

## **KTQ-QUALITÄTSBERICHT**

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

<b>Krankenhaus:</b>	Asklepios Klinik Lich
<b>Institutionskennzeichen:</b>	260611032
<b>Anschrift:</b>	Goethestraße 4 35423 Lich
<b>Ist zertifiziert nach KTQ<sup>®</sup> mit der Zertifikatnummer:</b>	2016-0053 KH
<b>durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:</b>	WIESO CERT GmbH, Köln
<b>Gültig vom:</b>	08.11.2016
<b>          bis:</b>	07.11.2019
<b>5. x Zertifiziert</b>	

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b>	<b>5</b>
<b>Die KTQ-Kategorien</b>	<b>7</b>
1. Patientenorientierung	8
2. Mitarbeiterorientierung	12
3. Sicherheit - Risikomanagement	14
4. Informations- und Kommunikationswesen	17
5. Unternehmensführung	19
6. Qualitätsmanagement	22

## Vorwort der KTQ<sup>®</sup>

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

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

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

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

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

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

der Einrichtung beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes Visitorenteam eine 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 Version 2015.

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

Wir freuen uns, dass die **Asklepios Klinik Lich** 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**

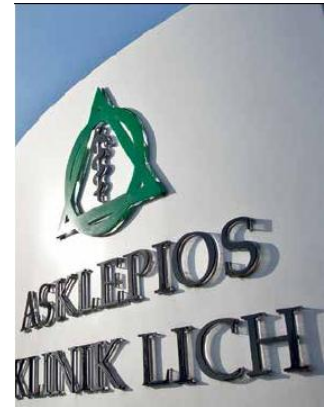
Für die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

**A. Westerfellhaus**

Für den Deutschen Pflegerat

## Vorwort der Einrichtung

Als erstes Akademisches Lehrkrankenhaus Deutschlands blickt unsere Klinik auf eine lange Tradition und Erfahrung in der Patientenversorgung zurück. Als Akutklinik der Grund- und Regelversorgung mit 242 Betten und rund 500 Mitarbeitern versorgen wir jährlich mehr als 30.000 Patienten. In unserer Klinik sind die Fachdisziplinen Unfallchirurgie, Orthopädie, Wirbelsäulen- und Kindertraumatologie, Allgemein- und Viszeralchirurgie, Endokrine Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Anästhesie, Intensivmedizin und Radiologie vertreten. Des Weiteren runden Krankengymnastik und Physikalische Therapie, unser Sozialdienst und die Klinikseelsorge unser Leistungsspektrum ab.



Die Klinik wurde 1968 als Kreiskrankenhaus Gießen in Lich offiziell eröffnet. Damals war sie deutschlandweit erstes Akademisches Lehrkrankenhaus: Als über die Landesgrenzen hinaus beachtetes Modell schlug das Krankenhaus eine Brücke zwischen der medizinischen Fakultät der Universität Gießen und der klinischen Praxis. Seit dem Jahr 2000 gehört das Krankenhaus zur Asklepios Gruppe. Im Jahr 2005 begannen weitreichende Baumaßnahmen: Ein hochmoderner Operationstrakt mit neuer Zentralsterilisation wurde errichtet. 2009 wurde das Bettenhaus um zwei Stockwerke erweitert. Moderne Zweibettzimmer mit eigener Nasszelle haben dort zu einer erheblichen Steigerung des Patientenkomforts geführt. Eine Privatklinik mit 22 Einzelzimmern bietet seither gehobenen Standard und Service. Durch fortlaufend ausgedehnte Renovierungsmaßnahmen wurden weitere Zweibettzimmern mit Nasszelle geschaffen um den Patientenkomfort auch im restlichen Bettenhaus zu steigern. In 2016 wurde ein neues ambulantes OP- und Endoskopiezentrum eröffnet.



In unserem Bildungszentrum mit 63 Ausbildungsplätzen unterrichten wir junge Menschen, die den verantwortungsvollen Beruf des Gesundheits- und Krankenpflegers erlernen wollen. Studenten des Fachbereichs Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen haben zudem im Rahmen ihres Praxisjahres die Möglichkeit, in allen medizinischen Fachabteilungen ausgebildet zu werden.

Zum Wohl unserer Patientinnen und Patienten pflegen wir eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb der Klinik und mit externen Kooperationspartnern.

Ausführliche Angaben zu unserem Leistungsspektrum und unserer Klinik können Sie unter den einzelnen Kategorien des hier vorliegenden KTQ®- Qualitätsberichts nachlesen.

Wir freuen uns immer über Hinweise, Anregungen und Verbesserungsvorschläge. Gerne beantworten wir Ihre Fragen unter der Telefonnummer (06404) 81-0 oder per e-Mail unter [info.lich@asklepios.com](mailto:info.lich@asklepios.com). Weitere Informationen erhalten Sie beim Besuch unserer Internetseite [www.asklepios.com/lich](http://www.asklepios.com/lich).



# Die KTQ-Kategorien

## **1. Patientenorientierung**

### *1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung*

Schon vor dem Krankenhausaufenthalt können sich unsere Patienten durch eine Klinikinformationsbrochure, diverse Flyer, Klinikwebsite und Besichtigungsmöglichkeiten informieren. Die Klinik ist im Ort übersichtlich ausgeschildert und mit PKW sowie öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar. Allen Patienten und Besuchern stehen ausreichend Parkmöglichkeiten zur Verfügung. Durch ein Wegeleitsystem wird die Orientierung in der Klinik sichergestellt. Unsere Patienten und Besucher werden bei der Orientierung im Haus durch das Personal und die Hausdame unterstützt. Terminabsprachen finden zwischen dem einweisenden Arzt, dem Patienten und dem Krankenhaus statt, wobei die Wünsche der Patienten möglichst berücksichtigt werden. Die Aufnahme von Notfällen ist rund um die Uhr gewährleistet.

### *1.1.2 Leitlinien und Standards*

Durch die Anwendung von Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften ist die Behandlung nach den aktuellen medizinischen und wissenschaftlichen Erkenntnissen sichergestellt. Im Ärztlichen Dienst sowie im Pflegedienst existieren zahlreiche hausinterne Standards, welche kontinuierlich weiterentwickelt werden. Ggf. notwendige, patientenindividuelle Abweichungen von Leitlinien und Standards werden interdisziplinär im Behandlungsteam besprochen. Daneben unterstützen patientenzentrierte Organisationsabläufe die Behandlung.

### *1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten*

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten und Wahrung der Intimsphäre. Hierzu gehört neben der Information über Diagnose und geplante Therapie auch das Respektieren von Patientenverfügungen. Wünsche, Ressourcen sowie kulturelle, sprachliche und religiöse Besonderheiten werden soweit wie möglich im Rahmen der Behandlung berücksichtigt. Die Eingriffs- und Risikoaufklärung wird in Gesprächen anhand mehrsprachiger standardisierter Aufklärungsbögen durchgeführt. Bei Bedarf werden Dolmetscher eingesetzt. Alle, die Privat bzw. Intimsphäre berührenden Gespräche, werden mit den Patienten alleine oder auf Wunsch mit dessen Angehörigen geführt. Evangelische sowie katholische Krankenhausseelsorge stehen allen Patienten zur Verfügung. Darüber hinaus bestehen aktive Kontakte zu Selbsthilfegruppen.

### *1.1.4 Ernährung und Service*

Durch eine zeitgemäße, barrierefreie Gestaltung und Ausstattung unserer Räumlichkeiten sorgen wir für eine angenehme Atmosphäre. Die Unterbringung von Begleitpersonen ist jederzeit möglich. Die Klinik verfügt über eine Parkanlage sowie Dachterrassen, Ruhe- und Aufenthaltsräume. Für individuellen Bedarf gibt es einen Kiosk. Neben einem Internet-Zugang im Foyer sind weitere Bereiche mit W-LAN/Hotspot ausgestattet. Eine Hausdame, "Grüne Damen und Herren", eine Patientenführsprecherin, die Klinikseelsorge sowie der Sozialdienst unterstützen Sie gerne. Es stehen Menüassistenten zur Verfügung, welche jeden Tag alle Patienten besuchen und die individuellen Essenswünsche aufnehmen. Eine Diätassistentin



ist für Sonderkostformen zuständig. Bei Bedarf wird die Ernährung mit der Diätberaterin individuell auf das Krankheitsbild abgestimmt.

## 1.2 Akut- und Notfallversorgung

### 1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die Notfallambulanz der Klinik ist rund um die Uhr mit qualifiziertem Personal besetzt. Jeder Patient wird einer ausführlichen Erstuntersuchung unterzogen, welche die Grundlage für die weitere Behandlung darstellt. Der Facharztstandard ist stets gewährleistet. Als zertifiziertes Traumazentrum zur Versorgung Schwerverletzter, innerhalb des Traumanetzwerks Mittelhessen bieten wir optimale Voraussetzungen für die Versorgung verunfallter Patienten. Es bestehen Kooperationen mit dem Rettungsdienst und der Rettungsleitstelle mit deren Hilfe evtl. notwendige Weiterverlegungen koordiniert werden.

## 1.3 Elektive, Ambulante Versorgung

### 1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung

Die ambulante Diagnostik und Therapie basiert auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie den Leitlinien der Fachgesellschaften. Die Klinik verfügt über eine zentrale Notfallambulanz. Es werden verschiedene Spezialsprechstunden (z.B. Brust-, Knie- oder Schultersprechstunde) angeboten. Niedergelassene Ärzte werden anhand von Arztbriefen über den ambulanten Behandlungsverlauf informiert. Rettungsdienst und Ärztlicher Notdienst arbeiten eng mit der Klinik zusammen. Beide sind in Räumen der Klinik stationiert.

### 1.3.2 Ambulante Operationen

In der Asklepios Klinik Lich wird ein moderner Ambulanter-OP betrieben. Alle Patienten stellen sich vor dem Eingriff in den jeweiligen Sprechstunden vor. Hier werden fehlende Untersuchungen veranlasst und bei Bedarf Rücksprache mit dem Hausarzt gehalten. Vorbefunde, Risiken und Lebensumstände werden immer in die Behandlungsplanung mit einbezogen. Der Patient wird über Verlauf und Risiken des Eingriffs und der jeweiligen Narkoseform aufgeklärt. Ambulant operierte Patienten verlassen die Klinik erst nach erfolgter Abschlussuntersuchung. Jeder Patient erhält einen Arztbrief mit Empfehlungen zur Weiterversorgung für den niedergelassenen Arzt.

## 1.4 Stationäre Versorgung

### 1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung

Durch eine umfassende Behandlungsplanung ist die hochwertige Versorgung unserer Patienten sichergestellt. Dies geschieht zum einen durch festgelegte Behandlungspfade, Leitlinien oder Standards und zum anderen durch die täglichen Besprechungen des ärztlichen und des Pflegedienstes, sowie aller anderen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen. Über Notwendigkeit und Dringlichkeit von therapeutischen Maßnahmen entscheidet immer ein Facharzt. Unsere Patienten werden frühzeitig und persönlich, auf Wunsch auch mit den Angehörigen, in die Behandlungsplanung einbezogen. Einer ablehnenden Haltung von Patienten gegenüber therapeutischen Maßnahmen wird Raum gegeben. Mitarbeiter mit Fremdsprachenkenntnissen und die Nutzung mehrsprachiger Aufklärungsbögen unterstützen die Kommunikation mit

unseren fremdsprachigen Patienten. Patienten erhalten bei Aufnahme auf Wunsch eine Klinikinformationsbroschüre und ggf. spezifische Klinikflyer.

#### *1.4.2 Therapeutische Prozesse*

Therapie und Pflegemaßnahmen erfolgen nach Leitlinien und Standards. Die Aufklärung und Information der Patienten und deren Angehörigen erfolgt durch den behandelnden Arzt in einem persönlichen Gespräch. Für spezielle diagnostische und therapeutische Maßnahmen liegen Aufklärungsbögen (mehrsprachig) vor. Im Rahmen der Visite wird mit dem Patienten eine Überprüfung aller notwendigen Behandlungsschritte durch das multiprofessionelle Behandlungsteam vorgenommen. Für eine Vielzahl von Erkrankungen und Behandlungsmöglichkeiten steht Informationsmaterial zur Verfügung.

#### *1.4.3 Operative Prozesse*

In der Asklepios Klinik Lich wird ein moderner Zentral-OP mit fünf Sälen betrieben. Ein weiterer OP wird jederzeit für Notfälle freigehalten. Die OP-Planung wird durch die Oberärzte der operativen Abteilungen vorgenommen und mit dem OP-Manager abgestimmt. Die OP-Bereitschaft ist rund um die Uhr durch einen ärztlichen und pflegerischen Bereitschaftsdienst gewährleistet. Zur Erhöhung der Patientensicherheit kommen verschiedene Instrumente des klinischen Risikomanagements, wie z.B. eine Checkliste zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen, ein System zur Meldung von Beinahefehlern (CIRS), der Einsatz von Patientenarmbändern zur sicheren Patientenidentifikation, zum Tragen. Eine postoperative Schmerztherapie wird durch die anästhesiologische Abteilung unserer Klinik sichergestellt.

#### *1.4.4 Visite*

Die Visite ist ein wichtiger Teil der Behandlung zur Überprüfung und Aktualisierung des Verlaufs und dient insbesondere auch dem persönlichen Gespräch. Die Visiten werden gemeinsam von Stationsärzten und Pflegekräften durchgeführt. Bei besonderen Fragestellungen werden weitere Berufsgruppen (z.B. Sozialdienst, Psychologe) hinzugezogen. Täglich findet eine Visite durch den Stationsarzt statt. Chef- bzw. Oberarztvisiten finden mehrmals täglich auf der Intensivstation und einmal pro Woche auf den Stationen statt. Die Visiten werden in allen Abteilungen berufsgruppenübergreifend durchgeführt. Auf allen Stationen existieren feste Visitenzeiten.

#### *1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär*

In allen Fachabteilungen gibt es vorstationäre Sprechstunden, an denen Aufklärungen für Untersuchungen und Interventionen sowie Voruntersuchungen durchgeführt werden. Die Terminvergabe für vor- und teilstationäre Maßnahmen erfolgt durch die Notfallambulanz oder die Sekretariate über telefonischen Kontakt mit dem niedergelassenen Arzt bzw. dem Patienten selbst. Die Abstimmung mit dem Hausarzt oder anderen stationären Einrichtungen erfolgt durch den Ärztlichen Dienst. Die Weiterbetreuung in anderen Einrichtungen wird durch den Sozialdienst organisiert. Anlässlich Entlassung oder Verlegung wird ein Arztbrief mitgegeben.

## 1.5 Weiterbetreuung / Übergang in andere Bereiche

### 1.5.1 Entlassungsprozess

Eine Entlassungsplanung erfolgt frühzeitig durch das medizinische Personal und die Fallmanagerinnen gemeinsam mit unseren Patienten, den Angehörigen und in Absprache mit dem Hausarzt bzw. der weiterversorgenden Einrichtung. Jeder Patient erhält bei Entlassung einen Arztbrief, bei Bedarf einen Bericht für weiterbehandelnde Einrichtungen sowie notwendige Hilfsmittel und Medikamente für die nächsten Tage. Ein Abschlussgespräch sowie die Abschlussuntersuchung werden durch einen Facharzt sichergestellt. Die pflegerische Entlassung erfolgt durch eine examinierte Pflegekraft. Unser Sozialdienst berät unsere Patienten im Bedarfsfall vor der Entlassung und organisiert die weitere Betreuung oder Rehabilitation.

## 1.6 Sterben und Tod

### 1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung

Der Umgang mit Sterbenden ist geprägt von der persönlichen Zuwendung sowohl zum Patienten als auch zu dessen Angehörigen. In der Asklepios Klinik Lich werden sterbende Patienten immer würdevoll begleitet. Wir sehen das Sterben als eine Phase des Lebens, in der die Würde des Menschen erhalten bleiben muss. Den Wünschen des Sterbenden (z. B. Patientenverfügung, kulturelle oder religiöse Bedürfnisse) wird in jedem Fall Rechnung getragen. Wesentlich für uns sind das offene Gespräch und die Information unserer Patienten und deren Angehörigen. Wir wenden ein bedarfsorientiertes Schmerzschema an, um unnötiges Leiden zu verringern. Das Thema "Umgang mit Sterbenden" wird in der Aus-, Fort- und Weiterbildung angemessen berücksichtigt. Darüber hinaus besteht eine Mitgliedschaft im Hospiz- und Palliativnetz Mittelhessen. In der Klinik ist ein Ethikkomitee etabliert.

### 1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Die Würde von Verstorbenen zu wahren ist wichtiger Bestandteil ärztlichen und pflegerischen Wirkens. Angehörige werden vom Stationsarzt rechtzeitig über den nahenden Tod oder das Ableben der Patienten informiert. Sie haben somit die Möglichkeit, beim sterbenden Patienten zu bleiben und sich nach Eintritt des Todes würdevoll zu verabschieden. Verstorbene werden auf Station vom Pflegepersonal nach einem festgelegten Standard versorgt. Es steht ein Abschiedsraum zur Verfügung. Der Umgang mit Eltern nach Früh- und Fehlgeburten folgt einem verbindlichen Konzept, das den Eltern Zeit zum Abschied nehmen gibt und deren Wünsche berücksichtigt. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen und Seelsorgern.

## 2. Mitarbeiterorientierung

### 2.1.1 Personalbedarf

Die Planung des Personalbedarfes umfasst die Bereitstellung einer angemessenen Zahl an entsprechend qualifizierten Mitarbeitern. Die konzeptionelle Entwicklung der einzelnen Abteilungen erfolgt dabei durch die Abteilungsleiter. Jährlich erfolgt so eine systematische Berechnung und Planung, insbesondere unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse und des Leistungsspektrums der Klinik. Die detaillierten Planungen erfolgen bedarfsorientiert und abteilungsbezogen. Verschiedene Auswertungen wie z.B. Fallzahlen, Bettenauslastung, Verweildauer oder der OP-Zahlen unterstützen die Personalbedarfsplanung und werden gegebenenfalls monatlich analysiert.

### 2.1.2 Personalentwicklung

Der Erfolg der Asklepios Klinik Lich basiert im Wesentlichen auf ihren Mitarbeitern. Die Krankenhausleitung baut die Kenntnisse und Fähigkeiten ihrer Mitarbeiter langfristig aus. Als Instrument zur Personalentwicklung dienen jährliche Zielvereinbarungen für die Führungskräfte. Die Abteilungsleiter sind wiederum für die Personalentwicklung der ihnen nachgeordneten Mitarbeiter zuständig. Die Klinik gibt den Mitarbeitern eine Zukunftsperspektive, indem sie diese entsprechend ihrer Fähigkeiten einsetzt und fördert sowie auf spezielle Weiterbildungswünsche gezielt eingeht. Im Rahmen von interdisziplinären Workshops wurde so eine Betriebsvereinbarung zu jährlichen Orientierungs- und Entwicklungsgesprächen für alle Mitarbeiter durch ihre Vorgesetzten anhand eines standardisierten Formulars initiiert.

### 2.1.3 Einarbeitung

Unsere neuen Mitarbeiter werden strukturiert und von erfahrenen, qualifizierten Kollegen eingearbeitet. Hierzu existieren in allen Bereichen Konzepte, in denen der Ablauf der Einarbeitung festgelegt ist. Alle neuen Mitarbeiter erhalten während der Probezeit Informationen zu fachübergreifenden Themen, wie z.B. Datenschutz oder Brandschutz. Unter anderem haben die neuen Mitarbeiter in den Zwischen- und Übergabegesprächen die Möglichkeit Hinweise zu geben, an welchen Stellen wir unsere Einarbeitungskonzepte noch verbessern können. Durch die Entwicklung von berufsgruppenspezifischen Konzepten, beispielsweise der Pflege, soll so eine strukturierte Entwicklung im Sinne der strategischen Ausrichtung sichergestellt werden.

### 2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Das Asklepios Bildungszentrum für Gesundheitsfachberufe Lich ist Ausbildungsstätte für die Gesundheits- und Krankenpflege. Die theoretische Ausbildung wird durch qualifiziertes Lehrpersonal sichergestellt. Durch die Zusammenarbeit zwischen Lehrkräften, freigestellten Praxisanleitern, Mentoren und Pflegeexperten entsteht eine enge Verzahnung zwischen theoretischer und praktischer Ausbildung. Als akademisches Lehrkrankenhaus des Fachbereichs Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen bilden wir Medizin-Studenten in unseren medizinischen Fachabteilungen aus. Darüber hinaus bilden wir in Kooperation mit einem weiteren Asklepios Bildungszentrum operationstechnische- und anästhesietechnische- Assistenten aus.

Die Klinik sorgt für eine systematische Fort- und Weiterbildung, die sowohl an den Bedürfnissen der Mi-

tarbeiter als auch an denen der Klinik ausgerichtet ist. Unsere Mitarbeiter werden für die jeweiligen Fortbildungsveranstaltungen finanziell unterstützt und freigestellt, insbesondere wenn die Fortbildung mit den Zielen der Klinik bzw. der Fachabteilung übereinstimmt. In regelmäßigen Abständen werden berufsgruppenübergreifende Fortbildungen (z.B. Datenschutz, Brandschutz, Hygiene) angeboten. Damit unsere Mitarbeiter aktuelles Fachwissen zeitnah abrufen können, sind alle PC-Arbeitsplätze mit einem Internet-Zugang ausgestattet. Über das Intranet der Klinik sind weitere zahlreiche Fachinformationen abrufbar. Gängige Fachzeitschriften, Standardwerke und weitere Medien stehen allen Abteilungen durch die Onlinebibliothek zur Verfügung. Tagungsräume mit moderner medialer Ausstattung stehen zur Verfügung.

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

In der Klinik existieren verschiedene Arbeitszeitmodelle unter Berücksichtigung der Patienten- und Mitarbeiterinteressen. Diese orientieren sich an gesetzlichen und tariflichen Vorgaben, insbesondere am Arbeitszeitgesetz. Durch die Einhaltung der Ruhezeiten gemäß den gesetzlichen Regelungen wird sichergestellt, dass unsere Mitarbeiter ausgeruht und motiviert sind. Ein Dienstplan-Programm steht zur Verfügung und wird in allen medizinischen Bereichen der Klinik genutzt. Ziel der Dienstplangestaltung ist, die Sorge und das Wohl unserer Patienten mit dem Anspruch unserer Mitarbeiter auf geregelte Freizeit und Erholung in bestmöglichen Einklang zu bringen.

#### *2.1.6 Ideenmanagement*

Alle Mitarbeiter der Klinik sind aufgefordert, durch Ideen und Vorschläge ihren Arbeitsplatz positiv mit zu gestalten. Strategieworkshops unter Einbeziehung aller Mitarbeiter und darauf aufbauende Abteilungskonferenzen sind gezielt eingesetzte Instrumente zum Umgang mit Ideen, Wünschen und Beschwerden unserer Mitarbeiter. Es existiert ein betriebliches Vorschlagswesen und eine betriebliche Vorschlagskommission, welche eingereichte Verbesserungsvorschläge prüft, bewertet und ggf. prämiiert. Beschwerden können schriftlich oder mündlich an den Qualitätsbeauftragten, die Geschäftsführung oder die Abteilungsleitung gerichtet werden. Die Bearbeitung erfolgt auf Wunsch des Mitarbeiters vertraulich.

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

#### *3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements*

Das Klinikum hat ein Risikomanagementsystem aufgebaut und etabliert. Das bestehende Konzept zum Risikomanagement basiert auf der Grundlage der Konzernprogramms zur Patientensicherheit und stellt alle Maßnahmen zur Identifikation, Analyse, Bewertung von Risiken sowie die Umsetzung der Maßnahmen einschließlich der Kontrollmechanismen dar. Ein anonymes Fehlermeldesystems wurde eingeführt. Die Meldungen über das Critical Incident Reporting System (CIRS) fließen in das klinische Risikomanagement ein.

#### *3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung*

Grundsätzlich befinden sich die uns anvertrauten Patienten unter Aufsicht von Fachpersonal. Es gibt umfangreiche Regelungen, die die Sicherheit unserer Patienten, auch in speziellen Situationen wie z. B. Sturzgefahr oder Eigengefährdung gewährleisten. Zur Erhöhung der Patientensicherheit kommen verschiedene Instrumente des klinischen Risikomanagements zum Einsatz. Das Thema Patientensicherheit ist in die regelmäßigen Fortbildungsveranstaltungen unserer Mitarbeiter integriert.

#### *3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement*

Im Klinikum existiert ein standardisiertes Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement. Alle Stationen sind mit einer Notfallausrüstung, mit Notfallmedikamenten und technischem Gerät ausgestattet. Benannte Notfallbeauftragte überprüfen die Ausstattung engmaschig in festgelegten Abständen. Fortbildungen zum Notfallmanagement inklusive Reanimationsübung finden jährlich als Pflichtweiterbildung statt.

#### *3.1.4 Organisation der Hygienet*

Unser umfassendes Hygienemanagement befolgt alle anerkannten Richtlinien des Robert-Koch-Instituts. Die Hygiene-Kommission lenkt die Hygienearbeit. Ein aktueller Hygieneplan liegt in allen Bereichen vor. Regelmäßig werden Hygienefortbildungen für die Mitarbeiter aller Berufsgruppen durchgeführt. Es existiert ein Verfahren zur effektiven Prävention und Kontrolle von Infektionen. Bei internen und externen Begehungen der gesamten Klinik wird die Einhaltung der Hygienevorgaben ständig überprüft.

#### *3.1.5 Hygienerrelevante Daten, Infektionsmanagement*

Für die Analyse hygienerrelevanter Bereiche, wie auch die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen, werden krankenhausweit hygienerrelevante Daten erfasst. Durch die systematische Erfassung der Krankenhausinfektionen, Meldung aller meldepflichtigen Erkrankungen und Auswertung der regelmäßigen Begehungen werden signifikante Abweichungen frühzeitig erkannt und umgehend geeignete Korrektur- bzw. Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet. Die Ergebnisse der jährlichen Infektionsstatistik und der Begehungen werden in der Hygienekommission vorgestellt und ausgewertet. Ziele des Infektionsmanagements sind die Vermeidung des Auftretens, der Verbreitung von Infektionen und die Verpflichtung zur Umsetzung von Gesetzen, Verordnungen und RKI -Richtlinien. Im Hygieneplan sind Handlungspläne für die häufigsten Infektionsarten erarbeitet und als Merkblätter dargestellt. Der Umgang mit hochinfektiösen Erkrankungen ist in einem Pandemieplan geregelt. Bereiche mit einer Häufung von Infektionserkrankun-

gen werden umgehend einer Begehung unterzogen und Gegenmaßnahmen eingeleitet. Die Klinik beteiligt sich seit 2008 an der "Aktion Saubere Hände".

### *3.1.6 Arzneimittel*

Die Anwendung von Arzneimitteln ist in Verfahrens- und Dienstanweisungen sowie Standards verbindlich für alle Mitarbeiter geregelt. Arzneimittel werden ausschließlich von Ärzten, unter Berücksichtigung der Leitlinien der Fachgesellschaften, angeordnet. Die Verabreichung wird durch ausgebildetes Fachpersonal vorgenommen. Begehungen werden durch die Lieferapotheke durchgeführt und aufgetretene Mängel protokolliert. Die Versorgung mit Arzneimitteln ist über einen Notdienst rund um die Uhr sichergestellt.

### *3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin*

Die Grundlagen für den Umgang mit Blut und Blutprodukten bilden das Transfusionsgesetz und das klinikinterne Qualitätsmanagementhandbuch Transfusion. Die Zuständigkeiten der einzelnen Verantwortlichen und Gremien bezüglich der Anwendung von Blut und Blutprodukten sind hierin eindeutig geregelt. Einschlägige Schulungen unserer Mitarbeiter finden in festgelegten Abständen statt. Das Überwachungsorgan ist die Transfusionskommission. Für Blut und Blutprodukte verfügt die Klinik über ein eigenes Blutdepot unter Leitung der Zentrallabors.

### *3.1.8 Medizinprodukte*

Der Umgang mit Medizinprodukten und die Verantwortlichkeiten sind in Dienstanweisungen geregelt. Medizintechnische Geräte werden nur von ausgewiesenen Mitarbeitern benutzt. Für die Einweisung in die einzelnen Geräte sind Beauftragte der Abteilungen zuständig. Es existiert eine Datenbank, in der alle Geräte und deren Anwender kontinuierlich erfasst werden. Alle Geräte werden vorschriftsgemäß den sicherheitstechnischen Kontrolluntersuchungen unterzogen. Medizinprodukte werden in einem validierten Prozess aufbereitet. Der Umgang mit Sterilgut ist im Hygieneplan geregelt.

## 3.1 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 Geschäftsführung, Betriebsrat, Betriebsarzt, der externen Fachkraft für Arbeitssicherheit (DEKRA) und den Sicherheitsbeauftragten im Arbeitsschutzausschuss koordiniert. Die Einhaltung der gesetzlichen und berufsgenossenschaftlichen Vorgaben wird in festgelegten Abständen durch Begehungen überprüft. Unsere Mitarbeiter werden regelmäßig betriebsärztlich untersucht und in Pflichtunterweisungen zu allen Themen der Arbeitssicherheit sensibilisiert und geschult.

### *3.2.2 Brandschutz*

Für den Brandfall ist die Klinik umfassend mit Rettungs- und Fluchtwegeplänen, Feuerlöschgerät und baulichem Brandschutz ausgestattet. Ein Alarm- und Einsatzplan nach den Vorgaben des Landes Hessen liegt vor. Es bestehen enge Kontakte zur örtlichen Feuerwehr. Die Brandschutzunterweisungen für unsere Mitarbeiter, sowie Feuerwehübungen und Brandschutzbegehungen werden regelmäßig durchgeführt. Alle erforderlichen Pläne liegen der örtlichen Feuerwehr und dem Kreisbrandinspektor in aktueller Fassung vor.

### *3.2.3 Datenschutz*

Die Umsetzung aller gesetzlichen Vorschriften zum Schutz von Patienten- und Mitarbeiterdaten ist im Datenschutzhandbuch definiert. Der Datenschutzbeauftragte überwacht die Einhaltung dieser Regelungen und schult die Mitarbeiter, die überdies schriftlich auf das Datengeheimnis verpflichtet werden. Das Computernetzwerk der Klinik ist durch geeignete Maßnahmen vor unberechtigten Zugriffen geschützt. Die externe Weitergabe patientenbezogener Daten erfolgt ausschließlich nach den geltenden gesetzlichen Bestimmungen bzw. bei Einverständnis des Betroffenen.

### *3.2.4 Umweltschutz*

Bereits im Leitbild ist der Umweltschutz als ein für uns wichtiges Anliegen fest geschrieben. Zur Optimierung des Energie- und Wasserverbrauchs besteht ein Konzept. In einem Abfalleitfaden ist die Mülltrennung verbindlich für alle Mitarbeiter geregelt. Im Klinikalltag, bei Instandsetzung, Renovierung und Neubau werden, wo immer es möglich und wirtschaftlich sinnvoll ist, ökologische Aspekte berücksichtigt.

### *3.2.5 Katastrophenschutz*

Für den Eintritt einer Katastrophensituation ist die Klinik durch den Alarm- und Einsatzplan, nach den Vorgaben des Landes Hessen, umfassend vorbereitet. Hier ist das Vorgehen bei externen und internen Gefahrenlagen wie z.B. Massenanfall von Verletzten, Bombendrohung, Feuer, Evakuierung geregelt. Jährliche Unterweisungen und regelmäßige Notfallübungen sorgen für Handlungssicherheit im Realfall.

### *3.2.6 Ausfall von Systemen*

Alle technischen Einrichtungen (z.B. Notstromaggregat, Aufzüge, Lüftung, Heizung) werden in festgelegten Abständen überprüft. Störmeldungen gehen über 24 Stunden direkt auf die Mobiltelefone der zuständigen Techniker, die jederzeit und umgehend für Abhilfe sorgen. Für einen möglichen Stromausfall ist die Klinik mit einem modernen Notstromaggregat ausgestattet.



## 4. Informations- und Kommunikationswesen

### 4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Mit einer umfassenden Netzwerkstruktur wird dem Anspruch auf schnelle und sichere Datenverarbeitung entsprochen. Die Mitarbeiter aller Bereiche haben im Rahmen ihrer Zuständigkeit Zugang zum Krankenhaus-Informationssystem und zur jeweils notwendigen Software. Die Anwendung der Programme wird bedarfsorientiert geschult. Durch ein umfassendes Sicherheitskonzept incl. regelmäßiger Datensicherung und 24 h Bereitschaft ist der reibungslose Betrieb unserer Informationstechnologie gewährleistet. Patientendaten stehen somit jederzeit zur Verfügung. Das Datenverarbeitungskonzept ist auf die Einführung und Weiterentwicklung einer komplett elektronischen Patientenakte ausgerichtet. Röntgenuntersuchungen laufen bereits komplett digital.

### 4.2 Patientendaten

#### 4.2.1 Klinische Dokumentation

Sowohl die Führung der Patientendokumentation als auch deren regelmäßige Überwachung sind verbindlich geregelt. Neben digitaler Dokumentation auf Basis des Krankenhausinformationssystems findet ein einheitliches schriftliches Dokumentationssystem Anwendung. Die Qualität der Patientendokumentation wird mittels stichprobenartiger Analysen regelmäßig überprüft. Über die hinterlegten Handzeichen aller Mitarbeiter ist die Dokumentation stets nachvollziehbar. Durch die zeitnahe und einheitliche Dokumentation sind die Behandelnden, und im Bedarfsfall auch berechnigte sachkundige Dritte, über den aktuellen Zustand des Patienten informiert.

#### 4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

In der Klinik besteht für jeden befugten Mitarbeiter ein zeitlich uneingeschränkter Zugriff auf die Patientenakten. Aktuelle Akten werden im jeweiligen Stationszimmer aufbewahrt und durch die Stationssekretärinnen verwaltet. Das Krankenhausinformationssystem und die abschließende Digitalisierung einer jeden Akte stellen deren permanente Verfügbarkeit sicher. Der Zugriff auf nicht digitalisierte Altakten ist verbindlich geregelt. Die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen werden eingehalten.

### 4.3 Informationsmanagement

#### 4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Die Kommunikationsstrukturen zur Information der Krankenhausleitung orientieren sich am Organigramm der Klinik. Die Klinikleitung wird über die Arbeit der Leitungsgremien und Kommissionen sowie Entwicklung und Vorgänge im Haus über ihre Mitglieder, Protokolle und über ein etabliertes Berichtswesen informiert. Das Controlling erstellt monatlich eine Auswertung relevanter Planungsgrößen und Zielvorgaben, so dass eine Steuerung kurzfristig möglich ist. Es existieren verschiedene Möglichkeiten der Meinungsäußerungen gegenüber der Klinikleitung, z. B. in wöchentlichen Mitarbeitersprechstunden, durch schriftlichen Kontakt oder im Rahmen der Strategie- und Abteilungsworkshops.

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

Die Informationsübermittlung erfolgt zielgruppengerichtet durch persönliche Gespräche, elektronische- und Printmedien, schriftliche Dokumentation und öffentliche Veranstaltungen. Alle Besprechungen sind in einer Matrix gelistet. Ergebnisprotokolle stellen die Informationsweitergabe an unsere Mitarbeiter sicher. Eilige Infos, wie Warnhinweise, werden telefonisch und per Rundmail kommuniziert. Patientenbezogen finden jeden Tag Visiten und Übergaben statt. Es besteht ein Konzept zur Öffentlichkeitsarbeit. Über Leistungen und Entwicklungen des Hauses wird regelmäßig im Intra- und Internet, im Klinik-Infokanal, der lokalen Presse, bei Betriebsversammlungen und fachlich einschlägigen Ereignissen in der Region berichtet. Ergänzend steht eine Klinikinformationsbroschüre und Flyer über die Klinik und deren Abteilungen zur Verfügung. Zentrale Auskunftsstelle der Klinik ist der Empfang. Die Empfangsmitarbeiter verfügen über alle Informationen die für eine kompetente, datenschutzkonforme und unverzügliche Auskunftserteilung notwendig sind. Eine Hausdame unterstützt Hilfsbedürftige, Patienten und Besucher. In der Eingangshalle stehen ausreichend Sitzmöglichkeiten, ein kostenloses öffentliches Telefon, Internetzugang, Rollstuhl, Kiosk sowie ein Besucher- und Behinderten- WC zur Verfügung.

## 5. Unternehmensführung

### 5.1.1 Philosophie / Leitbild

Das Leitbild basiert auf der Asklepios-Unternehmensphilosophie "Gemeinsam für Gesundheit". Das Handeln folgt dieser Maxime, da Gesundheit nur gemeinschaftlich wiederhergestellt werden kann. Im Mittelpunkt unseres Wirkens steht immer der Patient mit all seinen Wünschen und Bedürfnissen. Die Anwendung innovativer Behandlungsmethoden, kontinuierliche Prozessoptimierung, sektorenübergreifende interdisziplinäre Behandlungskonzepte sowie Vernetzungsstrategien dienen der Erreichung des Ziels der Qualitätsführerschaft im internationalen Krankenhausmarkt. Zur spezifischen Anwendung wurde für die Leitungsrunde der AKL eine individualisierte Vision samt korrespondierenden TOP-Zielen entwickelt.

### 5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Die Geschäftsführung, der Betriebsrat und die Abteilungsleiter legen großen Wert auf vertrauensfördernde Maßnahmen und praktizieren einen mitarbeiterorientierten Führungsstil. Allen Mitarbeitern stehen Möglichkeiten der kritischen Meinungsäußerung zur Verfügung. Die Mitarbeiterorientierung zeigt sich insbesondere durch die Förderung einer hohen Eigenverantwortlichkeit, die Definition gemeinsamer Ziele und durch flache Hierarchien mit kurzen Entscheidungswegen. Weitere Instrumente bzw. Veranstaltungen wie z.B. Vorschlagswesen, Beschwerdemanagement, Supervision, Betriebsausflüge und Abteilungsfeiern sowie die wöchentliche Informationsmail, die Mitarbeitersprechstunde und ein Anregungsbriefkasten.

### 5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Jeder Patient wird unabhängig von Alter, Herkunft, sozialem Stand und Schwere der Erkrankung mit gleicher Sorgfalt betreut. Persönliche und ethische Einstellungen werden grundsätzlich von allen Mitarbeitern unserer Klinik respektiert. Angehörige verschiedener Religionen werden unter Berücksichtigung ihrer Glaubensgrundsätze behandelt. Zur Beratung und Entscheidungsfindung bei ethischen Fragestellungen trifft sich regelmäßig das klinische Ethikkomitee. Auf Wunsch stehen Seelsorger, Sozialdienst und Psychologen zur Verfügung. Das Ethikkomitee der AKL dient dabei als Vorbild in der Entwicklung für den Gesamtkonzern.

### 5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Die externe Kommunikation erfolgt auf Basis des Asklepios Konzepts zur Öffentlichkeitsarbeit, den strategischen Zielsetzungen und dem Konzept zur Öffentlichkeitsarbeit der Klinik, das durch eine Stabsstelle umgesetzt wird. Die Kontaktpflege mit niedergelassenen Ärzten und Praxen erfolgt durch persönliche Kontakte der Fachabteilungen sowie im Rahmen von Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen, gemeinsamen Symposien oder dem direkten "roten Draht" als fachärztlichem Austausch. Neuigkeiten werden auf der Website, in der Lokalpresse und in Artikeln im Konzernmagazin "Asklepios Intern" veröffentlicht. In der Klinik liegen verschiedene Informationsbroschüren aus und werden über niedergelassene Ärzte der Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

## 5.2 Strategie und Zielplanung

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

Die Klinik hat im Laufe der letzten Jahre ein umfassendes Managementsystem zur Entwicklung, Umsetzung, Kontrolle der Politik und Strategie des Hauses auf jährlicher Basis entwickelt. Dies wurde durch Strategieworkshops der Leitungsrunde und ein entstandenes Entwicklungskonzept um einen mehrjährigen Planungshorizont erweitert. Die jährlich mit den Abteilungsleitungen gemeinsam erstellte Zielplanung enthält alle für das kommende Jahr relevanten Kriterien, die für die Steuerung der Wirtschaftlichkeit und Konkurrenzfähigkeit der Klinik notwendig sind. Das unternehmerische Handeln hat dabei stets den Patienten im Fokus und zielt auf eine zukunftsorientierte und an höchsten Qualitätsstandards ausgerichtete Medizin für alle Patienten ab.

### *5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement*

Neben dem medizinischen Risikomanagement muss sich die Klinikleitung auch mit wirtschaftlichen Risiken auseinandersetzen. Entsprechende Frühwarnsysteme sind eingerichtet und werden durch einen Risikomanager in Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung überprüft. Ergänzend erfolgt die Abstimmung hinsichtlich der Bewertung von Kennzahlen und Risiken mit dem Medizin- und Finanzcontrolling der Klinik.

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

Durch regelmäßige Analyse der gesundheitspolitischen Lage, demografischen Entwicklung, lokalen Gegebenheiten, wie z.B. der Einweiser- und Stakeholder-Struktur, ist die Leitungsrunde in der Lage, Strategien zu entwickeln sowie Potentiale für die künftige Ausrichtung der Klinik zu identifizieren. Um eine optimale Patientenversorgung zu gewährleisten ist eine gute Zusammenarbeit mit anderen Anbietern, wie z.B. den Einweisern, ambulanten Einrichtungen oder Beratungsstellen erforderlich. Potentielle Kooperationspartner werden anhand des jeweiligen Kooperationszieles ausgewählt und nach Qualität der Leistung, Erfahrung, Loyalität sowie mittels Kosten-Nutzen-Analysen selektiert.

## 5.3 Unternehmensentwicklung

### *5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien*

In der Klinik ist eine klare Organisationsstruktur festgelegt. Ein verbindliches und aktuelles Organigramm benennt die jeweils verantwortlichen Ansprechpartner. Die Organisation der Asklepios Klinik Lich ist modern und flexibel ausgerichtet. Projekte werden durch interdisziplinäre Teams und Arbeitsgruppen im Rahmen von Workshops umgesetzt. Hierdurch wird die Trennung zwischen den einzelnen Berufsgruppen überwunden und eine flache Hierarchie erreicht. Die Asklepios Klinik Lich wird durch die Geschäftsführung in Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Direktor, der Pflegedienstleitung und der Leitungsrunde geführt. Daneben existieren zahlreiche Gremien und Kommissionen und Arbeitsgruppen. Die Arbeit und die Ergebnisse der Gruppen werden durch ein Protokollwesen, klare Übermittlung der Ergebnisse und durch die Zusammensetzung der Kommissionen und Gremien unterstützt. Die Arbeitsweise und Ergebnisse werden den Mitarbeitern auf den vorhandenen Informationswegen transparent gemacht.

### *5.3.2 Innovation und Wissensmanagement*

In Rahmen der jährlichen Zielplanung wird die durch die Strategieworkshops entwickelte Rahmenplanung spezifiziert. Auf der Grundlage dessen werden die notwendigen baulichen und personellen Veränderungen einschließlich erforderlicher Kooperationen geplant. Durch Benchmarking und Workhops auf kaufmännischer und medizinischer Ebene wird eine lernende Organisation für den Gesamtkonzern bzw. die Einzelkliniken erreicht. Für die Mitarbeiter bestehen umfangreiche Informationsmöglichkeiten durch Intranet, E-Mail, Online-Literatur, Fachbibliothek und "Asklepios intern". Neue Erkenntnisse und Weiterbildungsinhalte werden in Besprechungen weitervermittelt. Alle Mitarbeiter haben die Möglichkeit, über das betriebliche Vorschlagswesen Ideen einzubringen.

## 6. Qualitätsmanagement

### 6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Der Aufbau des QM- Systems ist in einem Konzept festgelegt. Steuerungsorgan des Qualitätsmanagements ist der Projektsteuerkreis, dieser setzt sich aus Mitgliedern der Klinikführung mit Weisungsbefugnis zusammen. Durch den Einsatz von Qualitätswerkzeugen, wie z.B. Beschwerde- und Vorschlagswesen, Befragungen, Audits, Projektarbeit, Dokumentationsanalysen, Prozess- und Risikomanagement wird der kontinuierliche Verbesserungsprozess realisiert. Neben der Zertifizierung der Gesamtklinik nach KTQ(r) konnten weitere anerkannte Zertifizierungen (Endoprothetikzentrum, Brustzentrum, Bildungszentrum, Traumazentrum, Babyfreundliche Geburtsklinik) erreicht werden.

### 6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung

Definierte Kern- Führungs- und Unterstützungsprozesse werden in geeigneter Form z.B. als Prozessbeschreibung, Verfahrensanweisung, Standard, usw. dargestellt. Prozessoptimierungen werden u.a. aus Audits, Beschwerde- und Vorschlagswesen sowie Befragungen abgeleitet. Die Prozesse werden, soweit sinnvoll, mit Kennzahlen hinterlegt und in geeigneten Intervallen überprüft. Um Prozesse möglichst reibungslos aufeinander abzustimmen; sinnvolle Vernetzungen zu erreichen und Schnittstellenprobleme zu vermeiden, werden die betreffenden Mitarbeiter in die Prozessgestaltung mit einbezogen und zu neuen oder optimierten Prozessen entsprechend geschult und eingewiesen.

## 6.2 Befragungen

### 6.2.1 Patientenbefragung

Einer der wichtigsten Qualitätsparameter für unsere Klinik ist die Patientenzufriedenheit. Diese wird mit Hilfe von internen und externen Befragungen ermittelt. Die Ergebnisse werden Patienten, Besuchern und Mitarbeitern mittels Besprechungen, Infoveranstaltungen, Intra- und Internet, Klinik Infokanal und einer wöchentlichen Informationsmail der Geschäftsführung zugänglich gemacht. Außerdem werden Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet und umgesetzt. Konzernweit einheitliche Befragungen durch ein externes Institut sowie die Teilnahme am Projekt "Qualitätskliniken.de", erlauben den Vergleich mit anderen Einrichtungen und die Veröffentlichung der Ergebnisse.

### 6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Befragungen bilden einen wichtigen Baustein der Kontaktpflege mit den Einweisern. Es erfolgt u.a. eine Überprüfung der Zufriedenheit bzgl. der Abstimmung der Aufnahmetermine, des Infogehaltenes der Arztbriefe und der Zusammenarbeit mit der Klinik. Durch offene Fragen können eigene Anregungen mitgeteilt werden. Die Rückmeldungen geben uns Gelegenheit durch geeignete Maßnahmen die Zusammenarbeit zu verbessern und die Zufriedenheit zu steigern. Ergänzend zur Einweiserbefragung der Gesamtklinik finden anlassbezogene Einweiserbefragungen im Rahmen des Brustzentrums oder bei Veranstaltungen durchgeführt.

### 6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Mitarbeiterbefragungen dienen der Überprüfung und Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit. Sie bieten die Möglichkeit der anonymen Meinungsäußerung mit der Chance der Einflussnahme auf Situationen im Arbeitsalltag. Eine klinikweite Mitarbeiterbefragung durch ein externes Institut findet alle drei Jahre statt. Sie beinhaltet u.a. Fragen zur Zufriedenheit mit der Gestaltung und Lage des Arbeitsplatzes, Betriebsklima, Informationspolitik, Vergütung und Motivation durch die Klinik. Es erfolgt ein Vergleich mit anderen Asklepios Kliniken. Handlungsempfehlungen für die Führungskräfte werden abgeleitet und vorgeschlagen. Neben der konzernweiten Mitarbeiterbefragung werden alle Mitarbeiter im Rahmen des Strategieprozesses der Klinik zur aktuellen Entwicklung und Projektumsetzung befragt.

### 6.3 Meinungsmanagement

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

Durch unser strukturiertes Beschwerdemanagement, auf Basis des konzernweit gültigen Asklepios-Standards, werden Wünsche und Beschwerden, aber auch Anregungen und Lob, zentral gesammelt und ausgewertet. Sie stellen ein wichtiges Potential zur Steigerung unserer Qualität in den jeweils betroffenen Bereichen dar. Jede Eingabe an unser Beschwerdemanagement wird nach Abklärung in der Abteilung persönlich durch unseren Geschäftsführer oder den Qualitätsbeauftragten beantwortet und es werden entsprechende Maßnahmen abgeleitet. Primäres Ziel ist die Klärung von Problemen möglichst noch während des Klinikaufenthaltes, damit der Patient zufrieden entlassen wird. Dazu betreiben wir eine Politik der offenen Tür, die einen kurzfristigen und persönlichen Kontakt mit der Geschäftsführung oder dem Qualitätsmanagementbeauftragten ermöglicht, falls eine Klärung auf Abteilungsebene nicht möglich ist.

### 6.4 Qualitätsrelevante Daten

#### 6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren

Neben den Daten zur gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherung werden durch die verantwortlichen Mitarbeiter der Klinik systematisch weitere aussagekräftige interne Daten erhoben. Dabei handelt es sich um Qualitäts- und Risikokennzahlen, ökonomische Kennzahlen und solche, die im Zusammenhang mit der Patientenversorgung erhoben werden, z.B. Komplikationsraten oder Hygienedaten. Die ausgewerteten Daten dienen zur Steuerung wichtigster qualitätsrelevanter Prozesse. Das Kennzahlensystem wird bei Bedarf weiter ausgebaut. Innerhalb der Asklepios Gruppe ist ein Vergleich mit anderen Krankenhäusern möglich. In allen Fachabteilungen sind Verantwortliche für die Qualitätssicherung benannt. Die entsprechenden Auswertungen bescheinigen der Klinik niedrige Komplikationsraten und qualitativ hochwertige medizinische und pflegerische Leistungen. Abweichungen im Rücklauf und in der Ergebnisqualität werden in den jeweiligen Fachabteilungen besprochen und kurzfristig Gegenmaßnahmen eingeleitet.