



Sana Krankenhaus  
Radevormwald



Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen

# KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

**Krankenhaus:** Sana Krankenhaus Radevormwald  
**Institutionskennzeichen:** 260531104  
**Anschrift:** Siepenstraße 33  
42477 Radevormwald

**Ist zertifiziert nach KTQ<sup>®</sup>**  
**mit der Zertifikatnummer:** 2018-0012 KH  
**durch die von der KTQ-GmbH**  
**zugelassene Zertifizierungsstelle:** WIESO CERT GmbH, Köln

**Gültig vom:** 21.04.2018  
**bis:** 20.04.2021  
**Zertifiziert seit:** 21.04.2015

## **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	8
2. Mitarbeiterorientierung	14
3. Sicherheit - Risikomanagement	16
4. Informations- und Kommunikationswesen	20
5. Unternehmensführung	22
6. Qualitätsmanagement	25

## Vorwort der KTQ®

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

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

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

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

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

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

der Einrichtung beziehen.

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

Während der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren® gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener

Bereiche der Einrichtung überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

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 **Sana Krankenhaus Radevormwald** in Radevormwald 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

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

Für die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

**F. Wagner**

Für den Deutschen Pflegerat

## Vorwort der Einrichtung



Das Sana Krankenhaus Radevormwald verfügt insgesamt über 147 Betten. In unseren medizinischen Fachabteilungen versorgen etwa 230 Mitarbeitende im Jahr über 5000 stationäre Patientinnen und Patienten. Im Sana Krankenhaus Radevormwald werden Sie hochwertig medizinisch versorgt sowie patientenorientiert und menschlich zugewandt betreut und gepflegt.



Als leistungsstarkes Krankenhaus der Grundversorgung stellen wir die stationäre medizinische Behandlung und die Notfallversorgung der Menschen in Radevormwald und Umgebung sicher. Bei uns finden Sie die Abteilungen für Allgemein-, Viszeral- und Minimalinvasive Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie, Innere Medizin, Akutgeriatrie und Frührehabilitation sowie Anästhesie. Eine interdisziplinäre Intensivstation mit sechs Betten, Einrichtungen für EKG, Lungenfunktion, Endoskopie, Ultraschall und die externen Funktionsbereiche „Labor Stein und Partner“ und die „Radiologie Med360°“ ergänzen das Leistungsspektrum des Hauses.



Durch das Angebot des Therapiezentrums sorgen wir zudem dafür, dass unsere Patientinnen und Patienten auch komplementäre Behandlungsmethoden nutzen können. Weil wir eng mit anderen Gesundheitsdienstleistern in der Region zusammenarbeiten, können wir Ihnen ein für den Versorgungsauftrag unseres Krankenhauses außergewöhnlich umfassendes Versorgungspaket anbieten. Außerdem sind wir Teil des Radevormwalder Gesundheitsnetzwerkes zur Pflege der Gesundheitsförderung im Alter, zur Palliativversorgung und zur Demenz. Unser Krankenhaus ist ein wichtiger Standortfaktor für Radevormwald. Wir nehmen unsere gesellschaftliche Verantwortung wahr - auch als Vordenker, Vorreiter und Vorbild für eine leistungsstarke regionale Gesundheitsversorgung. Unser Krankenhaus ist Mitglied des örtlichen Trägervereins „aktiv55plus“ und in diesem Rahmen auch im WHO-Netzwerk „Age friendly Cities“.

# Die KTQ-Kategorien

## 1. Patientenorientierung

### 1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Unser Krankenhaus ist eine Einrichtung der Grund- und Regelversorgung und trägt mit seinem Leistungsspektrum in hohem Maße zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in der Region und darüber hinaus bei. Unser Qualitätsanspruch orientiert sich an den Besten sowie an der Zufriedenheit unserer Patientinnen und Patienten, Kunden und Mitarbeitenden. Um dieser anspruchsvollen Aufgabe gerecht zu werden, setzt das Haus auf eine innovative, an neuesten Standards ausgerichtete Medizin, eine moderne medizinisch-technische Ausstattung und hochqualifizierte, engagierte Mitarbeitende.

Auf unserer Homepage gibt es Informationen zur Lage des Krankenhauses, zum - Weg zu uns und zum kompletten Leistungs- und Serviceangebot. Informationsbroschüren liegen aus und bieten einen vertieften Einblick in wesentliche Angebote des Krankenhauses.

### 1.1.2 Leitlinien und Standards

Die Behandlung in unserem Krankenhaus erfolgt unter Berücksichtigung von medizinischen und pflegerischen Standards, Konzepten und Richtlinien. Die langjährigen Erfahrungen unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fließen dabei in jede Diagnose und Therapie mit ein.

Als Qualitätsindikatoren werden neben wesentlichen Aspekten zur Sicherstellung der Patientensicherheit und -zufriedenheit auch die Daten aus der externen Qualitätssicherung verwendet. Zudem werden fachspezifische Qualitätskontrollen durchgeführt.

Alle medizinischen und pflegerischen Vorgaben werden regelmäßig ergänzt, aktualisiert und in den Teams besprochen. In den Arbeitsgemeinschaften zur Formulierung dieser Standards befanden sich Mitarbeitende mehrerer Bereiche und Berufsgruppen, damit ein weites Erfahrungsspektrum in die Vorgaben einfließen konnte. Zudem werden regelmäßige Fortbildungen zu einschlägigen Themen hausintern und extern durchgeführt.

Die Umsetzungen der Leitlinien und unserer eigenen hohen Standards werden für jede Patientin und jeden Patienten täglich individuell dokumentiert und durch die Visiten und weiteren Fachabteilungsbesprechungen überprüft.

### 1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Unsere Mitarbeitenden haben sich ein Leitbild gegeben, an dem unser Handeln ausgerichtet ist. Der höchste Wert ist die Würde der Patientinnen und Patienten und ihr Recht auf Selbstbestimmung.

Im Mittelpunkt aller Behandlungen steht der ganzheitlich betrachtete Mensch als aktiver Partner im Behandlungsprozess. Die Patientinnen und Patienten und - auf Wunsch auch ihre Angehörigen - werden in die Behandlungsplanung von Anfang an mit eingebunden. Dies umfasst Prävention und Beratung sowie Diagnose, Therapie und Nachsorge. Die Kommunikation mit fremdsprachigen Hilfsbedürftigen ist u.a. auch durch unsere fremdsprachigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gewährleistet.

Die Besuchsmöglichkeiten können auf der Homepage und in unseren Patienteninformationsordnern ein-



gesehen werden.

Speziell ausgebildete Mitarbeitende sind mit der Schulung und Beratung von Patientinnen und Patienten und Angehörigen in den verschiedenen Bereichen beauftragt (z.B. Palliativ Care, familiäre Pflege, Wundexperten, Ernährungsmanagement und Diätberatung).

Öffentliche Vorträge im Rahmen der Aktionstage und Bürgerforen werden zu ausgewählten Themen aus allen Fachbereichen angeboten (z.B. Herzerkrankungen, Altersmedizin, Gelenkerkrankungen).

Die Therapiebereiche (Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie) übernehmen individuelle Beratungen von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen.

Selbsthilfegruppen werden bei Bedarf in den Behandlungsprozess involviert. Wir pflegen eine enge Kooperation zur Behandlung von Suchterkrankungen mit der ortsansässigen Suchtklinik.

#### *1.1.4 Ernährung und Service*

Unsere hellen Zimmer sind ausgestattet mit:

- elektrisch verstellbaren Betten
- Schränken mit Schließfächern
- TV
- Radio
- eigener Nasszelle
- barrierefreien Nasszellen auf jeder Station
- Telefonanschluss

Auf allen Stationen werden auf Wunsch der Patientinnen und Patienten Heißgetränke vom Pflege- und Servicepersonal frisch zubereitet.

Unsere Küche arbeitet nach international gültigen und anerkannten Standards (HACCP-Konzept). Fortlaufend sorgt die Küche dafür, dass das Essen nicht nur wohlschmeckend ist, sondern auch unter strengsten hygienischen Gesichtspunkten hergestellt wird. Eine Wahlkost kann kostenlos nach religiösen Aspekten (z.B. ohne Schweinefleisch) oder persönlichen Einstellungen (z.B. vegetarisch) bestellt werden. Zudem werden alle gängigen Diätformen von der Küche angeboten.

Die Reinigung des Krankenhauses und der Patientenzimmer wird durch unseren Dienstleister vorgenommen und erfolgt nach Qualitätsstandards von "HYSYST". So ist sichergestellt, dass sich unsere Patientinnen und Patienten auf höchste Reinigungsstandards verlassen können.

In der unmittelbaren Nähe des Krankenhauses sind parkähnliche Grünflächen mit ausreichend Sitzgelegenheiten vorhanden.

### *1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung*

Die Ersteinschätzung erfolgt durch unser speziell geschultes Personal. Dies sorgt für eine bessere Zuordnung der Patientinnen und Patienten und eine Optimierung der Wartezeiten.

Eine 24-Stunden-Aufnahmebereitschaft der Notfallaufnahme ist sowohl ärztlich als auch pflegerisch gewährleistet.

Vorbefunde der Patientinnen und Patienten werden nach Möglichkeit genutzt, um unnötige Doppeluntersuchungen zu vermeiden.

Unsere Patientinnen und Patienten werden rechtzeitig und vor allem verständlich aufgeklärt. So bleibt genügend Zeit, mit den Ärztinnen und Ärzten über alle wichtigen Punkte zu sprechen oder sich auch eine ärztliche Zweitmeinung einzuholen.

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

Durch unsere qualifizierten Mitarbeitenden sowie der Bereitstellung umfassender und moderner Diagnostik- und Behandlungsverfahren gewährleisten wir eine auf die Patientenbedürfnisse abgestimmte professionelle Behandlung.

Unser Haus hält diverse Fachambulanzen vor. Die Koordinierung von Terminen erfolgt über die Sekretariate der Fachabteilungen und in der Ambulanz.

Die Versorgung mit Arzneimitteln und Apothekengütern ist rund um die Uhr gewährleistet.

### *1.3.2 Ambulante Operationen*

Oberstes Ziel aller Beteiligten ist es, die Patientinnen und Patienten unter optimalen Bedingungen zu operieren.

Dazu wurden die Prozesse der OP-Planung und der OP-Ablauforganisation für alle Patienten und Notfallpatienten genau geregelt. In unseren Sprechstunden werden Vorbefunde, Risiken und Lebensumstände umfangreich erfragt und ggf. erforderliche Zusatzuntersuchungen angeordnet. Bereits vorhandene Befunde werden ggf. nachgefordert.

Die Planung der zusätzlichen Voruntersuchung erfolgt durch die Mitarbeitenden der jeweiligen Sprechstunde.

Die Indikationsstellung wird grundsätzlich im Rahmen der Sprechstunde der Abteilung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt vorgenommen.

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

Zur stationären Diagnostik und Behandlungsplanung verfahren wir nach den allgemeingültigen diagnosebezogenen Standards und Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaft. Hauseigene Behandlungsstandards konkretisieren das Vorgehen.

Dabei bleiben die Patientinnen und Patienten stets im Mittelpunkt unseres Handelns. Die Planung der Maßnahmen erfolgt von unseren erfahrenen Ärztinnen und Ärzten immer zugeschnitten auf die individuel-

len Bedürfnisse.

Der Informationsaustausch der am Behandlungsprozess beteiligten Mitarbeitenden erfolgt in den täglichen Besprechungen. Durch Konsilanforderungen werden zudem andere Fachrichtungen in Diagnostik und Therapie eingebunden.

#### *1.4.2 Therapeutische Prozesse*

Die hausinternen Behandlungsstandards orientieren sich an den aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften. Die Therapieplanung wird von unseren erfahrenen Ärztinnen und Ärzten vorgenommen.

Zudem liegen multiprofessionell entwickelte Behandlungspfade für ausgewählte Diagnosen und Prozeduren vor.

Die Aufklärung unserer Patientinnen und Patienten erfolgt umfassend. Aufklärungsbögen liegen in den gängigsten Sprachen vor. Die medizinisch hochwertige Therapie wird durch die menschliche Zuwendung unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter optimal ergänzt.

#### *1.4.3 Operative Prozesse*

Oberstes Ziel aller Beteiligten ist es, die Patientinnen und Patienten unter optimalen Bedingungen zu operieren.

Dazu wurden die Prozesse der OP-Planung und der OP-Ablauforganisation für alle Patientinnen und Patienten und Notfallaufnahmen geregelt. Eine fortlaufende Überprüfung dieser Festlegungen findet durch die interne und externe Qualitätssicherung statt. Die Ergebnisse werden von der Betriebsleitung in enger Abstimmung mit den zuständigen Chefärzten regelmäßig besprochen, um die Patientenorientierung noch weiter zu verbessern.

In unserem Krankenhaus wird eine OP-Sicherheitscheckliste nach WHO-Kriterien verwendet.

#### *1.4.4 Visite*

Während der Visiten werden die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen reflektiert, der Behandlungsverlauf überprüft und bei Bedarf angepasst. Unser Visitenmanagement wird laufend optimiert. Dabei wird auf feste Visitenzeiten, Häufigkeit, Wochenendregelungen, Chefarzt- und Oberarztvisiten besonders eingegangen.

Der Ablauf sowie die patientenorientierte Gestaltung der Visite entsprechen unseren schriftlichen Vorgaben. Diese beinhalten Verhaltensweisen, Hygienevorgaben, Ablaufvorgaben und Vorgaben zur Gesprächsführung.

Viele Visiten finden multiprofessionell statt, um eine umfassende Kompetenz zu gewährleisten.

### *1.5.1 Entlassungsprozess*

Alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen sind im Rahmen von Besprechungen an der Entlassplanung bzw. Vorbereitung zur Entlassung beteiligt. Die Weiterleitung von Informationen an die nachbetreuenden Einrichtungen und die Weiterversorgung mit Medikamenten sowie Heil- und Hilfsmitteln ist geregelt und sichergestellt.

Die Vorbereitung der Entlassung erfolgt bereits bei Aufnahme der Patientinnen und Patienten. So ist sichergestellt, dass bis zur Entlassung notwendige Unterlagen vorliegen, Anschlussheilbehandlungen geplant und die Patientinnen und Patienten umfassend informiert werden können.

Für alle Fragestellungen stehen kompetente Mitarbeitende zur Verfügung, die diese Belange koordinieren.

Die Zufriedenheit mit unserem Entlassungsmanagement messen wir u.a. durch Befragung von Patientinnen und Patienten sowie der Einweisenden. Die Ergebnisse werden in der Betriebsleitung besprochen, damit die Verfahren laufend optimiert werden können.

Der Sozialdienst ermittelt in Zusammenarbeit mit dem ärztlichen und pflegerischen Dienst gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und ggf. deren Angehörigen das Ausmaß des Nachsorge- bzw. Beratungsbedarfs. Auf der Grundlage der spezifizierten Risiken wird die vorläufige Entlassungsplanung erstellt. Dazu stimmen sich die Mitarbeitenden auch mit externen Partnern (z.B. ambulanter Pflegedienst, nachbehandelnde Ärztinnen und Ärzte, Pflegeheime, Sanitätshaus, Apotheke) und internen Beteiligten (z.B. verantwortliche Ärztinnen und Ärzte, pflegerische Mitarbeitende, Therapeutinnen und Therapeuten) ab. Unser Angebot der familialen Pflege ergänzt die weitere Versorgung unserer Patientinnen und Patienten in der häuslichen Umgebung.

Auf die Notwendigkeiten spezieller Nachsorgemaßnahmen werden die Patientinnen und Patienten hingewiesen. Für spezielle Therapien oder Implantate wird ihnen bei Entlassung ein entsprechender Ausweis ausgehändigt.

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

Sterbende Menschen werden in unserer Einrichtung in ihrer Gesamtsituation wahrgenommen und berücksichtigt. Im interdisziplinären Team erfolgen Pflege und Behandlungen auf der Basis der festgelegten Maßnahmen unter Berücksichtigung der kulturellen Besonderheiten. Dabei werden Wünsche respektiert, die sich aus Lebensumständen, Konfession, Spiritualität, kulturellen Gewohnheiten und dem Wunsch nach menschlicher Nähe bzw. Distanz ergeben.

Eine niedergelegte rechtsgültige Patientenverfügung wird von uns gemäß den gesetzlichen Vorgaben beachtet.

Eine Pfarrerin für die christlichen Konfessionen steht unserem Haus zur Verfügung; für Angehörige des muslimischen Glaubens und anderer Glaubensrichtungen wird ein entsprechender Kontakt auf Wunsch vermittelt.

### *1.6.2 Umgang mit Verstorbenen*

Wir ermöglichen einen angemessenen Abschied für Angehörige von verstorbenen Patientinnen und Patienten. Die Verantwortlichkeiten und die Durchführung der notwendigen Maßnahmen zur Versorgung und den Transport von Verstorbenen sind geregelt.

Beim Umgang mit Verstorbenen wird darauf geachtet, dass die Würde, Individualität und Persönlichkeit der Verstorbenen soweit als möglich gewahrt werden und ein sensibler Umgang mit den Hinterbliebenen gewährleistet wird.

Dabei werden rechtliche, hygienische und medizinische Erfordernisse beachtet.

Kulturelle Aspekte, die für die individuelle Sterbebegleitung wichtig sind, werden in Gesprächen mit den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen erörtert und nach Möglichkeit umgesetzt.

## 2. Mitarbeiterorientierung

### 2.1.1 Personalbedarf

Der Personalbedarf wird im Rahmen der konzernweiten Mehrjahresplanung unter Berücksichtigung der zuvor erfolgten strategischen Festlegungen und Ausrichtungen geplant.

Die jeweiligen Verantwortlichen der Bereiche werden an der Detailplanung beteiligt. Dabei sind die zuvor bereits festgelegten übergeordneten Rahmenbedingungen zu berücksichtigen (Planungsvorgaben zur Sana-Mehrjahresplanung).

Über alle Bereiche des Hauses wird eine detaillierte Personalstatistik geführt, die umfassende Auswertungsmöglichkeiten beinhaltet.

### 2.1.2 Personalentwicklung

Die Regelungen zur Festlegung der Qualifikation finden sich, neben gesetzlichen Vorgaben, in den Verantwortungsbeschreibungen. In den Gesprächen mit Mitarbeitenden werden strukturiert Wünsche zu beruflichen Entwicklungen abgefragt.

Die Personalentwicklung orientiert sich auch an dem Bedarf der einzelnen Fachbereiche. Dabei wird darauf geachtet, dass immer eine angemessene Anzahl von qualifizierten Mitarbeitenden zur Verfügung steht.

Die individuelle Karriereplanung für die Mitarbeitenden richtet sich nach den Erfordernissen und Bedürfnissen unseres Krankenhauses. Sie berücksichtigt persönliche Ausbildung, Qualifikation und Spezialisierung für die jeweilige Aufgabe. Mitarbeitende aus dem Hause haben bei gleicher Qualifikation Vorrang vor externen Nach- oder Neubesetzungen.

### 2.1.3 Einarbeitung

Zur Einarbeitung neuer Mitarbeitender im ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Bereich sowie der anderen Berufsgruppen gibt es Einarbeitungskonzepte, welche die wichtigsten Informationen, Ansprechpartner und Regelungen beinhalten.

Jedem neuen Mitarbeitenden wird für die Dauer der Einarbeitung eine Mentorin oder ein Mentor zur Seite gestellt, der den Mitarbeitenden begleitet und für alle Fragen zur Verfügung steht.

Die Einarbeitungskonzepte haben sich bewährt - die Zufriedenheit der Mitarbeitenden mit der Einarbeitung wird auch durch unsere regelmäßig stattfindenden Befragungen der Mitarbeitenden gemessen.

### 2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Wir fördern intensiv die Ausbildung des Nachwuchses. Die Theorie- und Praxisverknüpfung während der Ausbildungen sind durch Regelungen für Praxiseinsätze und in den Curricula festgelegt.

In der Rahmenfestlegung zum Ablauf der praktischen Ausbildung der Krankenpflegeschule ist die Abfolge der praktischen Lernorte geregelt. Für jeden Ausbildungskurs existiert eine angepasste Blockplanung in Anlehnung an das Krankenpflegegesetz.

Jede Schülerin und jeder Schüler verfügt über einen schriftlichen, individuell geplanten Ausbildungsverlauf.

Die Fort- und Weiterbildung ist systematisch auf die Bedürfnisse unseres Hauses abgestimmt. Der Bedarf an Fort- und Weiterbildung wird regelhaft ermittelt. Hierbei haben alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Möglichkeit, eigene Wünsche einzubringen.

Für Führungskräfte finden im Sana-Verbund verbindliche Fachtagungen mit speziellen Fortbildungsangeboten statt, strategische Ziele und neue Projekte werden hierbei aufgezeigt.

Pflichtfortbildungen (z.B. im Bereich der Hygiene, Reanimation) finden für alle Mitarbeitende regelmäßig statt.

#### *2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance*

Die Arbeitszeitregelungen entsprechen den jeweils gültigen tariflichen und arbeitszeitrechtlichen Vorschriften. Die Beachtung der Vorschriften ist Aufgabe der Vorgesetzten und wird zusätzlich durch die Mitarbeitervertretung geprüft.

Die Mitarbeitenden haben die Möglichkeit, ihre Wünsche zur Dienstplangestaltung in Absprache mit der Führungskraft anzumelden. Diese werden, soweit die betrieblichen Belange dies zulassen, umgesetzt.

Das Krankenhaus ist regelmäßiger Teilnehmer am Audit "berufundfamilie". In diesem Rahmen werden kontinuierlich Maßnahmen entwickelt, um den Mitarbeitenden umfangreiche Angebote z.B. zur Gesundheitsprävention und Stressbewältigung anbieten zu können.

#### *2.1.6 Ideenmanagement*

Das Krankenhaus profitiert von den Ideen seiner engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Hierzu wurde ein Ideenmanagement eingerichtet, um die Vorschläge strukturiert aufnehmen und bewerten zu können.

Wünsche und Beschwerden der Mitarbeitenden werden zudem im Rahmen der strukturierten Mitarbeitergespräche aufgenommen.

Darüber hinaus können die Mitarbeitenden jederzeit ihre Wünsche und Sorgen ihren Führungskräften und der Mitarbeitervertretung mitteilen (Politik der offenen Tür).

Das allgemeine Gleichbehandlungsgesetz wird umgesetzt, eine Gleichstellungsbeauftragte ist berufen, eine Schwerbehindertenbeauftragte ist benannt.

### 3. Sicherheit - Risikomanagement

#### 3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements

In der Einrichtung sind Aspekte des klinischen Risikomanagements u.a. wie folgt etabliert:

- Risiko-Analyse und Audits nach Vorgabe der Gesellschaft für Risikoberatung
- Qualitätsbeobachtung (externe vergleichende Qualitätssicherung)
- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- CIRS (Critical Incident Reporting System)
- Strukturierte Bearbeitung von Vorkommnissen im Rahmen von gesetzlichen Vorgaben zu Arzneimittelversorgung und Verwendung von Medizinprodukten
- Begehungen und Beobachtungen der Sonderbeauftragten (z.B. Hygiene, Apotheke, Arbeitssicherheit)

Jährlich finden verschiedene Risikobegehungen statt, um weitere Maßnahmen zur Risikominimierung ergreifen zu können.

#### 3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung

Die Sicherheit der Patientinnen und Patienten wird durch die Anwesenheit von qualifiziertem Personal in allen Funktionsbereichen und Fachabteilungen gewährleistet. Unser Krankenhaus wird in der Versorgung auch mit Patientengruppen konfrontiert, die einer besonderen Aufsichtspflicht bedürfen. Diesen Situationen begegnen unsere Mitarbeitenden deshalb mit entsprechender Aufmerksamkeit, individuellen Lösungen und größter Umsicht.

Generell gilt, dass Kranke mit einem hohen Gefährdungspotenzial intensiver überwacht werden. Hierbei werden die gesetzlichen Bestimmungen jederzeit eingehalten.

Familienmitglieder werden auch in die Betreuung von Demenzkranken und selbstgefährdeten Kranken mit eingebunden.

#### 3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement

Auf allen Stationen und in den Funktionsabteilungen befinden sich zur Erstversorgung akut lebensbedrohlicher Zustände Notfalltaschen bzw. Notfallwagen. Diese werden regelmäßig mit entsprechenden Checklisten auf Vollständigkeit und Funktionstüchtigkeit überprüft.

Ein zentrales Reanimationsteam befindet sich rund um die Uhr in Bereitschaft. Die Mitarbeitenden werden regelmäßig in speziellen Reanimationskursen geschult. Der Ablauf der Notfallversorgung wird nach dem Ereignis mit den Beteiligten reflektiert.



### *3.1.4 Organisation der Hygiene*

In unserem Haus gibt es ein umfassendes Hygienemanagement. Es existiert ein Hygienehandbuch für das gesamte Haus. Die Desinfektionspläne hängen in allen Abteilungen gut sichtbar aus.

Für die Aktualisierung der Hygienevorgaben sind die Hygienefachkräfte und der Krankenhaushygieniker verantwortlich.

Unser Krankenhaus nimmt an der Aktion "Saubere Hände" teil. Auswertungen finden je Station nach der Durchführung der Beobachtung zur Händedesinfektion und des Händedesinfektionsmittelverbrauchs statt. Die Ergebnisse werden stationsweise vorgestellt und dienen unter anderem dem Zertifikatserwerb der Aktion "Saubere Hände". Unser Krankenhaus verfügt derzeit das Silberzertifikat.

Die Einhaltung der Hygierichtlinien wird durch regelmäßige protokollierte Begehungen sowie auch durch unangemeldete Kontrollen sichergestellt. Jährlich finden Sana-weit interne Hygieneaudits statt.

### *3.1.5 Hygienerelevante Daten, Infektionsmanagement*

Ausbruchssituationen (z.B. bei Häufungen im Sinne des Infektionsschutzgesetzes) werden in Rücksprache mit dem Ärztlichen Direktor an das zuständige Gesundheitsamt gemeldet.

Die Erstellung der kumulativen Keimresistenzstatistiken (z.B. MRSA) erfolgen über die Hygienefachkräfte und ein externes Labor.

Durch die Teilnahme an sog. KISS-Modulen (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System) werden Abfragen zu multiresistenten Erregern geführt. Durch besonderes Augenmerk auf hygienische Vorgaben vermeiden wir die Entstehung und Verbreitung von im Krankenhaus erworbenen Infektionen (z.B. nosokomiale Infektionen).

Hygienesichernde Maßnahmen im Umgang mit Infektionserregern sind in schriftlichen Regelungen festgelegt. Die schriftlichen Hygienevorgaben werden nach den Vorgaben des Robert-Koch-Instituts und der Sana Kliniken AG erstellt und ständig aktualisiert.

Für jede Infektionserkrankung sind Übertragungswege, Isolationsanforderungen, Schutzausrüstung, Zimmerkennzeichnung, Aufhebung der Isolation, Transport der Patientinnen und Patienten innerhalb des Hauses sowie Desinfektionsmaßnahmen laufend und zur Schlussdesinfektion geregelt.

Die Hygienefachkräfte kontrollieren im Rahmen von Begehungen die Umsetzung der Regelungen und schulen bedarfs- und situationsbezogen die Mitarbeitenden der Bereiche.

### *3.1.6 Arzneimittel*

Die Bestellung, Lagerung und der Umgang mit Arzneimitteln ist durchgängig geregelt.

Die Arzneimittelversorgung wird durch die Apotheke sichergestellt.

Über wichtige Änderungen und Anwendungsbesonderheiten sowie besondere Liefersituationen informiert die Apotheke schriftlich. Eine Arzneimittelkommission ist eingerichtet.

### *3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin*

Prozesse und Handlungsabläufe beim Umgang mit Blut- und Blutprodukten entsprechen dem Transfusionsgesetz und den allgemeinen Richtlinien zur Anwendung von Blut und Blutprodukten. Zur Umsetzung dieser Vorgaben existiert ein Transfusionshandbuch. Es wird jährlich ein internes Audit (Selbstinspektion) durch den Qualitätsbeauftragten Hämotherapie und den Transfusionsverantwortlichen durchgeführt.

Eine Transfusionskommission tagt 2x jährlich.

Eine Laborkommission ist eingerichtet.

Alle gesetzlichen Vorgaben bezüglich der Organspende werden umgesetzt, ein Transplantationsbeauftragter ist benannt.

### *3.1.8 Medizinprodukte*

Der Einsatz von qualitativ hochwertigen Medizinprodukten ist Grundlage unserer Patientinnen- und Patientenversorgung. Die Einweisung aller Anwenderinnen und Anwender in die Geräte wird sichergestellt und dokumentiert.

### *3.2.1 Arbeitsschutz*

Zur Gewährleistung der Sicherheit von Kranken und Mitarbeitenden existiert ein umfassendes Konzept zum Arbeitsschutz. Dieses beinhaltet alle Aspekte zur Arbeitssicherheit.

Der Strahlenschutzverantwortliche und die Strahlenschutzbeauftragten gewährleisten, dass alle gesetzlichen Vorgaben eingehalten werden.

Dokumentierte Gefährdungsbeurteilungen werden für alle Bereiche des Hauses durchgeführt.

### *3.2.2 Brandschutz*

Eine beauftragte Person zum Brandschutz ist benannt, ein Brandschutzkonzept und eine Brandschutzordnung sind vorhanden. In dem Brandschutzkonzept wird der Stand des Hauses abgebildet. Die Brandschutzordnung ist nach Vorgabe der DIN 14096 aufgebaut.

Flucht- und Rettungspläne befinden sich im ganzen Haus und werden bei Bedarf durch den Brandschutzbeauftragten mit Unterstützung von externen Sachverständigen aktualisiert. Brandschutzübungen werden durchgeführt.

### 3.2.3 Datenschutz

Ein Datenschutzkonzept ist in Kraft. Ziel ist die höchste Sicherheit beim Umgang mit sensiblen personenbezogenen Daten.

Berücksichtigt sind gesetzliche Anforderungen, Sana-Standards sowie Regelungen zum medizinischen und Beschäftigtendatenschutz.

Eine externe Datenschutzbeauftragte ist benannt. Alle Mitarbeitenden verpflichten sich bei Dienstantritt schriftlich zur Einhaltung der Schweigepflicht.

### 3.2.4 Umweltschutz

Eine konsequente Mülltrennung mit dem Ziel einer hohen Recyclingquote ist seit Jahren Bestandteil unserer Abfallwirtschaft.

Die Erfassung des Verbrauchs von Wasser und Energie erfolgt monatlich durch die Abteilung Technik. Maßnahmen zur Wasser- und Energieeinsparung werden in dem Krankenhaus umgesetzt.

### 3.2.5 Katastrophenschutz

Alle Regelungen zum Katastrophenschutz (interne und externe Gefahrenlagen) befinden sich im Notfallplan.

Dieser beinhaltet insbesondere die Vorgehensweisen bei

- Massenanfall von Verletzten
- Massenanfall von Infizierten
- Massenanfall von Verstrahlten
- Feuer/Explosionen
- Bombendrohung/Bombenfund
- schwerem Unfall (z.B. Massenunfall, Unfall mit Todesfolge)
- Überfall
- Havarie

Das Verfahren ist für alle Mitarbeitenden jederzeit im Qualitätsmanagementhandbuch und in den Abteilungen einsehbar. Der Inhalt ist Bestandteil der regelmäßigen dokumentierten Schulungen.

### 3.2.6 Ausfall von Systemen

In unserem Krankenhaus wird ein umfassendes Verfahren zur Regelung bei nichtmedizinischen Notfallsituationen angewendet. Die Verantwortlichkeiten des Einsatzablaufes für Alarm- und Katastropheneinsätze sind im Notfallplan geregelt.

Die redundante Stromversorgung ist durch Notstromaggregate und intelligente Netzaufteilung gewährleistet.

## 4. Informations- und Kommunikationswesen

### 4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Das EDV-System unseres Krankenhauses ist umfassend extern (z.B. durch Firewalls) und intern (z.B. durch Sicherheitsrichtlinien) geschützt. Die vorhandene IT-Infrastruktur ermöglicht allen Anwendenden eine uneingeschränkte Nutzung der vorhandenen IT-Systeme im Rahmen ihrer Berechtigungen. Wichtigste Komponenten sind redundant vorhanden, sie werden umfangreich vor Ausfällen geschützt.

### 4.2.1 Klinische Dokumentation

Alle wichtigen Informationen werden in der Patientendokumentation festgehalten. Zur Erarbeitung der bestehenden Regelungen wurden alle beteiligten Berufsgruppen mit einbezogen. Eine Musterkurve sowie eine Musterakte liegen vor. Die am Behandlungsprozess beteiligte Belegschaft kontrolliert die Akten der Patientinnen und Patienten auf Vollständigkeit der Dokumentation. Vor Archivierung wird überprüft, ob alle notwendigen Unterlagen vollständig und plausibel sind.

### 4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

Alle berechtigten Personen haben zeitlich uneingeschränkten Zugriff auf die Daten der Patientinnen und Patienten entsprechend der Zugangsberechtigungen. Alle zur Behandlung benötigten Informationen werden in der Patientendokumentation (Patientenakte und EDV) festgehalten. Für die Organisation des Archivs existiert ein entsprechendes Archivkonzept.

### 4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Über zahlreiche Informationsquellen erhält die Krankenhausgeschäftsleitung kontinuierlich Berichte zum aktuellen Stand in allen Bereichen (z.B. Monatsberichte, Protokolle, persönliche Teilnahme in Kommissionen). Personenbezogen werden Fachzeitschriften, Mitteilungen der Krankenhausgesellschaften, Newsletter der Fachverbände und Pressemitteilungen kontinuierlich und regelmäßig zur Verfügung gestellt. Die Kommunikationsstruktur ist in einer Besprechungsübersicht abgebildet.

#### *4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang*

Externe Dienstleister sowie niedergelassene Ärztinnen und Ärzte werden bei Bedarf über Neuerungen und Änderungen mit einem gedruckten Newsletter informiert. Es besteht ein reger persönlicher und telefonischer Kontakt unserer Ärztinnen und Ärzte mit den niedergelassenen Kollegen.

Der Internetauftritt beinhaltet u.a. Informationen über spezielle Leistungen, Besonderheiten der Krankenhausbehandlung, Wahlleistungsmöglichkeiten, Veranstaltungstermine sowie die speziellen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner. Direkte Mitteilungsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten und Angehörige sind ersichtlich.

Die Mitarbeitenden des Info-Points bedienen die Telefonzentrale und leiten eingehende Anrufe weiter. Besucherinnen und Besuchern sowie Patientinnen und Patienten weisen sie den Weg innerhalb des Krankenhauses und beantworten interne und externe Anfragen kompetent.

Der Eingangsbereich ist patienten- und besucherfreundlich gestaltet. Ein Getränke- und Speisenautomat ist vorhanden. Ausreichend Sitzmöglichkeiten befinden sich im Eingangsbereich.

## 5. Unternehmensführung

### 5.1.1 Philosophie/Leitbild

In unserem Leitbild ist ein partnerschaftlicher, kooperativer und ergebnisorientierter Führungsstil festgelegt. Die Führungskräfte sind sich ihrer Vorbildfunktion bewusst. Bedingt durch die langjährige Zugehörigkeit großer Teile der Belegschaft und deren örtliche Verbundenheit herrscht ein kollegiales und menschliches Miteinander. Die Führungskräfte kennen die Mitarbeitenden persönlich und pflegen grundsätzlich den Führungsstil der "offenen Tür".

Jeder Mitarbeitende hat das Leitbild ausgehändigt bekommen. Zudem ist es im Haus an verschiedenen Stellen ausgehängt, wichtige Aspekte befinden sich auf der Rückseite der Image-Broschüre.

### 5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Vertrauensbildende und -fördernde Maßnahmen sind wichtiger Bestandteil der Führungsarbeit gemäß unserer Unternehmenswerte. Entsprechend dem Unternehmenswert Respekt wird ein respektvoller, offener, ehrlicher Umgang mit Patientinnen und Patienten, Besucherinnen und Besuchern, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Kolleginnen und Kollegen sowie Vertragspartnerinnen und Vertragspartnern gepflegt.

Die Unternehmenswerte sowie das Sana-Ethik-Statut werden in unserem Haus umgesetzt. Durch interdisziplinäre hierarchieübergreifende Veranstaltungen wie z.B. Seminare oder Gruppenarbeiten sollen sich die Mitarbeitenden untereinander kennen lernen sowie Einblick in und Verständnis für das Aufgabengebiet der anderen gewinnen können.

Durch die Mitwirkung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Projekt- und Arbeitsgruppen sowie in Kommissionen werden die Mitarbeitenden an der Organisationsentwicklung beteiligt.

### 5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Entsprechend unserem Leitbild werden Entscheidungen zu ethischen Problemstellungen kollegial und unter Einbeziehung der Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen getroffen. Einen hohen Stellenwert in unserem Krankenhaus nimmt die feinfühlig und umsichtige Behandlung ethischer Problemstellungen ein. Dies gilt vor allem bei Therapieplanungen, Therapieänderungen und Therapieabbrüchen. Das Ethikkomitee besteht seit 2014 und ist interdisziplinär zusammengesetzt.

So achten insbesondere die Führungskräfte aus dem ärztlichen und pflegerischen Dienst auf eine hohe Sensibilisierung ihrer nachgeordneten Mitarbeitenden hinsichtlich aller ethischen, weltanschaulichen, kulturellen und religiösen Bedürfnisse. Es erfolgen regelmäßig Veranstaltungen und Schulungen zu ethischen Themen.

#### *5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement*

Aufgaben von PR und Marketing werden von den beauftragten Mitarbeitenden wahrgenommen. Diese entwickeln in Abstimmung mit der Betriebsleitung und den Abteilungsleitungen eine Jahresübersicht, in der die Termine für Pressegespräche, Printmedien und Veranstaltungen enthalten sind.

Der Jahresplan wird kontinuierlich bezüglich der variablen Anteile von Pressemitteilungen, Printmedien und Veranstaltungen aktualisiert.

Die Außenkommunikation mit der Presse und deren Aufbereitung erfolgt über den Bereich Unternehmenskommunikation.

Für Informationen werden alle bekannten Medien wie Presse und Internet sowie Patienteninformationstage (z.B. Aktionstage und Bürgerforen) und der Tag der offenen Tür genutzt.

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

Die Planung der baulichen und medizintechnischen Rahmenbedingungen richtet sich nach dem medizinischen Leistungsspektrum und -umfang sowie dem im Wirtschaftsplan festgelegten wirtschaftlichen finanziellen Rahmen.

In der Zielplanung wird die individuelle Situation des Hauses (u.a. Leistungsportfolio sowie Entwicklungen im Einzugsgebiet) berücksichtigt und es werden aktuelle Entwicklungen der Gesundheitspolitik einbezogen.

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

Die Zielsetzungen des Risikomanagements umfassen abteilungs- und berufsgruppenübergreifende Instrumente.

Dabei werden das betriebswirtschaftliche und das klinische Risikomanagement ständig weiterentwickelt. Das betriebliche Risikomanagement wird durch das interne Kontrollsystem (IKS) der Sana-Zentrale vorgegeben und entsprechend umgesetzt.

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

Unser Krankenhaus identifiziert sich stark mit dem lokalen und regionalen Umfeld und versteht sich als Teil desselbigen. Der Aufbau und die Pflege von Partnerschaften im Rahmen der Ausübung gesellschaftlicher Verantwortung konzentrieren sich daher wesentlich auf die lokalen und regionalen Strukturen.

Unser soziales Engagement ist breit gefächert, Angebote für die Bevölkerung werden vorgehalten.

Das Krankenhaus beteiligt sich am Audit "berufundfamilie" und hat eine Zielvereinbarung mit konkreten Maßnahmen geschlossen. Das Krankenhaus nimmt zudem an dem WHO-Netzwerk "Age friendly cities" teil um sich mit den demografischen Veränderungen und der Entwicklung altersgerechter Strukturen zu beschäftigen und die Konsequenzen umzusetzen

### 5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

Die systematische Information der Krankenhausgeschäftsleitung ist durch ein internes Berichts- und Besprechungswesen sichergestellt.

Für Projekte werden Projektleitungen benannt, diese erhalten erforderliche zeitliche Ressourcen zur Umsetzung. Alle Mitarbeitenden, die an neuen Projekten beteiligt sind, werden im Rahmen von Einführungsveranstaltungen über Ziele, Aufgaben und Verantwortlichkeiten informiert.

Ein Organigramm mit der Benennung der Fachbereiche, Stationen, Abteilungen und Stabsstellen liegt vor. Aus diesem Organigramm sind wichtige Schnittstellen und Verantwortlichkeiten ersichtlich.

Eindeutige Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für Patientinnen und Patienten, Angehörige, Mitarbeitende und externe Partner sind festgelegt und auf verschiedene Arten veröffentlicht, z.B. durch Informationsmaterialien, die Eingangstafel, Aushänge und das Internet.

### 5.3.2 Innovation und Wissensmanagement

Innovationen werden gezielt geplant und Wissen als Chance zur Weiterentwicklung genutzt. Motivation für die Einleitung eines Veränderungsprozesses können die Lösung konkreter Probleme oder die Weiterentwicklung des Unternehmens sein.

Mitarbeitende werden angeregt, durch Fortbildungen und Visitationen neue Ablaufstrukturen und Behandlungsmethoden kennenzulernen.

Extern besuchte Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen werden intern ausgewertet und die Inhalte zielgruppengerecht weitergegeben. Neue Erkenntnisse werden in der Prozessoptimierung berücksichtigt (z.B. Medizinkongresse, Verbesserung der pflegerischen Maßnahmen, Schulungen zu neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen).



## 6. Qualitätsmanagement

### 6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Qualitätsmanagement hat einen wichtigen Stellenwert in unserem Krankenhaus. Die Aufgaben und Verantwortlichkeiten des Qualitätsmanagements sind schriftlich festgelegt.

In jeder Abteilung sind zudem Qualitätsbeauftragte benannt. Qualitätsziele werden im Rahmen stetiger Analysen durch die Prozessverantwortlichen in Zusammenarbeit mit dem QM und der Betriebsleitung verabschiedet und umgesetzt.

Methoden und Instrumente sind u.a. die regelmäßigen Selbstbewertungen, externe und interne Audits, die Präventions- und Risikoanalyse, Befragungen und Analysen mit Benchmark sowie Best Practice im Konzernverbund. Die Planung der Prozesse, die Umsetzung der Leitlinien der Fachgesellschaften und der Expertenstandards, spezielle Gremien und das Beauftragtenwesen unterstützen den Gesamtprozess. Die Teilnahme am Internetportal Qualitätskliniken.de und an den KISS-Modulen (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System) sowie weitere Qualitätsregister unterstützen die Kennzahlenerhebung.

### 6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung

Die Planung der Prozesse, um Kundenanforderungen zu identifizieren und umzusetzen, erfolgt in definierten Abständen über die konzernweiten Patienten-, Einweiser- und Mitarbeiter-Befragungen. Dabei werden qualitätsrelevante Daten erfasst und verglichen. Die laufende interne Qualitätsbeobachtung ist etabliert. Zu ausgewählten Themen wird eine Projektleitung benannt, diese stellt bedarfsgerecht eine Projektgruppe zusammen. Im Rahmen verschiedener Qualitätszirkel werden schnittstellübergreifend Qualitätsverbesserungen fortlaufend entwickelt.

### 6.2.1 Patientenbefragung

Durchführung und Auswertung von externen Patientenbefragungen zur Ermittlung der Bedürfnisse und zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit finden alle zwei Jahre statt. Die Befragungen werden von einem Spezialunternehmen valide durchgeführt und nach wissenschaftlichen Standards statistisch ausgewertet. Der Datenschutz wird verpflichtend eingehalten.

Zudem wird die Patientenzufriedenheit über die laufende interne Patientenbefragung erfasst, ausgewertet und es werden Verbesserungsmaßnahmen vereinbart.

Als Mitgliedsklinik des Internetportals Qualitätskliniken.de sind die Ergebnisse auch für die breite Öffentlichkeit einsehbar und mit anderen Kliniken vergleichbar.

### 6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Die Einweiserbefragung ist ein wesentlicher Bestandteil unseres Einweisermanagements.

Die Befragung ist ein wichtiger Bestandteil der Kommunikation mit den Einweisern und eröffnet den niedergelassenen Ärzten im Freitextfeld die Möglichkeit, ihre persönlichen Bemerkungen abzugeben. Dies

dient dazu, die Stärken der Fachbereiche weiter auszubauen bzw. Verbesserungspotentiale aufzudecken und den Kontakt mit den Einweisern zu wichtigen Qualitätsverbesserungen aufzunehmen. Die Ergebnisse dieser Befragung werden in den Leitungsgremien kommuniziert und geeignete Maßnahmen vereinbart, zudem werden die Ergebnisse hausintern und im Portal Qualitätskliniken.de veröffentlicht.

### *6.2.3 Mitarbeiterbefragung*

In definierten Abständen werden im gesamten Sana-Verbund Mitarbeiterbefragungen durchgeführt. Alle Befragungen werden valide durchgeführt und nach wissenschaftlichen Standards statistisch durch den Anbieter ausgewertet. In den Vorgaben zur Befragung ("Great place to work ®") ist ein Anonymitätskonzept enthalten.

Das Ergebnis wird allen Mitarbeitern u.a. in der Mitarbeiterversammlung zur Verfügung gestellt.

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

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hauses sind zur Entgegennahme und Dokumentation von Patientinnen- und Patientenbeschwerden oder Angehörigenbeschwerden angewiesen. Ein Hauptansprechpartner für das Beschwerdemanagement ist benannt und u.a. über Telefon, Fax, E-Mail erreichbar.

Die hierfür speziell eingerichtete Telefonnummer und E-Mail-Adresse werden allen Patientinnen und Patienten mit dem Patienteninformationsordner und auf der Homepage zur Kenntnis gebracht.

Die Ergebnisse des Beschwerdemanagements werden an die Betriebsleitung kommuniziert. Maßnahmen zur Erhöhung der Zufriedenheit unserer Patientinnen und Patienten werden dort beschlossen.

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

In definierten Abständen werden durch von uns beauftragte Firmen Patienten-, Einweiser- und Mitarbeiter-Befragungen durchgeführt.

Des Weiteren erfolgt eine Erfassung und Aufbereitung von diversen krankenhausinternen Kennzahlen, wie z.B. Hygienestatistiken, Dekubitus- und Sturzstatistiken. Außerdem werden durch die interne Patientenbefragung und das Beschwerdemanagement weitere Daten krankenhausintern ermittelt.

Unterjährig erfolgt zudem regelmäßig eine Auswertung von definierten Qualitätsindikatoren. Die Ergebnisse werden an die Führungskräfte kommuniziert.

Die Daten der externen Qualitätssicherung werden kontinuierlich mit der gebotenen Sorgfalt vollständig so erhoben, dass eine valide Grundlage der Ergebnisse sichergestellt ist.

Extern wird ein Teil der Daten über den gesetzlichen Qualitätsbericht veröffentlicht. Zusätzlich werden erhobene Indikatoren auf dem Internetportal Qualitätskliniken.de veröffentlicht und mit anderen Einrichtungen abgeglichen.