



KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Klinikum Aschaffenburg-Alzenau gGmbH
Institutionskennzeichen:	260900134
Anschrift:	Schlosshof 1 63775 Alzenau-Wasserlos
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2017-0067 KHVB
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	LGA InterCert GmbH, Nürnberg
Gültig vom:	19.12.2017
 bis:	18.12.2020
Zertifiziert seit:	19.12.2014

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	8
1. Patientenorientierung	9
2. Mitarbeiterorientierung	14
3. Sicherheit - Risikomanagement	15
4. Informations- und Kommunikationswesen	19
5. Unternehmensführung	21
6. Qualitätsmanagement	23

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 Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹, 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.

¹ 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[®] 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 das **Klinikum Aschaffenburg-Alzenau, Standort Alzenau** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

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

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

F. Wagner

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung



Nach der von Stadt und Landkreis Aschaffenburg beschlossenen Fusion mit dem Klinikum Aschaffenburg ist das ehemalige Kreiskrankenhaus Alzenau-Wasserlos seit dem 1. Januar 2015 das Klinikum Aschaffenburg-Alzenau, bestehend aus dem Standort Aschaffenburg und dem Standort Alzenau. Im August 2016 ging das Krankenhaus unter kommunaler Trägerschaft rückwirkend zum 01. Januar 2016 in eine gemeinnützige gGmbH über. Träger des Klinikums und politisch verantwortliches Entscheidungsgremium ist der Krankenhauszweckverband. Den Vorsitz führen im zweijährigen Wechsel der Landrat des Kreises Aschaffenburg und Aschaffenburgs Oberbürgermeister. Vertreter aus dem Aschaffener Stadtrat und Kreistag entscheiden bei regelmäßigen Treffen über wirtschaftlich-strategische Belange größerer Tragweite. Einzelvertretungsbeauftragte Geschäftsführerin des Klinikums Aschaffenburg-Alzenau gemeinnützige GmbH ist Frau Katrin Reiser. Ihr obliegt die Gesamtverantwortung für kaufmännische Fragen, strategische Ausrichtung des Hauses, für Leistungsspektrum und die Organisation des Alltagsgeschäfts. Entscheidungsgremium für zahlreiche standortübergreifende Fragen ist die Krankenhausleitung, bestehend aus der Geschäftsführerin, dem ärztlichen Direktor, der Zentralen Pflegedienstleitung und den beiden Prokuristen. Für zahlreiche berufsgruppenübergreifende interne Fragen ist das standortbezogene Direktorium, bestehend aus der Geschäftsführung, dem Standortleiter Alzenau-Wasserlos, der Pflegedienstleitung am Standort Alzenau-Wasserlos und dem ärztlichen Direktor am Standort Alzenau-Wasserlos zuständig.

Der Standort Alzenau liegt im Stadtteil Wasserlos der Stadt Alzenau unmittelbar an den bewaldeten Hängen des Vorspessarts inmitten eines großen Schlossparks mit altem Baumbestand, einem Bachlauf und Teichen. Der Blick nach Westen reicht bis nach Frankfurt. Seine Tradition geht bis ins letzte Jahrhundert zurück, wo im Schloss zu Wasserlos der damalige Besitzer, Graf von Bentheim, im Bruderkrieg 1866 für die Verwundeten aus den Gefechten bei Aschaffenburg ein Notlazarett einrichtete. Seit Ende des zweiten Weltkrieges diente das Haus zur Versorgung des Altlandkreises Alzenau. Das Krankenhaus begrenzte sich anfänglich ausschließlich auf das ehemalige Schloss, wurde in den sechziger Jahren aber sukzessive erweitert. Im Jahr 2012 ist ein Anbau mit modernster Ausstattung entstanden. Hervorzuheben ist hier die Sanierung der drei OP-Säle, wodurch die Patienten in den modernsten OP-Sälen des Umkreises operiert werden. Neben dem Neubau wurde im Altbauteil mit umfänglichen Umbauten und brandschutztechnischen Sanierungsarbeiten gemäß den Brandschutzvorschriften begonnen. Durch die zahlreichen Neubau- und Umbaumaßnahmen soll eine erstklassige Ausstattung im medizinischen und pflegerischen Bereich mit der menschlichen und persönlichen Atmosphäre eines relativ kleinen überschaubaren Hauses verbunden werden, um so die notwendigen Voraussetzungen für einen optimalen Behandlungserfolg zu schaffen.

Die gemeinnützige Klinikum Aschaffenburg-Alzenau gGmbH mit zwei Standorten ist als Krankenhaus der Schwerpunktversorgung zugelassen. Der Standort Alzenau verfügt über ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit insgesamt 110 Betten; 66 Betten im Neubau, 43 Betten im Altbau. Das medizinische Leistungsspektrum gliedert sich in sechs chefärztlich geführte Fachabteilungen bestehend aus der Unfall- und Gelenkchirurgie¹, der Allgemein- und Viszeralchirurgie, der Gynäkologie, der Geriatriischen Rehabilitation*, der Inneren Medizin sowie der Anästhesiologie, operativen Intensivmedizin und Schmerztherapie. Über unsere Zentrale Aufnahme bieten wir eine 24-Stunden Basis-Notfall-Versorgung an.

Der kleinere Standort möchte in der Zukunft dem Großen folgen und neben den traditionellen Klinikstrukturen weitere Kompetenzzentren aufbauen. Unsere Allgemein- und Viszeralchirurgie am Standort Alzenau war hier bereits im Jahr 2015 Vorreiter und verfügt als zertifiziertes Kompetenzzentrum für Hernienchirurgie über eine ausgewiesene Expertise in der operativen Versorgung von Leisten-, Nabel- und Narbenbrüchen. Im Jahr 2018 möchte sich auch die Unfall- und Gelenkchirurgie weiter spezialisieren und strebt den Aufbau eines Endoprothetikzentrums an.

Weiterhin pflegen wir zahlreiche Kooperationen zu externen Ärzten, um möglichst viele Fachrichtungen abdecken zu können. So besteht eine Zusammenarbeit mit der kardiologischen Gemeinschaftspraxis in Aschaffenburg, die am Standort Alzenau ein eigenes Herzkatheterlabor betreibt. Die Radiologie und Nuklearmedizin Aschaffenburg hält im Erdgeschoss des Standortes Alzenau ausgelagerte Praxisräume* mit modernen Großgeräten vor. Unsere Patienten profitieren somit von einer modernen Bildgebung sowie von einer schnellen Untersuchung und Befundung durch radiologische Fachärzte vor Ort. Weiterhin bietet das Krankenhaus ambulante Koloskopien an, die von Ärzten der

¹ Mit dem Chefarztwechsel im Mai 2017 ging die Abteilung in die „Unfallchirurgie/ Orthopädie“ über.

Gastroenterologischen Gemeinschaftspraxis Aschaffenburg* durchgeführt werden. Auch die Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen ist am Standort möglich. Zwei Fachärzte für Neurochirurgie bieten professionelle Behandlungsmöglichkeiten.

Am Klinikum etabliert sind Berufsfachschulen für Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Hebammen. Zusätzlich wird die Ausbildung zu operations-technischen Assistenten angeboten. Die interne Weiterbildung wird durch den Bereich Weiterbildung und Fortbildung für beide Standorte sichergestellt. Das Klinikum ist akademisches Krankenhaus der Uni Würzburg, alle Chefärzte verfügen über Weiterbildungsermächtigungen. Die Aus- und Weiterbildung der Ärzte wird darüber gewährleistet.

Gemäß unserer Vision versteht sich das Klinikum als ein Haus, das die Versorgung der Bevölkerung am Bayerischen Untermain in allen großen Fächern auf hohem Niveau sicherstellt, aber auch in Spezialgebieten eine überregionale Versorgung vorhält. Alle Tätigkeiten sind daraufhin ausgerichtet, auf dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis unter naturwissenschaftlichen Ansätzen die bestmögliche Medizin zu bieten. Qualifizierte Mitarbeiter in allen Berufsgruppen sollen diesen Anspruch sicherstellen.

Seit 2002 ist am Standort Aschaffenburg ein umfassendes Qualitätsmanagement etabliert. Mit der Fusion 2015 ist eine standortübergreifende Abteilung für Qualitätsmanagement entstanden. Das Qualitätsmanagement koordiniert alle Qualitätsmanagementaufgaben im Hinblick auf die Aufrechterhaltung und Weiterführung des Qualitätsmanagementsystems am Standort Aschaffenburg und die Einführung des krankenhausspezifischen Qualitätsmanagementsystems „Kooperation und Transparenz im Gesundheitswesen (KTQ)“ am Standort Alzenau. Der Standort Aschaffenburg stellt sich seit 2005 erfolgreich dem Zertifizierungsverfahren der KTQ, der Standort Alzenau ist seit diesem Jahr erstmalig in das Verfahren eingebunden. Durch die Zertifizierung unseres Qualitätsmanagements möchten wir das Vertrauen unserer Patienten und Partner in unsere Arbeit stärken. In der Geriatrischen Rehabilitation wurde mit der Einführung eines rehaspezifischen Qualitätsmanagementsystems bereits 2012 begonnen und konnte erfolgreich nach RehaSpect erst- und re-zertifiziert werden.

* Nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

Die KTQ-Kategorien

1. Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das Krankenhaus hält für Patienten, Angehörige und weitere Interessierte verschiedene Info-Möglichkeiten vor (Flyern, Broschüren, Vortragsreihen, Sprechstunden, Homepage). Letztere wurde neu gestaltet. Mit PKW und öffentlichen Verkehrsmitteln ist das Krankenhaus gut erreichbar. Parkplätze stehen kostenlos bereit. Ein Beschilderungssystem im ganzen Haus unterstützt die Orientierung. Auskunftsstellen stehen im Eingangsbereich zur Verfügung. Die Aufnahmeplanung erfolgt nach festgelegten Standards. Auch Notfälle werden berücksichtigt. Verantwortlichkeiten für das Belegungsmanagement sind festgelegt.

1.1.2 Leitlinien und Standards

Die Behandlung und Versorgung von Patienten erfolgt anhand von med. Leitlinien der Fachgesellschaften. Im Pflege- und Funktionsdienst sind alle Nationalen Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege etabliert. Medizinische und pflegerische Standards/ Standard Operating Procedures (SOP's) sind schriftlich festgelegt. Prüfturnus und Verantwortlichkeiten sind geregelt. Die Einhaltung im medizinischen Bereich wird in Visiten überprüft. Umsetzungsprüfungen, Evaluation und Weiterentwicklung von Expertenstandards erfolgt in der Arbeitsgruppe "Expertenstandards".

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Patienten werden in ihre Behandlung einbezogen. Zur Beratung können unterschiedliche Möglichkeiten/Materialien genutzt werden (Flyer, Broschüren, Vortragsreihen, Visiten, Aufklärungsgespräche, individuell vereinbarte Gesprächstermine). Diverse Fachexperten werden zur Patienten-Beratung/ -Schulung vorgehalten (z. B. Diätassistentin). Kontakte zu Selbsthilfegruppen können auf Wunsch des Patienten vermittelt werden. Des Weiteren bestehen Kooperationsverträge mit externen Konsiliarärzten. Patientenverfügungen und Vollmachten werden berücksichtigt. Eine zentral hinterlegte Fremdsprachenliste und fremdsprachige Aufklärungsbögen unterstützen die Kommunikation mit fremdsprachigen Patienten.

1.1.4 Ernährung und Service

Es ist uns wichtig, unseren Patienten einen modernen Komfort und Service zu bieten. Deshalb investieren wir seit 2012 in Neubau-, Umbau- und brandschutztechnische Sanierungsarbeiten sowie in Ausstattung. Dieses Jahr wird die Patientencafeteria kunden-

freundlicher gestaltet.

Der Standort hält überwiegend Zwei-Bett-Zimmer, mit bestehender Möglichkeit zur Ein-Bett-Zimmervergabe, vor. Die Patientenzimmer im Neubau entsprechen einem modernen Krankenhausstand und sind an die Patientenbedürfnisse angepasst. Sie sind mit vollelektronischen Betten, Rundfunkempfang am Bett, seniorengeeigneten Telefonen und Fernsehgeräten ausgestattet. Weitere Serviceangebote wie Kaffee- und Teeküchen, Kapelle und Kiosk werden vorgehalten. Die Geriatrie Rehabilitation hält eine besondere Ausstattung in ihren Therapiebereichen vor (Kraft- und Frühsportraum, Frühstücksraum, Massage-, Handwerks- und Behandlungsraum). Weiterhin stehen den Patienten und Besuchern für lange Spaziergänge und zum Erholen im Freien eine große Parkanlage zur Verfügung.

Die standort eigene Küche bietet täglich drei Menüs zur Auswahl an, aus denen Patienten auch vegetarische Gerichte auswählen können. Gerne unterstützt hierbei auch unsere Diätassistentin. Kulturelle und religiöse Aspekte werden stets berücksichtigt.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Das Krankenhaus hält eine 24-Std. Notfallversorgung in der Zentralen Aufnahme vor. Die Kommunikation mit der Rettungsleitstelle erfolgt edv - gestützt. BG-Fälle werden in der chirurgischen Ambulanz versorgt. Zur Erst- und Dringlichkeitseinschätzung wird seit 2017 die Manchester-Triage eingesetzt. Ein entsprechendes EDV-Modul wurde angeschafft. Bei intensivpflichtigen Patienten erfolgt die Aufnahme über die Intensivstation. Die Versorgung erfolgt unter ärztlicher Leitung der entsprechenden Fachabteilung. Operationspflichtige Patienten werden sofort dem OP zugewiesen.

1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung

Für die ambulante Diagnostik und Behandlung von Patienten werden diverse Ambulanzen vorgehalten (Notfallambulanz, Chirurgische Ambulanzen, Spezialambulanzen, Privatambulanzen, Berufsgenossenschaftliche Sprechstunde). Kontaktdaten sind auf der Homepage abgebildet. Die ambulante Notfallversorgung wird über die Zentrale Aufnahme sichergestellt. Die Koordination der vor der elektiven Aufnahme erforderlichen Diagnostik erfolgt in Sprechstunden. Die Aufklärung, Prämedikation und administrative Aufnahme ist geregelt. Informationen und Absprachen werden mit zuweisenden oder weiterbehandelnden Ärzten ausgetauscht.

1.3.2 Ambulante Operationen

Kleinere operative Eingriffe in örtlicher Betäubung werden in der chirurgischen Ambulanz; größere ambulante Eingriffen im OP durchgeführt. Die ärztliche Aufklärung findet gesetzeskonform statt. Hierbei werden Patienten auch über postoperative Verhaltens-

weisen informiert. Bei fremdsprachigen Patienten stehen fremdsprachige Aufklärungsbögen und Mitarbeiter zum Dolmetschen zur Verfügung. Notruftelefonnummern und Ansprechpartner bei auftretenden Komplikationen werden kommuniziert (Informationsblätter, Visitenkärtchen). Die Weiterversorgung der Patienten erfolgt über niedergelassene Fachärzte oder in Sprechstunden des Krankenhauses. Eine fortlaufende Info von weiterbehandelnden Ärzten ist sichergestellt.

1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung

Die Diagnostik- und Behandlungsplanung erfolgt bei geplanten Patienten bereits während der ärztlichen anamnestischen Erhebung im Erstgespräch. Die Intensivstation und die Zentrale Aufnahme folgen eigenen Regeln. Die medizinische Aufnahme von Patienten beinhaltet dokumentierte Anamneseerhebungen, körperliche Untersuchungen, die Sichtung von Vorbefunden, die Veranlassung der Diagnostik und die Einleitung der Behandlung. Die pflegerische Aufnahme erfolgt innerhalb der ersten 24 Stunden über ein ergebnisorientiertes Pflegeassessment. Zudem erfolgen MRSA/ MRE-Eingangsscreening und Erfassung von diversen Assessments auf Basis erhobene Pflegeprobleme. Behandlungsplanung und -Koordination erfolgen interdisziplinär und berufsgruppenübergreifend in verschiedenen Besprechungen wie interdisziplinäre Visite, ärztliche Frühbesprechung/ Fallbesprechung oder berufsgruppenspezifische Schichtübergaben. Konsiliarisch werden weitere Fachexperten auch aus dem Standort Aschaffenburg hinzugezogen. Allen Patienten werden in einem ausführlichen Aufklärungsgespräch die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten dargestellt und erläutert. Info-Material steht hierfür zur Verfügung. Besondere Behandlungsangebote für Demenzerkrankte sind derzeit in Entstehung.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Therapeutische Prozesse werden auf Basis der Anamnese und Befunden leitliniengerecht gestellt. Die Behandlungsplanung wird von einem Facharzt geprüft. Indikationsstellungen zur Intensivtherapie, für OP's und sonstige interventionelle Eingriffe werden berücksichtigt. Fachexperten wie Pain-Nurse, Wundmanager, Physiotherapeuten, Stomaberater, Diätassistentin werden bedarfsweise einbezogen. Fachärzte können konsiliarisch angefordert werden.

Mit dem ergebnisorientierten Pflegeassessment werden pflegespezifische Probleme erhoben und prophylaktische Maßnahmen geplant. Die Prophylaxestandards sind digital hinterlegt und unterstützen den Pflegeprozess. Der Expertenstandard "Schmerzmanagement bei akuten/ chronischen Schmerzen" ist etabliert. Instrumente zur Schmerzerfassung stehen zur Verfügung. Info-Material für Schmerzpatienten wird vorgehalten. Pain-Nurse oder Anästhesist können konsiliarisch einbezogen werden. Bei entsprechender Indikation finden täglich anästhesiologische Schmerzvisiten statt.

Komplikationen werden über gesetzlich verpflichtende und freiwillige Qualitätssicherungsverfahren ausgewertet und kommuniziert.

1.4.3 Operative Prozesse

Die Anästhesie trägt die organisatorische Leitung für den OP und die intensivpflichtigen chirurgischen Patienten. Sie koordiniert und plant die Eingriffe auf Basis der verfügbaren Kapazitäten im OP, auf der Intensivstation und in der Intermediate Care.

Eine OP-Geschäftsordnung wird vorgehalten. Die OP-Indikation wird in Sprechstunden gestellt. Ärztliche Aufklärungen und Prämedikationen finden ambulant im OP-Vorfeld statt. OP-Vorbereitungen und Voruntersuchungen sind standardisiert geregelt. Besonderheiten werden ärztlicherseits gesondert angefordert. Die Patientensicherheit im OP wird über eine OP-Sicherheitscheckliste gefördert. Patientenidentifikationsarmbänder sind eingeführt. Zählkontrollen werden dokumentiert durchgeführt.

Standards im OP und Aufwachraum sind etabliert. Auch die postoperative Versorgung auf Station erfolgt nach einer fest definierten Vorgehensweise. Die Schmerztherapie wird konsiliarisch durch die Anästhesisten und die Pain-Nurse unterstützt.

1.4.4 Visite

Die Patienten werden in allen Abteilungen des Akuthauses täglich gemeinsam mit behandelnden Ärzten und Pflegekräften visitiert. Bei Bedarf können andere Fachärzte konsiliarisch hinzugezogen werden. In der Geriatrischen Rehabilitation sind interdisziplinäre Teamvisiten (Arzt, Pflege, Therapeuten) eingerichtet. Zusätzlich finden zu bestimmten Schwerpunkten spezielle Visiten statt z. B. Schmerzvisiten durch die Anästhesisten, Arzneimittelvisiten in der Geriatrischen Rehabilitation. Auf die Wahrung der Intimsphäre wird geachtet.

1.5.1 Entlassungsprozess

Entlassungen werden bereits bei Aufnahme und in Absprache mit Patienten oder seiner Angehörigen geplant. Bei einem poststationären Versorgungsbedarf wird die Pflegeüberleitung involviert. Ein interprofessioneller Entlassungsstandard ist festgelegt. Mit allen Patienten wird im Rahmen der ärztlichen Visite ein Abschlussgespräch geführt. Der Patienten wird über poststationäre Verhaltensweisen aufgeklärt und eine Abschlussuntersuchung durchgeführt. Unterstützend werden Info-Materialien vorgehalten. Über pflegerische Probleme und Prophylaxen werden Patienten und Angehörige bereits sehr früh bei Aufnahme informiert; Pflegebroschüren sind vorhanden. Auf der Geriatrischen Rehabilitation finden Angehörigenanleitungen statt. Weiterbehandelnde Ärzte und Einrichtungen werden über Arztbrief und Verlegungsberichte informiert. Je nach Bedarf werden vom Arzt Verordnungen für Behandlungspflege und Hilfsmittelrezepte ausgestellt. Die

Medikamentenversorgung z. B. an Wochenenden und Feiertagen wird durch das Krankenhaus sichergestellt.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung

Der respektvolle und achtsame Umgang mit sterbenden Patienten und deren Angehörigen sind dem Krankenhaus wichtig. Für die Betreuung und Begleitung stehen das komplette Behandlungsteam sowie eine Seelsorgerin zur Verfügung. Zudem sind jederzeit externe Seelsorger unterschiedlicher Religionen durch die Pforte anforderbar. Für seelische oder symptomatische Belange werden Psychoonkologen und Mediziner der Klinik für Palliativmedizin vom Standort Aschaffenburg sowie hausinterne Anästhesisten konsiliarisch hinzugezogen. Weiterhin besteht eine Zusammenarbeit mit dem SAPV-Team aus Hanau und Aschaffenburg sowie eine Kooperation mit dem Hospizdienst Malteser Hilfsdienst e. V. Verschiedene kulturelle und religiöse Bedürfnisse werden berücksichtigt.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Der Umgang mit Verstorbenen ist standardisiert für den Pflege- und Funktionsdienst festgelegt. Die Durchführung der Leichenschau erfolgt gesetzeskonform. Persönliche, kulturelle und religiöse Wünsche werden je nach Möglichkeit berücksichtigt. Ein Abschiedszimmer steht zur Verfügung.

2. Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Personalbedarf

Die Personalbedarfsplanung erfolgt turnusmäßig auf Basis von Leistungsvereinbarungen mit Kostenträgern, internen Leistungsplanungen, Leistungs- und Personalkennzahlen vergangener Perioden. Zur Ermittlung werden verschiedene Verfahren eingesetzt, um bei Veränderungen der Mitarbeiter- und Budgetsituation frühzeitig und flexibel zu reagieren. Geringe Mitarbeiterfluktuationen und hohe Facharzt-/ Fachkraftquoten sind uns wichtig.

2.1.2 Personalentwicklung

Die Ziele der Personalentwicklung leiten sich ab aus Vision, Strategien, Führungsgrundsätzen sowie Bedarfserhebungen aus Mitarbeiter(jahres)gesprächen. Das Personalentwicklungskonzept zeigt Möglichkeiten auf, Mitarbeiter in Ihrer persönlichen und fachlichen Entwicklung zu unterstützen. Mitarbeiterjahresgespräche zur Kommunikation von Karriere-, Fort- und Weiterbildungswünschen sind eingeführt. Die Möglichkeit von Supervisionen und Coachings ist gegeben. Das Klinikum zielt auf die Stärkung der Führungskräfte in ihren Führungskompetenzen ab, damit sie ihre vielseitigen, aber auch äußerst verantwortungsvollen Aufgaben erfüllen zu können.

2.1.3 Kriterium: Einarbeitung

Jeder neue Mitarbeiter wird im Klinikum systematisch auf seine Aufgaben vorbereitet. Dies erfolgt anhand von übergeordneten und abteilungsinternen Konzepten zur Einarbeitung, die zum Teil sowohl berufsgruppenspezifisch (Ärzte, Pflege) als auch behandlungsspezifisch (spez. Einarbeitung in der Onkologie) ausgearbeitet sind. In den Abteilungen selbst werden neue Mitarbeiter z. T. durch erfahrene Mentoren oder Paten bei der Einarbeitung betreut und der Fortschritt evaluiert. Zur Unterstützung des Verfahrens wurde ein übergeordnetes Konzept erstellt. Seit einigen Jahren finden vierteljährlich Einführungstage für neue Mitarbeiter statt. Neben einer Betriebsführung und einer informativen Vorstellung des Klinikums Aschaffenburg als Arbeitgeber dient der Tag dem Kennenlernen und Ankommen im Betrieb.

2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Das Klinikum bietet bedarfsgerechte Aus-, Fort- und Weiterbildungsaktivitäten für interne/ externe Mitarbeiter aus Gesundheitseinrichtungen an. Es wird regelmäßig ein Jahresprogramm mit Fortbildungsangeboten erstellt, das allen Mitarbeitern zur Verfügung steht. Für unsere Führungskräfte werden fortlaufend Seminare zur Mitarbeiterführung

angeboten. Weiterhin hält es eigene Berufsfachschulen für (Kinder-) Krankenpflege, Hebammen und Operationstechnische Assistenten vor. Die praktische Ausbildung unterstützten ausgebildete Praxisanleiter. Das Klinikum ist akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Würzburg die Ausbildung von Medizinstudenten wird durch die lehrbeauftragten Chefarzte sichergestellt. Alle Chefarzte verfügen über Weiterbildungsbefugnisse und stellen eine strukturierte Facharztausbildung sicher.

2.1.5 Arbeitszeiten/ Work Life Balance

Die Grundsätze der Arbeitszeitregelungen unter Berücksichtigung der gesetzlichen und tariflichen Anforderungen werden im Klinikum erfüllt und sind mit dem Betriebsrat in Betriebsvereinbarungen geregelt. Für alle Abteilungen/ Berufsgruppen sind Dienstzeitregelungen vereinbart. Im Sinne der Vereinbarkeit von Beruf und Familie bieten wir unseren Mitarbeitern flexible Arbeitszeitmodelle.

Die Verbindung von Beruf- und Familie ist dem KH wichtig. Dies wurde 2012 im Audit „berufundfamilie“ bestätigt. Familienfreundliche Maßnahmen wie Kinderkrippe, Ferienbetreuung, Kontakthalte-Programm in der Elternzeit, Tag der offenen Tür für Mitarbeiterkinder etc. sind hierzu etabliert. Für den Erhalt und die Förderung der Mitarbeitergesundheit ist ein Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) etabliert. Für die berufliche Wiedereingliederung (BEM) von Mitarbeitern besteht ein eigenes Verfahren.

2.1.6 Ideenmanagement

Ein Ideenmanagementkonzept wurde abgestimmt mit der Zukunftswerkstatt 2017 erarbeitet. Für die Bearbeitung der notwendigen Maßnahmen ist eine Sachbearbeiterin eingesetzt. Diese koordiniert das festgelegte Bearbeitungsverfahren und verfolgt die Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen. Die Bewertung der Ideen und die Entscheidung zur Prämienauszahlung erfolgt über eine Kommission. Eine weitere Gelegenheit für unsere Beschäftigten, ihre Ideen zu äußern, sind die regelmäßigen Mitarbeitergespräche. Für die Entwicklung neuer Konzepte und Ideen werden zudem Führungskräfte zu Strategieworkshops eingeladen.

3. Sicherheit - Risikomanagement

3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements

Das Klinikum hat im vergangenen Jahr ein umfassendes Risikomanagementsystem aufgebaut. Es beinhaltet klinische, technische, strategische und betriebswirtschaftliche Risiken. Ein wichtiges Werkzeug des klinischen Risikomanagements ist das sogenannte Critical Incident Reporting System (CIRS). Hier können alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anonyme Meldungen zu Beinahe Vorkommnissen abgeben. Weiterhin wurden

und werden in Risikoaudits die relevanten patientennahen sowie sicherheitskritischen Prozesse und Abläufe analysiert und die spezifischen Risikopotenziale identifiziert. Die Erkenntnisse aus CIRS-Meldungen, Risikoaudits, Begehungen und anderen Begutachtungen münden in einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Die Empfehlungen des Aktionsbündnisses zur Patientensicherheit finden Beachtung. Als letzte Maßnahme wurden Pat.-Identifikationsarmbänder eingeführt.

3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung

Die Pat.-Sicherheit ist durch baulich-räumliche Gegebenheiten und über personell-organisatorische Regelungen gewährleistet.

Darüber hinaus systematisch potenzielle Gefahrenquellen z. B. im Rahmen von Begehungen oder Risikoanalysen identifiziert. Prophylaxen z. B. zu Sturz und Dekubitus sind über Standards z. B. Nationale Expertenstandards geregelt und geschult. Info-Materialien für Pat. und Angehörige liegen vor. Ausgebildete Fachexperten können beratend tätig werden. Pflegevisiten und interne Analysen von Pflegekennzahlen unterstützen bei der Pflegequalitätssicherung. Deeskalierendes Verhalten wird durch die Mitarbeiter in Problembereichen trainiert und fortlaufend über das Fortbildungsprogramm angeboten.

3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement

Das medizinische Notfallmanagement ist für alle Abteilungen rund um die Uhr gewährleistet. Notruf- und Alarmierungssystematiken sowie Vorgehen bei Reanimationen sind geregelt. Für Notfälle sind auf allen Stationen Standardausrüstungen vorhanden (Notfallwagen, Notfallkoffer, Defibrillator), die regelmäßig geprüft werden. Fortlaufende Reanimationsschulungen für den medizinischen-, pflegerischen- und Verwaltungsbereich sind umgesetzt.

3.1.4 Organisation der Hygiene

Eine Hygieneorganisation ist standortübergreifend für das Klinikum aufgebaut; Hygienefachkräfte und Hygienebeauftragte Ärzte/ Pflege in den Abteilungen sind bereitgestellt. Thematisierung, Abstimmung und schriftliche Festlegungen von hygienebezogenen Aspekten erfolgen in der Hygienekommission. Hygienepläne und hygienerelevante Dokumente, inkl. Handlungsanweisungen für spezielle Bereiche, sind im Hygieneordner hinterlegt. Mit Hilfe von Hygieneschulungen, regelmäßigen Begehungen und Visiten durch Hygienefachkräfte wird die Einhaltung gesetzlicher Regelungen überprüft. Die Hygieneabteilung bietet Sprechstunden für Interessierte an. 2017 wurde die Arbeitsgruppe Antibiotic Stewardship gegründet.

3.1.5 Hygienerrelevante Daten, Infektionsmanagement

Zur Prävention von Infektionen mit multiresistenten Keimen wird ein standardisiertes Screeningprogramm eingesetzt. Dies erfolgt strukturiert bei der Aufnahme. Die Stabsstelle Hygiene des Klinikums sammelt und bewertet erregerspezifische Daten zu so genannten "Krankenhausinfektionen". Eine Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System des Robert-Koch-Instituts und der Aktion Saubere Hände besteht. Häufungen/ Auffälligkeiten werden mit den Verantwortlichen sowie in der Arzneimittel- und Hygienekommission erörtert, Maßnahmenkataloge erstellt und die Umsetzung im Zuge von Begehungen geprüft. Ein Ausbruchmanagement inkl. Meldewesen ist schriftlich geregelt.

3.1.6 Arzneimittel

Die zertifizierte Apotheke am Klinikum stellt eine Arzneimittelversorgung rund um die Uhr für beide Standorte sicher. Für lebensnotwendige Präparate sind Notfalldepots eingerichtet

Umgang, Anwendung, Beschaffung, Lagerhaltung und Rückgabe sowie Maßnahmen zur Vermeidung von Komplikationen in der Arzneimitteltherapie sind durch Arbeits- und Verfahrensanweisungen geregelt und im Intranet neben einer tagesaktuellen Arzneimittelliste verfügbar. Eine Arzneimittelkommission ist für die Aktualisierung der Arzneimittelliste zuständig. Maßnahmen zur Arzneimittelsicherheit in Form von Arzneimittelanamnesen, Interaktionschecks und Visiten werden mit Unterstützung der Apotheke durchgeführt.

3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin

Zum Umgang mit Blutprodukten ist gemäß §15 Transfusionsgesetz ein Qualitätssicherungssystem implementiert. Die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten sind verbindlich. Für alle erforderlichen Maßnahmen vor/ bei/ nach Anwendung von Blut und Blutprodukten liegen umfassende Regelungen vor. Diese sind den Anwendern durch Unterweisungen und Bereitstellung in den Abteilungen bekannt gemacht. Systematische Überprüfungen in der Umsetzung finden durch die Verantwortlichen statt.

3.1.8 Medizinprodukte

Der Umgang mit Medizinprodukten auf der Basis der Medizinproduktebetreiberverordnung ist in Verfahrensanweisungen präzise geregelt. Eine Einweisung der Anwender erfolgt durch den Hersteller oder durch Medizinproduktebeauftragte, die für jede Abteilung benannt sind. Die Unterweisung wird dokumentiert und archiviert. Re-

gelmäßig werden mess- und sicherheitstechnische Kontrollen sowie Prüfungen der Medizinprodukte durchgeführt und dokumentiert.

3.2.1 Arbeitsschutz

Zur Gewährleistung der Mitarbeiter- und Patientensicherheit sind die Fachkräfte für Arbeitssicherheit standortübergreifend am Klinikum tätig. Sie beraten die Geschäftsführung und Vorgesetzte, überprüfen in regelmäßigen Begehungen die Umsetzung der gesetzlichen Anforderungen, erstellen Maßnahmenkataloge und unterweisen regelmäßig zum Arbeitsschutz. Die Einhaltung des Arbeitsschutzes ist Führungsaufgabe. Hierzu sind interne Leitlinien erstellt, die von den Führungskräften beachtet werden. Für die Mitarbeitergesundheit ist ein Betriebsarzt eingesetzt.

3.2.2 Brandschutz

Der Brandschutz ist in bauliche und organisatorische Maßnahmen unterteilt. Für die Maßnahmenplanung sind bestellte Brandschutzbeauftragte beider Standorte verantwortlich. In Zusammenarbeit mit Berufsfeuerwehr und Krankenhausleitung sorgen sie für die Erfüllung aller erforderlichen strukturellen Vorgaben. Die Teilnahme an Brandschutzschulung ist für alle Mitarbeiter verpflichtend. Schulungsgrundlage sind die intern festgelegten Brandschutz-Dokumente. Planspiele mit der Feuerwehr werden durchgeführt. Brandschutzbegehungen finden durch den Beauftragten, einmal jährlich auch mit der Feuerwehr, statt.

3.2.3 Datenschutz

Der Schutz von Pat.- und Mitarbeiterdaten hat hohe Priorität. Vorgehensweisen und Verantwortlichkeiten zum gesetzlich geforderten Datenschutz sind im Datenschutzkonzept inkl. Anlagen festgelegt. Eine Aufbauorganisation ist geschaffen. Gemeinsam mit einem externen Dienstleister beraten Beauftragte zum Datenschutz, zur Datensicherheit und schulen das Personal. Die Mitarbeiter des Klinikums verarbeiten personenbezogene Daten und Unternehmensdaten nur im Rahmen ihrer dienstlichen Aufgabenstellung. Mit der Umstellung des Krankenhausinformationssystems (KIS) am Standort Aschaffenburg wurden die Vorgaben der Orientierungshilfe KIS umgesetzt.

3.2.4 Umweltschutz

Das Klinikum Aschaffenburg ist sich seiner ökologischen Verantwortung bewusst. In einem Umweltkonzept sind Ziele zum Umweltschutz beschrieben sowie ein Wassereinspar-, Abfallkonzept und Maßnahmen zur Energieeinsparung integriert. Ökologische Aspekte finden auch bei der Beschaffung (z. B. Elektrogeräte guter Energieeffizienz-

klasse, Leuchtmittel mit geringem Schadstoffanteil) und Entsorgung Berücksichtigung. Unvermeidbare Abfälle werden streng getrennt gesammelt und nach Möglichkeit der Wiederverwertung zugeführt.

3.2.5 Katastrophenschutz

Handlungsanweisungen für interne/ externe Gefahrenlagen, Alarmierungsketten inkl. Alarmierungslisten sowie Verantwortlichkeiten für alle Gefahrenabwehrmaßnahmen sind im Klinikum etabliert. Ein neuer Alarm- und Einsatzplan wurde von der Katastrophenschutzbehörde genehmigt und an die Mitarbeiter kommuniziert. Die Beschäftigten werden im Rahmen der Einarbeitung und durch jährliche Brandschutzschulungen zum Umgang mit Katastrophen geschult. Übungen zum Katastrophenschutz finden mit der Feuerwehr statt.

3.2.6 Ausfall von Systemen

Für die Gewährleistung der Versorgungssicherheit mit Strom, Wasser, Wärmeenergie, medizinische Gase, EDV-Systeme oder Kommunikationsanlagen wurden technische Vorkehrungen getroffen. Beispielsweise liegen für alle notwendigen technischen Versorgungsstrukturen doppelte Anlagen oder umfassende Ausfallkonzepte vor, die im Bedarfsfall unverzüglich zum Einsatz kommen. Im Rahmen von wiederkehrenden Analysen zum technischen Risikomanagement werden die Aspekte zur kritischen Infrastruktur fortlaufend geprüft.

4. Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Gemäß den Anforderungen an ein modernes Kommunikationssystem setzt das Klinikum in allen Bereichen funktionelle und zukunftssträchtige IT-Systeme ein und verfolgt eine freigegebene IT-Strategie für die nächsten Jahre, die sich an den Unternehmenszielen orientiert. Hierzu gehört z. B. der stufenweise Ausbau der elektronischen Patientenakte am Standort Aschaffenburg. Seit 2017 wird am Klinikum ein gemeinsames KIS angewendet. Zugriffe auf Patientenakten sind über Rollen-/ Berechtigungskonzepte geregelt. Verantwortlich für Aufbau, Betrieb und Weiterentwicklung des KIS und auftauchende Probleme ist die IT-Abteilung. Eine komplexe Sicherheitsarchitektur schützt das IT System vor Verlust und nicht autorisierten externen Zugriffen.

4.2.1 Klinische Dokumentation

Die Führung und Dokumentation von Patientendaten ist sowohl durch allgemein gültige Anweisungen als auch durch ergänzende spezielle Regelungen festgelegt. Die Dokumentation der Daten erfolgt in Aschaffenburg sowohl elektronisch wie auch papiergestützt. Der Standort Alzenau verfügt bereits seit Jahren über eine elektronische Patientenakte. Durch unterschiedliche Maßnahmen wird die Dokumentationsqualität überprüft.

4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

Neben den elektronischen Patientenakten existieren am Klinikum Akten in Papierform die nach Abschluss der Behandlung digitalisiert und somit zeitnah zur Verfügung stehen. Ein zeitlich uneingeschränkter, schneller Zugriff auf EDV-erfasste Daten wie Befunde, Arztbriefe, OP-Berichte etc. ist immer möglich. Durch PACS wird ein digitaler Zugriff auf Röntgenbilder gewährleistet. Der Bezug alter Patientenakten aus dem Zentralarchiv ist über eine Archivordnung, auch außerhalb der Öffnungszeiten geregelt.

4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Die Geschäftsführung erhält externe Informationen zur Steuerung des Krankenhauses u. a. durch die Teilnahme an regionalen und überregionalen Fachtagungen, Kongressen und zahlreichen Treffen mit Interessensgruppen und Einrichtungen. Die Mitgliedschaft im Verein der "Großkrankenhäuser Region Mitte e. V." stellt einen zusätzlichen Austausch von Fachinformationen sicher. Über interne Vorgänge wird die Krankenhausleitung im Rahmen eines strukturierten Besprechungswesens (Kommissionen, Gremien, Konferenzen mit Abteilungsleitungen, Chefärzten und Stabstellen) oder in Einzelgesprächen regelmäßig informiert. Ergänzend dazu ist ein Berichtssystem etabliert.

4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale, Empfang

Das Klinikum pflegt eine offene und umfassende Informationspolitik. Unsere Mitarbeiter unterrichten wir zeitnah über aktuelle Entwicklungen und Neuerungen - per Intranet, durch die Mitarbeiterinformation "Einblick", durch die Klinikumszeitschrift "Rezeptfrei", über Rundschreiben, Aushänge sowie auf Informationsveranstaltungen. Die Kommunikation erfolgt auf allen Ebenen über ein festes Besprechungswesen. In den klinischen Bereichen stellen zusätzlich Team- und Klinikbesprechungen den Informationsaustausch sicher.

Der Empfang an beiden Standorten des Klinikums ist als zentrale Auskunftsstelle rund um die Uhr mit qualifiziertem Personal besetzt. Relevante Daten, wie digitaler Zugang zu Aufenthaltsdaten der Patienten, Rufdienstplänen und Telefonlisten aus allen Bereichen des Klinikums werden zur Verfügung gestellt. Unter Berücksichtigung des Daten-

schutzes unterstützen sie gerne Patienten, Angehörige und Besucher bei ihren Anliegen und erteilen die nötigen Auskünfte und Informationen.

5. Unternehmensführung

5.1.1 Philosophie/ Leitbild

Für das Klinikum wurde 2005 ein Leitbild im Rahmen einer berufsgruppen- und hierarchieübergreifenden Projektarbeitsgruppe erstellt. Die Zielsetzung bestand in der Formulierung der Werte u. Zielvorstellungen unseres Hauses für den Umgang miteinander und im Interesse bestmöglicher Patientenversorgung. Zusätzlich wurde 2007 im Rahmen eines Workshops mit externer Beratung die Vision des Klinikums erarbeitet, welche die besondere Stellung des Klinikums als medizinisch differenziertes Schwerpunktkrankenhaus in der Region bayerischer Untermain berücksichtigt. Aufgrund von Mitarbeiter-rückmeldungen und veränderter Rahmenbedingungen sollen für das Klinikum Leitgedanken und ein Slogan entwickelt werden mit dem sich die Bevölkerung und die Mitarbeiter klar identifizieren könne.

5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Respekt, Wertschätzung, Transparenz, Vertrauen als Grundlage des zwischenmenschlichen Umgangs sind in den neu formulierten Führungsgrundsätzen verankert. Die Gleichbehandlung aller Mitarbeiter wird gesetzeskonform berücksichtigt. Eine offene Kommunikation auf allen Ebenen und die Teamentwicklung mit speziellen Angeboten werden gefördert. Der Betriebsrat wird in wichtige Entscheidungen eingebunden. Besondere Leistungen für unsere Mitarbeiter stehen zur Verfügung wie z. B. Apotheken- und Babynahrungsverkauf, Gesundheitsförderungsprogramme, Familienfreundliche Angebote.

5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Ethische Frage- und Problemstellungen werden im klinischen Alltag im Zuge der Visiten und Besprechungen und ggf. unter Hinzuziehung der Krankenhausseelsorge, Psychoonkologie etc. besprochen. Insbesondere in der Klinik für Palliativmedizin, Geriatrie, Pädiatrie, Kinder-/Jugendpsychiatrie und im Onkologischen Zentrum erfolgt dies sehr strukturiert. Des Weiteren hat das standortübergreifende Ethikkomitee des Klinikums seine Arbeit aufgenommen. Zielsetzung, Aufgaben, Arbeitsweise und Zusammensetzung sind in einer Geschäftsordnung festgehalten.

5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Das Klinikum verfügt über eine Stabstelle "Presse- und Öffentlichkeitsarbeit", die in Abstimmung mit der Geschäftsführung alle Maßnahmen zur Pressearbeit und die Medienauftritte des Klinikums koordiniert. Ziel ist es, die Leistungsfähigkeit des Klinikums kontinuierlich und sachlich in der Öffentlichkeit darzustellen, Vertrauen in das Unternehmen als Gesamtheit zu erzeugen und Marketingmaßnahmen gezielt zur Strategieplanung einzusetzen. Dazu werden individuell ausgewählte Kanäle und Medien wie z. B. Presskonferenzen, Homepage, Klinikums-Zeitung, Broschüren, Flyer, diverse Info-Veranstaltungen oder Imagefilme genutzt.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung

Auf Basis der Vision des Klinikums und übergeordneter strategischer Unternehmensziele erfolgt jährlich eine strukturierte Ziel- und Maßnahmenplanung, an der alle Bereiche beteiligt sind. Die jährlichen Ziele/Maßnahmen werden in einem Flyer zusammengefasst und den Mitarbeitern und Partner des Klinikums bekannt gemacht. Um die wirtschaftliche Situation des Klinikums und seine Wettbewerbsfähigkeit in der Region in Zukunft zu sichern, sind umfangreiche Maßnahmen und Projekte zur Leistungsausweitung und zur Kosteneinsparung für die kommenden Jahre festgelegt.

5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement

Die betriebswirtschaftlichen Risiken des Klinikums werden systematisch überprüft. Mit dem strategischen und betriebswirtschaftlichen Risikomanagement sollen Risiken und Fehlentwicklungen frühzeitig erkannt werden, die den Fortbestand des Klinikums gefährden könnten. Ein umfassendes Berichtssystem dient der frühzeitigen Information der Geschäftsführung um zeitnah Gegenmaßnahmen einleiten zu können.

5.2.3 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Eine nachhaltige partnerschaftliche Zusammenarbeit ist Bestandteil der Vision des Klinikums. Zahlreiche Kooperationen und Partnerschaften belegen dieses Ziel. Das Klinikum übernimmt gesellschaftliche Verantwortung, in dem es sich an vielfältigen Sozial- und Hilfsprojekten (z. B. kostenlose Behandlungen/Operationen von Kindern aus Kriegsgebieten, Geld- und Hilfsmittelspenden) beteiligt und Partnerschaften ausbaut und pflegt.

5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

Eine übergeordnete Organisationsstruktur ist für das Klinikum Aschaffenburg-Alzenau im Organigramm festgelegt. Weiterhin bestehen zahlreiche Leitungsgremien und Kom-

missionen. Die Aufgaben und Zielsetzungen der einzelnen Gremien sind in Satzungen beschrieben. Transparenz in der Gremienarbeit wird durch ein definiertes Verteilersystem und durch Protokollveröffentlichung im Intranet erreicht. Die Klinikleitung überprüft die Effizienz dieser Struktur beständig und passt sie bei sich verändernden Rahmenbedingungen entsprechend an. Aufgrund der Fusion mit dem Krankenhaus Alzenau und mehreren Chefarztwechsel wurde die Struktur einiger Fachabteilungen geändert.

5.3.2 Innovation und Wissensmanagement

Übergeordnete Innovationen werden in der jährlichen strategischen Zielplanung in der Zukunftswerkstatt festgelegt und in Abstimmung mit dem Träger initiiert. Zur Unterstützung der Zielerreichung wurde ein zentrales Projektmanagement geschaffen. Der interdisziplinäre, berufsgruppen- und hierarchieübergreifende Ansatz der Organisationsentwicklung wird bei der Projektgruppenbesetzung berücksichtigt. Klinikleitung und Führungskräfte motivieren Mitarbeiter zur aktiven Arbeitsplatzgestaltung. Für ein innovationsfreundliches Klima sorgt ferner das neu entwickelte Ideenmanagement. Das Wissensmanagement erfolgt am Klinikum auf allen Ebenen. Hierzu werden Instrumente wie Fortbildungen, Vorträge, Fachliteratur, Tandemlernen, Hospitationen, Referenzbesuche etc. eingesetzt.

6. Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

In der QM-Aufbauorganisation sind alle wichtigen Berufsgruppen, Abteilungen und Hierarchieebenen über die Zukunftswerkstatt eingebunden. Hier werden aktuelle Qualitätsprobleme erörtert, Maßnahmen zur QM-Weiterentwicklung initiiert, koordiniert sowie evaluiert. Zusätzlich ist für jeden Standort eine Steuerungsgruppe eingesetzt. Der Bereich Qualitätsmanagementkoordination ist mit drei hauptamtlich tätigen Mitarbeitern besetzt und koordiniert in Abstimmung mit der Zukunftswerkstatt alle QM-Aktivitäten. Er ist für die Pflege und Weiterentwicklung des QM zuständig und unterstützt alle Bereiche in ihren Bemühungen, die Qualität der Klinikprozesse und somit der Patientenversorgung zu verbessern.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung

Die Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozesse sind in QM-Dokumenten beschrieben; Durch strukturierte Prozessdarstellung und -evaluation möchte das Klinikum die Effektivität und die Effizienz der Abläufe kontinuierlich verbessern. Dieser Aspekt findet in

der strategischen Ausrichtung und Planung der Unternehmensziele Beachtung. Für Prozessweiterentwicklung und -Optimierung sind fach- und hierarchieübergreifende Projektgruppen eingesetzt die durch ein zentrales Projektmanagement koordiniert und unterstützt werden.

6.2.1 Patientenbefragung

Alle Fachabteilungen und zertifizierte Zentren befragen mit Unterstützung des Qualitätsmanagements ihre Patienten nach einem festgelegten Turnus schriftlich und anonym zur Zufriedenheit. Die Methodik zur Befragungsdurchführung wird in der Zukunftswerkstatt abgestimmt. Die Durchführung erfolgt durch das Qualitätsmanagement in der Regel in Kooperation mit anerkannten Befragungsinstituten. Die Befragungsergebnisse werden allen Mitarbeitern zugänglich gemacht und dienen als Basis für konkrete Verbesserungsmaßnahmen.

6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Strukturierte, schriftliche Einweiserbefragungen finden übergeordnet oder für einzelnen Fachabteilungen bzw. Zentren statt. Ziel ist es, die Zusammenarbeit mit den Zuweisern zu verbessern. Über die schriftlichen Befragungen hinaus finden vielfältige Kontakte und Gespräche zwischen der Krankenhausleitung/Führungskräften und den Zuweisern oder externen Einrichtungen statt. Hierzu gehören beispielsweise regelmäßige Treffen der Geschäftsführung mit den Sprechern der niedergelassenen Ärzte, der Runde Tisch mit dem Rettungsdienst oder der Runde Tisch mit Pflegeeinrichtungen.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Dem Klinikum Aschaffenburg-Alzenau sind seine Mitarbeiter wichtig. Dies spiegelt sich auch in der Vision wieder. Der Erfolg seines Tuns eruiert das Unternehmen mit freiwilligen und anonymen Mitarbeiterbefragungen. Hohe Stellenwerte genießen Themen wie Personalführung, Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie körperliche und psychische Belastungen am Arbeitsplatz. Die Erhebung erfolgt immer in Rücksprache mit dem Betriebsrat.

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

Das Klinikum pflegt ein systematisches Lob- und Beschwerdemanagement. Um mit Patientenbeschwerden und -wünschen geregelt umgehen zu können, existiert für beide Standorte des Klinikums ein Beschwerdewesen mit festgelegten Regeln und Anweisungen. Dazu sind zentrale Anlaufstellen definiert die sowohl schriftliche (Briefe, Kontaktformular Homepage, E-Mail) wie auch mündliche (persönlich, per Telefon) Beschwerden von Patienten, Angehörigen, Zuweisern und von sonstigen Personen annehmen und diese strukturiert bearbeiten. Zusätzlich sind an zentralen Stellen Feedbackbögen für Lob, Anregungen oder Kritik ausgelegt. Unterstützend ist seit 2016 ein Patientenförsprecher eingesetzt. Alle Rückmeldungen werden jährlich ausgewertet, durch die Krankenhausleitung bewertet und für die Einleitung von Verbesserungsmaßnahmen genutzt.

6.4 Qualitätsrelevante Daten interner/ externer Verfahren

Zusätzlich zur externen Qualitätssicherung werden zu ausgewählten Schwerpunkten Kennzahlen im Klinikum erhoben (z. B. Kennzahlen zur Bewertung der Klinikabläufe, der medizinischen Ergebnisqualität, der Leistungsfähigkeit des Klinikums), um so eine kontinuierliche Verbesserung der Versorgungsqualität zu erreichen. Durch die Nutzung von definierten Analysen und die Unterstützung von renommierten und anerkannten Partnern wird die Datenvalidität sichergestellt. In regelmäßigen Abständen werden die Daten aufgearbeitet und den verantwortlichen Gremien präsentiert. Wenn immer möglich wird dabei ein Vergleich mit anderen Krankenhäusern oder klinikintern zu Abteilungen dargestellt.