



**Ilm-Kreis-Kliniken**  
Arnstadt-Ilmenau gGmbH



Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen

# KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

<b>Krankenhaus:</b>	Ilm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau gGmbH	
<b>Institutionskennzeichen:</b>	261601203	
<b>Anschrift:</b>	Bärwinkelstrasse 33	Oehrenstöcker Straße 32
	99310 Arnstadt	98693 Ilmenau
<b>Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:</b>	2017-0004 KHVB	
<b>durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:</b>	DQS GmbH, Frankfurt am Main	
<b>Gültig vom:</b>	31.12.2016	
<b>    bis:</b>	30.12.2019	
<b>Zertifiziert seit:</b>	31.12.2010	

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b>	<b>5</b>
<b>Die KTQ-Kategorien</b>	<b>7</b>
1. Patientenorientierung	7
2. Mitarbeiterorientierung	10
3. Sicherheit - Risikomanagement	11
4. Informations- und Kommunikationswesen	14
5. Unternehmensführung	15
6. Qualitätsmanagement	21

## Vorwort der KTQ<sup>®</sup>

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

Gesellschafter der KTQ<sup>®</sup> sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene<sup>1</sup>, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

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

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

der Einrichtung beziehen.

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

---

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

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

Während der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren<sup>®</sup> 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.

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

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

Wir freuen uns, dass die **Ilm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau 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](http://www.ktq.de) abrufbar.

**Dr. med. G. Jonitz**

Für die Bundesärztekammer

**S. Wöhrmann**

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

**Dr. med. B. Metzinger, MPH**

Für die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

**A. Westerfellhaus**

Für den Deutschen Pflegerat

## Vorwort der Einrichtung

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

dieser KTQ-Qualitätsbericht informiert Sie im Detail über viele Aspekte, Leistungen und Arbeitsweisen der IIm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau gGmbH mit ihren Standorten in Arnstadt und Ilmenau. Insbesondere beschreibt er unsere Maßnahmen und Anstrengungen, um unsere Qualität zu sichern und ständig zu verbessern.

„Qualität“ zu beschreiben ist sehr komplex. Sie besteht aus unendlich vielen kleinen Bausteinen. Qualität beginnt beim freundlichen Empfang, mit guten Informationen vor dem Krankenhausaufenthalt, geht selbstverständlich über eine gute Behandlung und Versorgung, bedeutet Sicherheit und Komfort während des Krankenhausaufenthaltes und endet bei der Entlassung, die rechtzeitig angekündigt wird, damit Ihre Angehörigen, Ihr Hausarzt oder weiterbehandelnde Einrichtungen auf Ihre Rückkehr vorbereitet sind.

Mit dem uns verliehenen KTQ-Zertifikat können wir nachweisen, dass unser Qualitätsmanagementsystem erfolgreich funktioniert.

Das Zertifikat beruht auf einem Gutachten externer Prüferinnen und Prüfer nach einem mehrtägigen Besuch mit Begehungen der Kliniken, Abteilungen und Bereiche, Sichtung einer Vielzahl von Dokumenten und Nachweisen sowie ausführlichen Prüfgesprächen mit unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Bereits im Jahr 1821 begann in Arnstadt die erste Krankenversorgung im Waisenhaus am Schulplan, der sich die Gründung der Quenselschen Heilanstalt 1839 anschloss. Am jetzigen Standort des Krankenhauses Arnstadt eröffnete 1892 das Städtische Krankenhaus.

In Ilmenau entstand im Jahr 1821 zeitgleich das erste Krankenhaus am Ende der Porzellanstraße, in der Nähe des Zechenhauses. Der Beschluss zum Bau eines neuen Krankenhauses am jetzigen Standort wurde im Jahr 1921 gefasst.

Es folgten für die Standorte verschiedene Bauabschnitte, bis die Ihnen bekannte Struktur mit den Neubauten entstand.

Im Jahr 2005 fusionierten beide Krankenhäuser zu den IIm-Kreis-Kliniken. Damit wurde ein zukunftsweisender Weg in der medizinischen Versorgung im IIm-Kreis beschritten, welcher an die lange Tradition der beiden Krankenhäuser anknüpft.

Zum Standort Arnstadt gehören folgende Bereiche der Kliniken und Institute:

1. – Klinik für Chirurgie
2. – Klinik für Innere Medizin
3. – Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
4. – Kinder- und Jugendheilkunde
5. – Hals- Nasen- Ohrenheilkunde
6. – Klinik für Anästhesie- und Intensivmedizin
7. – Institut für Radiologische Diagnostik
8. – Institut für Laboratoriumsmedizin.

Zum Standort Ilmenau gehören folgende Bereiche der Kliniken und Institute:

9. – Klinik für Chirurgie
- 10.– Klinik für Innere Medizin
- 11.– Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (ambulanter Bereich)
- 12.– Klinik für Urologie
- 13.– Klinik für Suchtmedizin
- 14.– Klinik für Anästhesie- und Intensivmedizin

- 15.- Institut für Radiologische Diagnostik
- 16.- Institut für Laboratoriumsmedizin.

Mit dem Willen zur Verbesserung wurden umfangreiche Sanierungsarbeiten der vorhandenen Bauten durchgeführt sowie Neubauten in Arnstadt und Ilmenau errichtet. Heute gehören die IIm-Kreis-Kliniken mit zu den modernsten Gesundheitseinrichtungen in Thüringen.

Unseren Patienten steht ein modernes Gesundheitszentrum zur Verfügung, welches die wohnortnahe medizinische Versorgung an zwei zentralen, verkehrsgünstigen Standorten mit allen notwendigen medizinischen Einrichtungen für Diagnostik und Therapie sichert.

Wir wissen, dass sich niemand einen Krankenhausaufenthalt wünscht. Falls er doch einmal nötig sein sollte, ob im Notfall oder vorhersehbar: Kommen Sie zu uns, wir beraten und behandeln Sie gern!

Dr. med. M. John	Ch. Fischer	ChA Dr. med. J. Pausch	M. Keschke
Geschäftsführer	Prokuristin u. Q/RMB	Ärztlicher Direktor	Pflegedienstleiter

Kontaktdaten:

[www.ilm-kreis-kliniken.de](http://www.ilm-kreis-kliniken.de)  
[gf@ilm-kreis-kliniken.de](mailto:gf@ilm-kreis-kliniken.de)

Standort Arnstadt  
Bärwinkelstraße 33  
99310 Arnstadt

Standort Ilmenau  
Oehrenstöcker Straße 32  
98693 Ilmenau

## **Die KTQ-Kategorien**

### **1. Patientenorientierung**

#### *1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung*

Die IIm-Kreis-Kliniken sind für Patienten und Besucher aufgrund ihrer zentralen Lage mit dem Auto sowie mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen. An der Information steht zur Orientierung jederzeit ein Ansprechpartner zur Verfügung.

Unsere Kliniken sind rund um die Uhr für Notfälle erreichbar. Bei planbaren Krankenhausaufenthalten können in vielen Fällen notwendige Untersuchungen und Formalitäten im Vorfeld des Klinikaufenthaltes erledigt werden, um die Zeit im Krankenhaus so kurz als möglich zu halten. Für Notfälle halten wir stets Kapazitäten frei.

#### *1.1.2 Leitlinien und Standards*

Leitlinien sind wissenschaftlich überprüfte Vorgaben zur Diagnostik und Behandlung bestimmter Krankheitsbilder. Unsere Ärzte und Pflegekräfte nutzen diese Leitlinien, um stets eine Behandlung auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand zu wählen. Für viele Erkrankungen sind hausintern Leitlinien oder Behandlungspfade erarbeitet und in der täglichen Anwendung. Zu den allgemein gültigen Leitlinien gehören unter anderem auch die Leitlinie zur Schmerz- und Antibiotikatherapie.

#### *1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten*

Für die Patienten stehen vielfältige Informationen zur Verfügung. Neben der mündlichen Information erhält der Patient eine umfassende Informationsmappe. Die Aufnahme der Patienten erfolgt entsprechend der vereinbarten Termine. Notfallpatienten werden direkt über die Notfallaufnahmen an beiden Standorten aufgenommen. Die Beteiligung der Patienten am Behandlungsprozess wird durch vielfältige Schulungsangebote für Patienten und Angehörige unterstützt. Hierzu gehört u.a. die Schulungen für werdende Eltern, Diabetikerschulung und Vortragsreihen der Ärzte zu bestimmten Krankheitsbildern. Wir arbeiten eng mit den Selbsthilfegruppen im IIm-Kreis zusammen und vermitteln die notwendigen Kontakte.

#### *1.1.4 Ernährung und Service*

Wir bieten unseren Patienten eine moderne Klinikausstattung. Fernseher, Radio und Telefon stehen jedem Patienten zur Verfügung. Als zusätzliches Angebot stehen Cafeteria, Patientengarten, Patientenbibliotheken, ein Raum der Stille, Andachtsraum und Aufenthaltsräume auf den Stationen zur Verfügung. Die Essenswünsche der Patienten werden durch Servicekräfte erfasst. Es besteht mittags das Angebot mehrerer Menüs, das auch die religiösen Vorgaben und Diäten berücksichtigt. Eine Ernährungsberatung und Diätberatung steht den Patienten als Service zur Verfügung. Bei der Aufnahme eines Kindes unter 9 Jahren besteht das Angebot der Aufnahme einer Begleitperson. In der Geburtshilfe werden Familienzimmer angeboten.

### *1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung*

In den Notfallaufnahmen an den Standorten Arnstadt und Ilmenau halten wir stets qualifiziertes Personal bereit, um schnellstmöglich alle notwendigen medizinischen Maßnahmen zu ergreifen. Der Standort Ilmenau verfügt über eine Zertifizierung als regionales Traumazentrum. Beide Standorte besitzen einen Hubschrauberlandeplatz. Für zeitkritische Fälle liegen Handlungspläne vor, die die Abläufe beschleunigen. Dazu arbeiten wir eng mit dem Rettungsdienst im Ilm-Kreis zusammen. Kindernotfälle werden ebenfalls in der zentralen Notaufnahme am Standort Arnstadt behandelt.

### *1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung*

In zentralen Bereichen der Kliniken ist die ambulante Diagnostik und Behandlung durch die Fachärzte unserer Fachkliniken sichergestellt. Die Organisation von ambulanten Untersuchungen, z. B. in unseren Sprechstunden sowie von ambulanten Operationen wird in den Kliniken nach festgelegten Vorgaben durchgeführt. Wir achten auf eine gute Kooperation mit den einweisenden Haus- und Fachärzten, umbeispielsweise Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Schriftliche Informationen für Patienten sowie Arztbriefe, die unsere Patienten unmittelbar im Anschluss an die Behandlung erhalten, erleichtern die Weiterbehandlung und Nachsorge.

### *1.3.2 Ambulante Operationen*

Für die Durchführung von ambulanten Operationen bestehen standardisierte Prozesse, die von den Stationen und im OP eingehalten werden. Auf den Tagesstationen stehen Bettplätze für die Vor- und Nachbetreuung zur Verfügung. Ambulante Operationen werden an fünf Tagen der Woche durchgeführt. Es erfolgt immer eine Abschlussuntersuchung und ein Gespräch mit dem Facharzt. Bei der Entlassung erhalten die Patienten bzw. Erziehungsberechtigten eine schriftliche Information über die weitere Therapie einschließlich der Schmerztherapie und Hinweise auf die telefonische Erreichbarkeit.

### *1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung*

In den Kliniken liegen für diagnostische und therapeutische Maßnahmen Verfahrensanweisungen, Standards und Ablaufbeschreibungen vor. Die aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisse und gesetzlichen Vorgaben finden dabei Berücksichtigung. Für die stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung ist der Facharztstandard in allen Kliniken unter anderem durch Visiten und die täglichen Besprechungen gewährleistet. Die Kontinuität der Betreuung ist durch den Stationsarzt und die Bereichspflegekraft gewährleistet. Die Planung der Pflegetätigkeiten wird von der Pflegefachkraft vorgenommen. Die Bedürfnisse und Wünsche sowie Fähigkeiten unserer Patienten werden dabei berücksichtigt und fließen in die Planung ein.

### *1.4.2 Therapeutische Prozesse*

Wir sorgen für eine umfassende und individuelle Therapie unserer Patienten. Besonderen Wert legen wir auf eine gute und individuell kontrollierte Schmerztherapie, auf den angemessenen Einsatz von Medikamenten sowie die Mobilisation unserer Patienten. Wir arbeiten nach bewährten Standards und vergleichen die Qualität unsere medizinischen Ergebnisse mit anderen Krankenhäusern und achten



darauf, möglichen Komplikationen frühzeitig vorzubeugen. Spezialisten, wie Sprachtherapeuten, Physiotherapeuten etc., können bei Bedarf in die Behandlung einbezogen werden.

#### *1.4.3 Operative Prozesse*

Verantwortlich für die Planung und Koordination von Operationen sind speziell eingesetzte OP-Koordinatoren. Sie sorgen für eine reibungslose Terminplanung- und OP-Steuerung entsprechend unserer OP-Statute. Ebenso vermeiden wir durch vorausschauende, EDV-gestützte Planung unter Einbeziehung unserer Patienten, dass Operationen kurzfristig abgesetzt werden müssen. Ein festgelegtes Notfallmanagement sorgt dafür, dass wir bei seltenen unvorhersehbaren Komplikationen schnell reagieren können. Notfall-Operationen können jederzeit durchgeführt werden. Vor OP-Beginn führen wir zur Sicherheit des Patienten ein sog. "Team-Time-Out" durch, ein kurzer Moment des Innehaltens, währenddessen anhand von Checklisten überprüft wird, ob der richtige Patient mit der richtigen Methode am richtigen Körperteil operiert wird und dazu alle notwendigen Informationen, Unterlagen und Instrumente bereitliegen.

#### *1.4.4 Visite*

In den Kliniken gibt es täglich Visiten mit den zuständigen Ärzten. In vielen Kliniken finden zusätzlich Visiten anhand der Patientenunterlagen einmal täglich statt. Sowohl die tägliche Visite als auch Oberarzt- und Chefarztvisiten (mindestens einmal wöchentlich) finden zusammen mit der verantwortlichen Pflegefachkraft statt. Der Patient steht im Mittelpunkt der Visite. Absprachen zwischen ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern erfolgen bei Bedarf auch unabhängig der Visiten.

#### *1.5.1 Entlassungsprozess*

Unser Aufnahme- und Entlassungsmanagement regelt die interne Zusammenarbeit aller Berufsgruppen bei der Entlassungsplanung sowie die Abstimmung mit niedergelassenen Ärzten, Reha- oder Pflegeeinrichtungen sowie mit den Patienten und seinen Angehörigen. Dazu werden rechtzeitig alle nötigen Informationen und Berichte zusammengestellt. Der Patient, seine Angehörigen sowie ggf. weitere Einrichtungen werden über die bevorstehende Entlassung informiert. In manchen Fällen kann die Nachsorge auch in unseren Ambulanzen bzw. Sprechstunden erfolgen. Die Vorgaben der Expertenstandard Entlassungsmanagement werden umgesetzt. Der Arztbrief enthält alle erforderlichen Informationen zur Erkrankung mit den Untersuchungsbefunden, durchgeführten Behandlungen und Empfehlungen zur weiteren Vorgehensweise. Bei notwendiger Hilfe nach Entlassung werden die Angehörigen informiert. Die Patienten und/oder Angehörigen bekommen bei Bedarf eine individuelle Anleitung und Beratung zur Pflegesituation.

#### *1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung*

Es ist uns besonders wichtig die Bedürfnisse der sterbenden Patienten und ihrer Angehörigen zu berücksichtigen. Wir behandeln Sterbende mit Respekt und Würde, Angehörige werden nach Wunsch mit einbezogen. Dem sterbenden Patienten kann meist ein Einzelzimmer angeboten werden. Ärzte und Pflegekräfte werden durch die Klinikseelsorge und das Ethikkomitee unterstützt. Der Sterbende soll den seelsorgerischen Beistand erhalten, den er sich wünscht.

### *1.6.2 Umgang mit Verstorbenen*

In den Kliniken gibt es Regelungen zum würdevollen Umgang mit Verstorbenen. Für die persönliche Verabschiedung wurden Abschiedsräume an den Standorten eingerichtet. Pflegekräfte, Ärzte und Seelsorger stehen im Rahmen ihrer Möglichkeiten zum Gespräch zur Verfügung. Für Beschäftigte werden Schulungen zum Thema Tod und Sterben angeboten.

## **2. Mitarbeiterorientierung**

### *2.1.1 Personalbedarf*

Die Patientenversorgung wird durch die Bereitstellung von qualifiziertem Personal der verschiedenen Berufsgruppen sichergestellt. Die Personalplanung erfolgt jährlich abgestimmt mit dem Wirtschaftsplan für das folgende Geschäftsjahr. Ziel unserer Planungen des Personalbedarfs ist es, eine ausreichende Anzahl von Mitarbeitern mit der notwendigen Qualifikation bereit zu halten, um dem tatsächlichen Arbeitsaufkommen gerecht zu werden. Wir haben einen vergleichsweise hohen Anteil an Ärztinnen und Ärzten, die eine Facharztweiterbildung absolviert haben. Ähnliches gilt für den Pflegedienst, wo der Anteil examinierter Pflegefachkräfte an allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Pflegedienst bei über 95 Prozent liegt.

### *2.1.2 Personalentwicklung*

Unternehmensziele, Führungsgrundsätze und das Leitbild sind Grundlage aller Entscheidungen der Personalentwicklung. Wir haben ein Personalentwicklungskonzept erarbeitet, wodurch unsere Mitarbeiter systematisch gemäß den Interessen der Kliniken sowie der Mitarbeiter gefördert werden. Durch eine strategie- und mitarbeiterorientierte Personalentwicklung qualifizieren wir unsere Mitarbeiter für ihre Aufgaben. Als wesentliches Instrument in der Personalentwicklung findet jährlich ein strukturiertes Mitarbeitergespräch zwischen Vorgesetztem und Mitarbeiter statt. Als Lehrkrankenhaus der Universitätsklinik Jena, bieten wir Ausbildungsplätze für Famulanten und Ärzte im Praktikum an.

### *2.1.3 Einarbeitung*

Das Ziel der Einarbeitung ist es, neue Mitarbeiter umfassend mit der Struktur und den Abläufen in den IIm-Kreis-Kliniken vertraut zu machen. Unser Einarbeitungskonzept beschreibt praktische Regelungen, wie neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter systematisch eingearbeitet werden. Während der Probezeit werden Mitarbeitergespräche geführt, um den Stand der Einarbeitung zu überprüfen. Neuen Mitarbeitern wird stets ein erfahrener Kollege als Mentor zur Seite gestellt, der für die Einarbeitungsphase zur Verfügung steht.

### *2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung*

Es wird regelmäßig ein Jahresprogramm mit berufsgruppenübergreifenden Fortbildungsangeboten erstellt, das allen Mitarbeitern zur Verfügung steht. Das Programm beinhaltet die gesetzlichen Pflichtfortbildungen und weitere Fortbildungsangebote. Das hausinterne Weiterbildungskonzept für die strukturierte Facharztweiterbildung bietet auf Basis des ärztlichen Curriculums das Angebot des übergreifenden praktischen Einsatzes in allen Bereichen. Fort- und Weiterbildungsmedien stehen in den Räumen umfassend zur Verfügung. Wir pflegen enge Kooperationen mit Ausbildungsstätten für Gesundheits- und Krankenpfleger sowie Physiotherapeuten und Medizinisch-Technische Assistenten. Deren Schülerinnen und Schüler absolvieren in unseren Kliniken die praktische Ausbildung bzw. Praktika.

### *2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance*

Die Regelungen zu den Arbeitszeiten in unserem Haus richten sich nach den gesetzlichen und tarifrechtlichen Vorschriften. Die Erfassung erfolgt über eine elektronische Arbeitszeiterfassung. Im Rahmen der Gesundheitsförderung werden verschiedene Kurse angeboten. Die Mitarbeiter der Kliniken nehmen gemeinsam an verschiedenen Laufveranstaltungen teil. Ein betriebliches Eingliederungsmanagement ist in einer Betriebsvereinbarung geregelt. Die Organisation wird von einem Integrationsteam übernommen.

### *2.1.6 Ideenmanagement*

Wir haben Verfahren etabliert, durch das unsere Mitarbeiter Vorschläge zur Verbesserung einreichen können. Die eingegangenen Informationen werden systematisch ausgewertet. Unser Ideenmanagement prüft eingereichte Vorschläge. Praktikable Vorschläge werden umgesetzt und der Ideengeber erhält eine Prämie. Darüber hinaus können alle unsere Vorgesetzten direkt angesprochen werden.

### **3. Sicherheit - Risikomanagement**

#### *3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements*

In den Kliniken ist ein klinisches Risikomanagementsystem als Bestandteil des Qualitätsmanagementsystems etabliert. Die Kliniken beteiligen sich am einrichtungsübergreifenden CIRS-System der Landesärztekammer Thüringen. Dieses System bietet den Mitarbeitern die Möglichkeit, Risiken und Beinahe-Fehler anonymisiert und strukturiert zu melden. Die Aufgabe des Risikomanagements ist es, medizinische Risiken für unsere Patienten und mögliche Ursachen für Unfälle, Stürze, Verwechslungen etc. systematisch frühzeitig zu erkennen und vorbeugend zu beseitigen. Dazu nutzen wir die Methoden der Risikoidentifikation und Risikoüberwachung, z.B. durch ein Schadenmeldesystem, Beschwerdemanagement oder Patientenbefragungen. Im Rahmen der Risikoanalyse und -bewertung führen wir unter anderem Analysen oder Begehungen durch.

#### *3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung*

Wir haben vielfältige Maßnahmen getroffen, um unsere Patienten zu schützen. Beispielsweise um Stürze oder Verwechslungen von Medikamenten zu vermeiden. So setzen wir für alle Patienten Patientenidentifikationsarmbänder ein und verwenden zur Vorbereitung auf Operationen und im OP Sicherheitschecklisten. Die Kinderklinik verfügt über besondere bauliche Sicherungsmaßnahmen. Säuglingszimmer sind stets verschlossen. Unsere Mitarbeiter sind geschult im Umgang mit Patienten, die sich aufgrund ihres Gesundheitszustands selbst gefährden, z. B. durch Aggressivität oder aufgrund eingeschränkter Orientierung.

#### *3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement*

Es gibt in unseren Kliniken eine festgelegte Vorgehensweise zur Alarmierung eines rund um die Uhr besetzten Notfallteams der (Reanimationsteams), die allen Mitarbeitern bekannt ist. Das Notfallteam verfügt über eine mobile medizinische Ausrüstung. Dazu sind zentrale Notrufnummern eingerichtet. Notfallkoffer für Sofortmaßnahmen stehen in allen klinischen Abteilungen bereit. Alle klinischen Mitarbeiter nehmen in regelmäßigen Abständen an verpflichtenden Reanimationsschulungen teil.

#### *3.1.4 Organisation der Hygiene*

Unsere Hygieneordnung regelt sämtliche Maßnahmen zur Sicherung der Hygiene, wozu auch regelmäßige Überprüfungen der Bereiche und Gerätschaften sowie der Arbeitsweise unserer Mitarbeiter gehört. Die Einhaltung aller Hygienemaßnahmen kontrollieren die hygienebeauftragten Ärzte, die Hygienekommission, die Hygienefachkräfte sowie Hygieneassistenten in der Pflege. Sämtliche Räume, Gerätschaften, Betten, Medizinprodukte und -geräte und vieles mehr werden nach schriftlich vorgegebenen Plänen bzw. Vorschriften gereinigt bzw. sterilisiert. Die Kliniken beteiligen sich am Aktionsbündnis "Saubere Hände". Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit und über Merkblätter informieren wir über Verhaltensregelungen und Maßnahmen in den Kliniken.

### *3.1.5 Hygienerelevante Daten, Infektionsmanagement*

Die Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten erfolgt entsprechend unserer Hygieneordnung. In diesem Konzept sind sowohl die internen Planungen als auch der externe Meldeweg schriftlich fixiert. Es werden regelmäßig Proben genommen und labortechnisch ausgewertet. Die Ergebnisse werden statistisch erfasst und bewertet, um ggf. Auffälligkeiten zu entdecken, die auf Verbesserungsmöglichkeiten im Hygienemanagement hinweisen. Dazu nutzen wir auch Vergleichsdaten und Netzwerke, wie z.B. das MRE-Netzwerk des IIm-Kreises. Meldepflichtige Erreger werden gemäß den gesetzlichen Vorgaben gemeldet.

### *3.1.6 Arzneimittel*

Die Kliniken verfügen über eine eigene Krankenhausapotheke. Unsere Arzneimittelkommission sorgt für den einheitlichen und sicheren Umgang mit Arzneimitteln in unserem Haus und definiert die Medikamentenmarken, die zum Einsatz kommen. Bestände werden regelmäßig überprüft, z. B. hinsichtlich des Verfallsdatums sowie korrekte Lagerung und ggf. Kühlung. Die Kliniken verfügen über einen ausreichenden Vorrat, bei Bedarf können Arzneimittel rund um die Uhr nachbestellt werden. Unser Krankenhausapotheker führt Beratungen durch, um die patientenbezogene Medikation gemeinsam mit den behandelnden Ärzten zu überprüfen.

### *3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin*

Die Beschaffung, Lagerung und Anwendung von Blutkomponenten und Plasmaderivaten erfolgt nach den Vorgaben des Transfusionsgesetzes und den Richtlinien der Bundesärztekammer und somit nach anerkanntem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik. Die Verfahren zur Beschaffung und Bereitstellung Blutprodukten und Plasmaderivaten sind geregelt. Für die Vorbereitung und Durchführung von Bluttransfusionen liegen Anweisungen vor. Interne Qualitätskontrolle wird regelmäßig durchgeführt. Wir achten streng auf die Einhaltung der Vorschriften zum sorgfältigen und sicheren Umgang mit Blutkonserven und ähnlichen Produkten.

### *3.1.8 Medizinprodukte*

Beschäftigte, die medizinische Geräte in ihrem Aufgabengebiet bedienen, werden vor der Erstanwendung in die Handhabung eingewiesen. Bei Neubeschaffungen werden systematisch Einweisungen durchgeführt. Für technische Medizinprodukte existieren Gerätebücher. Die Medizinprodukteverantwortlichen und -beauftragten für die einzelnen Bereiche sind benannt. Die Regelungen zur Anwendung von Medizinprodukten sind in Anweisungen geregelt.

### *3.2.1 Arbeitsschutz*

Eine Arbeitsschutzkommission ist eingerichtet, Sicherheitsbeauftragte und eine zentrale Sicherheitsfachkraft für Arbeitsschutz sind benannt. Gefahrstoffe, die im Krankenhaus genutzt werden, sind registriert und unterliegen einer besonderen Kontrolle. Zum Umgang mit Strahlung, z. B. in der Radiologie, liegen Regelungen zum Strahlenschutz vor. Die Arbeitsplätze bzw. Arbeitsbereiche unserer Mitarbeiter werden jährlich anhand von Checklisten hinsichtlich möglicherweise für die Mitarbeiter risikorelevanter Aspekte überprüft, z. B. Unfallgefahren. Unsere Mitarbeiter sind zum Arbeitsschutz sowie zur Unfallverhütung geschult. Wir haben für unsere Mitarbeiter ein betriebliches Gesundheitsmanagement etabliert. Beide Klinikstandorte verfügen über eine Zulassung zur Behandlung von Arbeitsunfällen.

### *3.2.2 Brandschutz*

Zum Brandschutz haben wir sowohl organisatorische als auch technische Maßnahmen ergriffen. Es wurde ein Brandschutzbeauftragter benannt und geschult, der intern alle Brandschutzmaßnahmen koordiniert und kontrolliert. Eine Brandschutzordnung ist vorhanden. Alle Mitarbeiter sind zum vorbeugenden Brandschutz und zum Verhalten im Brandfalle geschult. Melde- und Alarmierungswege sind in einem Einsatzplan festgelegt. In größeren Abständen führen wir in Zusammenarbeit mit der Feuerwehr Übungen zum Brand- und Katastrophenschutz durch.

### *3.2.3 Datenschutz*

Ein Datenschutzbeauftragter ist benannt. Unsere Mitarbeiter werden zum Datenschutz geschult. Die Vorgehensweise zum Schutz persönlicher Daten ist in unserem Datenschutzhandbuch geregelt. Gesetzliche Vorschriften werden selbstverständlich eingehalten. Neben geplanten Audits zum Datenschutz werden auch unangekündigte Begehungen durch den Datenschutzbeauftragten durchgeführt, um die Einhaltung des Datenschutzes im Arbeitsalltag zu überprüfen. Die Mitarbeiter der IIm-Kreis-Kliniken unterliegen der Schweigepflicht und sind im Datenschutz geschult. Im Behandlungsvertrag ist die Einwilligung des Patienten zu den erforderlichen Datenübertragungen und -weiterleitungen enthalten. Der Zugriff auf die elektronischen Patientendaten ist durch individuelle Benutzerrechte geregelt. Durch den Datenschutzbeauftragten werden systematisch Datenschutzbegehungen durchgeführt und protokolliert.

### *3.2.4 Umweltschutz*

Wir setzen in unseren Kliniken verschiedene Maßnahmen zum Umweltschutz um. Bei der Beschaffung von Arbeitsmitteln und Geräten wird soweit möglich auf deren Recyclingfähigkeit, Abfallvermeidung und einen geringen Schadstoffgehalt und Schadstoffausstoß geachtet. Giftige Abfallstoffe, z. B. Arzneimittelreste und ähnliches werden fachgerecht entsorgt. Ein Umweltkonzept ist vorhanden. Die Wärmeversorgung des Standortes Ilmenau erfolgt über ein eigenes Blockheizkraftwerk, am Standort wurde zudem eine Solaranlage installiert. Ein Energieaudit nach DIN EN 16247 wurde durchgeführt.

### *3.2.5 Katastrophenschutz*

Die IIm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau gGmbH sind in den Katastrophenschutz des Landes Thüringen eingebunden. Im Falle von Katastrophen, wozu auch große Unfälle und ähnliches gehören, greifen die Regelungen unseres Klinikeinsatz- und Alarmplans. Der Plan enthält Handlungsanweisungen für nichtmedizinische Notfallsituationen. Unsere Mitarbeiter sind zum Verhalten und Vorgehen im Katastrophenfall unterwiesen.

### *3.2.6 Ausfall von Systemen*

Für den Ausfall wichtiger technischer Einrichtung wurden Ausfallkonzepte erarbeitet. Darin sind Meldewege festgelegt sowie das Vorgehen zum schnellen Beheben von Störungen geregelt. Wir verfügen über Notstromaggregate. Vorbeugend werden alle technischen Anlagen regelmäßig gewartet. Zur frühzeitigen Erkennung und Vorbeugung von Risiken haben wir ein Risikomanagementsystem eingeführt.



## **4. Informations- und Kommunikationswesen**

### *4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme*

Ein vernetztes EDV-gestütztes Krankenhausinformationssystem wird umfassend genutzt. Die Vernetzung ermöglicht allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen jederzeit einen direkten Zugang zu den entsprechenden Patientendaten. Die Nutzerrechte werden von der Abteilung Organisation und IT auf der Grundlage eines Berechtigungskonzeptes vergeben. Ein Datensicherungskonzept liegt vor. Bei Neueinführung von elektronischen Elementen erfolgt die umfassende Einweisung der Mitarbeiter. Die Mitarbeiter der Abteilung Organisation und IT und vertraglich gebundene Softwarefirmen stehen im Falle von Störungen bereit.

### *4.2.1 Klinische Dokumentation*

Patientenakten werden in unseren Kliniken einheitlich und systematisch geführt, damit der Umgang damit durch die verschiedenen an der Behandlung und Verwaltung beteiligten Mitarbeiter reibungslos und schnell funktioniert. Unser Archiv und unser EDV-System ermöglicht es, in Unterlagen früherer Krankenhausaufenthalte Einsicht zu nehmen. Bei Fallabschluss wird die Akte auf Vollständigkeit geprüft.

### *4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung*

Patientendaten liegen sowohl in Aktenform als auch in unseren gesicherten EDV-Systemen vor. Der Umgang mit diesen Daten und die Berechtigungen und Beschränkungen des Zugriffs darauf sind schriftlich geregelt. Das elektronische System bietet den Vorteil, dass bei Notfällen Patientendaten und Vorbefunde den behandelnden Arzt sofort vorliegen, z. B. Laborbefunde, Röntgenbilder, Arztbriefe, OP-Berichte und Pflegedokumentation.

### *4.3.1 Information der Unternehmensleitung*

Die Geschäftsführung, der Ärztliche Direktor und die Pflegedienstleitung beraten monatlich. Weiterhin dienen alle Gremien ebenfalls der Information der Krankenhausleitung. Zwischen den verschiedenen Krankenhausbereichen gibt es diverse Kommunikationswege und -strukturen. Kommunikationsregeln sind für alle Mitarbeiter festgelegt und veröffentlicht. Ein strukturiertes Besprechungs- und Berichtswesen (Protokolle) ist vorhanden. Wichtige Vorkommnisse werden stets über die Vorgesetzten oder in dringenden Fällen direkt an die Krankenhausleitung gemeldet.

### *4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang*

Die Mitarbeiter in den Empfangsbereichen sind im Umgang mit den Patienten und Besuchern geschult. In den Eingangshallen befinden sich die rund um die Uhr besetzte Informationen (Rezeption). An dieser zentralen Anlaufstelle werden Patienten, Angehörige und Besucher informiert. Die Mitarbeiter kennen das Krankenhaus und beantworten gerne Fragen beziehungsweise leiten in die zuständigen Bereiche weiter. Sie können (im Rahmen des Datenschutzes) fundiert Auskunft geben und haben dazu Zugriff auf die EDV. Die Empfangs- und Wartebereiche der Aufnahme in Arnstadt und Ilmenau sind mit Getränkeautomaten ausgestattet. In Arnstadt liegt zudem die Cafeteria auf der Ebene des Empfangsbereichs.

## 5. Unternehmensführung

### 5.1.1 Philosophie/Leitbild

In unserem Leitbild ist der Anspruch festgehalten, den wir an uns selbst und an unsere Arbeit stellen. Im Leitbild werden Visionen und Ideale beschrieben, die Grundlage unserer Arbeit sind und einen Orientierungsrahmen zur Weiterentwicklung der Kliniken schaffen. Patientenbefragungen und Mitarbeitergespräche geben Auskunft über die Nachhaltigkeit unseres Handelns. Unser Leitbild steht in gedruckter Form, im Internet und im Intranet für alle Mitarbeiter, Patienten und Besuchern zur Verfügung. Wir arbeiten ergebnisorientiert und richten unsere Ziele konsequent auf die Bedürfnisse unserer Patienten, Mitarbeiter und Kunden aus.

### 5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Wir arbeiten mit festgelegten Führungsgrundsätzen und richten uns nach unserem Konzept zur Personalentwicklung. Im Rahmen von jährlichen Mitarbeitergesprächen können alle grundlegenden und planerischen Anliegen der Mitarbeiter besprochen werden. Natürlich stehen unsere Führungskräfte auch im Arbeitsalltag unseren Mitarbeitern für Fragen und bei Problemen zur Verfügung. Bei organisatorischen Maßnahmen werden die betroffenen Mitarbeiter in die Planung, Durchführung und Umsetzung eingebunden, auch der Betriebsrat ist grundsätzlich eng in die Entwicklungen eingebunden und an den Entscheidungsprozessen beteiligt. Zur Förderung der Gesundheit unserer Mitarbeiter haben wir ein betriebliches Gesundheitsmanagement eingerichtet. Unsere Mitarbeiter können dadurch an präventiven Gesundheitsangeboten, Kursen und Trainings teilnehmen.

### 5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Wir haben ein Klinisches Ethikkomitee eingerichtet, das ethische Grundsatzfragen, die unsere Arbeit betreffen, diskutiert und soweit als möglich klärt. Unterschiedliche Handlungsempfehlungen unterstützen die Mitarbeiter im Alltag. Dabei werden auch Einzelfälle diskutiert. Wir achten Patienten unabhängig von Religion, Volkszugehörigkeit, Geschlecht oder gesellschaftlichem Ansehen gleichermaßen. Den Patienten stehen vielfältige Angebote der Beratung zur Verfügung. Die Möglichkeit ethischer Fallbesprechungen ist vorhanden und ist unter Einbindung der Mitglieder des Klinischen Ethikkomitees organisatorisch geregelt. Es besteht eine Zusammenarbeit mit der ambulanten und stationären Hospizarbeit. Seelsorge in schwierigen Lebenssituationen kann von Patienten, Angehörigen, Mitarbeitern und Besuchern aller Stationen in Anspruch genommen werden. Für Mitarbeiter besteht die Möglichkeit eine Krisenintervention und Supervisionen in Anspruch zu nehmen.

### 5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Unsere Kliniken sind für die Bevölkerung von großer Bedeutung, weshalb wir auch stets im Blick der Öffentlichkeit stehen. Wir sorgen durch unsere Öffentlichkeitsarbeit für Transparenz und informieren Patienten und andere Interessengruppen durch unsere Internetseite, Broschüren und Faltblätter, Veranstaltungen, Presseinformationen und viele andere Medien. Presseanfragen werden zentral und kompetent beantwortet. Wir pflegen eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen, niedergelassenen Ärzten sowie Selbsthilfegruppen. Es besteht ein definiertes Verfahren

zum Umgang mit der Presse in Problem- und Krisensituationen. Die Information und ggf. Begleitung der Presse erfolgt durch die Pressesprecherin der Kliniken in Abstimmung mit der Geschäftsführung.

#### *5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung*

Im Rahmen unserer strategischen Zielplanung gestalten wir die Fortentwicklung unserer Kliniken und unserer Leistungsangebote. Die Planungen werden regelmäßig überarbeitet, aktualisiert und in den Gremien unseres Hauses kommuniziert. Ein Beispiel für die erfolgreiche Verwirklichung der Zielplanung ist der Aufbau und die Zertifizierung von Zentren sowie die Spezialisierung von diversen Leistungsangeboten an den Standorten. Dadurch können wir Qualitätssteigerungen für unsere Patienten erzielen und die Weiterentwicklung der Kliniken, mit dem Ziel, die IIm-Kreis-Kliniken als Gesundheitszentrum am Markt zu positionieren, fördern.

#### *5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement*

Die Wirtschaft- und Investitionsplanung wird anhand eines festgelegten Verfahrens durchgeführt und in Gremien wie Aufsichtsrat, Chefärztesitzung, Abteilungsleitersitzung und Stationsleitungssitzung besprochen und abgestimmt. In der Vorbereitung von Investitionsentscheidungen werden Wirtschaftlichkeitsberechnungen unter Berücksichtigung von Folgekosten durchgeführt. Wir fördern den sparsamen Umgang mit unseren Ressourcen durch eine Transparenz der Kosten. Dazu erhalten alle Abteilungsleitungen und Chefärzte Informationen vom Controlling. Im Rahmen der betriebswirtschaftlichen Auswertung, des Erfolgsplans und des Monatsbericht Controlling werden die wichtigsten Kennzahlen zum kaufmännischen Risikomanagement bereitgestellt.

#### *5.2.3 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen*

Das Leitbild und die festgelegte Qualitätspolitik sind die Richtschnur für die Planungen unserer Partnerschaften und Kooperationen. Es bestehen verschiedene Kooperationen mit externen Partnern, die Patientenbetreuung und Patientenversorgung umfassen oder der Unterstützung von Angehörigen oder Selbsthilfegruppen dienen. Die Auswahl unserer Kooperationspartner erfolgt entsprechend deren Leistungsfähigkeit, Qualität und Flexibilität. Wir achten darauf, dass unsere Partner unser Leistungsangebot ergänzen. Wir unterstützen den Einsatz unserer Mitarbeiter an Hilfsaktionen und sind als Unternehmen in verschiedenen sozialen Projekten engagiert. Zusätzlich stellen wir unsere Räumlichkeiten für kulturelle und soziale Veranstaltungen zur Verfügung.

#### *5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien*

Unsere Organisationsstrukturen sind in einem Organigramm festgeschrieben, das im Intranet, im Internet und in den Patientenbroschüren einsehbar ist. In unseren Kliniken arbeiten diverse themenbezogene Arbeitsgruppen, wobei eine gute und systematische gegenseitige Information gewährleistet ist. Für alle Gremien und Kommissionen ist jeweils ein leitender Teilnehmer bestimmt. Die Gremien verfügen alle über eine Geschäftsordnung. Ergebnisse werden stets protokolliert und an Entscheider oder Mitarbeiter, die für die Umsetzung verantwortlich sind, weitergeleitet. In allen Projekten wird auf eine berufsgruppenübergreifende und hierarchieübergreifende Zusammensetzung geachtet. Der Projektrahmen, die Projektverantwortlichen und die Berichtsstruktur sind festgelegt.

### *5.3.2 Innovation und Wissensmanagement*

Wichtigste Quelle für Innovationen und neues Wissen sind unsere eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die an diversen externen Fortbildungen teilnehmen und durch ihre unterschiedlichen Erfahrungen Neues in unsere Kliniken tragen. Dazu gehört auch, dass Kolleginnen und Kollegen über neue Erkenntnisse, die Einzelne auf Fortbildungen gewonnen haben, informiert werden. Die Planung von Innovationen und dem Wissensmanagement liegt verantwortlich bei den zuständigen Führungskräften. Alle Mitarbeiter werden nachhaltig dazu angehalten ihren Wissenstand auf dem aktuellen Stand der Entwicklung zu halten. Dazu gibt es vielfältige Angebote in den Kliniken.

Durch unser Ideenmanagement sammeln wir systematisch Verbesserungsvorschläge unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und setzen diese soweit möglich um. Unser Intranet dient als Wissens- und Kommunikationsplattform.

## 6. Qualitätsmanagement

### 6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Die Kliniken haben sich bewusst für das KTQ-Verfahren entschieden und nutzen dieses Verfahren seit 6 Jahren erfolgreich zur Organisationsentwicklung und Prozessverbesserung. Mit unserem Qualitätsmanagementsystem sichern und verbessern wir kontinuierlich die Leistungen für unsere Patienten. Die zentrale Organisation und Steuerung des Qualitätsmanagements gemeinsam mit dem medizinischen Risikomanagement ist Aufgabe der Abteilung Management und der Arbeitsgruppe Strategie und Qualität. Die Umsetzung von Maßnahmen im Qualitätsmanagement und die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements ist Aufgabe aller Mitarbeiter der Kliniken. Die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements orientiert sich an aktuellen Themen wie z.B. die Integration eines strukturierten Risikomanagements in das Qualitätsmanagement.

### 6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung

Die Planung von neuen Prozessen oder Prozessverbesserungen erfolgen in der Arbeitsgruppe Strategie und Qualität. Dabei werden standort- und abteilungsübergreifende Aspekte sowie Schnittstellenprobleme berücksichtigt. Die Prozesse der einzelnen Prozessgruppen sind in einer Prozesslandschaft zusammengefasst und dargestellt. Strukturen und Abläufe werden in Form von Verfahrensanweisungen, Standards und Handlungsempfehlungen definiert. Für die Standardisierung der krankheitsbezogenen Diagnostik und Therapie werden berufsgruppenübergreifende Behandlungspfade verwendet.

### 6.2.1 Patientenbefragung

Wir führen laufend Patientenbefragungen in schriftlicher, anonymisierter Form durch. Darüber hinaus ermitteln wir mit speziellen Fragebögen die Zufriedenheit in speziellen Bereichen wie zum Beispiel in der Geburtshilfe oder Neugeborenen-Intensivstation oder zu bestimmten Themen, zum Beispiel im Rahmen der Schmerztherapie. Die Ergebnisse werden jährlich ausgewertet und in den Bereichen sowie verschiedenen Gremien vorgestellt. Die Befragungsergebnisse werden genutzt, um Verbesserungen einzuleiten.

### 6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Im Jahr 2016 wurde eine Befragung von niedergelassenen Ärzten und Hebammen durchgeführt. Die Kliniken und Bereiche werden über die Ergebnisse der Befragungen informiert, um Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten zu können. Weiterhin werden die Befragungsergebnisse in unterschiedlichen Gremien vorgestellt.

Zusätzlich zu den Befragungen nutzen wir verschiedene Veranstaltungen und Arbeitskreise um mit unseren Partnern, wie anderen Einrichtungen, ambulanten Pflegediensten, Pflegeheimen oder niedergelassene Ärzte im Dialog zu bleiben und die Kooperation laufend zu überprüfen und zu verbessern.

### *6.2.3 Mitarbeiterbefragung*

Eine umfassende Mitarbeiterbefragung hat 2012 und 2016 mit einem externen Institut stattgefunden. Gemeinsam mit dem Betriebsrat der Kliniken wurde ein valider Befragungsbogen entwickelt. Die Mitarbeiterbefragungen ist ein Baustein unserer Personalpolitik und soll Stärken u.

Verbesserungspotentiale aus Sicht der Befragten aufzeigen und Grundlage von Maßnahmenableitungen sein. Die Ergebnisse der Befragungen werden im Klinik-Journal veröffentlicht und in Konferenzen und Besprechungen vorgestellt.

Weitere Befragungen finden zu verschiedenen Anlässen, wie zum Beispiel Mitarbeiterjahresgespräche, im Einstellungsprozess oder zur Zufriedenheit von Auszubildenden statt.

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

Die Verfahrensanweisung Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit Wünschen und Beschwerden von Patienten, Angehörigen und anderen Interessengruppen. Eingehende Wünsche, Anregungen und Beschwerden werden systematisch erfasst und zügig bearbeitet. Für schriftliche Beschwerden stehen Briefkästen in allen Bereichen der Kliniken bereit. Auch über unseren Internetauftritt können Beschwerden an uns gerichtet werden. Das Beschwerdemanagement der Kliniken wurde von einem unabhängigen Institut begutachtet und zertifiziert. Die Ergebnisse aus dem Beschwerdemanagement werden in den Bereichen vorgestellt und ausgewertet. Wir vergleichen unser Beschwerdemanagement regelmäßig mit anderen Einrichtungen unter anderem im Hinblick auf die Struktur und die Beschwerdequote.

### *6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren*

Die Kliniken verfügen über ein Berichtswesen, das diverse qualitätsrelevante Daten zusammenfasst und die Erfassung und Auswertung erleichtert. Die Ergebnisse der Auswertungen werden in Gesprächen mit den Chefärzten sowie in Teambesprechungen diskutiert. Die Auswertung qualitätsrelevanter Daten ist ein wichtiges Frühwarnsystem, um Qualitätsmängel zu erkennen und dient außerdem der Evaluation qualitätsverbessernder Maßnahmen.

Wir nehmen an gesetzlich vorgeschriebenen sowie freiwilligen Verfahren der externen Qualitätssicherung teil. Im Rahmen der Qualitätssicherung werden anonymisierte Daten ausgetauscht, um Vergleiche mit anderen Kliniken zu ermöglichen. Weiterhin veröffentlichen die IIm-Kreis-Kliniken Qualitätsdaten auf der Homepage des Thüringer Krankenhausspiegel.