



**OKM Orthopädische Klinik
Markgröningen gGmbH**
Im Verbund der Regionalen
Kliniken Holding RKH



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009 für Krankenhäuser

Einrichtung: Orthopädische Klinik Markgröningen gGmbH
Institutionskennzeichen: 260810055
Anschrift: Kurt-Lindemann-Weg 10
71706 Markgröningen

Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer: 2011-0191 KH
durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle: QMS Cert
Zertifizierungsgesellschaft mbH

Gültig vom: 31.12.2011
bis: 30.12.2014



Inhaltsverzeichnis

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



Vorwort der KTQ®

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

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.

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-Bundesverband, IKK-Bundesverband, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Knappschaft-Bahn-See.



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 Orthopädische Klinik Markgröningen gGmbH 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



Die Orthopädische Klinik Markgröningen gGmbH ist ein hochmodernes, überregionales Kompetenzzentrum für Orthopädie und Rückenmarkverletzte. Als Fachklinik ist sie im Krankenhausbedarfsplan des Landes Baden-Württemberg keiner allgemeinen Versorgungsstufe zugeordnet, allerdings ist sie als Maximalversorger in der Orthopädie den Universitätskliniken gleichgestellt.

Die Orthopädische Klinik Markgröningen (OKM) zählt mit ihren 200 Betten zu den größten Kliniken mit diesem Schwerpunkt in Deutschland. Seit Ende 1998 firmiert sich die OKM als gGmbH, d.h. als gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung. Seit dem 01.07.2007 gehört sie, als weiterhin rechtlich selbständige GmbH und Tochterunternehmen der Kliniken Ludwigsburg-Bietigheim gGmbH, zum Verbund der Regionalen Kliniken Holding RKH GmbH - dem größten kommunalen Klinikenverbund Baden-Württemberg.

Die Anfänge unserer Klinik liegen in der 1841 von dem Arzt Dr. August Herrmann Werner gegründeten A.H. Wernerschen Anstalten in Ludwigsburg. Sie gehört damit zu den ältesten orthopädischen Institutionen Europas. Im Jahr 1982 wurde ein Neubau in der alten Reichsstadt Markgröningen bezogen, dem heutigen Standort.

Wir sind Spezialisten für die operative und konservative Behandlung bei Erkrankungen des Bewegungsapparates und Wirbelsäule im Rahmen der Maximalversorgung. Wir behandeln Patienten mit akuten Verletzungen und Verletzungsfolgen, Patienten mit Folgen von Gelenkverschleiß, entzündlichen und bösartigen Erkrankungen, Neu- und Fehlbildungen und Querschnittlähmung.

Um unseren Patienten ein umfassendes Leistungsspektrum bieten zu können, arbeiten wir eng mit niedergelassenen Ärzten, anderen Krankenhäusern sowie Einrichtungen zur stationären und ambulanten Rehabilitation und anderen Einrichtungen im Gesundheitssystem zusammen.

Wir organisieren und integrieren den gesamten Behandlungsablauf vor und nach dem stationären Aufenthalt für unsere Patienten. Zusammen mit unserer am Standort befindlichen Tochterfirma, der ORTEMA GmbH, die alle präventiven und rehabilitativen Angebote verantwortet, bildet die OKM ein Gesundheitszentrum für orthopädische Erkrankungen.

Wir arbeiten nach neuesten, anerkannten und bewährten Standards auf dem Niveau einer Universitätsklinik und sind an innovativen Entwicklungen im Gesundheitswesen beteiligt. Wir sind in allen Bereichen für unsere Aufgaben besonders qualifiziert und spezialisiert und erbringen diese Leistungen in fünf Fachabteilungen. In unserer Klinik werden jährlich rund 7.500 stationäre und mehr als 40.000 ambulante Patienten auf hohem medizinischem Niveau versorgt. Darüber hinaus führen wir noch rund 2.000 ambulante Operationen pro Jahr



durch.

Als einer der größten Arbeitgeber in der Stadt Markgröningen beschäftigt die OKM rd. 500 Mitarbeiter in Voll- und Teilzeit. Über unser Tochterunternehmen, die ORTEMA GmbH, kommen noch 150 Mitarbeiter dazu. Zusammen mit der Schule für Pflegeberufe der Kliniken Ludwigsburg-Bietigheim gGmbH, sowie mit der gemeinsamen Ausbildung zum Operationstechnischen Assistenten (OTA) am Krankenhaus Reutlingen und den umfangreichen Weiterbildungsmöglichkeiten im ärztlichen Bereich, nimmt die OKM eine wichtige Funktion zur Ausbildung des ärztlichen und pflegerischen Nachwuchses wahr.

Mit ihrem umfangreichen orthopädischen Leistungsspektrum bietet die OKM spezialisierte, fachärztliche Versorgung auf höchstem Niveau an. Gut ausgebildetes Pflegepersonal, verschiedenste Therapeuten, Sozialdienst und Klinikseelsorge sowie die komplette Heil- und Hilfsmittelversorgung und unsere Präventions- und Rehabilitationsangebote, runden das Spektrum ab.

Mit diesen Angeboten und unserer darauf ausgerichteten Strategie, befinden wir uns auf einem anhaltenden Erfolgskurs. Unsere fachliche Reputation geht weit über die Region hinaus. Mit unseren schon durchgeführten Baumaßnahmen und dem aktuell begonnenen Neubau unseres Betten- und Funktionstraktes, führen wir unsere erfolgreiche Wachstumsstrategie konsequent fort.

Seit vielen Jahren arbeitet die OKM kontinuierlich an der Verbesserung seiner Prozesse und an der Qualität in der Patientenversorgung. Neben der regelmäßigen Zertifizierung nach KTQ® und den Zertifizierungen klinischer Bereiche und Servicebereichen durch Fachgesellschaften, Instituten und TÜV, besteht eine intensive Mitarbeit im holdingweiten Qualitätsmanagement des Verbundes.

Außerdem gehört die OKM über ihren Gesellschafter zum QuMiK-Verbund, der eine Partnerschaft von vielen Kliniken in kommunaler Trägerschaft in Baden-Württemberg ist. Unter dem Leitgedanken „Lernen vom jeweilig Besten“ findet ein vielfältiger Austausch von Wissen und Kennzahlen zwischen den Einrichtungen statt. Die QuMiK Partner veröffentlichen jedes Jahr einen freiwilligen Qualitätsbericht mit Kennzahlen zu medizinischen Ergebnissen.



Die Kategorien



1 Patientenorientierung

Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Im Internet ist das Behandlungsspektrum der Fachabteilungen ausführlich beschrieben. Sprechstundenzeiten und Kontaktdaten sind veröffentlicht. Die Klinik liegt zwischen Asperg und Markgröningen, umgeben von Feldern und Wiesen. Sie ist mit dem PKW und öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen. Eine Bushaltestelle befindet sich in unmittelbarer Nähe. Fahrpläne hängen an der Information aus. Die S-Bahn-Haltestelle Asperg ist in 10 Busminuten zu erreichen. Hinweisschilder zur Klinik befinden sich auf allen Zufahrtsstraßen. Rund 380 öffentliche, zum größten Teil kostenlose Parkplätze stehen zur Verfügung. Weitere Parkplätze sind in Planung. Auf der Internetseite sind umfangreiche Hinweise zur Erreichbarkeit veröffentlicht. Im Bereich des Haupteingangs befindet sich eine Orientierungstafel mit der Beschreibung der einzelnen Etagen. Entsprechende Hinweisschilder führen zu den verschiedenen Räumlichkeiten und Abteilungen. Das Wegeleitsystem wird regelmäßig angepasst. Die Aufnahme erfolgt nach Einweisung der niedergelassenen Fachärzte auf Grundlage der zur Verfügung stehenden OP-Kapazitäten. Den Aufnahmetermin / OP-Termin erhält der Patient im Rahmen der ambulanten Aufklärungsgespräche. Bei Bedarf können Angehörige und Dolmetscher hinzugezogen werden. Eine Patienteninformationsmappe wird jedem Patienten gezielt mitgegeben. Informationsbroschüren über Fachabteilungen und Operationen liegen im Eingangsbereich aus und können auch auf der Internetseite abgerufen werden. In der Anästhesie-Abteilung werden, zusätzlich zum Aufklärungsgespräch, Aufklärungsfilme angeboten. Die stationäre Aufnahme befindet sich neben der Information. In Einzelkabinen werden die Stammdaten der Patienten erfasst und die Aufnahmeformulare auf Vollständigkeit überprüft. Die koordinierte Aufnahme erfolgt in der Reihenfolge der gezogenen Wartemarke.

Leitlinien

Die Behandlungsstandards unserer Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte werden regelmäßig überprüft und orientieren sich an neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen und Leitlinien. Wissenschaftliche Studien, ständige Teilnahme an Kongressen und die systematische Mitarbeiterqualifikation sichern unsere hohe Behandlungsqualität. Auf Leitlinien der Fachgesellschaften, wissenschaftliche interne und externe Datenbanken kann jederzeit zugegriffen werden.

Information und Beteiligung des Patienten

Unsere Mitarbeiter tragen Namensschilder und stehen für Fragen und Auskünfte gerne persönlich zur Verfügung. Die Information ist zentral am Haupteingang gelegen und ganztags besetzt. Patientenschulungen werden vor allem im Querschnittbereich angeboten. Entsprechende Patienteninformationen werden vorgehalten. Monatlich finden Patienten-Informationsveranstaltungen „wenn die Gelenke schmerzen.“ statt.



Service, Essen und Trinken

Gepäckhilfen und Rollstühle stehen im Eingangsbereich bereit. Ein interner Patientenbegleitdienst kann telefonisch angefordert werden. Die Intimsphäre wird durch Sichtschutzwände auf Intensivstation, Aufwachraum und bei Bedarf auf Station sichergestellt. Alle Patientenzimmer sind mit elektromotorisch höhenverstellbaren Betten, Fernseher, Radio, Telefon und abschließbare Wertfächer ausgestattet. Des Weiteren verfügen sie über einen Essplatz sowie WC und Waschbecken. Alle Zimmer sind 2-Bett-Zimmer, im Bereich der Klinik für Neuroorthopädie, Rückenmarkverletzungen und Skoliosen sind zum Teil 4-Bett-Zimmer vorhanden. In den Neubauplanungen wurden die Bedürfnisse und Rückmeldungen der Patienten berücksichtigt (z.B. Zimmerausstattung, Internetterminal, WLAN-Zugang). Im Ambulanzbereich ist eine Kinderspielecke eingerichtet. Wasserspender und Zeitschriften stehen kostenlos zur Verfügung. Das „OKM-Ambiente“ mit Außenterrasse ist täglich bis 19.00 h geöffnet. Im „ORTEMA-Shop“ können Kiosk-Artikel und Hilfsmittel erworben werden. Der „Raum der Stille“ steht allen Patienten, Besuchern und Angehörigen zur Verfügung und wird wöchentlich für Gottesdienste genutzt. Der Klinikgarten lädt zu Spaziergängen ein. Ein Raum des Abschieds wurde ansprechend gestaltet. Die Menüwahl (Vollkost, leichte Vollkost, Fleischfrei) wird täglich elektronisch erfasst, individuelle Abneigungen und Allergien können im System hinterlegt werden. Wunschkost wird ermöglicht. Eine Diätassistentin steht für Beratungen zur Verfügung. Zweimal pro Woche wird das vegetarische Gericht aus 100% biologisch erzeugten Lebensmitteln angeboten. Das Gemüseangebot wird aus 90% Frischgemüse bestritten, regionale Produkte werden bevorzugt. Unsere offiziellen Besuchszeiten sind in der Hausordnung geregelt und auf der Internetseite sowie auf Schildern im Eingangsbereich veröffentlicht. Auf individuelle Bedürfnisse von Patienten und Angehörige wird eingegangen.

Kooperationen

In unserer Klinik werden zahlreiche Besprechungen geführt – auch abteilungsübergreifend. Interessante Behandlungsfälle werden im Rahmen von Fallkonferenzen allen Fachabteilungen vorgestellt und besprochen. Die Orthopädische Klinik Markgröningen arbeitet mit der am Standort ansässigen Rheumapraxis und Radiologische Gemeinschaftspraxis zusammen und kooperiert bei nicht vorhandenen Fachabteilungen (z.B. Innere Medizin) mit anderen Krankenhäusern. Die Anästhesie-Abteilung hat eine Schmerzambulanz und einen stationären Schmerzdienst eingerichtet. Eine seelsorgerliche und psychologische Betreuung wird angeboten. Ein Sozialdienst ist in der Klinik vorhanden.

Erstdiagnostik und Erstversorgung

Notfälle werden vom einweisenden Arzt telefonisch angemeldet. Die Aufnahmebereitschaft ist während der Sprechstundenzeiten über die Ambulanzen und außerhalb der Sprechstundenzeiten über den Bereitschaftsdienst gewährleistet. Patienten, die mit dem Rettungshubschrauber oder Rettungswagen gebracht werden, werden vom Notarzt an den zuständigen Arzt bzw. den diensthabenden Arzt übergeben.



Ambulante Diagnostik und Behandlung

Die Ambulanztermine werden in der Regel telefonisch vereinbart. Im Rahmen des ambulanten Vorstellungstermins werden möglichst alle notwendigen Untersuchungen veranlasst. Mitgebrachte Vorbefunde werden berücksichtigt. Der Patient wird ausführlich über die empfohlenen Behandlungsmaßnahmen aufgeklärt und erhält schriftliches Informationsmaterial. Ein ambulanter Arztbrief für den niedergelassenen Facharzt wird erstellt. Die Überprüfung der OP-Indikation, die operative Versorgung und die Behandlung werden durch einen Facharzt gewährleistet. Relevante Vorerkrankungen, Medikamenteneinnahmen, Risiken und soziale Begleitaspekte werden berücksichtigt.

Ambulante Operationen

Für ambulante Operationen steht den Fachabteilungen das "Zentrum für arthroskopische Chirurgie und spezielle Gelenkchirurgie" sowie ein OP-Saal auf Ebene der Ambulanz zur Verfügung.

Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Alle diagnostischen Maßnahmen, die zur stationären Behandlung notwendig sind, werden bei der Patientenvorstellung in der Ambulanz veranlasst. Die notwendige Diagnostik und Behandlung der stationär aufgenommenen Patienten wird durch den Stationsarzt und den Pflegedienst koordiniert. Es liegen ausführliche medizinische, pflegerische und therapeutische Standards in allen Bereichen vor. Während der Visite und im Rahmen von Besprechungen wird die Behandlung überprüft und kontinuierlich angepasst. Die Patienten werden in die Behandlungsplanung mit eingebunden; individuelle Wünsche werden so weit wie möglich berücksichtigt. Angehörigen wird es ermöglicht, Gesprächstermine zu vereinbaren. Speziell ausgebildetes Personal (z.B. Wundmanagement, Diätassistentin, Psychologe, Seelsorge, Schmerztherapeuten) wird bei Bedarf in die Behandlung mit einbezogen.

Therapeutische Prozesse

Über die Sekretariate wird eine längerfristige OP-Planung koordiniert. Ein verbindlicher OP-Plan wird am Vortag erstellt und steht allen betroffenen Bereichen zur OP-Vorbereitung zur Verfügung. Die Patienten werden durch den Aufwachraum in Abstimmung mit dem OP-Team von Station abgerufen. Ein OP-Sofortprotokoll des Operateurs informiert die Beteiligten nach OP über das weitere Vorgehen (z.B. Mobilisierung). Für die Mobilisierung und physiotherapeutische Versorgung liegen für die Physiotherapie zahlreiche Standards vor. Die Versorgung mit Hilfsmitteln erfolgt durch die eigene Orthopädietechnik. Die Versorgung mit Arzneimitteln erfolgt über einen Kooperationsvertrag mit einer benachbarten Klinik. Die Schmerzmedikation der Patienten wird bedarfsabhängig angepasst, ein Schmerzdienst steht zur Verfügung.



Operative Verfahren

Die OP-Säle stehen den operativen Kliniken innerhalb der jeweiligen Betriebszeiten zur Verfügung. Die OP-Kontingente für die einzelnen Abteilungen sind festgelegt. Die Organisation des täglichen OP-Betriebs wird durch einen OP-Koordinator gewährleistet. Die OP-Aufklärung erfolgt bereits in der Sprechstunde und nochmals im Rahmen der Stationären Aufnahme. Ausführliches Informations-/Aufklärungsmaterial steht zur Verfügung. Die Sekretariate der entsprechenden Fachabteilungen sind für die OP-Planung zuständig. Die Übergabe wichtiger Daten nach der OP (z.B. Mobilisierung, Schmerzmedikation) erfolgt über das OP-Sofortprotokoll und Anästhesieprotokoll. Es werden zahlreiche Maßnahmen zur Vermeidung von Komplikationen umgesetzt. Hierzu zählen u. a. Maßnahmen zur Identifikation der Patienten, wie z.B. Patientenidentifikationsarmbänder und mehrfache aktive Frage an den Patienten nach seinem Namen.

Visite

Für die Abteilungen sind Visitenzeiten festgelegt. Die Visiten werden von Pflegekräften begleitet und die Ergebnisse in der Patientenakte dokumentiert. Eine Chef- oder Oberarztvisite findet mindestens wöchentlich auf der Station statt. Über die Visitenzeiten werden die Patienten bei der Aufnahme informiert. Auf Wunsch des Patienten können Angehörige in Visiten einbezogen werden.

Teilstationär, prästationär, poststationär

Vor- und nachstationäre Behandlungsmöglichkeiten werden in allen Abteilungen angeboten. Die vorstationäre Behandlung beinhaltet, die präoperative Diagnostik, Aufklärung über OP und Anästhesie sowie pflegerische Aufnahme. Dies erfolgt in allen Fachabteilungen möglichst bei Indikationsstellung / OP-Planung im Rahmen der ambulanten Vorstellung. Die Abstimmung mit weiterversorgenden Einrichtungen und niedergelassenen Ärzten erfolgt über direkte Kontakte und vor allem durch den Arztbrief.



Entlassung

Die voraussichtliche Aufenthaltsdauer wird bereits beim Ambulanztermin mitgeteilt. Der genaue Entlassungszeitpunkt wird vom Arzt frühzeitig festgelegt. Gegebenenfalls werden die häusliche Versorgung abgeklärt und Angehörige in die Entlassplanung mit einbezogen. Im Haus steht ein Sozialdienst zur Verfügung. Die Einleitung einer Anschlussheilbehandlung wird am Aufnahmetag begonnen. Die weiterversorgende Einrichtung wird frühzeitig vor der Entlassung informiert. Der Stationsarzt stellt den endgültigen Entlassbrief am Vortag oder am Entlasstag fertig. Die Empfehlungen zur Nachbehandlung sind in den Entlassungsunterlagen enthalten. Kopien der Röntgenbilder werden am Entlasstag bereitgestellt. Bei sehr komplexen Krankheitsverläufen wird der weiterbehandelnde Arzt direkt telefonisch informiert. Das pflegerische Entlassgespräch findet 1-2 Tage vor der Entlassung statt. Beim Entlassgespräch wird nochmals überprüft, ob alle notwendigen Hilfsmittel bereitstehen. Ggf. wird der Transport des Patienten vom Pflegedienst/Sozialdienst organisiert. Bei Verlegung in Pflegeeinrichtungen oder Überleitung in die häusliche Pflege wird der standardisierte Pflegeverlegungsbericht mitgegeben. Eine zeitliche Abstimmung der Entlassung mit anderen Einrichtungen wird durch das Pflegepersonal vorgenommen. Übungsprogramme werden von der Physiotherapie den Patienten vor der Entlassung ausgehändigt.

Kontinuierliche Weiterbetreuung

Bei Entlassung erhält jeder Patient grundsätzlich einen ausführlichen Arztbrief. Bei Bedarf wird die häusliche Versorgung oder Anschlussheilbehandlung organisiert. Im Bedarfsfall wird Kontakt zu Selbsthilfegruppen hergestellt. Wenn eine Wiedervorstellung notwendig ist, wird ein Termin über das Sekretariat vereinbart.

Umgang mit sterbenden Patienten

Patienten bei denen der Tod absehbar ist wird ein würdevolles Sterben ermöglicht. Sterbende werden entweder in einem Einzelzimmer untergebracht. Es wird für eine ruhige, vertraute Umgebung gesorgt. Bei allen Tätigkeiten steht der Patientenwille im Vordergrund. Auf spezielle Wünsche wie z.B. Essen, Musik wird eingegangen. Eine angemessene Schmerztherapie wird angeboten. Der Kontakt mit den Angehörigen wird gehalten. Sie werden über den Zustand aufgeklärt. Angehörige werden auf Wunsch als Begleitperson mitversorgt. Es gibt keine Beschränkung der Besuchszeiten für die Angehörigen. Bei Bedarf stehen die Klinikseelsorge u. die Psychologin zur Verfügung. Abendmahl oder Krankensalbung wird angeboten, die Klinikseelsorge vermittelt zu Vertretern anderer Religionen. Die Sitzwachengruppe wird auf Wunsch informiert.

Umgang mit Verstorbenen

Auf allen Stationen schafft das Pflegepersonal eine würdevolle Atmosphäre wenn ein Patient verstorben ist. Die Angehörigen können sich auf der Station oder später im Abschiedsraum in Ruhe vom Verstorbenen verabschieden. Ferner können die Angehörigen den Raum der Stille nutzen. Religiöse Aspekte / Rituale finden in jedem Fall Berücksichtigung. Bei Bedarf stehen die Klinikseelsorge u. die Psychologin zur Verfügung.



2 Mitarbeiterorientierung

Planung des Personalbedarfs

Die Planung und der Einsatz des Personals erfolgt unter der Berücksichtigung der Bedürfnisse von Patienten und Mitarbeiter und orientiert sich an den Leistungskennzahlen (z.B. Pflegeaufwand, Belegungszahlen). Die Berechnung des Personalbedarfs erfolgt jährlich oder bei aktuellen Veränderungen. Hierbei werden anerkannte Anhaltswerte von Fachverbänden sowie die Arbeitsplatzmethode berücksichtigt.

Personalentwicklung / Qualifizierung

Die Personalentwicklung zielt darauf ab, Mitarbeiter für zukünftige Aufgaben zu qualifizieren. Systematische Mitarbeitergespräche dienen dazu, die Personalentwicklung im Dialog zwischen Mitarbeiter und Vorgesetzten planen zu können. Die Qualifizierung wird durch gezielte Maßnahmen wie Fort- und Weiterbildungen gefördert.

Einarbeitung von Mitarbeitern

In der Klinik existieren schriftliche Einarbeitungskonzepte. Grundlage der Einarbeitung ist die jeweilige Aufgabenbeschreibung. Neue Mitarbeiter bekommen zu Beginn ihrer Einarbeitung einen Mentor zur Seite gestellt. Einführungstage inkl. Hausführung werden regelmäßig angeboten

Ausbildung

Mit der Schule für Pflegeberufe der Kliniken Ludwigsburg-Bietigheim gGmbH besteht ein Kooperationsvertrag mit jährlich bis zu 5 Ausbildungsplätzen. Für die Ausbildung von Operationstechnische Assistenten arbeiten wir mit dem Klinikum Reutlingen zusammen. Die Ausbildung von Physiotherapeuten (Praktikanten) erfolgt durch die Tochtergesellschaft ORTEMA GmbH. Darüber hinaus werden Ausbildungsplätze zu zur Medizinischen Fachangestellten und Kaufleuten im Gesundheitswesen angeboten. Pro Station/Bereich ist mindestens ein Praxisanleiter vorhanden.

Fort- und Weiterbildung

Die Abteilung Fort- und Weiterbildung veröffentlicht jährlich ein umfassendes Fortbildungsprogramm, dass sich an den Bedürfnissen der Mitarbeiter orientiert. Die Klinik verfügt über eine Fachbibliothek, die umfassende Fachliteratur vorhält. Den Mitarbeiter wird Zugriff auf diverse Fachzeitschriften, auch online, ermöglicht. Ein Fortbildungsbudget wird den Abteilungen jährlich zur Verfügung gestellt. Zusätzlich stehen Mittel für Dienstreisen und Fachausbildungen zur Verfügung. Den Wünschen der Mitarbeiter nach Weiterbildung kommt die Klinik durch Gewährung von Dienstbefreiung bzw. Arbeitszeitwünschen entgegen.



Mitarbeiterorientierter Führungsstil

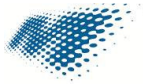
Der mitarbeiterorientierte Führungsstil ist in unserem Leitbild „wir machen mehr für Mitarbeiter“ verankert und zeichnet sich durch eine umfassende Information von oben nach unten und umgekehrt aus. Durch eine offene, konstruktive und sachliche Kommunikation wird Vertrauen bei den Mitarbeitern geschaffen. Bei Planungen werden Mitarbeiter aus den Bereichen einbezogen, abhängig von den angestrebten Maßnahmen. Auf eine teamorientierte Arbeitsweise wird großen Wert gelegt.

Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Für die Mitarbeiter der Klinik gilt die Arbeitszeitregelung des Tarifvertrages des öffentlichen Dienstes. Die Dienstzeiten der Mitarbeiter werden über einen elektronischen Dienstplan geplant. Für die Urlaubsplanung und Mehrarbeitsstunden (Arbeitszeitkonten) wurde mit dem Betriebsrat eine Betriebsvereinbarung getroffen. Mitarbeiterwünsche werden bei der Dienstplangestaltung berücksichtigt. In einigen Bereichen der Klinik sind flexible Arbeitszeitmodelle eingeführt worden.

Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Das betriebliche Vorschlagswesen ist in das Qualitätsmanagement der Klinik integriert. Mitarbeiter können Ideen einreichen, durch einen Bewertungsausschuss werden Vorschläge auf Umsetzbarkeit geprüft und ggf. prämiert. Für Mitarbeiterbeschwerden stehen neben den Vorgesetzten und dem Betriebsrat auch qualifizierte Konfliktberater zur Verfügung.



3 Sicherheit

Arbeitsschutz

Die Maßnahmen des Arbeitsschutzes werden auf Grundlage von bestehenden Gesetzen organisiert und umgesetzt. So gibt es in der Klinik einen externen betriebsärztlichen Dienst, der die erforderlichen Vorsorgeuntersuchungen bei den Mitarbeitern durchführt. Die Umsetzung des Arbeitsschutzes erfolgt durch den jeweiligen Vorgesetzten, er wird dabei von Betriebsarzt, internen Sicherheitsbeauftragten, von der Fachkraft für Arbeitssicherheit und der Hygienefachkraft unterstützt. Im Rahmen von Begehungen und Besprechungen werden die Umsetzung geltender Vorschriften im Bereich Gefahrstoff, Strahlenschutz, Arbeitssicherheit, Brandschutz und Hygiene überprüft und ggf. Maßnahmen zur Verbesserung festgelegt.

Brandschutz

Für die Planung des Brandschutzes ist der Brandschutzbeauftragte verantwortlich. Der vorbeugende Brandschutz umfasst die Vorkehrungen zur Brandverhütung und Sicherung der Flucht- und Rettungswege. Technischen Vorkehrungen sind installiert und werden ständig überprüft. Die Mitarbeiter müssen alljährlich an Pflichtveranstaltungen zum Brandschutz teilnehmen. Ferner finden gemeinsame Brandschutzbegehungen mit der örtlichen Feuerwehr statt. Ein Alarmierungsplan für den Brandfall ist erstellt.

Umweltschutz

Die Klinik fühlt sich der Forderung nach umfassenden Umweltschutzmaßnahmen verpflichtet. Es existiert ein Entsorgungskonzept, das eine Abfallvermeidung, -trennung, -verwertung und -entsorgung regelt. Eine Abfallbilanz wird jährlich erstellt. Bei der Beschaffung wird auf Abfallvermeidung geachtet, z.B. auf den Einsatz von Mehrwegartikeln. Die Abfalltrennung ist in der Klinik durch ein Abfallkonzept geregelt. Bei Umbau-/Neubaumaßnahmen wird auf energiereduzierte und umweltverträgliche Baustoffe und Anlagen geachtet. Ein Umweltschutzbeauftragter ist ernannt.

Katastrophenschutz

Ein Katastrophenschutzplan für externe und interne Schadensereignisse ist erstellt. Er regelt die Maßnahmen und Verantwortlichkeiten bei Katastrophenfällen. Die Klinik ist in den Katastrophenschutzplan des Landkreises eingebunden. Die Alarmierungspläne werden jährlich durch den Katastrophenschutzbeauftragten überprüft.

Nichtmedizinische Notfallsituationen

Die Klinik verfügt über eine zentrale Leittechnik in der Gefahr- und Störmeldungen der verschiedenen haustechnischen Anlagen aufgezeichnet werden. Eine rechtzeitige Information der technischen Abteilung ist rund um die Uhr sichergestellt. Es liegen entsprechende Ausfallkonzepte vor. Alle technischen Anlagen werden regelmäßig gewartet. Eine monatliche Überprüfung des Notstromaggregats findet statt und wird dokumentiert.



Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Ziel ist es, die Eigen- und Fremdgefährdung der Patienten unter Wahrung der Persönlichkeitsrechte zu schützen. Die Aufsichtspflicht wird durch das Fachpersonal wahrgenommen. Bei Bedarf erhalten gefährdete Patienten eine Sitzwache. Im Aufnahmegespräch wird der Patient über Sturzrisiken aufgeklärt. Risikofaktoren werden ermittelt. Die Vermeidung von (Beinahe-)Zwischenfällen wird z.B. durch Team-Time-Out im OP, 4-Augen-Prinzip bei Medikamentenübertrag, Seitenmarkierung und Patientenidentifikationsarmbänder sichergestellt. Die Mitarbeiter sind aufgefordert über ein anonymes Meldesystem (Beinahe-) Fehler zu melden, um Fehlerursachen zu identifizieren und Verbesserungsmaßnahmen umsetzen zu können.

Medizinisches Notfallmanagement

Das in der Klinik installierte Notfallmanagement gewährleistet eine zeitnahe medizinische Versorgung. Notfallkoffer werden in allen Bereichen an zentralen Stellen vorgehalten und systematisch überprüft. Interne Notrufe gehen über eine einheitliche Notrufnummer ein, ein Reanimationsteam der Anästhesie-Abteilung steht zur Verfügung. Für Mitarbeiter aller Bereich finden regelmäßig theoretische und praktische Notfall-schulungen verpflichtend statt.

Hygienemanagement

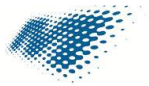
Regelmäßig tagt eine berufsgruppenübergreifende Hygienekommission, deren Aufgaben und Arbeitsweise in einer Geschäftsordnung geregelt ist. Am Standort ist eine Hygienefachkraft tätig. Ein hygienebeauftragter Arzt sowie mehrere Hygienebeauftragte sind ernannt. Es existieren Hygienestandards die im Rahmen von jährlich verpflichtenden Hygieneunterweisungen den Mitarbeitern vermittelt werden. Desinfektionspläne hängen in allen Bereichen aus. In allen Bereichen finden strukturierte Hygienebegehungen statt um die Umsetzung der Hygienestandards zu überprüfen.

Hygienerelevante Daten

Hygienerelevante Daten werden regelmäßig erfasst und ausgewertet. Dies betrifft meldepflichtige Krankheiten, multiresistente Keime und in der Klinik erworbene Infektionen. Alle Ergebnisse werden zeitnah von Hygienefachkraft und hygienebeauftragten Arzt bewertet. Ebenso werden sie in der Hygienekommission vorgestellt, Verbesserungsmaßnahmen werden im Bedarfsfall abgeleitet.

Infektionsmanagement

Legionellen-Untersuchungen werden gemäß Trinkwasserverordnung nach den Vorgaben des Gesundheitsamts durchgeführt. Bei Auftreten von besonderen Erregern / Infektionen wird die Hygienefachkraft immer informiert. MRSA-Screenings werden im Haus durchgeführt. Eine Beteiligung an den KIS-Modulen des Nationalen Referenz-zentrums für die Surveillance von nosokomialen Infektionen sowie an der Aktion Saubere Hände ist für uns selbstverständlich.



Arzneimittel

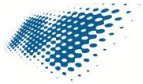
In der Klinik existiert eine Arzneimittelliste, die durch die Arzneimittelkommission auf Holdingebene festgelegt wurde. Die Anwendung von Arzneimitteln wird nach ärztlichen Leitlinien und den medizinischen Erfordernissen des Patienten durch den Arzt festgelegt. Die Belieferung erfolgt über die Zentralapotheke der Kliniken Ludwigsburg-Bietigheim gGmbH. Im Notfall stehen Arzneimittel kurzfristig zur Verfügung. Die Lagerung der Arzneimittel wird regelmäßig durch den Apotheker der Zentralapotheke überprüft.

Blutkomponenten und Plasmaderivate

Die Anwendung von Blut und Blutprodukten ist gemäß Transfusionsgesetz und Richtlinien der Bundesärztekammer in einem Transfusionshandbuch geregelt. Es gibt eine Transfusionskommission, einen Transfusionsverantwortlichen und Transfusionsbeauftragte, die für die Umsetzung der Vorgaben verantwortlich sind. Durch regelmäßig interne Audits der ärztlichen Qualitätsbeauftragten für das Transfusionswesen wird die Einhaltung der Vorgaben überprüft.

Medizinprodukte

Der Umgang mit Medizinprodukten ist durch Verfahrensanweisungen und gesetzliche Vorgaben festgelegt. Die Mitarbeiter werden in die für ihre Tätigkeit notwendigen Geräte eingewiesen. Bei Neubeschaffung von Geräten werden die Mitarbeiter durch den Hersteller in der Handhabung geschult. Die Geräte der Klinik sind in einer Bestandsliste erfasst und unterliegen ständig einer dokumentierten messtechnischen und sicherheitstechnischen Kontrolle.



4 Informations- und Kommunikationswesen

Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Die Klinik betreibt ein vernetztes EDV-System, zu dem alle Bereiche einen zeitlich uneingeschränkten Zugriff haben. Die Zugriffskontrolle wird durch Anwenderkennung und Passwort geregelt. Die Arbeitsplätze sind mit Computern und Standards- sowie spezieller Kliniksoftware ausgestattet. Eine wichtige Informationsquelle stellen das Internet und das Intranet dar. Eine EDV-Rufbereitschaft steht außerhalb der üblichen Arbeitszeit zur Verfügung. Mitarbeiterschulungen erfolgen im Rahmen der Einarbeitung und bei Neuinstallationen.

Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Ziel ist die Sicherstellung einer nachvollziehbaren Begründung für medizinisches und pflegerisches Handeln sowie Rechtssicherheit durch eine fachgerechte Dokumentation. Eine Archiv- und Dokumentationsordnung regelt Inhalt, Umfang und Durchführung sowie die Verantwortlichkeit der Patientendokumentation. Für die Umsetzung werden ein einheitliches Dokumentations- und ein Krankenhausinformationssystem verwendet. Die Unterlagen werden zu einer Patientenakte zusammengeführt und nach gesetzlicher Frist archiviert.

Verfügbarkeit von Patientendaten

Die notwendigen Patientendaten stehen den berechtigten Mitarbeitern jederzeit zur Verfügung. Archivierte Patientenakten können über das Archivverwaltungsprogramm elektronisch angefordert werden. Durch eine Dokumentation der Aus- und Rückgabe der Patientenakte ist der Aktenbestand jederzeit nachvollziehbar. Nach Entlassung wird jede Patientenakte strukturiert auf Vollständigkeit überprüft, bevor sie ins Archiv weitergeleitet wird. Die Stationsleitungen und Kodierfachkräfte ziehen sich regelmäßig Akten und überprüfen systematisch die Dokumentationsqualität.

Information der Krankenhausleitung

In verschiedensten Besprechungen erhält die Klinikführung wichtige Informationen über das Betriebsgeschehen und die Umsetzung von beschlossenen Maßnahmen. Ein strukturiertes Controlling stellt sicher, dass die Führung anhand von Kennzahlen über die Kostenentwicklung und Entwicklung des Leistungsspektrums der Klinik jederzeit informiert ist. Ergebnisse von Patienten- und Mitarbeiterbefragungen ergänzen diese Informationen.



Informationsweitergabe (intern / extern)

Eine strukturierte Informationsweitergabe und Kommunikation ist durch vielfältige Besprechungskreise sowie Gremien und Kommissionen sichergestellt. Die Vorgesetzten bzw. Vertreter der Abteilungen sind verantwortlich dafür, dass relevante Informationen an die betroffenen Mitarbeiter der Abteilungen weitergegeben werden. Ergebnisse und Beschlüsse werden in Protokollen festgehalten. Elektronische Kommunikationsstrukturen in Form von Email und Intranet werden berufsgruppenübergreifend genutzt. Des Weiteren stehen Schaukästen sowie das Mitarbeiterinformationsblatt Klima zur Informationsweitergabe zur Verfügung. Die Öffentlichkeit wird über Internet, Presseartikel, Qualitätsberichte, Veranstaltungen und Besucherprogramme über aktuelle Themen und das Behandlungsspektrum informiert.

Organisation und Service

Die zentrale Auskunftsstelle im Eingangsbereich ist mit geschulten Mitarbeitern besetzt. Sie dient der schnellen und umfassenden Information und zur Weitervermittlung. Die Mitarbeiter sind in die Strukturen der Klinik eingewiesen und können somit Patienten, Angehörige und Besucher informieren bzw. weiterleiten. Wichtige Informationen wie z.B. Bereitschaftspläne, Telefonverzeichnisse und Alarmierungspläne liegen an der Information vor.

Regelungen zum Datenschutz

Die Datenschutzbeauftragte der Regionalen Kliniken Holding RKH GmbH überwacht die Einhaltung der Datenschutzgesetze an der OKM. Neue Mitarbeiter werden schriftlich zur Einhaltung des Datenschutzes verpflichtet. Der Umgang mit Patientendaten, Passwörter und Zugriffsberechtigungen auf das Krankenhausinformationssystem ist geregelt. Bei der Weitergabe von Patientendaten an Krankenkassen und externe Bereich werden die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen eingehalten. Es werden Datenschutzs Schulungen angeboten.



5 Führung

Vision, Philosophie und Leitbild

Nach Integration in den Verbund der Regionalen Kliniken Holding RKH GmbH wurde im Jahr 2008 ein Leitbild für den gesamten Verbund entwickelt und für die Standorte vereinheitlicht. Die Inhalte des bisherigen Leitbildes der OKM sind berücksichtigt worden. Neue Mitarbeiter erhalten das Leitbild bei der Einstellung. An zentralen Stellen in der Klinik ist das Leitbild als Poster aufgehängt. Die Berücksichtigung des Leitbildes im Alltag wird durch die Geschäftsführung gefordert und durch die Führungskräfte gefördert. Die Qualitätspolitik wurde in der Struktur- und Lenkungscommission verabschiedet und wird regelmäßig angepasst. Jährlich werden daraus Qualitätsziele abgeleitet.

Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Der Umgang zwischen Führung und Mitarbeitern ist im Leitbild berücksichtigt und wird durch Führungsgrundsätze konkretisiert. Die Mitarbeiter werden an der Planung und Umsetzung vielfältiger Maßnahmen beteiligt, z.B. Umbau der Intensivstation, Sanierungsmaßnahmen und Neubauplanung. Umfassende Informationen über die Entwicklung der Klinik werden über verschiedenste Besprechungskreise und Medien (Intranet, Rundschreiben, Mitarbeiterinformationsblatt, Schaukästen) an die Mitarbeiter getragen. Vertrauensfördernde Maßnahmen wie Mitarbeiterbefragungen, Sportveranstaltungen (Tour de Holding, Volleyballturnier..), Betriebsfeste, Jubiläumsfeiern, Sommerfest, Würdigung runder Geburtstage, Jahresabschlusstreffen sind etabliert. Die Veranstaltungen bieten Raum für gemeinsame Gespräche der Mitarbeiter untereinander und mit der Klinikleitung. Betriebsrat und Klinikleitung arbeiten vertrauensvoll zusammen.

Ethische und kulturelle Aufgaben, sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Patienten und Angehörige können sich bei ethischen Problemstellungen an die behandelnden Ärzte und Pflegekräfte wenden. Es kann zu jederzeit ein Ethikkomitee angefordert werden. Ebenso besteht die Möglichkeit mit der Psychologin und der Klinikseelsorge Kontakt aufzunehmen. Patientenverfügungen sowie ethisch-religiös bedingte Patientenwünsche werden berücksichtigt. Die OKM ist im runden Tisch für ethische Fragen vertreten. Ein Ethikkomitee ist eingerichtet. Es werden regelmäßig Gottesdienste und religiöse Feste veranstaltet. Kontakte zu Vertretern anderer Glaubeinrichtungen wird über die Klinikseelsorge gepflegt. Ein Posaunenchor spielt regelmäßig im Klinikgarten, jährlich singt ein Kinderchor auf Station. Bilder sind im Ambulanzbereich ausgestellt.



Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Die Unternehmensstrategie wird jährlich aufgrund von Trends und medizin-wissenschaftlichen Entwicklungen überprüft und weiterentwickelt. Daraus werden Unternehmensziele abgeleitet und bearbeitet. Die Strategie und Jahresziele werden z.B. beim Einführungstag für neue Mitarbeiter, auf Betriebsversammlungen und Abteilungsleitersitzungen kommuniziert und auf einem separaten Laufwerk für alle Mitarbeiter veröffentlicht. Zielvereinbarungsgespräche finden mit allen Führungskräften statt.

Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Zur Erreichung der grundlegenden Ziele wie Wirtschaftlichkeit, Effizienz und Qualität werden alle notwendigen Kooperationen eingegangen. Die Kooperationspartner werden zur Erweiterung oder Vertiefung des Leistungsangebots ausgewählt. Übernahme von gesellschaftlicher Verantwortung wird von Seiten der Klinikleitung unterstützt.

Festlegung einer Organisationsstruktur

Die OKM ist in die Organisationsstruktur der Regionalen Kliniken Holding RKH GmbH eingebunden und kann auf verschiedene zentrale Dienste zurückgreifen. Die Organisationsstruktur ist im Gesellschaftsvertrag festgelegt und in einem Organigramm beschrieben.

Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Zur Sicherstellung einer effektiven Krankenhausführung sind alle gesetzlich geforderten Kommissionen sowie weitere (Leitungs-)Gremien eingerichtet. Der Betriebsrat ist Mitglied in mehreren Kommissionen (z.B. Hygiene, ASA). Informationsrechte und –pflichten sind in den jeweiligen Geschäftsordnungen geregelt. Zu den Besprechungen wird mit Tagesordnung eingeladen. Es werden immer Protokolle angefertigt und Teilnehmer und festgelegten Verteilerkreisen zur Verfügung gestellt.

Innovation und Wissensmanagement

Die Planung von Innovationen erfolgt anhand verschiedener Methoden und unter Verantwortung verschiedener Leitungskräfte und Gremien. Dabei unterscheiden wir Wirtschaftliche, Qualitätsrelevante, Personalrelevante, medizinische und EDV-technische Innovationen. Eine inhaltliche Zusammenfassung findet sich in der Zielplanung, eine wirtschaftliche Zusammenfassung im Wirtschaftsplan. Alle Mitarbeiter sind aufgefordert, sich über die aktuellen Entwicklungen und Trends zu informieren und Vorschläge für Innovationen an die jeweiligen Führungskräfte heranzutragen.



Externe Kommunikation

Ziel der Öffentlichkeitsarbeit ist eine zeitnahe und sachgerechte Information der verschiedenen Zielgruppen, um den Bekanntheitsgrad der Klinik zu steigern, über Neuerungen zu informieren und hierdurch Vertrauen zu schaffen. Durch Nutzung des Corporate Designs für einen einheitlichen Auftritt erhöhen wir den Wiedererkennungseffekt intern und extern. Das Corporate Design-Manual regelt die Verwendung der Bildmarken des Logos, die Verwendung der Farben sowie die Medien. Im Marketingkonzept sind Marketing-Ziele, -Organisation, -Instrumente sowie Aufgaben, Verantwortlichkeiten, Budgets beschrieben. Die Abteilung Marketing ist für die Gestaltung der Printmedien zuständig, die Klinikleitung für die Repräsentation der Klinik nach außen.

Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Durch ein umfassendes Risikomanagement möchten wir Risiken für Patienten, Mitarbeiter und Unternehmen reduzieren. Das finanzielle Risikomanagement obliegt der Geschäftsführung und dem Regionaldirektor. Von verantwortlichen Verwaltungsmitarbeitern werden detaillierte Auswertungen und relevante Daten regelmäßig zur Verfügung gestellt. Der Aufbau einer konstruktiven Fehlerkultur wird durch die Anwendung der Führungsgrundsätze unterstützt. In der Qualitätspolitik sind unter Patientensicherheit das gemeinsame Lernen aus Fehlern und der offene Umgang mit Fehlern festgeschrieben. Die Mitarbeiter haben die Möglichkeit über ein Meldesystem anonym (Beinahe-)Fehler zu melden. Strukturierte Risikoanalysen werden durchgeführt. Mögliche Risiken werden in Brandschutz-, Datenschutz-, Arbeitsschutz-, Apotheken- und Hygienebegehungen und im Rahmen Interner Audits identifiziert. Es werden Vorbeugemaßnahmen zur Risikoreduzierung festgelegt und umgesetzt. In der Klinik für Allgemeinorthopädie wurde das Risikomanagementsystem „Patientensicherheit bei künstlichem Gelenkersatz“ durch den TÜV Süd zertifiziert und jährlich überwacht.



6 Qualitätsmanagement

Organisation

Qualitätsmanagement ist seit 2004 in der OKM etabliert und seit 2005 nach KTQ[®] zertifiziert. Die QM-Koordinatorin ist organisatorisch der zentralen Abteilung MCO/QM zugeordnet. Sie ist jedoch fest am Standort Markgröningen eingesetzt. In allen Fachabteilungen sind QM-Beauftragte ernannt, die das QM in ihrer Abteilung als Multiplikatoren voranbringen. In der Struktur- und Lenkungscommission der Regionalen Kliniken Holding RKH GmbH werden die Qualitätspolitik und die Ziele für das Qualitätsmanagement festgelegt und zentrale QM-Projekte gesteuert. In der Qualitätskonferenz am Standort werden Arbeitsschwerpunkte definiert und Ergebnisse des Qualitätsmanagements vorgestellt und bewertet.

Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

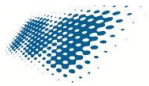
Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung. Interne Qualitätssicherung findet in allen Bereichen (Medizin, Pflege und Verwaltung) statt. In regelmäßig stattfindenden Besprechungen und werden Komplikationen, Fehler und deren Ursachen thematisiert. Abläufe und Prozesse werden laufend überprüft, angepasst und verbessert. In den Abteilungen haben die Mitarbeiter die Möglichkeit interne Schulungen im Rahmen der Fort- und Weiterbildung als auch externe Schulungen zu besuchen.

Patientenbefragung

Unsere Patienten werden anhand eines holdingweit einheitlichen Fragebogens jährlich im ersten Quartal befragt. Des Weiteren werden regelmäßig punktuelle Befragungen durchgeführt (z.B. Patientenidentifikationsarmbänder, Aufwachräume, Anästhesieambulanz). Die Befragungsergebnisse werden mit Ergebnissen aus anderen Krankenhäusern verglichen und in verschiedenen Besprechungen vorgestellt. Darüber hinaus sind die Ergebnisse für alle Mitarbeiter im Intranet abrufbar. Befragungen erfolgen grundsätzlich anonym und unter datenschutzrechtlichen Vorgaben. Die Auswertung erfolgt in vielen Fällen durch ein externes Institut. Die Befragungsergebnisse führen zu Verbesserungsprojekte (z.B. Ambulanz-/Röntgenwartezeiten, Parkhausplanung) bzw. werden bei Projekten berücksichtigt

Befragung externer Einrichtungen

Wir möchten die Wünsche, Anforderungen und Zufriedenheit von Einweiser ermitteln, um Verbesserungsmaßnahmen definieren und umsetzen zu können. Dazu pflegen wir mit weiterbehandelnden (Reha-)Kliniken und niedergelassenen Kollegen regelmäßige persönliche Kontakte und laden aktiv zu ärztlichen Veranstaltungen und Kongressen ein.



Mitarbeiterbefragung

Eine Befragung der Mitarbeiter fand holdingweit zuletzt 2010 statt. Der Fragebogen wurde im Vorfeld mit dem Betriebsrat abgestimmt. Auf Anonymität wurde geachtet, die Auswertung wurde durch ein externes Institut vorgenommen und erfolgte erst bei einem Rücklauf von mindestens 9 Fragebögen. Die Ergebnisse wurden mit externen Einrichtungen und innerhalb der Holding verglichen. Die Auswertung wurde in verschiedenen Besprechungen vorgestellt und ist darüber hinaus für alle Mitarbeiter im Intranet abrufbar.

Umgang mit Wünschen und Beschwerden

An zentralen Stellen sind Briefkästen mit Rückmeldebögen für Wünsche und Beschwerden von Angehörige, Patienten und Besucher vorhanden. Die Kontaktdaten des Qualitätsmanagements sind eingedruckt. Die Rückmeldebögen werden kontinuierlich erfasst. Die Ergebnisse werden jährlich ausgewertet. Beschwerden werden umgehend bearbeitet.

Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Durch die Sammlung qualitätsrelevanter Daten wollen wir Erkenntnisse zur Sicherung der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Ergebnisqualität erhalten und die kontinuierliche Verbesserung und Steigerung der Effizienz der Versorgung in allen Abteilungen ermöglichen. Für die Abteilungen analysieren wir qualitätsrelevante Daten auch über das gesetzlich geforderte Maß hinaus, um einen Maßstab für den erzielten Qualitätsstand zu gewinnen sowie Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten.

Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Die Daten der externen Qualitätssicherung werden zentral gesammelt und in ein entsprechendes Formular übertragen. Abweichungen vom Zielwert werden farblich markiert. Die Ergebnisse werden dem betreffenden Chefarzt weitergeleitet zur Interpretation und ggf. Stellungnahme weitergeleitet.