kommunikationswesen	18
5 Führung	20
6 Qualitätsmanagement.....	24

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.

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

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

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

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

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

der Einrichtung beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes 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.

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

Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht. Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet im zweijährigen Turnus den strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass die **Kreisklinik Roth** 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
Pflegkassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Dr. med. M. Vogt

Für den Hartmannbund

Vorwort der Einrichtung

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,
ein herzliches Grüß Gott in der Kreisklinik Roth!



Die Kreisklinik Roth ist eine modern ausgestattete Klinik, die auf hohem Niveau die ärztliche, pflegerische und therapeutische Grund- und Regelversorgung von jährlich rund 11.500 stationären und 6.800 ambulanten Patienten sicherstellt.

Für die stationäre Versorgung stehen 270 Akutpflegebetten und 30 Betten der Geriatrischen Rehabilitation bereit. Der Kernbereich umfasst die Hauptabteilungen Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesie/Intensivpflege und Radiologie. Im Belegarztsystem werden die Fachabteilungen Augenheilkunde, Gynäkologie und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohren und Urologie betrieben. Moderne Notfall- und Ambulanzbereiche und eine freundlich gestaltete Geburtshilfestation sind ebenso vorhanden wie eine Diagnostik auf hohem medizinischem Niveau.

Unser oberstes Ziel ist es, alle angebotenen Gesundheitsdienstleistungen wie medizinischen, pflegerische und therapeutische Behandlung, Unterbringung und Versorgung an den Bedürfnissen und Wünschen unserer Patienten und deren Angehörigen zu orientieren. Besonders liegen uns die Qualität der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen sowie ein ausgezeichneter Service am Herzen.

Geriatrische Rehabilitation und Palliativstation

Einen besonderen Stellenwert besitzt die Geriatrische Rehabilitation an der Kreisklinik Roth. Der Landkreis wird damit der demographischen Entwicklung und dem medizinischen Fortschritt auf diesem Fachgebiet gerecht. Mit der Eröffnung der Palliativstation 2006 verbesserte die Kreisklinik die wohnortnahe Versorgung und Behandlung von Patienten, die an einer weit fortgeschrittenen, unheilbaren Erkrankung leiden.



Gesundheitszentren

Mit dem Gesundheitszentrum 1 nahm die Klinikleitung 2004 mit der Initiierung der Zusammenarbeit mit Ärzten, Therapeuten und weiteren Gesundheitsdienstleistern eine Erweiterung des Leistungsangebotes vor. 2011 wurde der zweite Bauabschnitt eröffnet, in dem weitere Facharztpraxen und eine ambulante Rehabilitation untergebracht sind. Zudem konnte eine niedergelassene Apotheke und der Pflegestützpunkt Roth am Klinikstandort etabliert werden.

Das jährliche Kursprogramm bietet Patienten und interessierten Bürgern der Region ein umfangreiches Angebot an Veranstaltungen, Vorträgen, Beratungen und Serviceleistungen. Mit der Mitgliedschaft im Deutschen Netz gesundheitsfördernder Krankenhäuser unterstützt die Klinik ihren Behandlungs- und Heilungsauftrag.



Ständige Weiterentwicklung

Die Kreisklinik Roth hat eine zentrale Kompetenz sowie eine Koordinierungs- und Vermittlungsfunktion in der gesamten medizinischen Versorgungskette. Seit 2005 trägt die Einrichtung das Qualitätszertifikat der Kooperation für Transparenz im Gesundheitswesen.

Berufsfachschule für Krankenpflege

Gerne nehmen wir die Herausforderung an und geben jungen Menschen die Möglichkeit der Ausbildung. Der Klinik ist eine Berufsfachschule für Krankenpflege mit ca. 60 Ausbildungsplätzen angegliedert. Zudem ermöglichen wir die Ausbildung im kaufmännischen Bereich. Zahlreiche Praktikanten und diakonische Helfer sind in der Kreisklinik tätig.

Auf folgenden Seiten möchten wir Sie über unsere Leistungen und Angebote informieren. Bei Fragen, Informationsbedarf und für Anregungen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Auf unserer Homepage www.kreisklinik-roth.de finden Sie Kontaktdaten und Ansprechpartner.

Freundlich grüßt Sie

Werner Rupp
Vorstand der Kreisklinik Roth



Die Kategorien

Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Zur Orientierung vor einem Klinikaufenthalt können sich unsere Patienten auf der Homepage der Kreisklinik (www.kreisklinik-roth.de) informieren. Mit zusätzlichen Broschüren und Flyern wird das Spektrum an Informationsmaterial ergänzt. Erreichbar ist die Kreisklinik mit öffentlichen Verkehrsmitteln und mit dem PKW. Die Anbindung an das öffentliche Verkehrsnetz ist durch Bahn- und Busanbindung vorhanden. Für Patienten und Besucher, welchen mit dem PKW die Klinik anfahren sind ausreichend Parkplätze vorhanden. Im Haupteingangsbereich ist die zentrale Auskunftsstelle (Information) angesiedelt. Diese rund um die Uhr besetzte Informationsstelle steht mit geschulten Mitarbeitern Patienten und Besuchern jederzeit für Auskünfte zur Verfügung. Das installierte Wegleitsystem führt Patienten und Besucher zu ihrem Ziel. Aufzüge sind jeweils im Hauptgebäude (Akuthaus) im Anbau (Komfortstation, Geriatrische Reha) und in den angegliederten Gesundheitszentren 1 und 2 vorhanden. Ein barrierefreier Zugang zu allen Bereichen der Klinik ist gewährleistet.

Die Aufnahmeplanung und die Einbestellung unserer Patienten werden durch die Chefarztsekretariate der medizinischen Abteilungen organisiert. Ambulante Befunde der Einweiser werden in die Behandlung einbezogen. Enge Kooperationen mit Fachärzten und eine gute Zusammenarbeit mit den Einweisern sind gegeben.

Leitlinien

Neueste medizinische und pflegewissenschaftliche Leitlinien und Erkenntnisse finden Berücksichtigung in der Planung und der Umsetzung der medizinischen und pflegerischen Versorgung und Behandlung unserer Patienten. In der Pflege ist eine Standardgruppe installiert, welche in ihren regelmäßigen Treffen bereits bestehende Standards aktualisiert und neue erarbeitet. Zudem sind Leitlinien und Pflegestandards Inhalt regelmäßiger interner Fortbildungen.

Information und Beteiligung des Patienten

Ziel ist es, den Patienten während seines Aufenthaltes als Partner einzubeziehen und seine Wünsche, Bedürfnisse und individuellen Ressourcen dabei zu berücksichtigen. In Aufnahme-, Aufklärungsgesprächen und in Visiten werden unsere Patienten über ihre Behandlung informiert und an ihr beteiligt. Feste Ansprechpartner, wie z. B. die zuständige Primary Nurse (Bezugspflegekraft) oder der Stationsarzt sind festgelegt. Über klinikinterne Regelungen (Hausordnung, Speisenversorgung, Patienteninformationen usw.) der Klinik liegt in allen Patientenzimmern eine Informationsmappe aus.

Service, Essen und Trinken

Im Rahmen unserer Serviceangebote kommt der Speiserversorgung eine besondere Bedeutung zu. Die gängigen Diätkostformen werden angeboten. Ausgebildete Diätassistentinnen führen auf Wunsch der Patienten oder nach ärztlicher Anordnung Beratungen durch. Wunschkost wird vor allem auf der Palliativstation ermöglicht. Unser Speiseplan berücksichtigt saisonale Ergänzungen. Bei Einkauf der Rohstoffe werden regionale Produkte bevorzugt. Die Klinik unterstützt damit die Initiative des Landkreises Roth „Original Regional“. Die Klinik verfügt über eine hauseigene Cafeteria. Im angegliederten Gesundheitszentrum 1 ist ein extern bewirtschaftetes Bistro untergebracht. Unseren Patienten stehen komfortable Ein- und Zweibettzimmer mit einer patientenorientierten Ausstattung zur Verfügung. Für Wahlleistungspatienten und Rehabilitanden der Geriatrischen Reha ist ein Patientenservice mit einem erweiterten Service- und Speisenangebot eingerichtet. Großzügige Aufenthaltsbereiche sowie der Klinikgarten mit Therapieweg und Bewegungsparcours laden Patienten und Besucher zum Verweilen ein.

Kooperationen

Eine fach- und berufsübergreifende Zusammenarbeit der verschiedenen Disziplinen und Berufsgruppen wird aktiv gelebt um eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung sicherzustellen. Es besteht eine effiziente und zuverlässige Organisation der Schnittstellen (z. B. Patiententransport). Enge Kontakte zu nachsorgenden Einrichtungen der Region sind vorhanden und werden gepflegt. Kooperationen mit Konsilärzten sind etabliert und werden im Hinblick auf die Optimierung der Patientenversorgung angepasst.

Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die interdisziplinär geführte Notfallaufnahme steht unseren Patienten rund um die Uhr zur Verfügung. Ein Behandlungsteam führt in der Notaufnahme die Erstversorgung und -diagnostik durch. Durch die ärztliche Aufnahme in der Notaufnahme liegen die Anamnesedaten bereits vor, wenn der Patient auf Station verlegt wird. Die Pflegeanamnese wird innerhalb von 24 Stunden durchgeführt. Die Klinik ist Mitglied im mittelfränkischen Traumanetzwerk zur Versorgung Schwerverletzter.

Ambulante Diagnostik und Behandlung

Ambulante diagnostische Eingriffe werden regelmäßig in der Fachabteilung Innere Medizin durchgeführt, z. B. Magen-, Darmspiegelungen. Eine ambulante Behandlung findet im Rahmen der Chefarztsprechstunde in der Innere Medizin und der Chirurgie für Privatpatienten statt. Für die Vorstellung von gesetzlich versicherten Patienten ist eine stationäre Einweisung ihres Haus- oder Facharztes erforderlich. Vorbefunde werden mit der Einbestellung angefordert. Krankenblätter vorangegangener Aufenthalte sind elektronisch und in Papierform vorhanden.

Ambulante Operationen

Ambulante Operationen werden von unseren Belegärzten der Fachabteilungen Gynäkologie, Augenheilkunde, Urologie und HNO wie auch durch die chirurgische Fachabteilung im Zentral-OP durchgeführt. Zur präoperativen Vorbereitung finden mit dem Patienten das Informationsgespräch und die Aufklärung statt. Die Versorgung der Patienten erfolgt auf Station 3 (gynäkologische Patientinnen auf Station 1). Die Entlassung der ambulant operierten Patienten erfolgt unter Einbeziehung der häuslichen Gegebenheiten durch den zuständigen Anästhesisten und den Operateur. Der Patient erhält Informationsmaterial für das Verhalten nach der OP zuhause und Kontaktdaten und Hinweise für das Verhalten bei eventuellen Komplikationen. Die Weiterversorgung übernimmt der einweisende Arzt. Er erhält über den Entlassbrief alle notwendigen Informationen. Möchte ein ambulant operierter Patient auf eigenen Wunsch eine Nacht in der Klinik verbringen, wird dies durch den Pflegedienst organisiert. Bis zur Entlassung erhält der Patient alle medizinischen und pflegerischen Leistungen wie ein stationärer Patient.

Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Bei einer stationären Aufnahme werden die Patientendaten in der Regel in der Patientenaufnahme per EDV im Krankenhausinformationssystem erfasst. Bei Notfällen mit anschließender stationärer Aufnahme erfolgt die Erfassung bereits in der Notaufnahme. Die standardisierte Aufnahme auf Station wird von Pflegekräften und Ärzten durchgeführt. Die pflegerische und ärztliche Behandlungsplanung beginnt mit der Anamnese. Der Patient wird in die Behandlungsplanung einbezogen, seine individuellen Bedürfnisse und Ressourcen werden berücksichtigt. Für jeden Patienten wird eine fundierte stationäre Diagnostik unter Vermeidung von Doppeluntersuchungen erstellt und auf der Basis der Ersteinschätzung Behandlungsziele formuliert. Standardisierte Behandlungspfade sind zum Teil etabliert. Im Rahmen von Visiten wird die Zielerreichung überprüft und ggf. weitere Maßnahmen geplant. Zum Abschluss der Behandlung wird bei Entlassung eine Gesamteinschätzung durch Ärzte und Pflegekräfte vorgenommen.

Therapeutische Prozesse

Die therapeutischen Prozesse basieren auf dem Grundsatz, hochwertige medizinische und pflegerische Leistungen zu erbringen und eine Versorgung auf hohem Niveau zu bieten. Die Patienten werden gemäß aktueller Leitlinien, Standards oder Empfehlungen behandelt. In der Geriatrischen Reha ist ein therapeutisches Team bestehend aus Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten eingerichtet um die interdisziplinäre Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Ebenso sind verschiedene Therapeuten in das Team der Palliativstation integriert.

Operative Verfahren

Die Aufklärung der Patienten erfolgt in einem ausführlichen Aufklärungsgespräch in der Regel am präoperativen Tag. Durch die Fachärztin der elektiven Aufnahme wird die Operabilität der Patienten überprüft. Die Steuerung der Einbestellung operativ zu versorgender Patienten erfolgt durch die Chefarztsekretariate. Der OP-Plan wird in der elektiven Aufnahme erstellt und in das Krankenhausinformationssystem übertragen. Ein entsprechender OP-Belegungsplan mit Kapazitäten für die Fachabteilungen und Notfälle ist vorhanden. Die Funktion eines OP-Koordinators ist vorhanden, ein OP-Statut wurde 2010 eingeführt. Der Facharztstandard und der OP-Bereitschaft sind 24 Stunden gewährleistet.

Visite

Die tägliche Visite erfolgt gemeinsam mit dem verantwortlichen Pflegepersonal, der Facharztstandard ist sichergestellt. In verschiedenen Abteilungen, z. B. Schlaganfallschwerpunkt, Geriatrische Reha und Palliativstation werden andere Berufsgruppen (z. B. Therapeuten, Sozialdienstmitarbeiter) in die Visite mit einbezogen. Zusätzlich finden separate Pflegevisiten und die Übergabe am Patientenbett statt. Die Visiten werden patientenorientiert, möglichst störungsfrei gestaltet und soweit möglich im zeitlich vorgesehenen Rahmen durchgeführt. Ziel aller Visiten ist der Informationsaustausch, die Abstimmung weiterer Behandlungsschritte und vor allem der Dialog mit unseren Patienten.

Teilstationär, prästationär, poststationär

Ziel ist es, die Verweildauer des Patienten durch prästationäre Aufnahme und poststationäre Versorgung zu verkürzen und die Effektivität und Effizienz der Klinikbehandlung zu optimieren. Die Patienten erhalten frühzeitig einen Termin für die prästationäre Aufnahme. Am Vortag werden alle Patienten nochmals angerufen und erhalten einen genauen Termin mit Uhrzeit. Hierbei werden die Hinweise für erforderliche Unterlagen und das entsprechende Verhalten mündlich wiederholt. Die präoperative Untersuchung wird in der elektiven Aufnahme durchgeführt. In der elektiven Aufnahme werden alle Patienten mit OP-Indikation gesehen und vorbereitet. Notfälle werden in der Notaufnahme prästationär versorgt und ggf. auf eine OP vorbereitet. Die poststationäre Betreuung erfolgt über die Notaufnahme und die Ambulanzen. Nach Abschluss der poststationären Behandlung erhält der Patient die Befunde zur Weitergabe an den nachbehandelnden Arzt. Die Abstimmung mit weiterversorgenden Einrichtungen findet über den Sozialdienst statt. Teilstationäre Versorgungen werden nicht angeboten.

Entlassung

Durch eine systematische Vorbereitung und Durchführung der Entlassung wird sichergestellt, dass Patienten und Angehörige frühzeitig den Entlassungstermin kennen, alle notwendigen Unterlagen vorbereitet sind und dem Patienten mitgegeben werden können sowie alle notwendigen Schritte der Weiterversorgung eingeleitet sind. Die Anforderungen aus dem nationalen Expertenstandard werden weitgehend berücksichtigt. Bei der Abschlussvisite führt der Stationsarzt das Entlassgespräch. Dabei erhält der Patient notwendige Hinweise auf sein erforderliches Verhalten nach der Entlassung. Angehörige werden bei Bedarf und auf Wunsch in das Gespräch einbezogen.

Kontinuierliche Weiterbetreuung

Die Einbeziehung des Sozialdienstes / der Pflegeüberleitung gewährleistet, dass eine frühzeitige Rehabilitation im Anschluss an den Klinikaufenthalt erfolgen kann, Patienten und Angehörige eine umfassende Beratung in Bezug auf Hilfsangebote erhalten und über sozialrechtliche Fragen sowie die Möglichkeiten der Überleitung in ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen informiert sind. Bereits bei der Aufnahme wird der Bedarf an Weiterversorgung nach dem Klinikaufenthalt erfragt und bei Bedarf der Sozialdienst eingeschaltet. Die Mitarbeiter des Sozialdienstes stehen im Kontakt mit den weiterversorgenden Einrichtungen. Sie stellen bei Bedarf auch den Kontakt zu Selbsthilfegruppen her.

Umgang mit sterbenden Patienten

Die Begleitung Sterbender ist bereits im Klinikleitbild verankert und hat einen hohen Stellenwert. Die Bedürfnisse, Wünsche und der Wille des sterbenden Patienten sowie ein würde- und respektvoller Umgang stehen dabei an erster Stelle. Angehörige werden nach Wunsch in die Begleitung mit einbezogen. Sterbende werden entweder im Einbettzimmer oder allein im Zweibettzimmer untergebracht. Unsere Klinikseelsorger und die ehrenamtlichen Helfer des Hospizvereines unterstützen ebenfalls auf Wunsch die Begleitung Sterbender und die Begleitung der Angehörigen. Seit 2006 ist eine Palliativstation etabliert, welche 2010 von 8 auf 10 Betten erweitert wurde.

Umgang mit Verstorbenen

Bei der Versorgung von Verstorbenen wird ein respekt- und würdevoller Ablauf unter Berücksichtigung der religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse des Patienten und dessen Angehöriger sichergestellt. In der Klinik sind mehrere Abschiedszimmer eingerichtet. Hier kann der Abschied in aller Ruhe und würdiger Umgebung geschehen. Ein Raum der Stille steht für Gebete und Rückzugsmöglichkeit für Mitarbeiter und Angehörige zur Verfügung. Vierteljährlich finden überkonfessionelle Gedenkfeiern für die Angehörigen verstorbener Palliativpatienten statt. Im Anschluss besteht die Möglichkeit des Gesprächs und des Austausches als Teil der Trauerarbeit.

2 Mitarbeiterorientierung

Planung des Personalbedarfs

Für die Planung des Personalbedarfs werden Kennzahlen des Benchmarks der Klinik-Kompetenz-Bayern e. G., die Ergebnisse der jährlichen Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen sowie Leistungszahlen aus dem stationären und ambulanten Bereich herangezogen. Ziel ist es, die Planung nachvollziehbar und transparent zu gestalten sowie diese an den Erfordernissen der Klinik auszurichten. In allen Fachabteilungen wird eine Facharztquote von 50% angestrebt. In der Pflege liegt die angestrebte Quote von dreijährig examinierten Pflegekräften bei 95%. Durch regelmäßige Gespräche des Vorstandes und der Pflegedienstleitung mit dem Personalrat wird die Mitarbeitervertretung eingebunden. Der Stellenplan wird kontinuierlich fortgeschrieben.

Personalentwicklung / Qualifizierung

Mit unserer Personalentwicklung wollen wir Mitarbeiter qualifizieren und an die Klinik binden, auf Führungspositionen vorbereiten und ihnen ermöglichen sich fachlich und sozial weiter zu entwickeln. Durch gezielte Fort- und Weiterbildungen werden Mitarbeiter insbesondere auf fachliche Aufgaben, auf Führungsaufgaben und auf die ständig verändernden Anforderungen des beruflichen Alltags vorbereitet.

Einarbeitung von Mitarbeitern

Zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter wird zweimal pro Jahr ein Einführungsnachmittag für alle neuen Mitarbeiter veranstaltet, in dessen Rahmen wichtige Informationen von Funktionsträgern der Klinik an die neuen Mitarbeiter weitergegeben werden. Eine Einführungsmappe mit wesentlichen Informationen über die Klinik wird an die neuen Mitarbeiter ausgegeben. Berufsgruppen- und abteilungsspezifische Einarbeitungskonzepte werden bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter eingesetzt.

Ausbildung

Der Kreisklinik ist eine Berufsfachschule für Gesundheits- und Krankenpflege angegliedert. Die Ausbildung erfolgt nach dem Krankenpflegegesetz und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. Die theoretische Ausbildung nach dem Curriculum koordiniert die Schulleitung. Die praktische Ausbildung wird durch die verantwortlichen Lehrkräfte in Zusammenarbeit mit den Stationen koordiniert. Die Theorie-Praxis-Verzahnung ist mit der Anleitung von Schülern durch ausgebildete Praxisanleiter, der Praxisbegleitung durch die Lehrkräfte und dem Führen von Tätigkeitsnachweisheften realisiert. Alle Praxisanleiter sind Fachprüfer im praktischen Abschlussexamen. Die Lehrkräfte der Berufsfachschule sind in den Standard-Arbeitsgruppen tätig.

Fort- und Weiterbildung

Die Zielsetzung der Fort- und Weiterbildung ist die fachliche und persönliche Weiterentwicklung unserer Mitarbeiter, damit diese ihre Aufgaben der Patientenversorgung qualitativ hochwertig erfüllen können. Die Angebote an Fort- und Weiterbildungen orientieren sich an der jeweiligen Tätigkeit, an den Anforderungen der Klinik und an den Bedürfnissen der Mitarbeiter. Die Klinik stellt zur Finanzierung der Fortbildung ausreichend Mittel zur Verfügung. Im angegliederten Gesundheitszentrum 1 sind Vortrags- und Schulungsräume eingerichtet. Das jährliche Kurs- und Vortragsprogramm im Gesundheitszentrum runden das Angebot ab.

Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Der Führungsstil in der Klinik ist an den Grundsätzen im Leitbild ausgerichtet. Führungsgrundsätze legen das Führungsverhalten unserer Führungskräfte fest. Darin getroffen sind verbindliche Regelungen bezüglich Vorbildfunktion, Miteinander, Motivation, Kommunikation, Mitarbeiterentwicklung, Einforderungen, Konflikte/Kritik, und Ziele. Die Grundsätze fördern die Rücksichtnahme und die Gleichberechtigung der Mitarbeiter innerhalb der Hierarchie und untereinander. Aus den Grundsätzen entsteht ein Anspruch auf partnerschaftliche Kritik und Konfliktlösung. Qualifizierte Mitarbeiter werden in die strategische und organisatorische Planung einbezogen. Eine gute Kommunikationskultur ist vorhanden. Dadurch fördern wir die Kooperation und Zusammenarbeit, stellen ein hohes Maß an Transparenz her und stärken eigenverantwortliches Handeln, Motivation, Kompetenz und Kreativität.

Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Die Arbeitszeiten werden so geplant, dass eine Versorgung der Patienten rund um die Uhr sichergestellt ist. Die Arbeitszeiten richten sich zudem an gesetzliche Regelungen und betriebliche Anforderungen aus. In allen Berufsgruppen werden die Arbeitszeiten gesetzes- und tarifkonform umgesetzt. Grundsätzlich werden Mitarbeiterwünsche unter Beachtung der dienstlichen Interessen und der allgemeinen Dienstzeiten berücksichtigt. Vielfältige Arbeitszeitmodelle sind im Einsatz. Diese berücksichtigen die erforderlichen Ruhe- und Pausenzeiten. Die Erfassung der Arbeitszeiten erfolgt mit Ausnahme der Verwaltung über das Dienstplanprogramm.

Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Zur Motivation unserer Mitarbeiter, ihre Kenntnisse und Erfahrungen über ihren eigentlichen Aufgabenbereich hinaus einzubringen wurde 2008 das betriebliche Vorschlagswesen für Mitarbeiterideen ins Leben gerufen. Für Mitarbeiterwünsche und -beschwerden stehen die Führungskräfte und die Klinikleitung als Ansprechpartner zur Verfügung. Mitarbeiterbeschwerden werden analog zu Patientenbeschwerden aufgearbeitet.

3 Sicherheit

Arbeitsschutz

Die Verfahren zum Arbeitsschutz sind klar geregelt. Die Klinik nimmt ihre gesetzlichen Pflichten zum Arbeitsschutz wahr. Die klinikinterne Fachkraft für Arbeitssicherheit arbeitet mit dem Betriebsarzt und einem externen Berater zusammen. Ein berufsgruppenübergreifender Ausschuss für Arbeitssicherheit ist installiert und für die Umsetzung des Arbeitsschutzes in der Klinik zuständig. Schulungen und Unterweisungen der Mitarbeiter werden regelmäßig angeboten.

Brandschutz

Die Regelungen zum Brandschutz sind Bestandteil des Alarm- und Einsatzplanes der Klinik. Es besteht ein enger Kontakt zur örtlichen Feuerwehr. Unterstützt in Fragen des Brandschutzes wird die Klinik ebenfalls von einem externen Berater. Mit Schulungen, Unterweisungen und praktischen Übungen sollen Brände verhindert und das richtige Verhalten im Brandfall geübt werden.

Umweltschutz

Der Umweltschutz ist bereits im Leitbild verankert. Die Klinik handelt im Bewusstsein wirtschaftlicher und ökologischer Zusammenhänge. Ein Umweltschutzteam ist in der Klinik aktiv und ein Abfallbeauftragter benannt. Aspekte des Umweltschutzes nehmen bei Anschaffungen und Baumaßnahmen Einfluss. Arbeitsmittel und natürliche Ressourcen werden sparsam verwendet. Seit Ende 2009 wurden Photovoltaikanlagen auf den Gebäudedächern installiert und in Betrieb genommen.

Katastrophenschutz

Die Klinik stellt sicher, dass sie im Rahmen der gesetzlichen Anforderungen auf eine Großschadenslage bzw. einen Massenanfall von Verletzten vorbereitet ist. Der Katastrophenschutz ist in den Alarm- und Einsatzplan der Klinik eingebunden. Der notwendige Kenntnisstand der Mitarbeiter wird durch Schulungen auf einem hohen Niveau gehalten. Die notwendigen Materialien sind vorhanden und strukturellen Voraussetzungen sind gegeben.

Nichtmedizinische Notfallsituationen

Nichtmedizinischen Notfallsituationen sind ebenfalls Bestandteil des Alarm- und Einsatzplanes. Es sind geeignete Voraussetzungen geschaffen, um hausinterne nichtmedizinische Notfallsituationen zu vermeiden bzw. im Schadensfall angemessen reagieren zu können. Die Krankenhauseinsatzleitung arbeitet im Katastrophenfall eng mit externen Einsatzstellen zusammen.

Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Die Sicherheit und der Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung hat hohe Priorität. Entsprechende Struktur- und Verfahrensmaßnahmen sind vorhanden um Schadensfälle zu vermeiden bzw. die Auswirkungen möglichst gering zu halten. Dabei wird kritisch abgewogen zwischen der Sicherheit der Patienten und der Wahrung persönlicher Freiheiten.

Medizinisches Notfallmanagement

Im Rahmen des medizinischen Notfallmanagements steht ein Notfallteam rund um die Uhr zu Verfügung. Auf jeder Geschossebene ist ein standardisierter Notfallwagen eingerichtet. In den Funktionsabteilungen befinden sich standardisierte Notfallkoffer. Um die Kenntnisse unserer Mitarbeiter auf dem aktuellen Stand zu halten finden hausinterne Pflichtfortbildungen zur Reanimation statt.

Hygienemanagement

Nach der neuen bayerischen Hygieneverordnung sind die Leiter von Krankenhäusern verpflichtet geeignete Hygieneorganisationsstrukturen zu schaffen. Letztverantwortlich für das Hygienemanagement ist der ärztliche Direktor der Klinik. Zugeordnet ist die Stabsstelle der Hygienefachkraft. Eine Hygienekommission ist aktiv und ein hygienebeauftragter Arzt ist benannt. Zehn Mitarbeiter wurden 2010 zu dezentralen Hygienebeauftragten ausgebildet. Die Klinik nimmt seit Beginn im Jahr 2008 an der Aktion „Saubere Hände“ teil.

Hygienerelevante Daten

Hygienerelevante Daten werden in allen therapeutischen Bereichen der Klinik erhoben, um den Stand der Hygiene zu bewerten und mögliche Verbesserungspotentiale abzuleiten. Die Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes zur Meldepflicht finden Beachtung.

Infektionsmanagement

Zur Erfüllung der Anforderung des Robert-Koch Instituts finden die Vorgaben des Robert-Koch-Institutes in unser Infektionsmanagement Eingang und werden fortlaufend aktualisiert. Entsprechende Regelungen, Verfahrensanweisungen und Hygienepläne liegen vor. Die regelmäßige Fortbildungsreihe „Hygiene-Up-Date“ sichert einen hohen Kenntnisstand bei unseren Mitarbeitern. Stations- und Abteilungsbegehungen finden nach dem Hygienebegehungsplan durch die Hygienefachkraft statt.

Arzneimittel

Die Versorgung unserer Patienten mit Arzneimitteln ist Aufgabe der klinikeigenen Apotheke und rund um die Uhr sichergestellt. Dabei werden Qualität, gesetzliche Bestimmungen und wirtschaftliche Aspekte berücksichtigt. Die leitlinienkonforme und evidenzbasierte Arzneimitteltherapie ist auf einen hohen Therapieerfolg und auf die Vermeidung von unerwünschten Ereignissen ausgerichtet. Bei der Arzneimittelanwendung gilt der Grundsatz: Dem richtigen Patienten, das richtige Medikament in der richtigen Dosierung zum richtigen Zeitpunkt zur Verfügung zu stellen. Die Verantwortung für die Erstellung von Regelungen und die Umsetzungen von Maßnahmen liegt bei der Arzneimittelkommission und dem leitenden Apotheker in enger Zusammenarbeit mit den Chefarzten.

Blutkomponenten und Plasmaderivate

In der Kreisklinik existiert ein Verfahren zur Anwendung von Blutkomponenten und Plasmaderivaten, das im QM-Handbuch „Hämotherapie“ festgelegt ist. Das Handbuch regelt detailliert alle Aspekte der Anwendung und berücksichtigt neben den gesetzlichen Anforderungen auch die Querschnittleitlinien der BÄK. Die Anwender werden über die Regelungen zur Hämotherapie informiert bzw. geschult. Die Dokumentation von Transfusionen erfolgt patienten- und chargenbezogen. Somit ist die Rückverfolgbarkeit der Transfusion gewährleistet.

Medizinprodukte

Der Umgang mit Medizinprodukte ist detailliert im QM-Handbuch der Klinik geregelt. Medizinprodukteverantwortliche (Chefarzte, Pflegedienstleiter, Leiter Klinikapotheke) sind benannt. In den Abteilungen und auf den Stationen sind neben den Herstellern und Lieferanten Medizinprodukte-Beauftragte für die Einweisungen der Mitarbeiter zuständig. Die Wartung und Instandhaltung aller medizinischen Geräte wird durch qualifizierte Fremdfirmen gewährleistet.

4 Informations- und Kommunikationswesen

Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Die Informations- und Kommunikationstechnologie ist in der Kreisklinik so aufgebaut, dass jederzeit ein schneller Zugriff auf Patientendaten möglich ist und diese weitgehend elektronisch gespeichert, übermittelt und verarbeitet werden können. Durch die Vernetzung der einzelnen Arbeitsplätze ist gewährleistet, dass alle betreffenden Mitarbeiter an ihrem jeweiligen Arbeitsplatz rund um die Uhr auf benötigte Daten zugreifen können. Die Einführung neuer Programmmodule wird durch die EDV-Abteilung mit Schulungen der Mitarbeiter begleitet. Zwei Serverräume in verschiedenen Brandabschnitten mit darauf verteilten Spiegeldatenbanken gewährleisten die Daten- und Ausfallsicherheit.

Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Wir wollen mit den Regelungen zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten nachvollziehbare Begründungen für pflegerisches und medizinisches Handeln erreichen und die Dokumentation rechtssicher machen. Gleichzeitig sollen Patientenunterlagen jederzeit zur Verfügung stehen und nutzbar sein. Die Dokumentation in der elektronischen Patientenakte erfolgt in einem Dokumentationssystem (KIS), das von allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen genutzt wird. Verschiedene Dokumentationsbögen, Fieberkurven, Behandlungspfade und externe Befunde werden in der Patientenakte in Papierform geführt. Hierfür liegen standardisierte Formulare vor. Die Archivierung der Papierakte erfolgt in einem zentralen Krankenaktenarchiv. Der Workflow bei der digitalen Archivierung ist durch die Software des KIS geregelt.

Verfügbarkeit von Patientendaten

Klare Archivierungsregelungen und eine zeitnahe und umfassende Dokumentation gewährleisten, sämtliche Patientendaten zu jedem Zeitpunkt verfügbar zu halten. Der Zugriff auf Patientendaten über die elektronische Dokumentation im KIS und die Papierakten ist rund um die Uhr gewährleistet. Während der Dienstzeiten des Archives werden angeforderte Akten ausgegeben. Außerhalb der Dienstzeiten ist der Zugang zum zentralen Archiv geregelt.

Information der Krankenhausleitung

Die Information der Krankenhausleitung ist durch ein bewährtes Berichts- und Besprechungswesen geregelt. Zahlreiche Berichte und Informationen werden routinemäßig erstellt und der Krankenhausleitung vorgelegt. Regelmäßige und strukturierte Besprechungskreise sind etabliert und geeignete Kommunikationsstrukturen vorhanden. Das monatliche Reporting ermöglicht den Führungskräften der obersten Führungsebene den Überblick über Erlös- und Kostenentwicklung. Das Intranet dient als zentrales Informationsmedium. Die Mitarbeiter haben zahlreiche Wege zur direkten Meinungsäußerung gegenüber der Krankenhausleitung.

Informationsweitergabe (intern / extern)

Die Verantwortlichkeiten im Rahmen der internen und externen Informationsweitergabe sind weit gestreut und über Konzepte und Verfahrensanweisungen klar geregelt. Das Grundkonzept zur internen Informationsweitergabe basiert auf vielfältigen Besprechungskreisen. Eine Besprechungsübersicht ist vorhanden. Besprechungen werden anhand von Protokollen festgehalten. Grundsätzlich sind die Teilnehmer der Besprechungen Führungskräfte und geben relevante Informationen an die Mitarbeiter ihres Bereiches weiter. Die Kommunikation nach außen wird in verschiedenen Foren realisiert (z. B. Ärztstammtisch, Vorträge im Rahmen des Vortrags- und Kursprogrammes).

Organisation und Service

Die Information (zentrale Auskunftsstelle der Klinik) als „Visitenkarte“ der Kreisklinik steht mit ihren Mitarbeitern Patienten und Besuchern mit den gewünschten Informationen rund um die Uhr kompetent zur Verfügung und vermittelt an zuständige Stellen weiter. Alle relevanten Informationen (Telefonlisten, Dienstpläne, Rufbereitschaftspläne, Alarm- und Einsatzplan usw.) sind an der zentralen Auskunftsstelle hinterlegt. Die Einhaltung des Datenschutzes und die Achtung der Intimsphäre bei Erteilung von Auskünften sind gewährleistet. Eine angemessene technische Ausstattung der Information ist vorhanden. Weitere wichtige Auskunftsstellen sind die Chefarztsekretariate, die Anfragen von außen kompetent beantworten.

Regelungen zum Datenschutz

Die Belange des Datenschutzes sind im Handbuch Datenschutz umfassend geregelt, in welches alle datenschutzrechtlichen Vorschriften zum Schutz der Grundrechte, Grundfreiheiten und der Privatsphäre von Patienten und Mitarbeitern einfließen. Die Datenschutzbeauftragte wird von einem externen Dienstleister mit entsprechender Qualifikation unterstützt. Regelmäßig finden Datenschutzbegehungen statt und Datenschutzunterweisungen für Mitarbeiter werden angeboten. Jeder neue Mitarbeiter hat zu Dienstbeginn die Erklärung zur Schweigepflicht zu unterschreiben.

Vision, Philosophie und Leitbild

Die Klinik verfügt bereits seit 1996 über ein klinikeigenes Leitbild. Dieses wurde 2008 von einer berufsgruppenübergreifenden Mitarbeiterprojektgruppe komplett überarbeitet und 2011 von der Klinikleitung aktualisiert. Das Leitbild legt die Wertegrundlage für unser gemeinsames Handeln und stellt die Grundlage unseres Arbeitens mit Patienten und Mitarbeitern dar. Ergänzend existieren ein Pflegeleitbild und Stationsleitbilder, welche die Aussagen aus dem Klinikleitbild in den einzelnen Stationen präzisieren. Die Vision und Mission „Vom Krankenhaus zum Gesundheitszentrum“ hat sich aus den Anforderungen der letzten 15 Jahre ergeben. Die Umsetzung von Vision und Mission spiegelt sich in der Entwicklung der Klinik wider (Angliederung der Gesundheitszentren 1 und 2 mit neuen Kooperationspartnern, Etablierung der Palliativstation).

Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Ausgangspunkt der vertrauensbildenden- und fördernden Maßnahmen ist das Klinikleitbild. Umfangreiche Informationen der Mitarbeiter über aktuelle Themen im Haus erfolgen anhand von Mitarbeiterinfos (Mitarbeiterzeitung), Personalversammlungen, Rundschreiben, Aushänge und Informationen im Intranet. Mitarbeiter werden aktiv in Projekt- und Arbeitsgruppen einbezogen. Der Personalrat ist intensiv in die Planung und Durchführung vertrauensbildenden- und fördernden Maßnahmen eingebunden. Die Betriebsgemeinschaft wird durch verschiedene Veranstaltungen (vorweihnachtliche Karpfenessen, jährliche Betriebsausflüge, Mitarbeiterfeste) und Sportangebote gefördert.

Ethische und kulturelle Aufgaben, sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

2008 wurde das klinische Ethik-Komitee (KEK) als zentrales Gremium zum Umgang mit ethischen Fragestellungen gegründet. Im Mittelpunkt der Aufgaben des KEK steht die Diskussion und Reflexion ethischer Fragestellungen, die im Behandlungsteam nicht einvernehmlich gelöst werden können. Das KEK ist mit 12 Mitgliedern hierarchie- und berufsgruppenübergreifend aufgebaut. Vier Mitglieder sind zu Ethikberatern im Gesundheitswesen ausgebildet. Eine Satzung regelt Zielsetzung und Aufgaben. Mitarbeiter können sich stets an ein Mitglied oder das gesamte Komitee wenden. Weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse werden in vielfältiger Weise, insbesondere durch die katholische und evangelische Klinikseelsorge berücksichtigt. Eine enge Kooperation besteht mit dem Hospizverein.

Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Für die Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Strategie und Zielplanung sind der Vorstand und die Krankenhausleitung verantwortlich. Verbindliche Zielvorgaben ergeben sich aus dem Inhalt des Klinikleitbildes. Mittels des Instruments „Strategiegespräch“ wird ein Rückblick auf das vergangene Jahr in den einzelnen Abteilungen vorgenommen, ein Ausblick auf mögliche Entwicklung aufgezeigt und Ziele der Klinik definiert. Die Grundlage der Klinikzielplanung ist der Wirtschaftsplan, der jährlich erstellt und fortgeschrieben wird. Die Investitionsplanung erfolgt für fünf Jahre und wird jährlich mit dem Wirtschaftsplan aktualisiert.

Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Die Klinik unterhält zahlreiche Partnerschaften und Kooperationen, welche u. a. zu Facharztpraxen, einer ambulanten Rehabilitation und weiteren Dienstleistern des Gesundheitswesens aufgebaut wurden. Bei der Auswahl der Kooperationspartner in den Gesundheitszentren fließen Aspekte der Erweiterung und Ergänzung des Leistungsspektrums ein, welche zu einer Aufwertung des Standortes führen. Im Rahmen der gesellschaftlichen Verantwortungsübernahme sind Mitglieder der Klinikleitung in Vereinen engagiert (z. B. Chefarzte im ärztlichen Kreisverband, Pflegedienstleitung im Verein Christen im Gesundheitswesen). Die Klinik bietet Selbsthilfegruppe Veranstaltungsräume für deren Treffen an. Mitarbeiter der Klinik beteiligen sich inhaltlich mit Vorträgen an diesen Treffen. Die Kreisklinik öffnet sich regelmäßig für kulturelle Veranstaltungen (z. B. Lesungen, Konzerte, Kunstausstellungen). Mit dem jährlichen Kursprogramm werden für die Öffentlichkeit rund 120 Kurse und Vorträge angeboten. Der Förderverein der Kreisklinik Roth besteht seit 12 Jahren mit inzwischen über 1000 Mitgliedern und unterstützt die Klinik insbesondere bei Fortbildungen des Personals und Anschaffungen zusätzlicher Geräte.

Festlegung einer Organisationsstruktur

Im Organigramm, welches im Intranet für alle Mitarbeiter zugänglich ist, ist die Organisationsstruktur der Klinik festgelegt. Das Organigramm ist klar strukturiert und wird bei betrieblichen und personellen Änderungen aktualisiert. Auf das Organigramm aufbauend wurden für Gremien und Kommissionen Geschäftsordnungen erstellt. Beauftragte Personen sind in der Beauftragtenliste aufgeführt und im Intranet veröffentlicht. Aufgaben- und Stellenbeschreibungen ergänzen die Regelungen.

Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Um eine effektive und effiziente Arbeitsweise der Führungsgremien zu gewährleisten, bestehen für die Gremien Geschäftsordnungen bzw. Satzungen. Ein strukturiertes Protokollwesen ist eingeführt und dient der strukturierten Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitungen von Sitzungen und Besprechungen. Die Koordination der Arbeit der unterschiedlichen Gremien unterhalb der Klinikleitung erfolgt durch Teilnahme mindestens eines Mitgliedes der Klinikleitung. Übergeordnete Projekte werden von der Klinikleitung in Auftrag gegeben. Die Klinikleitung wird in ihren regelmäßigen Sitzungen über den Projektstand informiert. Der Personalrat ist gemäß den Vorgaben des bayerischen Personal-Vertretungs-Gesetzes (PVG) in die Entscheidungsfindung eingebunden. Alle wichtigen Informationen werden in geeigneter Form entweder an alle Mitarbeiter oder gezielt an bestimmte Mitarbeiterkreise kommuniziert.

Innovation und Wissensmanagement

Die Klinik legt besonderen Wert auf Wissensmanagement und Innovation. Im Klinikleitbild ist die Innovation zentraler Bestandteil durch folgenden Grundsätze: „Unsere Intention ist ständig neues Wissen in die tägliche Arbeit einfließen zu lassen.“ Weiter heißt es: „Wir fördern innovative Ideen und Eigenverantwortung.“ Ziel ist, dass alle Mitarbeiter über das für ihre Arbeit notwendige Wissen verfügen und über relevante Entwicklungen in der Klinik und außerhalb informiert sind. Alle Mitarbeiter sind aufgefordert, sich über die aktuellen Entwicklungen und Trends zu informieren und Vorschläge für Innovationen an die Klinikleitung herauszutragen.

Externe Kommunikation

Die externe Kommunikation erfolgt im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit. Die Öffentlichkeitsarbeit umfasst das Kurs- und Veranstaltungsprogramm, die Pressearbeit und die Durchführung von Aktionstagen. Es existiert ein Corporate Design Konzept, welches die Gestaltung der Printmedien regelt um ein einheitliches Auftreten nach außen umzusetzen. Mitarbeiteraktionen, die Homepagegestaltung und der Klinik-Info-Kanal runden die Öffentlichkeitsarbeit ab. Internes Marketing erfolgt über die Mitarbeiterinfo (Mitarbeiterzeitung).

Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Der Aufbau und die Entwicklung des Risikomanagements erfolgt in zwei Bereichen, dem klinischen und dem finanziellen Risikomanagement. Das finanzielle Risikomanagement richtet sich nach dem Gesetz zur Verbesserung der Kontrolle und Transparenz im Unternehmen (KonTraG). Besonderes Augenmerk legt die Klinik auf das klinische Risikomanagement. Neben bereits eingeführten Maßnahmen zur präventiven Risikominimierung (z. B. Prophylaxe-Pflegestandards) wurde in den Pilotabteilungen Anästhesie und OP eine Mitarbeiterprojektgruppe gegründet. Diese Projektgruppe setzt sich mit den speziellen Risiken ihrer Abteilungen auseinander und erarbeitet geeignete Instrumente zur Risikominimierung. In diesem Rahmen wurde die Checkliste der WHO zur Patientensicherheit auf die Anforderungen der Klinik umgewandelt und ein erweitertes Verfahren zur Zählkontrolle eingeführt. Des Weiteren besteht für die Pilotabteilungen die Möglichkeit (Beinahe-)Vorkommnisse per Onlineformular im Intranet anonym an den Meldekreisbeauftragten zu melden. Die Meldungen aus dem Critical Reporting System werden aufbereitet, analysiert und mit einer Take-Home-Message versehen. Die Kommunikation erfolgt im Rahmen der Teambesprechungen. Geplant ist die Ausweitung des Risikomanagements sukzessive auf die gesamte Klinik.

6 Qualitätsmanagement

Organisation

Wir verstehen uns als lernende Organisation im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP). Im Strategiepapier des Qualitätsmanagements sind die Strukturen, die Organisation und der Aufbau des Qualitätsmanagements (QM) beschrieben. Die jährlichen Ziele des QMs sind in der Managementbewertung festgelegt. Verantwortlich für das QM und seine strategische Ausrichtung ist der Vorstand, für die operative Umsetzung die QM-Lenkungsgruppe und die QM-Koordinatorin. Die Einbeziehung aller Bereiche und Berufsgruppen spiegelt sich zum einen in der interdisziplinär zusammengesetzten Lenkungsgruppe wieder. Des Weiteren sind dezentrale Qualitätsbeauftragte benannt und ausgebildet, um das QM in ihrem Bereich weiterzuentwickeln. Regelmäßige Treffen der dezentralen QBs finden statt. Die erforderlichen Ressourcen werden durch die Klinikleitung bereitgestellt.

Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Grundlage der Prozesssteuerung ist das Prozessmodell, welches sich am PDCA-Zyklus orientiert. Im Kern des QM steht der Prozess der Patientenversorgung. Des Weiteren sind unterstützende Prozesse definiert. Ergänzt werden Kern- und Unterstützungsprozesse durch die Definition von Führungs- und Managementprozessen. Im klinikübergreifenden QM-Handbuch sind alle wesentlichen Prozesse, Abläufe und Verfahren dargestellt. Wir beschreiben diese in Form von Verfahrens-, Arbeitsanweisungen, dazugehörigen Konzepten und weiteren Dokumenten. Ergänzt wird das klinikübergreifende Handbuch durch die Erarbeitung von Abteilungshandbüchern. Grundlage des Schnittstellenmanagements ist die Abgrenzung zwischen übergreifenden Regelungen und abteilungsbezogenen Regelungen, welche in den Abteilungshandbüchern hinterlegt sind. Die Prozesse werden im Hinblick auf ihr Optimierungspotential alle drei Jahre und bei Veränderungen überprüft.

Patientenbefragung

Die Klinik führt eine kontinuierliche Patientenbefragung durch. Das Verfahren wurde 2009 komplett überarbeitet. Die Patientenbefragung wird anhand unterschiedlicher Fragebögen (stationär/ambulante OP/Geburtshilfe/Geriatrie Reha) durchgeführt, um die Schwerpunkte der jeweiligen Bereiche abzudecken. Die Auswertungen erfolgen halbjährlich. Die Befragung der stationären Patienten wird zudem stationsbezogen ausgewertet. Die Ergebnisse werden an die Mitarbeiter in geeigneter Weise kommuniziert (z. B. Intranet, Stationsleiterbesprechung, QM-Lenkungsgruppe).

Befragung externer Einrichtungen

Die Entscheidung zur Durchführung einer Einweiserbefragung trifft die Klinikleitung. Die Durchführung erfolgt über das QM. Die Erstellung eines geeigneten Fragebogens erfolgt in Zusammenarbeit mit den Chefarzten. Die Befragung wird anonym durchgeführt und klinikintern ausgewertet. Die Ergebnisse werden an die Klinikleitung und die QM-Lenkungsgruppe kommuniziert. Im Rahmen von Teambesprechungen werden die Ergebnisse an die Mitarbeiter weitergegeben. Einmal jährlich findet in der Klinik das Treffen der ambulanten Dienste und Pflegeeinrichtungen im Landkreis statt. Im Vorfeld werden die teilnehmenden Einrichtungen mittels eines Fragebogens zu einem Thema befragt (Thema 2010: Umgang mit Demenzpatienten). Die Ergebnisse werden im Rahmen des Treffens den teilnehmenden Einrichtungen vorgestellt.

Mitarbeiterbefragung

Mitarbeiterbefragungen sind ein wichtiger Bestandteil unseres Befragungskonzeptes. Die letzte Mitarbeiterbefragung, welche alle Mitarbeiter aller Abteilungen einschloss, fand 2007 statt. Nach dem Befragungskonzept wird diese alle 5 Jahre erneut durchgeführt. In der Zwischenzeit finden Schwerpunktbefragungen statt (z. B. zum klinischen Ethikkomitee, zum betrieblichen Vorschlagswesen, zur Verpflegung der Mitarbeiter, zu durchgeführten Fortbildungen). Die Befragung aller Mitarbeiter wurde 2007 extern ausgewertet. Die Auswertung von Schwerpunktbefragung erfolgt klinikintern. Die Ergebnisse werden ebenfalls in geeigneter Weise an unsere Mitarbeiter weitergegeben.

Bei allen Befragungen werden die bundes- und landesdatenschutzrechtlichen Bestimmungen beachtet. Über Zielsetzung und Zweck der Befragung werden die betreffenden Personen informiert.

Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Der Umgang mit Wünschen, Anliegen und Beschwerden ist im Rahmen des Beschwerdemanagements geregelt. Aktives Beschwerdemanagement besteht bereits seit 2001 in der Klinik. Ziel ist die systematische Erfassung von Beschwerden, Anliegen und Wünschen von Patienten, ihrer Angehörigen und von externen Partnern. Sachliche Beschwerden werden als wertvoll angesehen und stellen eine kostenlose Beratung für die Klinik dar. Die Klinik setzt bei der Bearbeitung auf ein dezentrales Konzept. Mitarbeiter sind sensibilisiert, im Sinne eines aktiven Beschwerdemanagements direkt unsere Patienten bei Problemen anzusprechen. Jeder Mitarbeiter ist verantwortlich für die Annahme und adäquate Bearbeitung oder Weiterleitung einer Beschwerde. Die Gesamtverantwortung liegt bei der Qualitätskoordinatorin. Die Patientenbefragung gibt Raum, um Anliegen, Wünsche und Beschwerden anonym und mit Namensnennung an die Klinik weiterzugeben. In der Patienteninfomappe im Patientenzimmer wird auf unser Beschwerdemanagement hingewiesen.

Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Qualitätsrelevante Daten werden erhoben und genutzt, um Verbesserungsmaßnahmen im Rahmen der internen Qualitätsentwicklung zu erreichen. Für wichtige medizinische und pflegerische Bereiche analysieren wir qualitätsrelevante Daten auch über das gesetzlich geforderte Maß hinaus, um einen Maßstab für den erzielten Qualitätsstand zu gewinnen und Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten. Eine Verfahrensanweisung legt fest, wie qualitätsrelevante Daten z. B. nach den Vorgaben der BQS/BAQ (Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung / Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung) oder des NRZ (Nationales Referenzzentrum) (KISS) sowie zu Nationalen Expertenstandards erfasst, ausgewertet bzw. aufbereitet und kommuniziert werden. Im Rahmen der Mitgliedschaft bei der Klinik-Kompetenz-Bayern e. G. (Gründung 2011) werden derzeit Benchmarkprojekte geplant und erarbeitet.

Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Ziel der Methodik und des Verfahrens der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung ist, die valide und vollständige Erfassung der Daten der BAQ (Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung) und die Nutzung der Datenanalyse zur Ableitung von Verbesserungen. Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung werden zur Überprüfung der Behandlungsqualität und Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen genutzt. Für die Meldungen der notwendigen Daten bei externen Qualitätssicherungsmaßnahmen sind die medizinischen Fachabteilungen (Beauftragte für die externe Qualitätssicherung) verantwortlich. Für die Qualitätssicherung in der Pflege ist die Pflegedienstleitung verantwortlich. Die Ergebnisse werden im QM aufbereitet und mit dem Instrument der Medical Review bewertet. Je nach Bewertung fließen Verbesserungen in Abläufe, Standards und Behandlungspfade ein. Die Transparenz der Daten erfolgt über die Veröffentlichung im Intranet.