



Städtisches Klinikum München GmbH (StKM)

> Klinikum Schwabing

Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

Krankenhaus: Städtisches Klinikum München GmbH, Klinikum Schwabing

Anschrift: Kölner Platz 1, 80804 München

Institutionskennzeichen: 260913446

Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer: 2009 – 0090 K

durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle DIOcert GmbH, Mainz

Datum der Ausstellung: 26.06.2009

Gültigkeitsdauer: 25.06.2012

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Einleitung	4
1 Patientenorientierung im Krankenhaus	8
2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung.....	13
3 Sicherheit im Krankenhaus.....	16
4 Informationswesen	19
5 Krankenhausführung	21
6 Qualitätsmanagement	24

Vorwort der KTQ®

Die KTQ-Zertifizierung ist ein spezifisches Zertifizierungsverfahren des Gesundheitswesens für die Bereiche Krankenhaus, Arztpraxen, Rehabilitationskliniken und Pflegeeinrichtungen. Getragen wird die KTQ® von der Bundesärztekammer (BÄK), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Deutschen Pflegerat (DPR) und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherungen¹. Darüber hinaus wurde der Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschland e. V. (HB) mit Beginn des Routinebetriebes im „Niedergelassenen Bereich“ ebenfalls Gesellschafter der KTQ-GmbH. 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 wurden ausschließlich von Praktikern entwickelt und erprobt.

Mit diesem spezifischen Zertifizierungsverfahren bietet die KTQ® den genannten Einrichtungen ein Instrument an, mit dem sie die Qualität ihrer Leistungen durch die Zertifizierung und die zu veröffentlichenden KTQ-Qualitätsberichte nach außen transparent darstellen können.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen, von Praktikern entwickelten Kriterien, die sich auf die Patientenorientierung, die Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit, das Informationswesen, die Führung 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 Visitoren gezielt hinterfragt und durch Begehungen einzelner Krankenhausbereiche überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Selbst- und Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Mit dem KTQ-Qualitätsbericht werden umfangreiche, durch die Fremdbewertung validierte Informationen über das betreffende Krankenhaus in standardisierter Form veröffentlicht.

¹ ZU DIESEN ZÄHLEN: VERBAND DER ERSATZKASSEN E. V., AOK-BUNDESVERBAND, BKK-BUNDESVERBAND, IKK-BUNDESVERBAND, SPITZENVERBAND DER LANDWIRTSCHAFTLICHEN SOZIALKASSEN, DIE KNAPPSCHAFT

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet die individuelle Einleitung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Beschreibung der insgesamt 72 Kriterien des KTQ-Kataloges. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet im zweijährigen Turnus den strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht: Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass das Krankenhaus mit diesem Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen - einen umfassenden Überblick hinsichtlich seines Leistungsspektrums, seiner Leistungsfähigkeit und seines Qualitätsmanagements vermitteln kann.

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

Dr. G. Jonitz
Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann
Für die Spitzen-
verbände der Krankenkassen

Dr. med. B. Metzinger
Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

M.-L. Müller
Für den Deutschen Pflegerat

Dr.med. R. Quast
Für den Hartmannbund

Einleitung

Städtisches Klinikum München GmbH (StKM)

> **Klinikum Schwabing**



**100 Jahre.
Jeden Tag.
Jede Stunde.**

Qualität und Tradition

Das Klinikum Schwabing bildet ein denkmalgeschütztes Ensemble eingebettet in einem großzügigen und weitläufigen Park. Nach den Plänen von Dr. Richard Schachner im Pavillonstil erbaut, gilt es noch heute als eine der schönsten Klinikumsanlagen Deutschlands und feiert 2009 sein 100-jähriges Jubiläum.

Das von Patienten und Fachkreisen anerkannte Klinikum mit überregionaler Bedeutung ist mit 980 Betten und 64 tagesklinischen Plätzen für 18 Fachabteilungen das größte städtische Klinikum und belegt mit über 100.000 Patientenkontakten in 2008 eine Spitzenstellung unter den Münchner Kliniken.

Gemäß unserem Motto: „Spitzenmedizin hat Tradition im Herzen Schwabings“, bietet das seit 2003 nach den Richtlinien der KTQ[®] zertifizierte Klinikum mit seiner modernen apparativen Ausstattung Hochleistungsmedizin auf aktuellstem Stand verbunden mit menschlicher Zuwendung in einem hellen und freundlichen Ambiente. Expertenteams, die sich in interdisziplinären Behandlungszentren organisieren, ermöglichen eine optimale Versorgung aller Erkrankungen im internistischen und chirurgischen Spektrum sowie zahlreiche hoch spezialisierte Behandlungsangebote.

Kliniken und Behandlungszentren am Klinikum Schwabing:

- **Zentrale Notaufnahme**
- **Klinik mit Tagklinik für Hämatologie, Onkologie, Immunologie, Palliativmedizin, Infektiologie und Tropenmedizin**
- **Klinik für Kardiologie, Pneumologie und Internistische Intensivmedizin**
- **Klinik mit Tagklinik für Endokrinologie, Diabetologie, und Suchtmedizin**
- **Klinik mit Tagklinik für Nieren-, Hochdruck- und Rheumakrankheiten**
- **Klinik für Angiologie**
- **Klinik mit Tagklinik für Anaesthesiologie, Operative Intensivmedizin und Schmerztherapie**
- **Klinik für Viszeralmedizin und Thoraxchirurgie**
- **Klinik mit Tagklinik für Dermatologie, Allergologie und Umweltmedizin**
- **Klinik für Gefäßchirurgie**
- **Frauenklinik mit Tagklinik für onkologische Gynäkologie**
- **Klinik für Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie**

- **Klinik mit Tagklinik für Kinderchirurgie**
- **Klinik mit Tagklinik für Kinder- und Jugendmedizin**
- **Kinderklinik/Poliklinik, Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München**
- **Klinik für Neurochirurgie**
- **Klinik für Physikalische Medizin und Frührehabilitation**
- **Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie**
- **Klinik für Augenheilkunde**
- **Klinik für Nuklearmedizin**
- **Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie**

- **Herz,- Gefäß, -und Stoffwechselforschungszentrum am Klinikum Schwabing**
- **Kopfbereich am Klinikum Schwabing**
- **Traumazentrum**
- **Mutter-Kindzentrum**

Dieses Angebot wird durch eine enge Zusammenarbeit mit dem zentralen Labordienstleister der Städtisches Klinikum München GmbH Medizet, allen anderen Kliniken der StKM sowie durch ausgesuchte Kooperationen mit externen Partnern und Universitätskliniken ergänzt.

Wir würden uns freuen, wenn auch Sie sich mit Ihren gesundheitlichen Problemen unseren medizinischen Spezialisten und professionellen Pflegeteams anvertrauen.



Die KTQ-Kriterien beschrieben von Klinikum Schwabing München

1 Patientenorientierung im Krankenhaus

1.1 Vorfeld der stationären Versorgung und Aufnahme

Die Organisation im Vorfeld der stationären Aufnahme erfolgt patientenorientiert.

1.1.1 Die Vorbereitungen einer stationären Behandlung sind patientenorientiert

Das Krankenhaus gewährleistet im Vorfeld der stationären Versorgung eine an den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Angehörigen orientierte Organisation und Gestaltung.

Im Klinikum Schwabing werden Termin- und Stationswünsche der Patienten, Eltern, einweisenden Ärzte bei geplanten Aufnahmen soweit möglich berücksichtigt. Die stationäre Aufnahme von Patienten wird bei einem Ambulanzbesuch oder in Abstimmung mit den niedergelassenen Ärzten festgelegt. Patienten können sich über die Patientenbroschüre, Klinikinformation oder im Internet informieren. Notfälle werden in der zentralen Notaufnahme aufgenommen und behandelt. Das Klinikum ist durch öffentliche Verkehrsmittel sehr gut erreichbar, Parkplätze / Haltezonen sind vorhanden.

1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

Innerhalb des Krankenhauses ist die Orientierung für Patienten und Besucher sichergestellt.

Das Klinikum Schwabing verfügt über ein Leit- und Orientierungssystem. Im Haupteingang ist eine Übersichtstafel installiert, die farbliche Kennzeichnung und Nummerierung aller Räume sorgt für Orientierung. Die Information, als zentrale Anlaufstelle, ist mit qualifizierten Mitarbeitern besetzt. Besuchertaxis (Caddies) verkehren mit definierten Haltestellen im Haus und im Außengelände. Mitarbeiter der Eingangsbereiche erteilen Auskunft und sind bei der Orientierung behilflich. Für fremdsprachige Patienten steht Informationsmaterial zur Verfügung.

1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

Die Aufnahme erfolgt koordiniert unter Berücksichtigung der Bedürfnisse von Patienten nach Information, angemessener Betreuung und Ausstattung.

Nah der Haupteingänge im Klinikum Schwabing befinden sich der zentralen Aufnahmebereiche für Erwachsene bzw. Kinder (Kinderchirurgie, Kinderklinik) - nachts, am Wochenende erfolgt die Aufnahme durch Pfortenpersonal. Es stehen Sitzplätze, Infomaterial, Wasserspender, Spielmöglichkeiten zur Verfügung. Elektive Patienten werden auf der zuständigen Station aufgenommen. Die Aufnahme und interne Weiterverlegung der Notfall-Patienten erfolgt in der Zentralen Notaufnahme nach Diagnose, Schweregrad der Erkrankung. Die Aufnahme erfolgt durch qualifiziertes Personal.

1.1.4 Ambulante Patientenversorgung

Die ambulante Patientenversorgung z. B. im Rahmen der Notfallambulanz, der Medizinischen Versorgungszentren (Psych.: der psychiatrischen Institutsambulanz), der Wiedereinbestellungsambulanz oder der Ermächtigungsambulanz (Uni.: Spezialambulanzen) verläuft koordiniert unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse.

Im ambulanten Operationszentrum (AOZ) des Klinikum Schwabing werden ambulante Operationen aller Kliniken durchgeführt (spezieller Kindertag). Die ambulante Notfallversorgung erfolgt in der zentralen Nothilfe (internistisch / chirurgisch) und den Kindernothilfen. In Tageskliniken und Spezialambulanzen findet die kurz-, vor- und nachstationäre sowie ambulante Versorgung statt, feste Termine werden vergeben. Im Klinikum Schwabing befindet sich eine ärztliche und kinderärztliche Bereitschaftspraxis, wenn nötig können die Patienten stationär aufgenommen werden.

1.2 Ersteinschätzung und Planung der Behandlung

Eine umfassende Befunderhebung jedes Patienten ermöglicht eine patientenorientierte Behandlungsplanung.

1.2.1 Ersteinschätzung

Für jeden Patienten wird ein körperlicher, seelischer und sozialer Status erhoben, der die Grundlage für die weitere Behandlung darstellt.

Die Anamnese / Untersuchung bei geplanter Aufnahme erfolgt in einem persönlichen Gespräch zwischen Arzt, Pflegekraft und Patienten. Erwartungen und Wünsche werden geklärt und nach Möglichkeit berücksichtigt, Eltern und Angehörige werden einbezogen. Telefonnummer, Sorgerechts- und Betreuungsregelungen werden dokumentiert. Bei jedem Notfallpatienten wird sofort eine ärztliche, pflegerische Anamnese und Untersuchung durchgeführt und dokumentiert. Bei der akuten Behandlungsplanung werden internationalen Vorgaben, speziell der Notfalltherapie berücksichtigt.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

Vorbefunde werden soweit wie möglich genutzt und zwischen dem betreuenden Personal ausgetauscht.

Über mitzubringende Befunde wird der Patient bei der Terminvergabe, beim Erstbesuch informiert oder über den Einweiser angefordert. Externe Vorbefunde in der erforderlichen Qualität / Aktualität werden genutzt und übernommen. In einigen Patientenpfaden ist festgelegt, welche Untersuchungen erforderlich sind. Info-Blätter der Klinik für Patienten, Angehörige und einweisende Ärzte liegen vor. Hausinterne Vorbefunde (Entlassungsbriefe, Untersuchungsergebnisse, OP-Berichte) stehen als elektronische Medien immer zur Verfügung, alte Akten sind im Archiv schnell zugänglich.

1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

Für jeden Patienten wird der umfassende Behandlungsprozess unter Benennung der Behandlungsziele festgelegt.

Die Behandlung und die Behandlungsziele werden analog ärztlicher Anordnungen und der Pflegeanamnese / Pflegeplan gestaltet. Die Ausführung / Umsetzung der ärztlichen Anordnungen erfolgt durch die Pflegekräfte. Bei einigen Erkrankungen werden Behandlungsprozesse auf Grundlage von anerkannten wissenschaftlichen Leitlinien im Rahmen von Patientenpfaden festgelegt. Die Steuerung des individuellen Ablaufs des Patienten erfolgt durch den verantwortlichen Arzt, in Absprache mit Chefarzt / Oberarzt und wird in Visiten überprüft und mit den Pflegenden abgestimmt.

1.2.4 Integration der Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Wünsche, Erwartungen, Ressourcen und Fähigkeiten der Patienten / Kinder / Eltern werden bei Aufnahme aufgenommen, analysiert, entsprechend erfolgt die Planung. Patienten werden über die Diagnose, Therapie informiert und bei Entscheidungen miteinbezogen. Bei chronischen und schweren Erkrankungen wird großer Wert auf die Einbeziehung der Patienten gelegt, ggf. der psychologische Dienst angefordert. Es liegen diagnosebezogenen Informationsblätter vor z.B. Geburt, Tumorbehandlung, Frakturen, Herzinfarkt. Ein Dolmetscherdienst kann bei Bedarf hinzugezogen werden.

1.3 Durchführung der Patientenversorgung

Die Behandlung und Pflege jedes Patienten erfolgt in koordinierter Weise gemäß multiprofessioneller Standards, um bestmögliche Behandlungsergebnisse zu erzielen.

1.3.1 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung

Die Behandlung und Pflege jedes Patienten wird umfassend, zeitgerecht und entsprechend professioneller Standards durchgeführt.

Facharztpräsenz ist rund um die Uhr gewährleistet. Alle operativen / konservativen Therapieformen werden angewendet.

Die Therapie beginnt unmittelbar nach der Diagnostik unter Einbezug aller vorliegenden Befunde und analog von Empfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften und hausinterner Leitlinien / Patientenpfade / Pflegestandards.

Schmerztherapie ist durch schriftliche Konzepte, postoperativ durch die Anästhesie und durch Schmerztherapeuten gewährleistet.

Die medikamentöse Therapie wird nach hauseigener Liste durch die Apotheke sichergestellt.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

Der Patientenversorgung werden Leitlinien mit, wo möglich, Evidenzbezug zugrunde gelegt.

Die Anwendung von Leitlinien ist hausweit geregelt: Medizinische, pflegerische Leitlinien / Standards und zunehmend Patientenpfade werden in den Kliniken erarbeitet, von der Klinikleitung genehmigt und der Klinikdirektion freigegeben. Sie werden regelmäßig überprüft, aktualisiert.

Leitlinien und Patientenpfade sind schriftlich hinterlegt und werden in Klinikordnern oder im Intranet veröffentlicht. Alle Leitlinien orientieren sich an den Leitlinien der Fachgesellschaften, den pflegerischen Expertenstandards und berücksichtigen die methodischen Anforderungen.

1.3.3 Patientenorientierung während der Behandlung

Der Patient wird in alle durchzuführenden Behandlungsschritte und Maßnahmen der Versorgung einbezogen und seine Umgebung ist patientenorientiert gestaltet.

Zimmer, Stationen und Garten sind freundlich gestaltet, das Angebot mit Nasszellen wird bei Sanierungen erweitert. Kindgerechte Dekoration und Möbel, Spielzimmer auf allen Kinderstationen. Besuchszeiten sind ganztägig; Möglichkeiten zur Mitaufnahme einer Begleitperson. Weckzeiten individuell patientenbezogen. Schulungen für Patienten (z.B. Diabetes). Angebote: psycholog. Dienst, Pflegeberatung, Pflegeüberleitung, kath., evang. Kirche, muslimische Gebetsräume. Aufenthaltsräume mit Kaffeeautomat, Wasserspender, TV; Personalrestaurant, Bistro, Kiosk.

1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

Bei der Verpflegung werden die Erfordernisse, Bedürfnisse und Wünsche der Patienten berücksichtigt.

Es stehen den Patienten drei Menüs zur Auswahl; davon immer ein vegetarisches sowie ein kindgerechtes Essen. Sonderdiäten können angefordert werden. Die Zubereitung des Essens erfolgt auf Station (Cook & Chill) und ist deshalb heiß, zum Teil (Kinderklinik, Entbindung) werden Buffets angeboten. Diätassistenten können jederzeit hinzugezogen werden. Religiöse und kulturelle Aspekte der Essensbestellung und -zubereitung werden stets berücksichtigt. Eine entsprechende Kennzeichnung im Speiseplan wird vorgenommen. Essenszeiten werden bei Untersuchungen berücksichtigt.

1.3.5 Koordinierung der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Es wird für jeden Patienten ein Behandlungsplan erstellt. Die Koordination der geplanten Maßnahmen und des Tagesablaufs wird vom Pflegedienst übernommen. Die fachübergreifende Koordinierung erfolgt über Konsilwesen, Tumorkonferenz und Zentrenbesprechung. Der Patiententransport wird vom Transportdienst übernommen, bei prämedizierten und überwachungspflichtigen Patienten sowie im Kinderbereich ausschließlich durch qualifiziertes Personal.

Die Einführung von Patientenpfaden wird nach hauseigener Systematik (IT-gestützt) weiter umgesetzt.

1.3.6 Koordination der Behandlung: OP-Koordination

Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.

Die langfristige Planung elektiver Eingriffe ist ein Ziel und erfolgt in den Kliniken durch eine IT-gestützte Terminierung. Es wird versucht alle Operationen zeitgerecht und Notfalleingriffe rasch durchzuführen.

Die OP-Bereitschaft ist durch Kliniken / Zentren über 24 Stunden gewährleistet, 3 OPs können parallel betrieben werden. Bei unabdingbaren Verschiebungen erfolgt die sofortige Information und zeitnahe erneute Terminierung. Der überdurchschnittlich hohe Anteil an Notfallpatienten (> 50%) wird durch einen hauptamtlichen OP-Koordinator geplant und gelenkt.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

Die Behandlung des Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Patientenversorgung.

Ziel ist die Optimierung der Behandlung von Patienten durch Bündelung der Kompetenzen der Kliniken. Nach dem Zentrumskonzept der Städtisches Klinikum München GmbH wurden das Herz-, Gefäß-, Stoffwechsellzentrum (HSG-Z), das Traumazentrum sowie das Kopfbereich gegründet. In Vorbereitung befinden sich das Kinderzentrum sowie das Mutter-Kind-Zentrum. Interdisziplinäre Fallbesprechungen und Gesprächszirkel, Tumorkonferenzen und Röntgenbesprechungen finden regelmäßig statt. Es existiert ein interdisziplinärer onkologischer Arbeitskreis (Erwachsene und Kinder).

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

Die Visitation des Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Patientenversorgung.

In allen Kliniken finden Visiten von Ärzten und Pflegenden zu festgelegten Zeiten statt (zum Teil auch am Wochenende und an Feiertagen). Auf den Intensivstationen werden Kurvenvisiten bei jedem Schichtwechsel von Arzt und Pflege durchgeführt. Die Chefarzt und Oberarztvisiten sind mindestens 2mal wöchentlich, an festen Tagen. Die Kurvenvisite dient der Überprüfung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und Planung. Die Visite am Bett dient dem Austausch mit dem Patienten, die Visite erfolgt strukturiert, bei Bedarf werden andere Berufsgruppen hinzugezogen.

1.4 Übergang des Patienten in andere Versorgungsbereiche

Die kontinuierliche Weiterversorgung des Patienten in anderen Versorgungsbereichen erfolgt professionell und koordiniert gesteuert unter Integration des Patienten.

1.4.1 Entlassung und Verlegung

Der Übergang in andere Versorgungsbereiche erfolgt strukturiert und systematisch unter Integration und Information des Patienten und ggf. seiner Angehörigen.

Die Planung der Entlassung erfolgt so früh wie möglich, bei planbaren Behandlungen wird ein vorläufiger Entlassungstermin bei der Aufnahme mitgeteilt. Eine Checkliste zur Entlassung des Patienten liegt vor. Entlassungszeiten werden flexibel gehandhabt. Der zuständige Arzt / Pflegekraft führt ein Entlassungsgespräch durch. Bei Bedarf wird das Entlassungsmanagement frühzeitig angefordert und eine Unterstützung nach Abstimmung mit Patienten / Eltern / Angehörige / Einweisern gesichert. Anleitungen zur häuslichen Versorgung werden durchgeführt, Unterlagen mitgegeben.

1.4.2 Bereitstellung kompletter Informationen zum Zeitpunkt des Überganges des Patienten in einen anderen Versorgungsbereich (Entlassung/ Verlegung u. a.)

Das Krankenhaus sichert eine lückenlose Information für die Weiterbehandlung oder Nachsorge des Patienten.

Bei Entlassung des Patienten aus der stationären Versorgung oder Verlegung in eine andere stationäre Einrichtung wird ein Arztbrief und Pflegeverlegungsbericht erstellt und zeitnah an den weiterbehandelnden Arzt weitergegeben. Bei Bedarf erfolgt eine telefonische Rücksprache mit dem niedergelassenen Arzt und dem häuslichen Krankenpflegedienst, in Einzelfällen erfolgt eine Übergabe mit ambulanten Pflegediensten am Krankenbett. Mit kooperierenden Pflegediensten und Einrichtungen wurden feste Absprachen getroffen, welche Unterlagen weitergegeben werden.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

Vom Krankenhaus wird eine kontinuierliche Weiterbetreuung des Patienten durch Kooperation mit den weiterbetreuenden Einrichtungen bzw. Personen sichergestellt.

Das Entlassungsmanagement (Pflegeüberleitung, Sozialdienst) ist bei der Organisation der Weiterbetreuung beteiligt, sie übernehmen die Absprachen zwischen Patienten/ Angehörigen und Weiterversorgern. Es besteht geregelte Zusammenarbeit mit Pflegeheimen, ambulanten Pflegediensten und Reha-Einrichtungen über Informationsaustausch, ggf. erfolgen mündliche / telefonische Rücksprachen. Spezielle Patienten (Dialyse, Diabetes mellitus) haben feste Ansprechpartner. Wiedervorstellungen zur Nachsorge und nachstationäre Versorgung sind jederzeit möglich.

2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

2.1 Planung des Personals

Durch die Personalplanung ist die kontinuierliche Bereitstellung einer angemessenen Anzahl an qualifizierten Mitarbeitern gesichert.

2.1.1 Planung des Personalbedarfes

Die Planung des Personalbedarfes umfasst die Bereitstellung einer angemessenen Zahl an entsprechend qualifizierten Mitarbeitern.

Es wird ein standardisiertes Planungsverfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs, Personalbudgets eingesetzt. Die Personalplanung erfolgt auf der Grundlage anerkannter Anhaltszahlen sowie der Veränderung von Leistungszahlen (Fallzahlen). Der Stellenplan wird unterjährig an das Leistungsgeschehen angepasst. Die Facharztvorhaltung ist sichergestellt; die Entlastung des Pflegepersonals durch Aufgabenverlagerung (patientenferne, pflegefremde Tätigkeiten) wird angestrebt. Kennzahlen zur Personalplanung werden erhoben und im Personalbericht dargestellt.

2.2 Personalentwicklung

Die Personalentwicklung des Krankenhauses orientiert sich an den Bedürfnissen des Hauses und der Mitarbeiter.

2.2.1 Systematische Personalentwicklung

Das Krankenhaus betreibt eine systematische Personalentwicklung.

Die Verantwortung für die operative Personalentwicklung im Klinikum Schwabing liegt bei der Klinikdirektion, den Chefärzten und der Leitung Pflege- und Servicemanagement. Die strategische Personalentwicklung erfolgt im Städtischen Klinikum München GmbH. Die Personalentwicklung erfolgt im Konsens mit dem Mitarbeiter und auf Basis von Führungsgrundsätzen und beginnt mit der Personalauswahl (Interviewsystem). Jahresgespräche sind ein Element der Personalentwicklung und der Planung für Fort- und Weiterbildung. Mitarbeiterbefragungen finden regelmäßig statt.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

Das Krankenhaus stellt sicher, dass Wissensstand, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiter den Anforderungen der Aufgabe (Verantwortlichkeiten) entsprechen.

Die Anforderungen an neue Mitarbeiter werden bereits vor der Stellenausschreibung definiert und in der Bewerbung bzw. im Vorstellungsgespräch überprüft. Wesentlich ist die fachliche Qualifikation, aber auch "weiche" Faktoren wie Teamfähigkeit, Kundenorientierung etc.. Dies beinhaltet, dass für eindeutig definierte Tätigkeitsfelder eine spezielle Qualifikation nachgewiesen werden muss. Dies gilt für alle Berufsgruppen. Im Stellenplan sind anhand der Funktionsbezeichnung die für den Bereich geforderten Qualifikationen hinterlegt.

2.2.3 Fort- und Weiterbildung

Das Krankenhaus sorgt für eine systematische Fort- und Weiterbildung, die sowohl an den Bedürfnissen der Mitarbeiter als auch des Krankenhauses ausgerichtet ist.

Die Planung und strategische Ausrichtung der berufsübergreifenden Fortbildung obliegt der Personalentwicklung. Der Fortbildungsbedarf wird jährlich ermittelt. Planungsgrundlage ist der Bedarf der einzelnen Kliniken. Das Jahresprogramm wird als Broschüre und im Intranet veröffentlicht. Die berufsübergreifenden Fortbildungen werden von der Akademie der Städtisches Klinikum München durchgeführt, fachliche Fort- und Weiterbildung durch die zuständigen Klinikleitungen organisiert. Zum Teil finden Fortbildungen in Kooperation mit der Ärztekammer statt.

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Für die Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter steht ein festes Budget im Rahmen des Wirtschaftsplanes zur Verfügung. Die Entscheidung über die Verteilung der Mittel erfolgt jährlich durch den Klinikdirektor. Die Mittel, die für Fortbildungen sind zweckgebunden einzusetzen und stehen daher nicht für andere Vorhaben zur Verfügung.

Bei dienstlichem Interesse werden Dienstbefreiung und Kosten übernommen. Vereinbarungen zur Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen werden zum Teil im Jahresgespräch zwischen Klinikleitung und einzeltem Mitarbeiter getroffen.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

Für Mitarbeiter sind angemessene Fort- und Weiterbildungsmedien zeitlich uneingeschränkt verfügbar.

Allen Mitarbeitern wird ein unbeschränkter Zugang zu Fachzeitschriften (online Bibliothek und Lehrbuch im Intranet) sowie zu Fachbibliotheken (klinikspezifisch) ermöglicht. Internetzugänge stehen jeder Klinik / jedem Bereich zur Verfügung, leitende Mitarbeiter haben immer Internetzugang (Ausbau).

Es stehen 5 zentrale Besprechungsräume zur Verfügung, der Hörsaal der Kinderklinik wird für Fortbildungen genutzt. Die Räume sind mit Overheadprojektor, Flipchart und Stellwänden ausgestattet. Beamer sind zum großen Teil fest installiert oder können ausgeliehen werden.

2.2.6 Sicherstellung des Lernerfolges in angegliederten Ausbildungsstätten

Angegliederte Ausbildungsstätten leisten eine Theorie-Praxis-Vernetzung und bereiten Mitarbeiter angemessen auf ihre Tätigkeiten im Rahmen der Patientenversorgung vor.

Die Akademie als Ausbildungs- und das Fort- und Weiterbildungsinstitut sind der Städtisches Klinikum München GmbH angegliedert. Die Akademie trägt die Verantwortung für die Gesamtkoordination und Durchführung der theoretischen (Pflege-) Ausbildung; Einarbeitungskonzept, Lernbegleitbuch liegen vor. Information, Organisation, die Begleitung und Steuerung der praktischen Ausbildung erfolgt durch Praxisanleiter / Mentoren in Zusammenarbeit mit klinischen Lehrern.

Weitere Ausbildungen im Gesundheitswesen z. B. Kauffrau(mann) im Gesundheitswesen werden angeboten.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

Mitarbeiterinteressen werden angemessen bei der Führung des Krankenhauses berücksichtigt.

2.3.1 Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles

Im Krankenhaus wird ein festgelegter und einheitlicher Führungsstil praktiziert, der die Bedürfnisse der Mitarbeiter berücksichtigt.

Die Führungsgrundsätze der Städtisches Klinikum München GmbH (StKM) wurden gemeinsam mit den leitenden Mitarbeitern erarbeitet. Basis sind die Leitgedanken der StKM

Die Führungsgrundsätze beschreiben die Rolle der Führungskraft und die Anforderungskriterien. Für einige Kliniken wurden daraus ein Führungs- und Leitungskonzept oder die Delegationsbefugnisse abgeleitet. Spezielle Führungskräfte trainings mit verschiedenen Modulen (z. B. Recht, Konflikt-, Jahresgespräch) werden angeboten. Eine Stabsstelle für betriebliche Gleichbehandlung ist eingerichtet.

2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Es gilt eine übergreifende Betriebsvereinbarung zur Zeitwirtschaft. Arbeitszeitmodelle wie Regelarbeitszeit, Rufbereitschaft, Bereitschaftsdienst, Gleitzeit, Rahmen- und Karenzzeit sowie die Ruhepausen und deren Anwendung sind geregelt. Die elektronische Zeiterfassung (mittels Dienstausweis) ist zum Teil eingeführt, die Durchdringung kontinuierlich verbessert. Aus erfassten Zeiten gehen z. B. Zeitsalden der Mitarbeiter hervor - an Terminals jederzeit für diese einsehbar - die von den benannten "Zeitbeauftragten" der Kliniken auf Einhaltung geprüft werden.

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Für alle medizinisch-pflegerischen / nicht medizinischen Abteilungen wurde ein Rahmenkonzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter erstellt. Einführungstage finden für die Berufsgruppen im Rahmen der Personalentwicklung fachübergreifend monatlich statt. Wichtige Informationen über die Aufgaben und Ziele des Unternehmens werden vermittelt, erste Unterweisungen zum Arbeitsschutz finden statt. Die Einarbeitung im Pflegedienst erfolgt durch ausgebildete Mentoren. Im ärztlichen Bereich, Apotheke gibt es zum Teil Einarbeitungspläne mit zeitlichen und inhaltlichen Festlegungen.

2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zum Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden.

Das Ideenmanagement der StKM wird in einer Betriebsvereinbarung geregelt. Die Mitarbeiter können im Rahmen des Ideenmanagements Verbesserungen einbringen. Positiv bewertete Vorschläge werden umgesetzt, der Mitarbeiter erhält eine Prämie materieller oder auch immaterieller Art. Die Ergebnisse des Ideenmanagements werden regelmäßig im Intranet und der Mitarbeiter-Zeitung veröffentlicht.

Es wird jährlich ein Wettbewerb für Qualitätsprojekte in der StKM ausgeschrieben. Projekte des Klinikum Schwabing wurden regelmäßig mit ersten bis dritten Preisen ausgezeichnet.

3 Sicherheit im Krankenhaus

3.1 Gewährleistung einer sicheren Umgebung

Das Krankenhaus gewährleistet eine sichere Umgebung für die Patientenversorgung.

3.1.1 Verfahren zum Arbeitsschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum Arbeitsschutz angewandt, das insbesondere Sicherheitsaspekte am Arbeitsplatz, bei Mitarbeitern, im Umgang mit Gefahrstoffen und zum Strahlenschutz berücksichtigt.

Oberstes Ziel ist die Gesundheitsförderung und Prävention. Das Klinikum Schwabing hält einen Sicherheitstechnischen Dienst sowie einen Betriebsärztlichen Dienst vor. Gefährdungsbeurteilungen wurden regelmäßig durchgeführt und dokumentiert, Begehungen finden statt. Schulungen, Unterweisungen (z.B. Umgang mit Gefahrstoffen, Strahlenschutz, Infektionsschutz) werden regelhaft nach Vorschrift veranstaltet. Der Arbeitsschutz ist delegiert an die Führungskräfte. Alle Mitarbeiter werden vom Betriebsärztlichen Dienst turnusmäßig untersucht.

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Ein mit der Branddirektion abgestimmter Feuerwehrplan mit Anfahrtswegen, einem Verzeichnis der Hydranten etc. liegt vor. Im gesamten Klinikum Schwabing sind die Flucht- und Rettungswege gekennzeichnet.

Der Ordner / Intranet zum Notfallmanagement beinhaltet Regelungen zum Brandschutz und Katastrophenschutz. Brand- und Evakuierungsübungen wurden durchgeführt, vor den Gebäuden wurden Sammelstellen auf dem gesamten Gelände eingerichtet. Brandschutzunterweisungen werden regelmäßig durchgeführt, ein Brandsimulator wurde zur Unterstützung der Schulung angeschafft.

3.1.3 Verfahren zur Regelung von hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung bei hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz angewandt.

Der Ordner "Notfallmanagement" enthält Alarm- und Einsatzpläne sowie abteilungsspezifische Ablaufpläne, Regelungen bzgl. Massenansturm von Verletzten, Bombendrohungen, Auffinden verdächtiger Gegenstände, Strahlenunfälle, Massenvergiftungen, Auftreten einer Giftgaswolke etc.. Verantwortlichkeiten sind geregelt. Das Klinikum Schwabing ist in den Katastrophenschutz der Landeshauptstadt München eingebunden. Schulungen und Notfallübungen gewährleisten die reibungslose Kommunikation aller Verantwortlichen. Notstromaggregate werden regelmäßig geprüft.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Ein hausweiter Reanimationsnotruf ist eingerichtet, das Verfahren einheitlich geregelt. Alarmpläne sind erarbeitet. Auf allen Telefonen im Klinikum Schwabing sind Aufkleber angebracht, auf denen die Rufnummern für den Medizinischen Notfall / Feuer stehen. Um große räumliche Entfernungen bei Notfalleinsätzen zu vermeiden, wurde eine Aufteilung des Geländes vorgenommen, für die Kinderklinik und Kinderchirurgie spezielle Regelungen geschaffen. Es gibt einheitlich ausgestattete Notfallkoffer, das Vorgehen wird regelmäßig geschult, neue Mitarbeiter informiert.

3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

Für den Patienten wird eine sichere unmittelbare Umgebung gewährleistet und Maßnahmen zur Sicherung vor Eigen- und Fremdgefährdung umgesetzt.

Überwachung von bewusstseins eingeschränkten Patienten erfolgt auf Intensiv- oder Wachstationen, sonst in stützpunktnahen Zimmern mit Überwachung durch Pflegepersonal. Bei verwirrten Patienten mit Anzeichen für Fremd- oder Selbstgefährdung wird der psychiatrische Konsiliardienst hinzugezogen. Verwechslungen bei verwirrten Personen werden durch ein Namensbändchen verhindert. Kinder werden grundsätzlich im Kinderbereich betreut und immer von Mitarbeitern oder Erziehungsberechtigten begleitet. Zum Teil bestehen elektronische Video- bzw. Türsicherungssysteme.

3.2 Hygiene

Im Krankenhaus wird ein systematisches, krankenhausesweit umgesetztes Verfahren zur effektiven Prävention und Kontrolle von Infektionen eingesetzt.

3.2.1 Organisation der Hygiene

Für die Belange der Hygiene ist sowohl die personelle Verantwortung als auch das Verfahren der Umsetzung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen krankenhausesweit geregelt.

Der Klinikdirektor ist für die Hygiene verantwortlich, in den Abteilungen sind es die leitenden Ärzte und die Pflegedienstleitungen. Der Krankenhaushygieniker leitet die Sitzungen der Hygienekommissionen Erwachsene/Kinder; die Mitglieder sind auch Ansprechpartner für Hygienefragen in der Abteilung. Führungskräfte und Mitarbeiter werden von einem Hygieneteam bestehend aus einem Hygieneingenieur, zwei Fachkrankenschwestern und einer MTA unterstützt. Verbesserungsmaßnahmen, z.B. eine systematische Kontrolle von Patienten mit MRSA-Risiko, werden zügig umgesetzt.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

Für die Analyse hygienerelevanter Bereiche wie auch die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen werden krankenhausesweit hygienerelevante Daten erfasst.

Zur Beurteilung der Hygiene im Klinikum werden ausgewählte Daten erfasst, insbesondere über im Krankenhaus erworbene Lungenentzündungen, Harnwegsinfektionen, Sepsis- und Meningitisfälle sowie Infektionen bei Neu- und Frühgeborene. Diese Zahlen werden mit denen des Nationalen Referenzzentrums verglichen. Auf dieser Basis werden Rückschlüsse auf die gesamte Hygiene gezogen und nötigenfalls Gegenmaßnahmen ergriffen. Zusätzlich beteiligt sich das Klinikum an der Erfassung des Auftretens multiresistenter Keime (MRSA und CDAD) und seit 2008 an der "Aktion Saubere Hände".

3.2.3 Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen

Hygienesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Seit Jahren existieren für alle Bereiche schriftlich formulierte Vorgaben wie Leitlinien / Hygienepläne nach den Vorgaben des Robert-Koch-Instituts. Der Fokus liegt auf der Steigerung des Bewusstseins und der Sensibilisierung der Mitarbeiter für das Thema Hygiene. Sämtliche Leitlinien werden harmonisiert. Es werden laufend hygienisch-mikrobiologische Untersuchungen nach einem festgelegten Plan durchgeführt, mit deren Hilfe Defizite sofort erkennbar werden und abgestellt werden können. Das Hygienelabor ist ein nach DIN ISO 17025 akkreditiertes Untersuchungslabor.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.

Ziel ist die Einhaltung und Verbesserung der vorgeschriebenen Hygienestandards. Die Verantwortung für die Umsetzung haben die jeweils Vorgesetzten. Alle Mitarbeiter sind verpflichtet, die vorgegebenen Hygienerichtlinien einzuhalten. Durch praktische Mitarbeit der Hygienefachkräfte vor Ort, durch Begehungen wird die Einhaltung der Hygienerichtlinien direkt überprüft. Hygienetechnische Untersuchungen finden statt. Es gibt für alle Bereiche mit der Hygiene abgestimmte Reinigungspläne, differenziert nach Nutzung des Raumes (OP, Station, Funktionsbereiche).

3.3 Bereitstellung von Materialien

Vom Krankenhaus werden die für die Patientenversorgung benötigten Materialien auch unter Beachtung ökologischer Aspekte bereitgestellt.

3.3.1 Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten.

Die Apotheke (MEDIZET) erbringt Dienstleistungen im Rahmen der Arzneimittelversorgung. Das Sortiment umfasst Fertigarzneimittel, Arzneimittel aus eigener Herstellung, Labordiagnostika, Infusionslösungen, bilanzierte Trink- oder Sondennahrungen, Röntgenkontrastmittel, Plasmaprodukte. Die Vorräte sind ausreichend, wichtige Arzneimittel sind immer verfügbar. Die Anforderung / Bereitstellung erfolgt IT-gestützt mittels Kommissionierautomat. Die Bestellung von Blutkomponenten im Blutdepot ist im QM-Handbuch Transfusionsmedizin geregelt.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Die Apotheke ist ein Zentrum für pharmazeutische Dienstleistungen und liefert entsprechend der Anforderungen an die Stationen, eine rund um die Uhr Versorgung ist sichergestellt. In der Arzneimittelkommission sind alle medizinischen Fachabteilungen vertreten, sie beschließt die Arzneimittelliste. Die medikamentöse Therapie erfolgt nach Vorgaben von Behandlungsleitlinien. Zytostatika werden zentral unter Verantwortung des Apothekers zubereitet. Die Apotheke führt Begehungen in den Bereichen durch und kontrolliert dabei bspw. Lagerhaltung, Dokumentation.

3.3.3 Anwendung von Blut- und Blutprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Blut und Blutprodukten.

Die Regelungen zur Anwendung von Blut und Blutprodukten werden von der Transfusionskommission festgelegt. Die Regelungen sind im QM-Handbuch schriftlich fixiert, die Anwendung der Blutprodukte, der autologen Hämotherapie geregelt. Das Handbuch, die entsprechenden Gesetze, Richt- und Leitlinien sind über das Intranet von allen Stationen und Funktionsbereichen abrufbar. Die patientenbezogene Dokumentation (Kadex und DV-gestützt) und Anwendung der verabreichten Blutprodukte und Plasmaderivate wird systematisch durch Audits, Selbst- und Fremdanalyse überprüft.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Die Anwendung von Medizinprodukten folgt den gesetzlichen Vorschriften, wichtige Regelungen sind in einer zentralen Dienstanweisung der StKM hinterlegt. Verantwortlich für Wartung und Instandhaltung ist die Medizintechnik (Facility Management, Bereich Bau Technik). In den Bereichen sind Medizin-Produkt-Beauftragte benannt. Sie sind für die Einweisung, für die Einhaltung der Prüfvorschriften und deren Durchführung verantwortlich. Die Mitarbeiter werden in der sicheren Handhabung der Geräte im Bereich geschult, Anleitungen liegen schriftlich vor (z. T. Intranet).

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Alle Themenfeldern des Umweltschutzes sind verantwortlich geregelt, so dass die Einhaltung der gesetzlichen Verpflichtungen und die Weiterentwicklung des Systems gewährleistet ist. Im Umweltmanagementausschuss der Städtisches Klinikum München werden die Umweltziele festgelegt, ein Umweltprogramm freigegeben. Im Klinikum Schwabing sind die dezentralen Umweltmanagement- und Abfallbeauftragten implementiert sowie beauftragte Personen für Gefahrguttransporte schriftlich bestellt. Das Umweltmanagementsystem ist validiert nach EMAS II.

4 Informationswesen

4.1 Umgang mit Patientendaten

Im Krankenhaus existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die Erfassung, Dokumentation und Verfügbarkeit von Patientendaten sicherstellt.

4.1.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Eine hausinterne Regelung zur Führung und Dokumentation von Patientendaten liegt vor und findet Berücksichtigung.

Im Klinikum ist ein einheitliches Dokumentationssystem etabliert. Die Dokumentation von Patientendaten erfolgt in schriftlicher Form, eine vollständige Umstellung auf elektronische Dokumentation wird schrittweise umgesetzt. Eine Dienstanweisung zur Dokumentation der stationären / teilstationären Behandlung liegt vor. Die Verantwortung für die Dokumentation trägt die ärztliche / pflegerische Klinikleitung. Überprüfungen zur Umsetzung der Dienstanweisung Dokumentation finden statt. Die Archivierung der Akten im Krankenblattarchiv ist geregelt.

4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

Vom Krankenhaus wird eine vollständige, verständliche, korrekte, nachvollziehbare und zeitnahe Dokumentation von Patientendaten gewährleistet.

Entsprechend der Dienstanweisung erstreckt sich die Dokumentation auf die Aufzeichnung aller ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten, insbesondere auf Anamnese, Diagnose, Therapie, Krankheitsverlauf, getroffenen Maßnahmen und deren Wirkung. Die Aufzeichnungen erfolgen zeitnah. Pflegerelevante Daten und Pflegebericht werden einmal pro Schicht dokumentiert, Pflegemaßnahmen und die Ausführung ärztlicher Anordnungen mit Handzeichen. Die ärztliche Dokumentation erfolgt schriftlich in der Patientenakte oder im KIS bei der Aufnahme, der Visite, der Behandlung.

4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren, um den zeitlich uneingeschränkten Zugriff auf die Patientendokumentation zu gewährleisten.

Für Berechtigte ist jederzeit der Zugriff auf die elektronische Dokumentation der Befunde (Aufnahme, Labor, Radiologie (RIS/PACS), Funktionsbereiche und Arztbriefe) auch aus vorangegangenen Aufenthalten möglich. Der Zugriff auf dezentrale Krankenblattarchive ist jederzeit, auf das Hauptarchiv zu den üblichen Arbeitszeiten möglich. Grundsätzlich besteht für einen Patienten nur eine Krankenakte; bei mehreren Aufenthalten gliedern sich die Akten in mehrere Bände, die gesammelt archiviert werden. Die Archivierung erfolgt entsprechend der Dienstanweisung.

4.2 Informationsweiterleitung

Im Krankenhaus existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die adäquate Weiterleitung von Informationen gewährleistet.

4.2.1 Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Bereichen

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Informationsweitergabe innerhalb und zwischen verschiedenen Krankenhausbereichen.

Bei Verlegungen innerhalb des Hauses wird ein schriftlicher Verlegungsbericht vom Arzt und durch die Pflege angefertigt, ferner erfolgt eine mündliche Übergabe. Das Krankenblatt wird bei Verlegung mitgegeben, die elektr. Patientenakte überall von Berechtigten einsehbar. Es finden regelmäßige Besprechungen statt: Team-, Abteilungs-, Röntgenbesprechung, fachbezogene Konferenzen (z.B. onkologischer Arbeitskreis), Tumor-, Zentrenbesprechungen. Über ein Mailsystem sind alle Führungskräfte, Stationen, Funktionen erreichbar. Das Intranet ist von jedem PC einsehbar.

4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

Zentrale Auskunftsstellen im Krankenhaus werden mit Hilfe einer geregelten Informationsweiterleitung kontinuierlich auf einem aktuellen Informationsstand gehalten.

Zentrale Auskunftsstellen sind die Patienteninformation am Haupteingang, die Zentrale Nothilfe sowie die Telefonzentrale, die Aufnahme Kinderklinik und die Kinderchirurgische Nothilfe. Die Nothilfeforte ist rund um die Uhr besetzt, die Hauptinformation täglich von 7:30 bis 18:15 Uhr. Mitarbeiter- und patientenbezogene Informationen wie z.B. die 'Pfortnerliste' mit den Aufenthaltsorten der Patienten sind im Krankenhausinformationssystem (KIS) verfügbar. Der Datenschutz ist über Berechtigungsprofile sichergestellt. Diensthabende Ärzte können erfragt werden.

4.2.3 Information der Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Die Öffentlichkeitsarbeit obliegt der Unternehmenskommunikation (UKOM), der Pressesprecherin sowie dem strategischen Marketing. Ein strukturiertes Marketingkonzept (Marketingziele) sowie ein jährlicher Marketingplan liegen vor. Die Information der Öffentlichkeit erfolgt z. B. über die Internetseite, Presseartikel, allgemeine Informationsbroschüren. Das Informationsblatt "Profil" wird an einweisende Ärzte, Rehakliniken, verschickt, die Mitarbeiter werden mit der Zeitschrift "News" informiert. Im KS finden Veranstaltung wie Konzerte oder Ausstellungen statt.

4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

Daten und Informationen insbesondere von Patienten werden im Krankenhaus durch verschiedene Maßnahmen geschützt. Vgl. entsprechende landesrechtliche Regelungen (Regelungen zum Datenschutz finden sich in den Landeskrankenhausgesetzen von Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Thüringen), in: Krankenhausrecht - Rechtsvorschriften des Bundes und der Länder, Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, 5. Auflage 1998; Ärztliche Berufsordnung.

Die Klinikleitungen und jeder Mitarbeiter sind für die Einhaltung des Datenschutzes verantwortlich. Auf den Stationen sind Ansprechpartner für den Datenschutz, für den Gesamtbetrieb StKM ein zentraler Datenschutzbeauftragter benannt. Jeder Mitarbeiter wird bei seiner Einstellung gegen Unterschrift auf das Datengeheimnis verpflichtet. Ein rollenbezogenes Berechtigungskonzept im KIS ist eingeführt; jeder Mitarbeiter hat nur Zugriff auf Patientendaten in seinem Aufgabengebiet. Ein externer Zugriff auf Daten ist nicht möglich. Schulungen zum Datenschutz finden statt.

4.3 Nutzung einer Informationstechnologie

Im Rahmen der Patientenversorgung wird Informationstechnologie eingesetzt, um die Effektivität und Effizienz zu erhöhen.

4.3.1 Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie

Die Voraussetzung für eine umfassende und effektive Nutzung der unterstützenden Informationstechnologie wurde geschaffen.

Als Klinikinformationssystem ist SAP übergreifend in der StKM eingesetzt. Subsysteme werden nur eingesetzt, wenn Funktionalität nicht ausreichend im Hauptsystem zur Verfügung steht. SAP und Subsysteme bilden das KIS, es wird ergänzt durch ein Kommunikationssystem (Mail, Intranet, Internet, Office Applikationen). Das Klinikum ist vollvernetzt, alle Stationen, Abteilungen und Funktionen (Radiologie (RIS/PACS), Labore (Order Entry), Externe QS nach §137) sind angeschlossen, ein entsprechendes Ausfallsystem installiert, eine Hotline für IT-Probleme ist eingerichtet.

5 Krankenhausführung

5.1 Entwicklung eines Leitbildes

Das Krankenhaus entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.

5.1.1 Entwicklung eines Leitbildes

Das Krankenhaus entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.

Das Klinikum Schwabing bildet mit den anderen vier städtischen Kliniken die Städtisches Klinikum München GmbH. Die strategischen Ziele wurden von der Gesellschafterin formuliert und sind im Unternehmensplan dargestellt. Die Geschäftsführung hat die Leitgedanken der Städtisches Klinikums München GmbH formuliert, die übergreifende Aussagen für das gesamte Unternehmen zum Ausdruck bringen. Die Leitgedanken wurden diskutiert sowie in Workshops zur Kundenorientierung mit den Grundsätzen zum Umgang mit Kunden berufsgruppenübergreifend auf Klinikebene vorgestellt.

5.2 Zielplanung

Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und steuert die Umsetzung der festgelegten Ziele.

5.2.1 Entwicklung einer Zielplanung

Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und nutzt diese für die Steuerung seiner Handlungen.

Grundlage der Zielplanung ist der Unternehmensplan. Dieser wird über 5 Jahre fortgeschrieben, die Leistungsspektren für die Klinika sind darin strategisch festgelegt. Im Workshop mit allen Klinikleitungen werden die strategischen Ziele des Klinikum Schwabing diskutiert. Für die Kliniken sind Qualitätskennzahlen definiert. Mindestens jährlich werden Ergebnisse anhand von Kennzahlen zusammengeführt und verglichen. Die Entwicklung, die kunden- und mitarbeiterbezogenen Ziele / Aktivitäten / Zielerreichung werden jährlich im Qualitätsbericht veröffentlicht.

5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

Die aktuelle Organisationsstruktur des Krankenhauses ist festgelegt unter Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten.

Die Organisationsstruktur des Klinikum Schwabing ist primär durch den Stellenplan abgebildet, der auch die Funktionen der Stellen beschreibt. Änderungen werden zeitnah gepflegt. Die Einbettung der Kliniken in die zentrale Matrixstruktur ist in einem Organigramm geregelt und dargestellt. Die Kompetenzverteilung der Geschäftsführung und Klinikdirektion sowie der Leitung Pflege- und Servicemanagement ist in den Handlungsvollmachten geregelt. Ein zentrales Projektmanagement mit Vorgaben zur Planung, Verantwortung und Dokumentation von Projekten besteht.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

Die Krankenhausleitung entwickelt einen Finanz- und Investitionsplan und übernimmt die Verantwortung für dessen Umsetzung.

Der mehrjährige mittelfristige Investitionsplan für geförderte und nicht geförderte Einzelmaßnahmen wird für einen Zeitraum von fünf Jahren für die Trägerin erstellt. Die Pauschalmittelplanung (Groß-Kleingeräte, Technik und Ansparungen für geplante Maßnahmen) wird jährlich aktualisiert. Budgetverantwortlich im Klinikum Schwabing ist der Klinikdirektor gegenüber der Geschäftsführung sowie die Klinikleitungen für die Einhaltung der Personal- und Sachkosten. Der Wirtschaftsplan wird jährlich unter Berücksichtigung der Veränderungsdaten und struktureller Änderungen neu aufgestellt.

5.3 Sicherstellung einer effektiven und effizienten Krankenhausführung

Das Krankenhaus wird effektiv und effizient geführt mit dem Ziel der Sicherstellung der Patientenversorgung.

5.3.1 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Leitungsgremien und Kommissionen

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise von Leitungsgremien und Kommissionen, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.

Die Grundsätze zur Arbeit von wesentlichen Gremien sind durch die Dienstordnung, durch Geschäftsordnung und Satzung (z. B. Arzneimittelkommission) oder durch Gesetze (z.B. Hygiene, Arbeitsschutz, Umweltschutz, Transfusionskommission) vorgegeben. Alle Kommissionen und Führungsgremien tagen regelmäßig. Tagesordnung, Gesprächsführung sowie Protokoll sichern die Verbindlichkeit der Entscheidungen sowie die Weitergabe von Informationen. Zum Teil sind Kommunikationsstrukturen schriftlich festgelegt (z. B. Matrix Geschäftsführung) und im Intranet dargestellt.

5.3.2 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.

Dem Klinikum Schwabing steht der Klinikdirektor vor. Aufgaben und Verantwortlichkeiten sind in der Dienstordnung festgelegt. Unterstellt sind sämtliche Chefärzte (CÄ) der Kliniken, sowie der Leiter des Pflege- und Servicemanagement (LPSM). Neben Stabsstellen gibt es einen Referenten für die medizinische und einen für die operative Steuerung des Klinikums. Mit den CÄ finden regelmäßig gemeinsame Jour Fix Gespräche statt, an denen auch die LPSM teilnimmt. Mit den Klinikleitungen finden strukturierte Klinikgespräche (SKG-Gespräche) statt in denen Ziele vereinbart werden.

5.3.3 Information der Krankenhausführung

Die Krankenhausleitung wird regelmäßig über Entwicklungen und Vorgänge im Krankenhaus informiert und nutzt diese Informationen zur Einleitung verbessernder Maßnahmen.

Die Information der Klinikdirektion ist durch Kommunikationswege festgelegt. Ein medizinisch pflegerisches, verwaltungstechnisches Risikomanagementsystem (RM) wird sukzessive weiter ausgebaut. Über die Ergebnisse z. B. der externen Qualitätssicherung, Befragungen wird die Klinikdirektion geregelt informiert, Ad hoc durch das Beschwerdemanagement. Die Meldung außergewöhnlicher Ereignisse (z.B. Brandmeldung) ist definiert. Es gibt ein etabliertes Berichtswesen mit Erlössituation wie auch der Sach- und Personalkostenentwicklung (Soll-Ist-Vergleiche).

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

Die Krankenhausführung fördert durch geeignete Maßnahmen das gegenseitige Vertrauen und den gegenseitigen Respekt gegenüber allen Mitarbeitern.

Die Zusammenarbeit mit dem Betriebsrat ist geprägt durch den Rahmen einer vertrauensvollen Zusammenarbeit. Regelmäßige Termine (monatlich) sind mit der Klinikdirektion terminiert. Informationen werden frühzeitig oder nach festen Regeln weitergegeben. Zudem existiert ein Monatsgespräch zwischen GF und Gesamtbetriebsrat (GBR), um übergreifende Themen zu besprechen. Es werden regelmäßig interdisziplinäre Mitarbeiterforen zur Information durchgeführt. Aktuelle Mitteilungen werden über das interne Mailsystem, Intranet und Mitarbeiterzeitung kommuniziert.

5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben

Rechte und Ansprüche von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen werden krankenhausweit respektiert und berücksichtigt.

5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

Im Krankenhaus werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt.

Entsprechend der Leitgedanken des StKM ist der Anspruch, ethische Problemstellungen zu respektieren und zu berücksichtigen, sehr hoch. Ein klinisches Ethikkomitee (KEK) ist etabliert, das sich zum Beispiel mit Fragen der Medizinethik oder der Palliativmedizin befasst und ethische Fallbesprechungen anbietet.

Mehrere hauptberufliche Seelsorger sind tätig (evangelisch, katholisch). Neben der katholischen und evangelischen Kirche gibt es einen muslimischen Gebetsraum.

Ein zentraler Aussegnungsraum steht allen Glaubensrichtungen zur Verfügung.

5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

Im Krankenhaus werden Bedürfnisse sterbender Patienten und ihrer Angehörigen systematisch berücksichtigt.

Wünsche und Vorstellungen der Patienten oder Patientenverfügungen werden berücksichtigt. Der Umgang mit sterbenden Patienten und ihren Angehörigen ist geprägt von persönlicher Zuwendung durch das Personal. Auf die Bedürfnisse der Patienten und Angehörigen wird soweit möglich eingegangen. Grundsätzlich wird versucht, die Angehörigen frühzeitig einzubinden und zu begleiten. Eine Palliativstation mit 9 Betten und entsprechend qualifiziertem Personal steht zur Verfügung. Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung Sterbender und ihrer Angehörigen sind erarbeitet.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

Im Krankenhaus gibt es Regelungen zum adäquaten Umgang mit Verstorbenen und deren Angehörigen.

In allen Intensivstationen und in der Geburtshilfe gibt es separate Abschiedsräume sowie zentral einen angemessen gestalteten Aufbahrungsraum, um vom Verstorbenen Abschied zu nehmen. Für trauernde Angehörige wurde eine Broschüre erstellt, Informationen und Kontaktadressen zu Selbsthilfegruppen werden ausgehändigt. Für Föten und Fehlgeburten wurde eine eigene Grabstätte auf dem Ostfriedhof eingerichtet. Als Rückzugsmöglichkeit steht die "Grotte" (nahe Kinderklinik) zur Verfügung. Einmal jährlich wird eine interkonnektionelle Trauerveranstaltung durchgeführt.

6 Qualitätsmanagement

6.1 Umfassendes Qualitätsmanagement

Die Krankenhausführung stellt sicher, dass alle Krankenhausbereiche in die Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements eingebunden sind.

6.1.1 Einbindung aller Krankenhausbereiche in das Qualitätsmanagement

Die Krankenhausführung ist verantwortlich für die Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements.

Die Leitgedanken der Städtisches Klinikum München GmbH (StKM) bringen die grundlegenden Konzepte vom Qualitätsmanagement und ständigen Verbesserung zum Ausdruck. Betont wird Kundenorientierung, Mitarbeiterorientierung, kontinuierliche Verbesserung, Qualität und Effizienz, ökologische Orientierung und Aufbau von Partnerschaften. Das Competence Center Qualitätsmanagement (CCQM) hat ein Qualitätsmanagement-Organisationshandbuch (QM-H) erarbeitet, die Konzeption beschreibt Aufgaben und Zuständigkeiten; Schwerpunkte werden mit Führungsebenen abgestimmt.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

Das Krankenhaus entwickelt, vermittelt und setzt Maßnahmen zur Erreichung von Qualitätszielen um.

Mit den Leitgedanken der Geschäftsführung wurden allgemeine Zielsetzungen formuliert. Abgeleitet von diesen werden Ziele für das Klinikum Schwabing sowie die Berufsgruppen, Kliniken und Teams formuliert und mit den Verantwortlichen diskutiert.

Die Qualitätsziele orientieren sich inhaltlich z. T. an den KTQ-Kategorien: hohes Qualitätsniveau, Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Wirtschaftlichkeit, gesellschaftliche Verantwortung und sind im Zielkatalog festgehalten. Abgeleitete Ziele werden mit den jeweiligen Führungsebenen jährlich vereinbart.

6.2 Qualitätsmanagementsystem

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Das CCQM arbeitet übergreifend als interdisziplinäres Team beratend und unterstützend, mit berufsgruppenspezifischen Schwerpunkten für die Geschäftsführung und die Klinikdirektion. Die Leitung des CCQM ist dem Geschäftsbereich Strategie & Planung zugeordnet. Die Einbindung des CCQM in die Organisationsstruktur ist in Form eines Organigramms festgelegt. Aufgaben und Zuständigkeiten sind sowohl in der Konzeption-CCQM als auch im QM-Handbuch beschrieben. Die CCQM-Mitarbeiter sind für ihre Aufgabenbereiche qualifiziert (Curriculum QB, KTQ-Training).

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

Im Krankenhaus werden regelmäßig und systematisch Methoden der internen Qualitätssicherung angewandt.

Gemäß Zielsetzung werden qualitätsrelevante Ergebnisse erhoben, analysiert und für die Erhaltung und Verbesserung genutzt. Die Analyse der Daten erfolgt auf allen Führungsebenen sowie in der KTQ-Koordinationsgruppe. Zur Diskussion und Zielvereinbarung werden die strukturierten Klinikgespräche genutzt. Die Indikatoren sind analog der Leitgedanken / Ziele der StKM ausgewählt, stammen aus Kennzahlen bzw. vorhandenen Quellen und werden zu einem Managementinformationssystem zusammengeführt. Themenbezogene Audits werden verstärkt eingesetzt und ausgebaut.

6.3 Sammlung und Analyse qualitätsrelevanter Daten

Qualitätsrelevante Daten werden systematisch erhoben, analysiert und zu qualitätsverbessernden Maßnahmen genutzt.

6.3.1 Sammlung qualitätsrelevanter Daten

Über die gesetzlich vorgeschriebene externe Qualitätssicherung hinaus werden qualitätsrelevante Daten systematisch erhoben und analysiert.

Neben der Dokumentation der bundesweit gesetzlich verpflichtenden Module im Rahmen der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V erfolgt unter anderen eine freiwillige Dokumentation der Ergebnisse in der Radiologie sowie bei Früh- und Neugeborenen.

Die Daten werden von den Kliniken analysiert und Konsequenzen abgeleitet. Die Infektionsraten werden mit Beratung des Instituts für Mikrobiologie und Hygienekommissionen analysiert.

Qualitätsrelevante Daten sind Bestandteil der strukturierten Klinikgespräche.

6.3.2 Nutzung von Befragungen

Regelmäßig durchgeführte Patienten- und Mitarbeiterbefragungen sowie Befragungen niedergelassener Ärzte werden als Instrument zur Erfassung von Patienten- und Mitarbeiterbedürfnissen und zur Verbesserung der Patientenversorgung genutzt.

Krankenhausweite Befragungen von Patienten, Kindern und Eltern, von MitarbeiterInnen, Einweisern werden alle 3 Jahre durchgeführt. Weitere systematische kundenorientierte Befragungen finden statt. Für alle Befragungen wurden vom CCQM Fragebogen und Auswertungskonzepte sowie ein Befragungskonzept erarbeitet. Die Fragebögen werden von den jeweiligen Anspruchsgruppen ggf. an ein externes Auswertungsinstitut gesandt. Alle Fragebögen sind anonym. Die Ergebnisse sind repräsentativ, werden präsentiert, analysiert, Konsequenzen und Maßnahmen abgeleitet.

6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Geschäftsführung und Klinikdirektion legen großen Wert auf ein aktives Beschwerdemanagement. Das Konzept für ein strukturiertes Beschwerdemanagement ist in allen Kliniken umgesetzt. Dieses Konzept beinhaltet standardisierte Prozesse für Beschwerdebearbeitung incl. entsprechender Zielwerte. Alle Beschwerden, Anregungen / Wünsche und Lob werden in einer Datenbank erfasst. Neben mündlichen und schriftlichen Beschwerden gibt es die Möglichkeit, anonyme Rückmeldekarten zu nutzen oder unabhängige Patientenfürsprecher/innen aufzusuchen.

6.4 Externe Qualitätssicherung nach §137 SGB V

Die Daten der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V werden systematisch erhoben und die Auswertungen zu qualitätsverbessernden Maßnahmen genutzt.

6.4.1 Beteiligung an der externen Qualitätssicherung

Das Krankenhaus beteiligt sich an den gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung.

Das Klinikum Schwabing nimmt an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V teil. Neben den für unser Haus relevanten dokumentationspflichtigen Leistungsbereichen werden darüber hinaus in einzelnen nicht verpflichtend zu dokumentierenden Leistungsbereichen auf freiwilliger Basis Daten erhoben. Um den Anforderungen bzgl. der externen QS gerecht zu werden, erfolgt eine enge Zusammenarbeit zwischen den Qualitäts-Beauftragten der Abteilungen, der IT-Abteilung sowie dem CCQM. Die Dokumentationsrate war in den letzten Verfahrensjahren immer sehr gut.

6.4.2 Umgang mit Ergebnissen der externen Qualitätssicherung

Das Krankenhaus analysiert systematisch die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung und legt ggf. notwendige Konsequenzen fest.

Die Ergebnisse des Klinikum Schwabing werden der Klinikdirektion und den Klinikleitungen in einer gemeinsamen Präsentation durch das CCQM vorgestellt und anschließend diskutiert. Auf Abteilungsebene werden die Ergebnisse detailliert besprochen und analysiert. Die Ergebnisse werden darüber hinaus auch der Geschäftsführung präsentiert. Es erfolgt die Internetveröffentlichung im Rahmen des gesetzlichen Qualitätsberichts, sowie die Veröffentlichung in Papierform im Rahmen eines jährlichen übergreifenden Qualitätsberichts des Gesamtunternehmens.