



Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen

## KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2015 für Krankenhäuser

<b>Krankenhaus:</b>	Krankenhaus St. Josef	Theresienklinik Würzburg
<b>Institutionskennzeichen:</b>	260960057	260960126
<b>Anschrift:</b>	Ludwigstraße 1 97421 Schweinfurt	Domerschulstraße 1-3 97070 Würzburg

**Ist zertifiziert nach KTQ®  
mit der Zertifikatnummer:** 2015-0101 KHVB  
**durch die von der KTQ-GmbH  
zugelassene Zertifizierungsstelle:** KTQ-GmbH, Berlin

**Gültig vom:** 19.11.2015  
**bis:** 18.11.2018

## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b>	<b>5</b>
<b>Die KTQ-Kriterien</b>	<b>6</b>
1 Patientenorientierung	7
2 Mitarbeiterorientierung	11
3 Sicherheit-Risikomanagement	13
4 Informations- und Kommunikationswesen	17
5 Unternehmensführung	19
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,
- die 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.

---

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

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 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 **Theresienklinik Würzburg** 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

Die Kongregation der Schwestern des Erlösers als Trägerin der Theresienklinik verknüpft ihren christlichen Sendungsauftrag mit dem staatlichen Versorgungsauftrag. Diesen haben wir in über 100 Jahren kontinuierlich weiterentwickelt und fühlen uns unserem eigenen Anspruch, eine Patientenversorgung nach christlichen Idealen und auf hohem medizinischem und pflegerischem Niveau zu gewährleisten, verpflichtet.

Die Theresienklinik ist eine reine belegärztliche Klinik. Durch die enge Verzahnung zwischen ambulanter Versorgung im niedergelassenen Bereich und der stationären Behandlung in der Klinik bieten wir bereits seit Jahrzehnten die von der Politik geforderte integrierte Versorgung mit einer hohen Systemeffizienz.

Die Ergebnis-, Struktur- und Prozessqualität aller Krankenhausbereiche haben wir 2004 nach DIN ISO 9001:2000 erstmals zertifizieren lassen. Durch die kontinuierliche Weiterentwicklung konnte in den Jahren 2007, 2010, 2013 die Rezertifizierung mit jeweils verbessertem Ergebnis erfolgreich erreicht werden.

Der folgende Qualitätsbericht bietet einen Einblick in das Qualitätsmanagement sowie einen Überblick über die Strukturen und Arbeitsabläufe unseres Hauses.

Wir freuen uns, dass wir im Oktober 2015 erstmals die Zertifizierung nach KTQ als Verbundzertifizierung zusammen mit dem Krankenhaus St. Josef Schweinfurt und zugleich als Pilotprojekt auf Basis des KTQ Manual Version 2015 erfolgreich bestanden haben.

Aktuelle und weiterführende Informationen zu unserer Klinik und den Fachabteilungen finden Sie auch auf unserer Internetseite [www.theresienklinik-wue.de](http://www.theresienklinik-wue.de).

Würzburg, im November 2015

Theresienklinik Würzburg  
Domerschulstraße 1+3  
97070 Würzburg  
Telefon: 0931 3514-0  
e.mail: [info@theresienklinik-wuerzburg.de](mailto:info@theresienklinik-wuerzburg.de)  
Internet: [www.theresienklinik-wue.de](http://www.theresienklinik-wue.de)

# Die KTQ-Kriterien

# 1 Patientenorientierung

## 1.1 Rahmenbedingungen der Patientenversorgung

### 1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Die Theresienklinik liegt im Zentrum der Stadt Würzburg ist mit öffentlichen Verkehrsmittel rundum erreichbar. Unmittelbar vor der Klinik gibt es öffentlichen Parkraum und gegenüberliegend Behindertenparkplätze. Teilweise werden den Patienten in den Praxen bereits Wegbeschreibungen ausgehändigt.

Die Theresienklinik ist von außen beschildert und ein Wegeleitsystem vorhanden.

Die strukturierte Patientenaufnahme erfolgt über eine Aufnahmeplanung über den OP Pflegedienst.

### 1.1.2 Leitlinien und Standards

Die Leitlinien der med. Fachgesellschaften werden durch die Belegärzte angewandt.

Jeder Belegarzt ist Facharzt auf seinem Gebiet und für die Einhaltung der Leitlinien dermed. Fachgesellschaften verantwortlich.

Expertenstandards in der Pflege werden durch das Pflegepersonal angewandt (Sturz, Schmerz, Dekubitus, Inkontinenz). Entlassmanagement wird durch die Belegarztpraxenabgedeckt.

### 1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Vorliegende Patientenverfügungen, Vollmachten, Betreuungsstatus finden uneingeschränkte Beachtung. Ein Patientenrechtebeauftragter ist aufgrund der Klinikgröße nicht vorhanden.

Die Patientenaufklärung liegt im Verantwortungsbereich des Belegarztes und findet in der Belegarztpraxis statt. In den jeweiligen Praxen ist der Umgang mit der Aufklärung zur OP definiert. Der Behandlungsvertrag mit der Klinik wird bei Aufnahme geschlossen.

Als Information über und während der Behandlung dient die Visite und von Belegärzten wird ein Behandlungsleitfaden für die Nachsorge ausgegeben.

Bei der Versorgung in der Theresienklinik handelt es sich um Plan- und Regeleingriffe deren Krankheitsbewältigung in der präoperativen Phase stattfindet.

Angehörige werden in der postoperativen Versorgung auf Wunsch mit einbezogen.

Respektierung der Privat- und Intimsphäre sowie der Datenschutz werden selbstverständlich eingehalten.

Auch Seelsorge wird jedem Patienten im Aufnahmegespräch angeboten.

In der Informationsmappe für Patienten sind alle relevanten Informationen für den Krankenhausaufenthalt zusammengefasst.

### 1.1.4 Ernährung und Service

Individuelle Speisepläne die kulturelle und religiöse Patientenwünsche berücksichtigensind eingeführt. Speisepläne liegen in verschiedenen Sprachen vor (türkisch, englisch, polnisch) Die Berücksichtigung der Patientenwünsche werden bei der Speiseaufnahme kenntlich gemacht. Der Ernährungs- und Allgemeinzustand wird im pflegerischen Aufnahmegespräch erfasst und Besonderheiten dokumentiert.

Ernährungs- und Diätberatung werden durch die hauseigene Diätassistentin durch Schulung abgedeckt. Unterstützung der Nahrungsaufnahme erfolgt durch das Pflegepersonal.

Über die Standardunterbringung wird folgender Service angeboten:

Wahlleistung 1- & 2-Bettunterbringung, kostenfreies WLAN und Fernsehen, erweiterte Speise und Getränkeauswahl, zur Verfügung Stellung von Dusch- & Pflegeartikel. Jedem Patienten steht ein abschließbares Wertfach zur Verfügung, größere Geldbeträge oder Wertgegenstände können im Tresor der Verwaltung hinterlegt werden. Ein Raumangebot für bestimmte Patientengruppen und Angehörige / Bezugspersonen wird durch Nutzung des Pavillon/Aula ermöglicht.

## 1.2. Akut-/ und Notfallversorgung

### 1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die Theresienklinik verfügt über keine Notaufnahme und keine Intensivstation, da sie eine reine Belegarztklinik ist. Das Auftreten von medizinischen Notfällen ist sehr selten. Sollte ein Patient von extern als Notfall in der Theresienklinik eintreffen, wird von den Mitarbeitern die Situation fachgerecht erfasst und das klinikinterne Notfallmanagement beginnt.

Nach der Ersteinschätzung werden die Patienten zur Überwachung bzw. Versorgung in den Aufwachraum gebracht oder ggf. an die Ambulanz des Juliusspitals weitergeleitet (im Bedarfsfall durch den Rettungsdienst).

Angehörige, Betreuer und Eltern werden grundsätzlich von Beginn an mit einbezogen.

## 1.3 Elektive, ambulante Versorgung

### 1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung

Die Entscheidung ambulant oder stationär liegt in der Verantwortung und Begründung des behandelnden Belegarztes.

Alle vorbereitenden Maßnahmen erfolgen in den Belegarztpraxen.

### 1.3.2 Ambulante Operationen

Definierte operative Eingriffe werden als ambulante Operationen durchgeführt.

Die Entscheidung hierzu liegt im Ermessen des Belegarztes. Nach der ambulanten Operation findet eine Abschlussuntersuchung durch den Operateur statt. Die Weiterbetreuung erfolgt in der jeweiligen Belegarztpraxis.

## 1.4 Stationäre Versorgung

### 1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlungsplanung

Die Diagnostik und Behandlungsplanung unter Berücksichtigung von Status, Lebensumständen und Begleiterkrankungen inkl. fachärztlicher Begutachtung findet im Verantwortungsbereich des Belegarztes in der Belegarztpraxis statt. Besonderheiten werden bei der Anmeldung mitgeteilt.

Während des stationären Aufenthaltes ist die Diagnostik und Behandlungsplanung in Standards festgelegt. Verantwortlichkeiten sind klar definiert. Schichtübergaben finden unter Berücksichtigung interdisziplinärer Gesichtspunkte statt. Oberstes Ziel ist die Patientenzufriedenheit und –sicherheit.

### **1.4.2 Therapeutische Prozesse**

Alle Ärzte in der Theresienklinik sind Fachärzte auf ihrem Gebiet. Sie legen unter Einbezug des Patienten den erforderlichen Behandlungsprozess fest. Hierzu sind Belegarztstandards definiert. Es werden normalerweise nur Plan- und Regeleingriffe durchgeführt mit einer durchschnittlichen Verweildauer von bis zu drei Tagen. Die notwendigen Pflegemaßnahmen werden bei der Pflegeübergabe festgelegt.

Zur Multimodalen Schmerztherapie besteht ebenfalls ein ausführliches Konzept. In der multimodalen Schmerztherapie sind ein vollständiges Behandlungskonzept mit Schmerzinterventionsmaßnahmen, psychologischen Schulungs- und Behandlungsmaßnahmen, Schmerzmessung anhand der Schmerzskala und ein physiotherapeutisches Behandlungskonzept umgesetzt.

### **1.4.3 Operative Prozesse**

Die Struktur der Theresienklinik sieht für jeden Belegarzt ein OP-Zeitfenster vor. Dieses kann der Belegarzt selbstständig mit den Patienten seiner Praxis füllen. Die Anmeldung erfolgt per Fax. Die Anästhesievorstellung erfolgt präklinisch in der Praxis der Anästhesie. Das OP Statut regelt die Organisation des OP Bereichs und wird regelmäßig evaluiert und bei Bedarf modifiziert. Die OP Vorbereitung erfolgt nach Checklisten und standardisierten Voruntersuchungen. Die Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit sind umgesetzt.

### **1.4.4 Visite**

Der Belegarzt besucht mindestens einmal täglich seine Patienten und führt eine Visitedurch. Dabei hat der Patient die Möglichkeit seine Fragen zum Therapieablauf mit dem Arzt abzustimmen. Der Belegarzt informiert die Pflege über Veränderungen im Therapieablauf, ansonsten ist der Belegarztstandard anzuwenden. Es werden in der Schmerztherapie zutäglichen Therapieabsprachen die Patienten in einem Behandlungszimmer visitiert.

## **1.5 Weitergabe/ Übergang in andere Bereiche**

### **1.5.1 Entlassungsprozess**

Durch den Belegarzt wird der Entlasszeitpunkt definiert. Er führt spätestens am Vortag der Entlassung mit dem Patienten ein Entlassgespräch. AU, Rezepte und ggf. Überleitungsbögen werden dem Patienten durch den Belegarzt ausgehändigt. Der erste Nachsorgetermin in der Belegarztpraxis wird festgelegt.

Infomaterial für das Verhalten nach der stationären Versorgung wird individuell ausgehändigt. Die Zufriedenheit mit dem Entlassprozess wird mit dem Patientenfragebogen evaluiert.

## **1.6 Sterben und Tod**

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

In der Theresienklinik handelt es sich um ein Krankenhaus mit rein belegärztlicher Betreuung. Die Patienten werden ausschließlich zu Regeleingriffen einbestellt. Daher stellen der Umgang mit sterbenden Patienten sowie die palliative Versorgung einen Sonderfall dar. Ein würdevoller Umgang mit Sterbenden ist auch im Ausnahmefall selbstverständlich.

Auf kulturelle und religiöse Bedürfnisse der Patient/innen wird durch alle am Behandlungsprozess Beteiligten individuell eingegangen.

Es existiert eine palliativmedizinische Fachabteilung, für die spezifische Leitziele und ein spezifisches Behandlungskonzept vorliegen. Die Abteilung steht in palliativmedizinischen Fragestellungen den anderen Fachabteilungen konsiliarisch zur Verfügung. Es besteht ein guter Kontakt zum hiesigen Hospizverein.

### **1.6.2 Umgang mit Verstorbenen**

Ein würdevoller Umgang mit den Verstorbenen ist aufgrund der christlichen Trägerschaft und des Leitbildes selbstverständlich. Die Versorgung der Verstorbenen ist in einem Standard geregelt. Die Krankenhausseelsorge begleitet auf Wunsch den Abschied am Sterbebett. Wir unterstützen die Angehörigen bei der Trauerbewältigung durch Begleitung, Gespräche und Gebete.

## 2 Mitarbeiterorientierung

### 2.1 Personalplanung/ Personalentwicklung

#### 2.1.1 Personalbedarf

Im KH St. Josef und der Theresienklinik werden auf Grundlage der jährlichen Leistungsplanung, unter Berücksichtigung einer Mindestbesetzung, der Personalbedarf ermittelt und in Soll-Stellenplänen festgelegt. Bei Unterschreitung der Mitarbeiterzahl erstellt der Abteilungsleiter eine Personalbedarfsanforderung an den Personalleiter. Zusätzlich erfolgt eine kontinuierliche Erfassung des Leistungsspektrums über das Krankenhausinformationssystem, sowie eine Auswertung der Fehlzeiten und der Mehrarbeitsstundenentwicklung.

#### 2.1.2 Personalentwicklung

Das KH St. Josef und die Theresienklinik beschäftigen in allen Bereichen qualifizierte Mitarbeiter, die entsprechend ihrer Fachkenntnisse Verantwortung übernehmen. Im Rahmen der Personalentwicklung wird durch Fort- und Weiterbildungen eine ständige Verbesserung der Qualifizierung angestrebt.

Die Personalentwicklung und Karriereplanung orientiert sich an den Bedürfnissen der Krankenhäuser und an den Fähigkeiten der Mitarbeiter. Grundlage hierfür ist das Mitarbeiterjahresgespräch. Hierbei werden optionale Zielvereinbarungen zwischen dem Mitarbeiter und dem direkten Vorgesetzten getroffen.

Mitarbeiter nehmen an internen und externen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen teil. Ein Fort- und Weiterbildungskatalog liegt vor.

Ergeben sich neue Aufgaben, erfolgt eine interne und ggf. externe Stellenausschreibung.

Die Grundsätze der Personalentwicklung sind in einem ausführlichen Konzept zusammengefasst.

#### 2.1.3 Einarbeitung

Die Einarbeitung neuer Mitarbeiter erfolgt nach einem festgelegten Konzept. Ziel ist es, neuen Mitarbeitern eine schnelle und adäquate Integration zu gewährleisten. Das Einarbeitungskonzept sieht vor, dass jeder neue Mitarbeiter ausreichend Zeit bekommt, um sich vertraut zu machen und in sein neues Aufgabengebiet einzuarbeiten. Jeder neue Mitarbeiter erhält einen persönlichen Ansprechpartner. Die Dienstgemeinschaft unterstützt aktiv diese Integration. Die Grundsatzregelungen zur Einarbeitung sind in unserem Leitbild festgelegt.

#### 2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Ziel der Fort- und Weiterbildung in beiden Krankenhäusern ist es, die erworbenen beruflichen Qualifikationen der Mitarbeiter zu erweitern bzw. zu vertiefen. Allen Mitarbeitern werden entsprechend dem Bedarf Fort- und Weiterbildungen angeboten. Ein interner Fort- und Weiterbildungskatalog für die Krankenhäuser wird jährlich veröffentlicht. Mitarbeiter können Anregungen anbringen, die in den Fort- und Weiterbildungskatalog einfließen. Bestimmte Fortbildungen sind für die Mitarbeiter verpflichtend (bspw. Reanimation, Brandschutz, Arbeitssicherheitsrichtlinien, Hygienevorschriften, Datenschutz etc.). Eine Online-Bibliothek steht allen Mitarbeitern zur Verfügung.

Am Krankenhaus St. Josef ist eine Berufsfachschule für Krankenpflege angegliedert. Dort erfolgt die Verzahnung zwischen theoretischer und praktischer Ausbildung von Krankenpflegeschülern ist durch ein System ausgebildeter Mentoren gemäß den Richtlinien der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG-Richtlinien) gewährleistet. Die Ausbildungsinhalte sind seit 01.09.2011

aufgrund des Zusammenschlusses mit der Altenpflegeausbildung (Generalistische Ausbildung) nach Vorgaben des Kultusministeriums neu konzipiert.

Sowohl Anleitungs- als auch Beurteilungskriterien sichern den Lernerfolg in allen Phasen. Theoretische und praktische Lerninhalte basieren auf von Lehrkräften und Mentoren gemeinsam erstellten Standards. Die Standards werden ständig aktualisiert und erweitert.

Im Krankenhaus St. Josef werden zusätzlich Ausbildungsplätze in der Verwaltung und der EDV angeboten.

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

Die Arbeitszeiten sind an die Tarifrichtlinien der AVR (Richtlinien für Arbeitsverträge in den Einrichtungen des Deutschen Caritasverbandes) angepasst. Die Dienstplangestaltung ist in allen Bereichen bedarfs- und mitarbeiterorientiert und erfolgt mittels einer Dienstplansoftware. Das Arbeitszeitgesetz und die AVR-Richtlinie sind dort abgebildet.

Die Überprüfung der tatsächlichen Arbeitszeiten erfolgt durch die Abteilungsleiter und zentral durch die Personalabteilung. Sämtliche Mehrarbeits- und Überstunden werden genau erfasst. Eine Regelung über Mobilzeit und Arbeitszeitkonten wurde im Rahmen einer Dienstvereinbarung verabschiedet.

Beide Krankenhäuser nehmen sich in die Pflicht als familienfreundliche Krankenhäuser aufzutreten. Ein BEM ist in beiden Krankenhäusern installiert. Die Sorge um Verhinderung von Benachteiligung von Mitarbeitern, gleich welcher Art, hat bei den Personalverantwortlichen einen hohen Stellenwert.

Es sind zahlreiche Angebote, wie bspw. Yoga, vorhanden, die zur Erhaltung der körperlichen und geistigen Gesundheit beitragen.

### **2.1.6 Ideenmanagement**

Ideen, Wünsche und Beschwerden sind Thema des jährlichen Mitarbeitergespräches. Mitarbeiterwünsche und -vorschläge werden unkompliziert und auf direktem Wege von Vorgesetzten aufgenommen, geprüft und ggf. umgesetzt. Bei Beschwerden wird eine zeitnahe Lösung durch den direkten oder übergeordneten Vorgesetzten angestrebt, die Mitarbeitervertretung wird bei Bedarf miteinbezogen.

Ein innerbetriebliches Vorschlagswesen ist im Krankenhaus St. Josef konzipiert und wird für die Einreichung mit einem geringen Betrag belohnt. Mitarbeiter, deren Vorschläge umgesetzt werden, erhalten einen Gutschein für die naheliegende „Stadtgalerie“ und bekommen diesen auf der Weihnachtsfeier überreicht.

In der Theresienklinik befindet das innerbetriebliche Vorschlagswesen gerade im Aufbau.

## 3 Sicherheit-Risikomanagement

### 3.1 Patientenbezogene Risiken

#### 3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements

In beiden Häusern sind Teilbereiche eines umfassenden Risikomanagementsystems eingeführt und umgesetzt. Ein QMB besitzt die Qualifikation zum klinischen Risikomanager.

Im Klinikverbund wurde ein Organisationskonzept zum Risikomanagement entwickelt.

Beide Krankenhäuser haben umfangreiche Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Patientensicherheit ein- und durchgeführt. Dazu wurden unter Einbeziehung auch der Patientenperspektive Risiken identifiziert und analysiert. In Zusammenarbeit der QMBs, des Lenkungsgremiums und der obersten Führungsebene wurden die Risiken bewertet und Präventionsmaßnahmen abgeleitet.

Für die erkannten Risikoinventare wurden Mitarbeiter gemäß ihrer fachlichen Kompetenz als „Risikoeigner“ ausgewählt, um durch Maßnahmen die Eintrittswahrscheinlichkeit der Risiken zu minimieren.

Befragungen finden unter dem Aspekt der Patientensicherheit statt.

#### 3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung

Grundsätzlich befinden sich die uns anvertrauten Patienten unter Aufsicht von Fachpersonal.

Unter Wahrung der persönlichen Freiheit und Intimsphäre wird den Patienten ein ausreichendes Maß an Sicherheit geboten. Durch die Anamnese sowie die Verlaufsbeobachtungen werden Patienten mit erhöhter Aufsichtspflicht identifiziert, Maßnahmen eingeleitet und dokumentiert. Umfangreiche Regelungen gewährleisten die Sicherheit unserer Patienten auch in speziellen Situationen, wie z.B. Sturzgefahr oder Eigengefährdung. Handlungsempfehlungen „Vermeidung von Verwechslungen im OP“ und „Sichere Patientenidentifikation“ aus dem Bündnis für Arbeitssicherheit wurden umgesetzt.

Im Krankenhaus St. Josef werden zur sicheren Patientenidentifikation Patientenarmbänder eingesetzt.

Es besteht ein umfassendes Konzept zum Deeskalationsmanagement, inklusive eines eingestellten Psychologen mit hierfür vorgesehenem Stellenanteil. Es finden vorausschauend geplante Schulungen dazu statt.

Die Gemeinsame Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zur Identifikation von Neugeborenen wurde gesichtet und wird im Krankenhaus St. Josef umgesetzt. Neugeborenen werden u. a. mit zwei Armbändern gekennzeichnet.

#### 3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement

In beiden Krankenhäusern liegt ein Notfallkonzept mit einer zentralen Rufnummer für das Notfallteam vor.

Alle Stationen sind mit einer Notfallausrüstung, Notfallmedikamenten und technischer Ausstattung bestückt. Die Überprüfung der Notfallausrüstung erfolgt durch das Pflegepersonal der Anästhesie und Intensivmedizin. Die Mitarbeiter werden regelmäßig und umfassend im Umgang mit medizinischen Notfallsituationen geschult.

Ein qualifiziertes Reanimationsteam steht rund um die Uhr zur Verfügung.

### **3.1.4 Organisation der Hygiene**

Das Hygienemanagement beider Häuser ist gemäß den gesetzlichen Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes, der Verordnung zur Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen Bayern und den Empfehlungen des Robert Koch-Institutes strukturiert. Die Krankenhäuser verfügen über eine Hygienekommission, sowie Hygienebeauftragte Ärzte, Hygienefachkräfte und einen externen Krankenhaushygieniker. Für alle Bereiche sind hygienebeauftragte Pflegekräfte benannt und weitergebildet. Die Hygienekommissionen tagen in festgelegten Intervallen und nach Bedarf. Es werden in regelmäßigen Abständen Hygienebegehungen der Abteilungen durchgeführt. Regelmäßige Hygienefortbildungen und Aktionstage für die Mitarbeiter aller Berufsgruppen werden angeboten und wahrgenommen.

### **3.1.5 Hygienerelevante Daten, Infektionsmanagement**

Hygienerelevanten Daten werden erhoben und ausgewertet. Die Ergebnisse der Infektionsstatistik und der Begehungen werden in der Hygienekommission vorgestellt und bewertet. Zur frühzeitigen Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen wurden umfassende Maßnahmen durch die Hygienekommission im Hygieneplan festgelegt. Die aktuelle Version ist im Intranet einsehbar. Eingeleitete Maßnahmen werden auf ihre Wirksamkeit geprüft.

### **3.1.6 Arzneimittel**

Durch ein schriftlich fixiertes Verfahren ist die Anwendung von Arzneimitteln einschließlich Bestellung, Lagerung und Anwendung für alle Mitarbeiter verbindlich geregelt. Darüber hinaus sind die berufsgenossenschaftlichen Forderungen bezüglich des Umgangs mit Zytostatika erfüllt. Die gesetzlichen Bestimmungen im Umgang mit Betäubungsmitteln werden erfüllt und regelmäßig kontrolliert. Arzneimittel werden ausschließlich von Ärzten, unter Berücksichtigung von Leitlinien der Fachgesellschaften, angeordnet. Die Verabreichung erfolgt durch examiniertes Pflegepersonal. Begehungen und Arzneimittelvisiten werden von der Lieferapotheke durchgeführt. Die Versorgung der Patienten mit Arzneimitteln ist rund um die Uhr gewährleistet. Die Patientensicherheit steht hierbei an erster Stelle. Durch Befragungen findet, soweit möglich, eine Bewertung des gesamten Medikationsprozesses statt.

### **3.1.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate**

Die Grundlagen für den Umgang mit Blut und Blutprodukten sind das Transfusionsgesetz und das Qualitätsmanagementhandbuch zur Transfusion. In der zugehörigen Dienstanweisung sind die Vorgaben jederzeit nachzulesen. Die erforderlichen Schulungen finden statt, das Überwachungsorgan ist die Transfusionskommission. Besondere Vorkommnisse werden dem Transfusionsverantwortlichen und dem Transfusionsbeauftragten gemeldet. Alle abgegebenen Blutprodukte werden einmal im Jahr dem Paul-Ehrlich-Institut gemeldet. Für Blut und Blutprodukte hält das Labor im Krankenhaus St. Josef ein eigenes Blutdepot vor.

### **3.1.8 Medizinprodukte**

Der Umgang mit Medizinprodukten und die Verantwortlichkeiten sind in einer Dienstanweisung geregelt. Medizinische Geräte werden nur von ausgewiesenen Mitarbeitern benutzt. Für die Einweisung in die einzelnen Geräte sind die Beauftragte der Abteilung zuständig. Es existiert eine Datenbank, in der alle Geräte und deren Anwender erfasst werden. Alle Geräte werden vorschriftsmäßig den sicherheitstechnischen Kontrollen unterzogen. Die Aufbereitung von Medizinprodukten erfolgt in validierten Verfahren. Der Umgang mit Sterilgut ist im Hygieneplan geregelt.

## 3.2 Schutz- und Sicherheitskonzepte

### 3.2.1 Arbeitsschutz

Die Sicherheit und der Schutz der Gesundheit unserer Patienten und Mitarbeiter haben in unserer Klinik einen sehr hohen Stellenwert und werden von Krankenhausleitung, MAV, Betriebsarzt, interner Fachkraft für Arbeitssicherheit und den Sicherheitsbeauftragten im Arbeitsschutzausschuss koordiniert.

Die Überprüfung der Einhaltung der gesetzlichen und berufsgenossenschaftlichen Vorgaben wird in festgelegten Abständen, laut Plan, durch Begehungen der internen Fachkraft für Arbeitssicherheit überprüft. Unsere Mitarbeiter werden regelmäßig betriebsärztlich untersucht und nehmen an Pflichtunterweisungen zu allen Themen der Arbeitssicherheit teil. Gefahrenstoffe werden systematisch erfasst und vor Gebrauch auf Notwendigkeit und die Vorschriften der Anwendung überprüft. Eine Gefahrstoffliste ist für alle Mitarbeiter im Intranet einzusehen. Arbeitsplatzbeurteilungen nach psychischen Belastungen werden in beiden Kliniken durch Betriebsarzt, Psychologen und Fachkraft für Arbeitssicherheit durchgeführt.

### 3.2.2 Brandschutz

Für den Brandfall sind die Krankenhäuser umfassend mit Rettungs- und Fluchtwegeplänen, Feuerlöschern und baulichem Brandschutz ausgestattet. Ein regelmäßig aktualisierter Katastrophenplan liegt vor. Es bestehen enge Kontakte zur örtlichen Feuerwehr. Die Brandschutzunterweisungen und Überprüfung der Anlagen und Geräte werden regelmäßig durchgeführt. Es finden regelmäßige Brandschutzübungen und Begehungen in Zusammenarbeit mit der Feuerwehr statt. Mitarbeiter wurden zu Brandschutz Helfern für den Ernstfall ausgebildet.

### 3.2.3 Datenschutz

Der gesetzliche und nach kirchlichen Vorschriften geltende Datenschutz ist in einem Datenschutzkonzept geregelt. Alle Mitarbeiter unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht und sind dazu schriftlich verpflichtet. Die Datenschutzbeauftragten (medizinischer und administrativer Bereich) führen regelmäßig Schulungen und Begehungen durch. Die Patienten haben die Möglichkeit im Krankenhaus St. Josef bei Aufnahme ein Patientenpasswort zu wählen. Dies bietet einen besonderen Schutz vor unerwünschten telefonischen Auskünften.

### 3.2.4 Umweltschutz

Der Umweltschutz ist bereits in unserem Leitbild festgeschrieben und uns ein wichtiges Anliegen. Ein sorgsamer Umgang mit den natürlichen Ressourcen ist für alle Mitarbeiter selbstverständlich. Effektive Maßnahmen zur Energieeinsparung werden umgesetzt. Im Bereich der Entsorgung ist es unser Ziel, Abfälle zu vermeiden. Wertstoffe werden vom Restmüll getrennt und einer Wiederverwertung zugeführt. Zur Kontrolle erstellen wir eine Abfallbilanz. Die verwendeten Gefahrstoffe sind in einem Gefahrstoffkataster gelistet und werden, wenn möglich, durch weniger gefährliche Stoffe ersetzt.

### 3.2.5 Katastrophenschutz

Für den Eintritt einer Katastrophensituation sind die Krankenhäuser durch den Katastrophenplan vorbereitet. Dort ist das Vorgehen bei externen und internen Gefahrensituationen wie z.B. Bombendrohung, Feuer, Massenanfall von Verletzten und die Evakuierung geregelt. Ein Katastrophenschutzbeauftragter sowie die Krankenhauseinsatzleitung für den Katastrophenfall sind benannt. Zur Alarmierung verfügen beide Häuser über einen Alarmserver. Seit der letzten Aktualisierung ist der Alarm- und Einsatzplan auch von allen EDV-Arbeitsplätzen einsehbar.

Jährliche Unterweisungen und regelmäßige Notfallübungen geben Handlungssicherheit.

### **3.2.6 Ausfall von Systemen**

Es besteht ein umfangreiches IT-Konzept, das in beiden Kliniken umgesetzt wird.

Das EDV-Netzwerk ist auf dem neuesten Stand der Technik. Es verfügt über moderne Komponenten. Es gibt einen Exchange Server, der die notwendige Software virtualisiert. Mit Hilfe eines Penetrationstests wird in regelmäßigen Abständen die Sicherheit und die Stabilität des EDV-Systems geprüft. Ein Helpdesk für IT-Probleme wurde programmiert und installiert.

Die Alarmierung der Technischen Abteilung und der Krankenhauseinsatzleitung über den Alarmserver ist sichergestellt.

Beide Kliniken besitzen einen Notstromgenerator, der im Falle eines Stromausfalls die elektrische Versorgung der erforderlichen Bereiche gewährleistet.

## 4 Informations- und Kommunikationswesen

### 4.1 Informations- und Kommunikationstechnologie

#### 4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Die Theresienklinik und das Krankenhaus St. Josef sind zu einem System zusammengefasst. Ein Gesamtkonzept besteht, Penetrationsversuche werden regelmäßig im Abstand von 2-3 Jahren von einer externen Firma durchgeführt.

Generell ist kein externer Datenzugriff möglich, die Ausnahme bildet der Zugriff über ein EDV-Programm (Team Viewer) für berechnigte Mitarbeiter.

Datensicherungen werden täglich durchgeführt. Daten des Krankenhausinformationssystems werden täglich gespeichert und zusätzlich auf einem Band gesichert und an einem entfernten Ort (mehrere Brandabschnitte) im Haus aufbewahrt.

Die Server werden in regelmäßigen Abständen (alle paar Stunden) auf den redundanten Serverraum im Ärztehaus repliziert. Zur Sicherheit und Stabilität des Krankenhausinformationssystems werden mehrere Serverräume vorgehalten.

### 4.2 Patientendaten

#### 4.2.1 Klinische Dokumentation

Beim Erstkontakt mit den Patienten wird beim Aufnahmeprozess in beiden Krankenhäusern eine eindeutige Identifikationsnummer vergeben. Diese ist im Krankenhausinformationssystem hinterlegt und kann eventuellen früheren Aufenthalten problemlos zugeordnet werden.

Zusätzlich erhält der Patient noch eine Aufnahmezahl für den jeweiligen Aufenthalt.

Die Dokumentation erfolgt zusätzlich zur EDV noch in Papierform (Optiplan).

Der ärztliche Dienst ist für die Führung der Patientenakte zuständig, das Pflegepersonal für die Patientenkurve. Am Ende des Patientenaufenthaltes werden beide zusammengeführt und gemeinsam archiviert.

Verantwortlich für die ärztliche Dokumentation ist der Chefarzt der jeweiligen Abteilung, bzw. der jeweilige Belegarzt. Verantwortlich für die pflegerische Dokumentation ist die Pflegedienstleitung.

Die elektronische Patientenakte befindet sich kurz vor der Einführung.

#### 4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

Die Dokumentation der Patientendaten erfolgt sowohl elektronisch als auch in Papierform. Die Führung der Patientenakte erfolgt berufsgruppenübergreifend. Die Dokumentation aller Patientendaten sowie Maßnahmen, Leistungen, Diagnosen und Therapien werden von allen an der Versorgung des Patienten beteiligten Berufsgruppen zeitnah vorgenommen.

Alle an der Behandlung beteiligten Mitarbeiter haben, unter Beachtung der gesetzlichen Vorschriften (insbesondere des Datenschutzes), jederzeit Zugriff auf aktuelle und vergangene Patientendokumentation. Die Zugriffsberechtigungen sind unter Berücksichtigung des Datenschutzes klar geregelt. Der Zugriff auf archivierte Patientenakten ist jederzeit gewährleistet. Wichtige Informationen und Befunde sind in digitaler Form im Krankenhausinformationssystem einsehbar. Das Aktenarchiv hat bekannte Öffnungszeiten, so dass Akten von berechtigten Personen angefordert werden können. Außerhalb der Öffnungszeiten kann im Notfall ein Generalschlüssel am Empfang oder in der Notaufnahme (St. Josef) entliehen werden.

## 4.3 Informationsmanagement

### 4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Ein umfassendes Berichtswesen ist etabliert. Alle Besprechungen und Konferenzen werden protokolliert und der Krankenhausleitung zur Verfügung gestellt. Die Krankenhausleitung ist in allen relevanten Gremien vertreten. Dies trägt zu einem zielorientierten Informationsfluss zwischen dem Träger, der Krankenhausleitung und den Abteilungsleitern bei. Die Information des Trägers erfolgt im Rahmen der Beiratssitzungen und durch zusätzliche Berichterstattung durch den Krankenhausdirektor.

### 4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Der Informationsfluss ist durch regelmäßige abteilungsinterne und -übergreifende Besprechungen, Informationsveranstaltungen und Rundschreiben sichergestellt. Darüber hinaus erfolgt die Informationsweitergabe über das Krankenhausinformationssystem und das Intra-net.

Der Empfang ist im Krankenhaus St. Josef rund um die Uhr besetzt und ist die zentrale Anlaufstelle in der Eingangshalle. In der Theresienklinik ist aufgrund der Versorgungsstruktur der Empfang nur tagsüber besetzt.

Den Mitarbeitern am Empfang liegen sämtliche Ruf- und Bereitschaftspläne, die aktuellen Telefonlisten und die Alarm- und Einsatzpläne vor. Die Mitarbeiter des Empfangs sind mit der Infrastruktur des Hauses gut vertraut und können gezielt Auskunft geben. Die telefonisch zentrale Auskunftstelle ist in beiden Häusern ebenfalls am Empfang.

Die Einhaltung des Datenschutzes ist jederzeit gewährleistet und selbstverständlich.

## 5 Unternehmensführung

### 5.1 Unternehmensphilosophie und -kultur

#### 5.1.1 Philosophie/ Leitbild

Ein christlich geprägtes Leitbild wurde für beide Häuser erarbeitet, um Grundsätze und Ziele der Dienstgemeinschaft klar darzulegen. Alle Beteiligten sind sich darüber einig, dass die Umsetzung des gesellschaftlichen Auftrages und des Sendungsauftrages nur gelingen kann, wenn alle Mitarbeiter nach gemeinsamen Grundsätzen handeln. Im Mittelpunkt unseres Wirkens stehen immer die Patienten mit ihren Wünschen und Bedürfnissen.

#### 5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Die Krankenhausleitung, die Mitarbeitervertretung und die Abteilungsleiter legen großen Wert auf vertrauensfördernde Maßnahmen und praktizieren einen mitarbeiterorientierten Führungsstil. Allen Mitarbeitern stehen Möglichkeiten einer kritischen Meinungsäußerung zur Verfügung. Die Mitarbeiterorientierung drückt sich auch durch die Förderung einer hohen Eigenverantwortlichkeit, flache Hierarchie und kurze Entscheidungswege aus. Weitere Maßnahmen wie Veranstaltungen, Betriebsausflüge, Begegnungstage, Feiern der Dienstgemeinschaft und Abteilungsfeiern, Beschwerdemanagement und Mitarbeitergespräche runden diesen Bereich ab.

#### 5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Im Krankenhaus St. Josef und der Theresienklinik steht der Mensch (Patient, Angehöriger, Mitarbeiter) im Mittelpunkt des Handelns. Seine individuellen körperlichen, geistigen, seelischen, religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse und Einstellungen werden berücksichtigt und respektiert. Als kirchliches Krankenhaus hat die Seelsorge einen hohen Stellenwert und ist in den Klinikalltag integriert. Die psychologische Betreuung ist auf Wunsch möglich. Ein Ethikkomitee steht bei Problemen beratend zur Verfügung.

#### 5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Eine geplante und organisierte Marketingstrategie und Öffentlichkeitsarbeit bildet die Grundlage um die Krankenhäuser in der Öffentlichkeit positiv zu positionieren und über Angebote und wichtige Anlässe zu informieren.

Die Öffentlichkeit wird über das Leistungsangebot durch die verschiedenen Medien, Pressemitteilungen, Flyer, Homepage und Broschüren informiert. Zudem werden Informationsveranstaltungen für Patienten, Ärzte und interessierte Personen angeboten. Es finden regelmäßige „Tage der offenen Tür“ mit verschiedenen Schwerpunktthemen statt. Alle Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit werden prospektiv geplant.

### 5.2 Strategie und Zielplanung

#### 5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Die Krankenhäuser verfügen über ein Managementsystem zur Entwicklung, Umsetzung und Überprüfung der Abläufe und Strategien. Sie werden durch eine gemeinsame Spitze geführt. Die Abstimmung der Krankenhausleitung findet wöchentlich im Rahmen eines Jour fixe statt.

Die jährliche Zielplanung wird aus dem Leitbild und den Ergebnissen des Management-Reviews abgeleitet. Die Leistungsentwicklung wird unter Berücksichtigung der ökonomischen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen erstellt und bezieht die Bedürfnisse der Patienten

und Mitarbeiter ein. Die Ziele und die Zielerreichung werden in verschiedenen Gremien (Krankenhaus-/Klinikrat, Chefarzt-/Belegarztkonferenz, Lenkungsgremium QM, Qualitätskomitee, Infoveranstaltung etc.) kommuniziert.

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

Wirtschaftliches Handeln steht in beiden Krankenhäusern nach Patientenorientierung und Mitarbeiterorientierung an vorderer Stelle.

Nur wenn beide Krankenhäuser wirtschaftlich erfolgreich geführt werden, kann die Unabhängigkeit, Wettbewerbs- und Entwicklungsfähigkeit gewahrt werden, damit wir unseren Versorgungsauftrag erfüllen und somit unserer Verantwortung gerecht werden können.

Kostentransparenz und -bewusstsein sind hierzu ebenso wichtige Voraussetzungen wie Kostenanalyse und Controlling.

Hierzu tragen ein ausführliches Berichtswesen, sowie eine für beide Häuser zuständige Finanzbuchhaltung bei.

Die kaufmännischen Risiken wurden im Zuge einer umfassenden Risikoanalyse bewertet und es wurde im Rahmen der Projektgruppe „Interne Revision“ ein ausführlicher Fragekatalog erarbeitet.

### **5.2.3 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaft und Kooperation**

In den Klinik-Leitbildern ist die Verantwortung gegenüber der Gesellschaft dargelegt. Wir verstehen uns als Teil des Sozialgefüges und unterstützen das gesellschaftliche Engagement unserer Mitarbeiter. Unser Augenmerk liegt besonders auf Menschen, die in der Gesellschaft wenig Wertschätzung erfahren.

Kooperationen werden so strukturiert, dass aus der Zusammenarbeit Synergieeffekte für beide Partner entstehen.

## **5.3 Unternehmensentwicklung**

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

Die Organisationsstruktur ist in beiden Häusern klar in einem Organigramm dargestellt und allen Mitarbeitern bekannt gemacht. Die Aufgabenstellung und die Zusammenstellung der einzelnen Gremien sind in Geschäftsordnungen geregelt. Der Krankenhausrat/ Klinikrat unterstützt die Krankenhausdirektion bei der Wahrnehmung ihrer Gesamtverantwortung für das Krankenhaus.

Projekte werden in der Regel durch interdisziplinäre Teams umgesetzt. Hierdurch wird die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen mit ihrer jeweiligen Fachkompetenz gefördert und flache Hierarchien erreicht.

### **5.3.2 Innovation und Wissensmanagement**

Im Rahmen der jährlichen Zielplanung werden die medizinischen Ziele weiterentwickelt. Auf dieser Grundlage werden notwendige strukturelle und personelle Veränderungen sowie erforderliche Kooperationen geplant. Für die Mitarbeiter bestehen umfangreiche Informationsmöglichkeiten durch Internet, Intranet, Online-Literatur, Fort- und Weiterbildungen. Alle Mitarbeiter haben die Möglichkeit über das betriebliche Vorschlagswesen Ideen einzubringen.

## 6 Qualitätsmanagement

### 6.1 Struktur und Ablauf

#### 6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Als Grundstein für die Qualitätspolitik wurden Grundsätze und Leitlinien in Form eines Leitbildes erarbeitet und veröffentlicht. In der Theresienklinik und im Krankenhaus St. Josef bestehen prozessorientierte Qualitätsmanagementsysteme. Zwei Qualitätsmanagementbeauftragte sind gemeinsam mit dem Lenkungsgremium bzw. dem Qualitätskomitee für die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems verantwortlich. Zur Unterstützung wurden KTQ Coaches ausgebildet.

Im Organigramm der Krankenhäuser sind die Verantwortlichkeiten und Kompetenzen festgelegt. Die QMB's sind Stabstelle der Krankenhausleitung.

#### 6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Sämtliche Arbeitsabläufe sind in Form von Prozessbeschreibungen zusammengefasst und in vier Kategorien aufgeteilt: Qualitätsmanagement-Prozesse, Führungs- und Innovationsprozesse, Hauptprozesse (aus Sicht des Patienten) und unterstützende Prozesse.

Ziel ist es, alle beteiligten Mitarbeiter mit in die Prozessgestaltung einzubinden und alle relevanten Schnittstellen zu identifizieren.

Dies bildet die Grundlage zur kontinuierlichen Verbesserung. Die Prozesse werden in regelmäßigen Abständen durch Interne Audits und die Erhebung von Kennzahlen auf ihre Wirksamkeit überprüft.

### 6.2 Befragungen

#### 6.2.1 Patientenbefragung

Eine allgemeine Befragung zur Zufriedenheit der Patienten über alle Bereiche der Krankenhäuser findet kontinuierlich statt. Beide Krankenhäuser beteiligen sich am Befragungsmanagement der Klinik-Kompetenz-Bayern eG. Ziele dieser gemeinsamen Befragung im Verbund sind:

- Identifikation von Stärken und Schwächen einer Klinik (Fachabteilung, Station) zur Sicherung und Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung.
- Rückmeldungen zur Versorgungsqualität aus Patientensicht
- Hinweise auf Qualitätsdefizite und Schwachstellen der medizinischen Versorgung aus Patientensicht
- Verwendung als Management- und Marketinginstrument
- Evaluierung der Qualitätsziele Zeit, Zuwendung, Nähe (Offensive Q)
- Erfüllung der Anforderungen etablierte Zertifizierungsverfahren im Gesundheitswesen
- Schaffung eines validen Benchmarkdatenpools für interne und externe Qualitätsvergleiche

Zusätzlich finden zeitlich begrenzte Befragungen mit Schwerpunktthemen statt, wie bspw. Zufriedenheit mit der Visite, Ambulante Operationen, Speisenversorgung.

#### 6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Ein Konzept zur Befragung der einweisenden Ärzte liegt vor. Die Befragung findet in regelmäßigen Abständen statt. Ziel ist es, die Zufriedenheit der einweisenden Ärzte zu erkennen und Stärken und Schwächen in der Zusammenarbeit zu analysieren. Verbesserungspotenziale wer-

den durch geeignete Maßnahmen umgesetzt.

Mit externen Einrichtungen, wie Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeeinrichtungen und sozialen Diensten findet neben einer strukturierten Befragung ein regelmäßiger Austausch, telefonisch bzw. persönlich statt.

### **6.2.3 Mitarbeiterbefragung**

In regelmäßigen Abständen werden in beiden Krankenhäusern Mitarbeiterbefragungen durchgeführt. Die Vorgehensweise wurde in einer Projektgruppe unter Einbezug des Datenschutzbeauftragten und der Mitarbeitervertretung festgelegt. Die Befragung erfolgt anonym. Rückschlüsse auf einzelne Mitarbeiter sind nicht möglich. Nach Auswertung werden die Ergebnisse der Krankenhausleitung, allen Abteilungsleitern und dem Vorsitz der Mitarbeitervertretung präsentiert. Maßnahmen zur Erhöhung bzw. Aufrechterhaltung der Mitarbeiterzufriedenheit werden in die Wege geleitet.

## **6.3 Meinungsmanagement**

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

Ein aktives Beschwerdemanagement ist eingeführt. Jeder Patient erhält bei Aufnahme einen Patientenfragebogen mit der Bitte, Wünsche und Beschwerden zu äußern. Alle Wünsche und Beschwerden werden von der Krankenhausleitung geprüft und nach Möglichkeit verwirklicht. Alle Mitarbeiter sind Ansprechpartner für Beschwerden. Alle Beschwerden werden zeitnah bearbeitet. Der Beschwerdeführer erhält Rückmeldung über die weitere Vorgehensweise. Darüber hinaus steht den Patienten ein Patientenfürsprecher als neutralen Ansprechpartner zur Verfügung.

## **6.4 Qualitätsrelevante Daten**

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

Ziel der Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten ist es, den Qualitätsstand der Prozesse zu erhalten bzw. zu verbessern. Die erhobenen Daten werden von der Krankenhausleitung und den Qualitätsmanagementbeauftragten gesichtet und unter Einbezug der entsprechenden Leitung Maßnahmen abgeleitet. Qualitätsrelevante Daten werden in Form von statistischen Auswertungen, Befragungen, Internen Audits und Begehungen erhoben.

Ein System zur vollständigen Erfassung der gesetzlich vorgeschriebenen qualitätsrelevanten Daten ist implementiert. Die Daten sind aufgrund der hohen Dokumentationsrate sehr aussagekräftig. Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung werden durch die Krankenhausleitung, die Chefärzte, das Medizincontrolling und die Qualitätsmanagementbeauftragten gesichtet. Auffälligkeiten werden hierbei analysiert und notwendige Verbesserungen umgehend in die Wege geleitet. Die Ergebnisse werden in den jährlichen Qualitätsberichten veröffentlicht.