



## **KTQ-QUALITÄTSBERICHT**

zum KTQ-Katalog2009/2 für Krankenhäuser

<b>Krankenhaus:</b>	Städtisches Klinikum Wolfenbüttel
<b>Institutionskennzeichen:</b>	260310744
<b>Anschrift:</b>	Alter Weg 80 38302 Wolfenbüttel
<b>Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:</b>	2015-0040 KH
<b>durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:</b>	BSI Group Deutschland GmbH, Frankfurt am Main
<b>Gültig vom:</b>	18.06.2015
<b>          bis:</b>	17.06.2018
<b>Zertifiziert seit:</b>	09.07.2009

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b>	<b>5</b>
<b>Die KTQ-Kategorien</b>	<b>6</b>
1 Patientenorientierung	7
2 Mitarbeiterorientierung	10
3 Sicherheit	11
4 Informations- und Kommunikationswesen	13
5 Führung	14
6 Qualitätsmanagement	16

## 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 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® somit Instrumente an, die die Sicherung und stetige Verbesserung der Qualität in Einrichtungen des Gesundheitswesens für die Öffentlichkeit darstellen.

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

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Führung des Krankenhauses und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

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

Im Rahmen 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

---

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

der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009/2. 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 **Städtische Klinikum Wolfenbüttel** 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

### Einleitung des Krankenhauses

Das Bemühen um Qualität in der Patientenversorgung ist keine Erfindung der heutigen Zeit. Qualität, also bestmögliche Diagnostik und Therapie für eine qualifizierte medizinische Versorgung der uns anvertrauten Patienten, steht seit jeher im Mittelpunkt der Arbeit des Städtischen Klinikums Wolfenbüttel. Die Art, wie das Streben nach Qualitätsverbesserungen als dauerhafte Aufgabe im Klinikgeschehen verankert ist, hat sich jedoch in den letzten Jahren wesentlich gewandelt. Qualität entsteht in der ständigen systematischen Auseinandersetzung mit der eigenen Arbeit – und dem Vergleich mit den Ergebnissen, die andere Kliniken erzielen.



Das Klinikum beschäftigt ca. 650 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, um eine bestmögliche Versorgung durch Diagnose, Therapie, Pflege und Service zu gewährleisten.

Einen elementaren Stellenwert im Wirken aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Städtischen Klinikums Wolfenbüttel nimmt der Grundsatz ein, das Wohl des Patienten in den Mittelpunkt zu stellen. Das 1892 gegründete Krankenhaus ist für die medizinische und pflegerische Versorgung der Patienten aus Stadt und Landkreis Wolfenbüttel zuständig. Darüber hinaus ist das Klinikum wesentlich in die Notfallversorgung für die Region eingebunden. Das Klinikum ist Standort für einen von fünf Rettungstransporthubschraubern in Niedersachsen und stellt sowohl für das luft- wie auch das bodengebundene Rettungssystem die Notärzte. Von 1992 bis 2013 ist das Städtische Klinikum Wolfenbüttel von der Sana Kliniken AG München über einen Managementvertrag geführt worden. Im Jahr 2001 ist das Klinikum in die Rechtsform einer gemeinnützigen Gesellschaft überführt worden. Alleinige Gesellschafterin ist die Stadt Wolfenbüttel.

Ausgeprägtes interdisziplinäres Handeln bestimmt im Städtischen Klinikum Wolfenbüttel die Zusammenarbeit aller an Diagnostik, Therapie und Versorgung beteiligter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sowohl in den patientennahen als auch patientenferneren Bereichen. Die Fachkompetenzen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Abteilungen, die gemeinsame Nutzung vorhandener technischer Ressourcen und aufeinander abgestimmte patientenorientierte Organisationsabläufe der einzelnen Kliniken bilden einen starken Verbund.

# Die KTQ-Kategorien

# 1 Patientenorientierung

## 1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Die Information ist die erste Anlaufstelle im Städtischen Klinikum Wolfenbüttel und die Mitarbeiter können gezielt Auskünfte erteilen. Die Aufnahme der Patienten erfolgt in der Zentralen Aufnahme. Die 24h-Notfallversorgung unter fachärztlicher Betreuung sind sichergestellt. Ärzte und Pflegekräfte führen mit allen Patienten am Aufnahmetag ein ausführliches Aufnahmegespräch, das umfangreiche Informationen über die Station und den Tagesablauf beinhaltet. Ein hoher medizinischer und pflegerischer Leistungsstandard mit interdisziplinärer Versorgung ist im a Klinikum gegeben. Das Klinikum bietet eine moderne Ausstattung mit Serviceangeboten. Auf der Homepage können Interessierte sich über die Lage der Klinik, die Wegbeschreibung und das Leistungs- und Serviceangebot informieren.

## 1.1.2 Leitlinien

Die Behandlung im Städtischen Klinikum Wolfenbüttel erfolgt unter Berücksichtigung von neuesten medizinischen und pflegerischen Standards, Konzepten und Richtlinien. Die langjährigen Erfahrungen unserer Mitarbeiter fließen dabei in Diagnose und Therapie mit ein. Medizinischen und pflegerischen Vorgaben werden ständig ergänzt, aktualisiert und gemeinsam im Team besprochen. Eigene Projekt- und Arbeitsgruppen wurden unter anderem für die Bereiche Entwicklung von geplanten Behandlungsabläufen, perioperatives Schmerzkonzept, Sturz-, Dekubitus- und Wundmanagement geschaffen. In diesen Projektgruppen arbeiten Mitarbeiter aller Berufsgruppen, um ein weites Erfahrungsspektrum in die erarbeiteten Vorgaben einfließen lassen zu können.

## 1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Unsere Mitarbeiter arbeiten nach den Vorgaben unseres Leitbildes, an dem unser Handeln ausgerichtet ist. Der höchste Wert ist die Würde des Patienten und sein Recht auf Selbstbestimmung. Im Mittelpunkt aller Bemühungen steht den Menschen in seiner Gesamtheit und als aktiven Partner im Behandlungsprozess wahrzunehmen. Die Patienten und ihre Angehörigen werden in die Behandlungsplanung von Anfang an mit eingebunden. Dies umfasst Prävention und Beratung sowie Diagnose, Therapie und Nachsorge. Die Besuchszeiten und andere erste, für den Patienten wichtige, Informationen können den Informationsflyern, die in den Patientenzimmern ausliegen, entnommen werden. Zu den Themen Diabetes, Ernährung, Wundmanagement und Stoma schult ausgebildetes Fachpersonal in enger Zusammenarbeit mit den Ärzten die Patienten individuell.

## 1.1.4 Service, Essen und Trinken

Dem Patienten, seinen Angehörigen und Besuchern stehen Aufenthaltsräume zur Verfügung. Eine Cafeteria mit Kiosk im Erdgeschoss kann genutzt werden. In dieser können Speisen, Getränke, Kuchen, Zeitschriften, Hygieneartikel und kleine Geschenkartikel erworben werden. Patientenzimmer mit separater Nasszelle, Fernseher und Telefon sind vorhanden. Auf Wunsch des Patienten kann die Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer realisiert werden. Die Ansprechpartner kann der Patient der stationsspezifischen Informationsbroschüre entnehmen, zudem wird er bei der Aufnahme darüber informiert, dass Mitarbeiter gerne seine Anliegen aufnehmen.

Unsere Küche arbeitet nach gültigen und anerkannten Standards, dem HACCP-Konzept. Dies ist ein anerkanntes System zu Gefahrenanalyse und Lenkung kritischer Hygienepunkte. Es ist ein vorbeugendes System, das die Sicherheit von Lebensmitteln und Verbrauchern gewährleisten soll. Fortlaufend sorgt die Küche dafür, dass das Essen nicht nur wohlschmeckend ist, sondern auch unter strengsten hygienischen Gesichtspunkten hergestellt wird. Alle gängigen Diätformen werden von der Küche angeboten. Zudem erfolgt die Berücksichtigung kultureller und religiöser Aspekte u.a. durch die Möglichkeit einer individuellen Kostform.

## 1.1.5 Kooperationen

Das Städtische Klinikum Wolfenbüttel pflegt umfangreiche Kooperationen und Partnerschaften, um das Leistungsangebot für die Patienten zu optimieren. Die Abstimmung mit internen als auch externen Kooperationspartnern ist durch Leitlinien, Vereinbarungen, Kooperationsverträge und Arbeitsverträge festgelegt. Durch regelmäßiges Zusammentreffen und Kommunikation mit den Kooperationspartnern werden die Abläufe optimiert.

## 1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die Aufnahme der Patienten erfolgt in der Zentralen Aufnahme. Die Reihenfolge der Behandlung wird von einer examinierten Pflegenden im Rahmen einer Einstufung nach Dringlichkeit der Versorgung

patientenorientiert festgelegt. Durch diese Ersteinschätzung wird die Behandlungspriorität festgelegt. Während der Aufnahmeuntersuchung erfolgt eine erste Einschätzung des Gesundheitszustandes sowie der Lebensumstände des Patienten. Danach werden von den Ärzten die Behandlungsformen in Absprache mit dem Patienten festgelegt. Die Pflegebasisanamnese umfasst zudem eine Erhebung Dekubitusrisikos und eine Sturzrisikoerhebung, erforderliche Präventionsmaßnahmen werden entsprechend angepasst. Vorbefunde des Patienten werden genutzt um unnötige Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Die Patienten werden rechtzeitig und vor allem verständlich aufgeklärt. So bleibt genügend Zeit, mit den Ärzten über alle wichtigen Punkte zu sprechen oder sich auch eine ärztliche Zweitmeinung einzuholen.

#### *1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung*

Durch unsere qualifizierten Mitarbeiter sowie der Bereitstellung umfassender und moderner Diagnostik- und Behandlungsverfahren gewährleisten wir eine auf die Patientenbedürfnisse abgestimmte professionelle Behandlung. Die Kliniken mit ihren Schwerpunkten decken dabei ein breites Behandlungsspektrum ab. Die Versorgung mit Arzneimitteln und Apothekengütern ist rund um die Uhr gewährleistet.

#### *1.3.2 Ambulante Operationen*

Oberstes Ziel der Beteiligten ist es, die Patienten unter optimalen Bedingungen zu operieren. Dazu sind die Prozesse der OP-Planung und der OP-Ablauforganisation für alle Patienten genau geregelt. Eine fortlaufende Überprüfung dieser Festlegungen findet durch die interne Qualitätssicherung statt.

#### *1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung*

Zur stationären Diagnostik und Behandlungsplanung verfahren wir nach den allgemein gültigen diagnosebezogenen Standards und Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaft. Dabei bleibt der Patient stets im Mittelpunkt unseres Handelns. Die Planung der Maßnahmen erfolgt von unseren erfahrenen Ärzten zugeschnitten auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten. Der Informationsaustausch zwischen den Ärzten erfolgt täglich in der morgendlichen Arztbesprechung. Durch Konsiliaranforderung werden andere Fachrichtungen in Diagnostik und Therapie zudem eingebunden.

#### *1.4.2 Therapeutische Prozesse*

Die hausinternen ärztlichen Leitlinien orientieren sich an den aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften. Die Therapieplanung wird von erfahrenen Ärzten vorgenommen. Die Möglichkeit der Rücksprache mit einem Facharzt ist gegeben. Zudem liegen in den Fachbereichen Behandlungspfade und geplante Behandlungsabläufe für ausgewählte Diagnosen und Prozeduren vor.

#### *1.4.3 Operative Verfahren*

Oberstes Ziel aller Beteiligten ist es, die Patienten unter optimalen Bedingungen zu operieren. Die Abläufe der Verfahren richten sich nach den aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften. Die Vor- und Nachbereitung der Patienten erfolgt nach standardisierten Verfahren. Die Planung und Organisation der operativen Verfahren sind in einem OP Statut hinterlegt und werden durch die OP-Arbeitsgruppe in festgelegten Abständen auf Aktualität überprüft.

#### *1.4.4 Visite*

Während der Visiten werden die diagnostischen, therapeutischen Maßnahmen und der Behandlungsverlauf reflektiert und bei Bedarf angepasst. Es liegt ein Konzept zur Durchführung von Visiten vor, darin sind Inhalt, Verantwortlichkeiten und Abläufe definiert. Die Patienten und Angehörigen können sich in den Stationsinformationsbroschüren über die jeweiligen Visitenzeiten informieren.

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

Die Behandlung der Patienten orientiert sich an den „Leitlinien für Diagnostik und Therapie“ der medizinischen Fachgesellschaften und den hausinternen Vorgaben.

#### *1.5.1 Entlassung*

Die Vorbereitung der Entlassung erfolgt durch unsere Abteilung Sozialberatung und Entlassmanagement bereits bei Aufnahme der Patienten. So ist sichergestellt, dass bis zur Entlassung die notwendigen Unterlagen vorliegen, Anschlussbehandlungen geplant werden können und der Patient ausreichend informiert werden kann. Die Zufriedenheit mit unserem Entlassmanagement messen wir konti-



nuerlich durch Patienten- und Einweiserbefragungen.

#### *1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung*

Die Mitarbeiterinnen der Abteilung Sozialberatung und Entlassmanagement ermitteln gemeinsam mit dem Patienten und ggf. dessen Angehörigen das Ausmaß des Nachsorge- bzw. Beratungsbedarfs. Auf der Grundlage der spezifizierten Risiken erstellen sie die vorläufige Entlassplanung. Dazu stimmen sie sich mit Patienten, ggf. dessen Angehörigen sowie externen (z.B. amb. Pflegedienst, nachbehandelnder Arzt, Pflegeheime, Sanitätshaus, Apotheke) und internen Beteiligten (z.B. verantwortliche Ärzte, pflegerische Stations-Mitarbeiter, Co-Therapeuten) ab.

#### *1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten*

Der sterbende Patient wird in seiner Gesamtsituation wahrgenommen und berücksichtigt. Im interdisziplinären Team erfolgen Pflege und Behandlung auf der Basis der festgelegten Maßnahmen unter Berücksichtigung der kulturellen Besonderheiten. Dabei werden Wünsche respektiert, die sich aus Lebensumständen, Konfession, kulturellen Gewohnheiten ergeben. Die Beachtung und Umsetzung einer niedergelegten Patientenverfügung, soweit der Inhalt der klinischen Situation entspricht, ist für uns Pflicht.

#### *1.6.2 Umgang mit Verstorbenen*

Wir ermöglichen einen angemessenen Abschied für Angehörige von verstorbenen Patienten. Ein Abschiedsraum, in dem Angehörige mit dem Verstorbenen allein sein können, ist vorhanden. Im Umgang mit Verstorbenen wird darauf geachtet, dass die Würde, Individualität und Personalität des Verstorbenen gewahrt wird und ein sensibler Umgang mit den Hinterbliebenen gewährleistet ist. Dabei werden rechtliche, hygienische und medizinische Erfordernisse beachtet.

## 2 Mitarbeiterorientierung

### 2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Der Personalbedarf wird im Rahmen der Wirtschaftsplanung unter Berücksichtigung der zukünftigen Entwicklungen in den einzelnen Bereichen festgelegt.

Unter Berücksichtigung der benötigten Qualifikationen erfolgt die systematische Berechnung des Personalbedarfs, um eine angemessene Zahl von qualifizierten Mitarbeitern bereitzustellen.

### 2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Die Regelungen zur Festlegung der Qualifikation finden sich in den Stellenbeschreibungen. In den Mitarbeiter-Gesprächen werden die Wünsche der Mitarbeiter zu ihren beruflichen Entwicklungen besprochen. Die individuelle Karriereplanung für die Mitarbeiter richtet sich nach den Erfordernissen und Bedürfnissen der Klinik. Sie berücksichtigt persönliche Ausbildung, Qualifikation und Spezialisierung für die jeweilige Aufgabe.

Die Personalentwicklung orientiert sich nach Bedarf der einzelnen Stationen und in den Funktionsabteilungen. Dabei wird darauf geachtet, dass immer eine ausreichende Anzahl von qualifizierten Mitarbeitern zur Verfügung steht.

### 2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter gibt es spezielle Einarbeitungskonzepte, hier sind wichtige Inhalte, Informationen und Regelungen definiert. Jedem neuen Mitarbeiter wird für die Dauer der Einarbeitung ein erfahrener Mitarbeiter zur Seite gestellt.

### 2.2.3 Ausbildung

Die Krankenpflegeschule leistet eine Theorie-Praxis-Vernetzung und bereitet die Auszubildenden angemessen auf ihre Tätigkeiten im Rahmen der Patientenversorgung vor. Durch die Tätigkeit von Praxisanleitern ist eine enge Verbindung zwischen den theoretischen und den praktischen Inhalten der Ausbildung gewährleistet. Die unterschiedlichen Pflegesituationen werden unter Anleitung und in strukturierten Übungsschritten vermittelt und geübt. Das Praktische Jahr „PJ“ ist das sechste und letzte Studienjahr für angehende Ärztinnen und Ärzte. Es handelt sich um eine besondere Form der akademisch-praktischen Lehre, in deren Mittelpunkt die Ausbildung am Patienten steht. Als Lehrkrankenhaus der Universität Göttingen gestaltet das Klinikum aktiv die PJ-Ausbildung mit. Die Anzahl der interessierten Studierenden nimmt jährlich zu. Weiterhin werden die Berufe Koch, Kaufmann für Büromanagement und Fachinformatiker für Systemintegration ausgebildet.

### 2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Die Fort- und Weiterbildung wird dezentral durch die jeweiligen Abteilungsleitungen (Ärztliche Direktion, Pflegedirektion, Verwaltung) geplant. Mitarbeiter haben die Möglichkeit Ihre Wünsche bei Ihren Vorgesetzten anzumelden.

**2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil** Verbindliche Grundsätze zur Führung von Mitarbeitern sind in unserem Leitbild verankert. Führungskräfte arbeiten partnerschaftlich, kooperativ und ergebnisorientiert zusammen. Die gemeinsamen Anstrengungen dienen sowohl dem Wohle der Mitarbeiter als auch der erfolgreichen Entwicklung des Unternehmens. Der Patient steht dabei im Mittelpunkt allen Handelns. Im täglichen Arbeitsablauf werden Ideen und Wünsche der Mitarbeiter im Sinne einer mitarbeiterorientierten Führung und Optimierung der Arbeitsprozesse berücksichtigt.

### 2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Im Rahmen der tariflichen Vorgaben und unter Berücksichtigung der Anforderungen des Arbeitszeitgesetzes (ArbZG) werden die Arbeitszeiten in verschiedenen Arbeitszeitmodellen geregelt. Es kommen Schichtdienst-, Bereitschaftsdienst-, Gleitzeit- und Rufbereitschaftsdienst- Systeme zum Einsatz. Festlegungen sind in Betriebsvereinbarungen getroffen.

### 2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Die Mitarbeiter unserer Klinik haben die Möglichkeit Verbesserungsvorschläge über verschiedene Wege einzubringen. Es kann der Weg des Beschwerdemanagements gewählt werden oder eine Idee zur Verbesserung kann auch in schriftlicher Form direkt an die Klinikleitung übermittelt werden. Zusätzlich besteht die Möglichkeit Wünsche und Beschwerden in den regelmäßig stattfindenden Besprechungen oder auch in persönlichen Gesprächen einzubringen.

Durch die Vorschläge unserer Mitarbeiter können wir unser Handeln optimieren.

## 3 Sicherheit

### 3.1.1 Arbeitsschutz

Zur Gewährleistung der umfassenden Sicherheit von Patienten, deren Angehörigen, Mitarbeitern und externen Kunden existieren im Städtischen Klinikum Wolfenbüttel umfassende Regelungen zum Arbeitsschutz. Es sind eine Sicherheitsfachkraft und Sicherheitsbeauftragte benannt. Die Fachexperten begehen regelmäßig das Klinikum, um Mängel aufzunehmen. Diese werden in der regelmäßig stattfindenden Arbeitssicherheitsausschusssitzung bewertet und entsprechende Maßnahmen durch die Krankenhausleitung veranlasst. Die Kontrolle der Behebung wird routinemäßig bei der nächsten Begehung überprüft.

### 3.1.2 Brandschutz

Im Städtischen Klinikum Wolfenbüttel werden umfassende Verfahren zum Brandschutz angewandt. Die Mitarbeiter werden bei den jährlich stattfindenden, dokumentierten Brandschutzschulungen zum Verhalten im Brandfall geschult. Es wurden Brandschutzhelfer speziell weiterqualifiziert. Die Fluchtwege sind Bereichen gekennzeichnet. Maßnahmen, Melde- und Alarmierungswege bei Feuer sowie Brandverhütungsmaßnahmen sind im Krankenhaus-, Alarm- und Einsatzplan im Intranet und schriftlich in den Bereichen für die Mitarbeiter einsehbar beschrieben. Die Überprüfung des Informationsstandes der Mitarbeiter erfolgt im Rahmen von Begehungen und der jährlichen Brandschutzunterweisung.

### 3.1.3 Umweltschutz

Hauptziele der Umsetzung eines flächendeckenden Umweltmanagementsystems, in dem alle Mitarbeiter eine Verantwortung tragen sind der Einsatz von ökologisch unbedenklichen Produkten, der verantwortungsbewusste Umgang mit Energieressourcen und der Abfallvermeidung und -reduktion. Es erfolgt eine regelmäßige statistische Auswertung der Verbrauchswerte für Energie-, Wasser- und Abfallwirtschaft. Daraus werden Umweltziele und davon abgeleitete Verbesserungsmaßnahmen definiert.

### 3.1.4 Katastrophenschutz

Das Städtische Klinikum Wolfenbüttel ist in den Katastrophenschutz des Landes Niedersachsen eingebunden. Eine engmaschige Planung erfolgt in Zusammenarbeit mit den zuständigen Behörden. In einem hausinternen Krankenhaus-, Alarm- und Einsatzplan sind das Vorgehen und die Verantwortlichkeiten für verschiedene Ereignisse integriert. Die Regelungen sind für alle Mitarbeiter jederzeit im Intranet und in Handbüchern ersichtlich.

### 3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Im Städtischen Klinikum Wolfenbüttel wird ein Verfahren zur Regelung bei nichtmedizinischen Notfallsituationen angewandt. Die Aktualität der Pläne wird durch die Beauftragten gewährleistet. Die Alarmierung des Krankenhauspersonals erfolgt nach den Anweisungen der schriftlich definierten Vorgaben. Verfahren zur regelmäßigen Prüfung von Notstromaggregaten und anderen technischen Einrichtungen sind festgelegt und werden eingehalten.

### 3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Es erfolgt im Rahmen der ärztlichen und pflegerischen Anamnese eine Einschätzung der Ressourcen und der Fähigkeiten für sich selbst zu sorgen. Darauf basierend erfolgt die Festlegung des Diagnostik- und Behandlungskonzeptes. Erforderliche Sicherungsmaßnahmen werden gemeinsam geplant und durchgeführt wie z.B. Sturzprophylaxe, gesonderte Unterbringung oder Anwesenheit von Begleitpersonen zur Betreuung.

### 3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Der Umgang mit medizinischen Notfällen ist schriftlich geregelt, ebenfalls die Überprüfungsmodalitäten der Notfallausrüstung. Auf jeder Station und in den Funktionsbereichen stehen standardisierte Notfallausrüstungen zur Verfügung. Die schnelle Alarmierung des Notfallteams ist gewährleistet. Das Thema Reanimation ist als Pflichtfortbildung im Städtischen Klinikum Wolfenbüttel etabliert.

### 3.2.3 Hygienemanagement

In unserem Klinikum ist ein umfassendes Hygienemanagement etabliert. Die Festlegungen dazu befinden sich im Intranet. Hygiene- und Desinfektionspläne hängen in allen Abteilungen gut sichtbar aus. Die hygienebezogene Verantwortung liegt beim Ärztlichen Direktor, unterstützt wird er durch die Hy-

gienefachkräfte, die hygienebeauftragten Ärzte und die Hygienebeauftragten aus der Pflege. Dieses Hygieneteam kümmert sich um die hygienischen Belange in allen Abteilungen des Städtischen Klinikums Wolfenbüttel. Die Einhaltung der Hygienerichtlinien wird durch regelmäßige protokollierte Begehungen der Hygienefachkraft in den Abteilungen sichergestellt. In der regelmäßig stattfindenden Hygienekommissionssitzung werden neue Verfahren vorgestellt und die Ergebnisse der Begehungen ausgewertet.

#### *3.2.4 Hygienerrelevante Daten*

Die Meldekette und die Verantwortlichkeiten zur Erfassung hygienerrelevanter Daten sind definiert. Nosokomiale Infektionen und Bakterienresistenzen werden von den Hygienefachkräften erfasst und bewertet. Meldungen der meldepflichtigen Erreger nach gesetzlicher Vorgabe erfolgen direkt an das Gesundheitsamt. Regelmäßige Infektionsstatistiken werden erstellt. Die Daten werden im Rahmen der zielgerichteten Beobachtung und Informationserhebung regelmäßig mit bundesdeutschen Referenzwerten verglichen und ausgewertet.

#### *3.2.5 Infektionsmanagement*

Die Planung hygiesichernder Maßnahmen im Umgang mit Infektionserregern ist im Hygieneordner festgelegt. Die Vorgaben des Robert-Koch-Institutes werden beachtet. Die Hygienefachkräfte stehen bei allen Isolierpatienten beratend zur Seite. Ein Screening auf mehrfachresistente Erreger wird für definierte Risikogruppen durchgeführt.

#### *3.2.6 Arzneimittel*

Jede Station bestellt aus der Arzneimittelliste die für Ihren Bedarf ausgewählten Medikamente online in der hauseigenen Apotheke. Die kontinuierliche Versorgung der Patienten mit Medikamenten wird gewährleistet durch die Vorratshaltung in den Depots der einzelnen Stationen. Regelmäßige Bestandskontrollen durch die verantwortlichen Mitarbeiter sichern den Bedarf durch Nachbestellung in der Apotheke. Verfahren für die Bereitstellung, Lagerung und den Umgang mit Medikamenten ist festgelegt. Zum Umgang mit Betäubungsmitteln und Zytostatika sind die Verfahren separat beschrieben. Die Umsetzung der Vorgaben wird durch interne Begehungen und durch die Überprüfungen der Apotheke sichergestellt.

#### *3.2.7 Blutkomponenten und Plasmoderivate*

Prozesse und Handlungsabläufe beim Umgang mit Blut- und Blutprodukten orientieren sich am Transfusionsgesetz und den allgemeinen Richtlinien zur Anwendung von Blut- und Blutprodukten. Zur Umsetzung dieser Vorgaben existiert ein Transfusions-Handbuch. Es finden bedarfsgerechte Schulungen statt. Das Handbuch ist im Intranet veröffentlicht und den Mitarbeitern zugänglich. Darin sind die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten geregelt, die Personen namentlich aufgeführt. Der Qualitätsbeauftragte Hämotherapie führt jährliche interne Begehungen und Überprüfungen durch und wertet diese aus.

#### *3.2.8 Medizinprodukte*

Die standardisierten Prozesse in den technischen Bereichen stellen eine durchgängige Qualität in der Bewirtschaftung der Medizintechnik und der Erfüllung aller Anforderungen bei der Neubeschaffung sicher. Für die einzelnen Bereiche sind verantwortliche Mitarbeiter benannt und entsprechend ihren Aufgaben geschult. Sie sind für die Koordination der Geräteschulungen in ihren Bereichen zuständig. Bei der Beschaffung von Medizinprodukten wird auf hygienische Eignung, Eignung von Arbeitssicherheitsaspekten und ökologische Geringbelastung der Umwelt geachtet. Ökologische Anforderungen bei Reinigungsartikeln werden auch durch die Nutzung von Sicherheitsdatenblättern umgesetzt.

## 4 Informations- und Kommunikationswesen

### 4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Im Rahmen der Patientenversorgung wird Informationstechnologie eingesetzt. Ziel ist, die Effektivität und die Effizienz zu erhöhen. Zur Steigerung der Dokumentationsqualität wurde damit begonnen, die digitale Patientenakte und die mobile Visite einzuführen. Am Krankenhausinformationssystem sind alle medizinischen und administrativen Bereiche angeschlossen. Ein schriftlich definiertes Gruppen- und Rollenbasiertes Berechtigungskonzept sichert den Datenschutz. Sicherungssysteme schützen die Daten bzw. sorgen für den Datenausfall vor.

### 4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Alle wichtigen Informationen werden in der Patienten-Dokumentation festgehalten. Zur Erarbeitung der bestehenden Regelungen wurden die verschiedenen Berufsgruppen (Ärzte, Pflege, Archiv) mit einbezogen. Die Umsetzung erfolgte über Schulungen, sowie die Erstellung einer verständlichen Verfahrensanweisung zur Patientendokumentation mit Beispielen. Eine Musterkurve sowie eine Musterakte liegen in allen Abteilungen vor. Die Dokumentation erfolgt zunehmend EDV-gestützt (z.B. Wunddokumentation). Das Vorgehen zur Kontrolle der Patienten-Kurven ist geregelt. Festgestellte Dokumentationsmängel werden in den Bereichen erörtert. Die jeweiligen Verantwortlichen überprüfen bereits während der Dokumentation, ob Defizite bestehen und sprechen diese in einem entsprechenden Rahmen an.

### 4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Die Vorgehensweisen der Archivierung sind mit dem Datenschutzbeauftragten abgestimmt. Dieser kann beratend hinzugezogen werden. Die für die Behandlung und Pflege unserer Patienten notwendigen Informationen sind über die Patientenakte jederzeit zugänglich. Durch das Krankenhausinformationssystem werden Diagnosen, Prozeduren und andere Informationen den an der Behandlung beteiligten Personen zur Verfügung gestellt. Das EDV-System steht 24 Stunden täglich zur Verfügung. Nach Entlassung werden alle vorliegenden Papier-Dokumente digitalisiert und liegen den zugriffsberechtigten Personen vor.

### 4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Der Informationsaustausch erfolgt in abteilungsinternen sowie in abteilungs- und berufsgruppenübergreifenden Besprechungen. In der Verfahrensanweisung "Grundsätze zur Organisation und zum Ablauf von internen Besprechungen" sind alle Gremien und Kommissionen mit ihren stattfindenden Besprechungen hinterlegt. Die Information der Krankenhausleitung erfolgt darüber hinaus im persönlichen Gespräch und per Mail.

### 4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

Externe Partner sowie niedergelassene Ärzte werden über Neuerungen und Änderungen schriftlich oder in persönlichen Gesprächen mit der Geschäftsführung und den Chefärzten informiert. Es wird ein regelmäßiger Kontakt der Klinikärzte mit den niedergelassenen Kollegen gepflegt. Im Internetportal „Qualitätskliniken.de“, auf welches Patienten, Angehörige und Einweiser auf eine umfassende Auswahl international anerkannter Qualitätskriterien, aktuelle Daten und Statistiken zurückgreifen können, ist das Klinikum vertreten. Gemäß dem Leitbild ist der offene Informations- und Wissensaustausch erklärtes Ziel der Krankenhausleitung und aller Führungskräfte des Städtischen Klinikums Wolfenbüttel.

### 4.4.1 Organisation und Service

Die Mitarbeiter der Information bedienen die Telefonzentrale und leiten eingehende Anrufe weiter. Besuchern und Patienten weisen sie den Weg innerhalb des Klinikums und beantworten gerne interne und externe Anfragen. Ein Datenschutzkonzept regelt, welche Informationen weitergeleitet werden dürfen.

### 4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Die Vergabe der Zugriffsrechte ist im gruppen- und rollenbasierten Berechtigungskonzept hinterlegt. Benutzer können nur auf Daten und Programme zugreifen, die sie im Rahmen der ihnen übertragenen Aufgaben benötigen. Neue Mitarbeiter einschließlich Zivildienstleistender, Praktikanten, Studenten im Praktischen Jahr usw. werden bei Dienstantritt zur Einhaltung des Datengeheimnisses gemäß § 5 BDSG verpflichtet, die unterschriebene Erklärung ist Bestandteil des Arbeitsvertrages. Im Intranet sind die aktuellen Vorgaben zum Datenschutz hinterlegt.

## 5 Führung

### *5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild*

In einem sich verändernden Gesundheitssystem, hat die Klinik die Herausforderung angenommen sich lokal und regional zu positionieren. Im Wissen um in der Region vorhandene Mitbewerber wurden Ideen für eine gesunde medizinische und wirtschaftliche Entwicklung des Klinikums fixiert. Dieses visionäre Bild des Hauses ist mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kommuniziert. Besonderer Fokus liegt neben den bereits genannten generellen Schwerpunkten auf der regionalen Vernetzung, Verantwortung für die älter werdende Bevölkerung und der dauerhaften Vereinbarkeit von Lebens- und Arbeitszielen unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Zu unseren Mitbewerbern in der Region pflegen wir Kontakte und begegnen Ihnen mit Respekt.

### *5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen*

Es entspricht den Werten unseres Klinikums, dass alle Führungskräfte einen partnerschaftlichen und kommunikativen Führungsstil pflegen. Es wird ein respektvoller, offener, ehrlicher Umgang mit Patienten, Besuchern, Mitarbeiter, Kollegen und Vertragspartnern gepflegt. Bei der individuellen Förderung der Mitarbeiter nimmt der direkte Vorgesetzte eine wichtige Rolle ein. Ein Instrument vertrauensbildender und fördernder Maßnahmen ist das persönliche Gespräch mit dem Mitarbeiter, in dem die Entwicklungsperspektiven und -wünsche besprochen und Maßnahmen verabredet werden.

### *5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse*

Entsprechend dem Ethik-Statut werden Entscheidungen zu ethischen Problemstellungen kollegial, unter Einbeziehung des Patienten und deren Angehörigen getroffen. Seit 2009 ist ein Ethik-Komitee eingerichtet, dieses ist interdisziplinär und interprofessionell zusammengesetzt. So achten insbesondere die Führungskräfte aus dem ärztlichen und pflegerischen Dienst auf eine hohe Sensibilisierung ihrer unterstellten Mitarbeiter hinsichtlich aller ethischen, weltanschaulichen, kultureller und religiöser Bedürfnisse.

### *5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung*

Die fachspezifische Ausrichtung des Städtischen Klinikums Wolfenbüttel basiert auf einem medizinischen Strategiekonzept und wird entsprechend umgesetzt. Ebenso wird jährlich das medizinische Leistungsspektrum überprüft. Aus diesen Erkenntnissen wird eine strukturierte Zielplanung entwickelt. Diese führt inhaltlich zur Mehrjahresplanung und umfasst das medizinische Leistungsspektrum, die Liquiditätsplanung und den Wirtschaftsplan.

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

Die Verantwortlichkeiten im Bereich gesellschaftliche Verantwortung und Kooperationen liegen im Bereich der Krankenhausleitung. Kooperationspartner werden nach strategischen Gesichtspunkten ausgewählt, die Vereinbarungen werden in schriftlicher Form geschlossen. Das Städtische Klinikum Wolfenbüttel identifiziert sich stark mit dem lokalen und regionalen Umfeld und versteht sich als Teil desselbigen. Unser soziales Engagement ist breit gefächert. Wir setzen uns beispielsweise für Kinder ein, fördern Künstler, führen Patienteninformationsveranstaltungen durch und unterstützen unsere Mitarbeiter dabei Beruf und Familie zu vereinbaren. Das Klinikum stützt und trägt die neue jährlich durchgeführte regionale Gesundheitsmesse.

### *5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur*

Ansprechpartner für Patienten, Angehörige, Mitarbeiter und externe Partner sind festgelegt und auf verschiedene Arten veröffentlicht, z.B. in Aushängen, in Flyern, im Intranet und Internet. Auf der Homepage des Klinikums sind alle Führungskräfte der Fachabteilungen mit Ansprechpartner und Erreichbarkeit dargestellt. Alle wichtigen Ansprechpartner, die Krankenhausleitung, die Chefärzte sowie Abteilungsleiter usw. sind inkl. Portraitfotos und Kontaktdaten hinterlegt. Durch ein vorliegendes Organigramm der Linienorganisation mit der Benennung aller Funktionsträger- und Bereiche sowie den Stabsstellen und ein in Kenntnis setzen aller Mitarbeiter sind Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten geregelt und bekannt.

### *5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien*

Für die Gremium sowie Kommissionen existieren Geschäftsordnungen, diese regeln die Aufgaben und Zielsetzungen der einzelnen Gremien, ebenso deren Teilnehmer und die formalen Vorgehensweisen. Es existiert ein strukturiertes, fachübergreifendes Kommunikationssystem.

### *5.3.3 Innovation und Wissensmanagement*

Innovationen werden gezielt geplant und Wissen als Chance zur Weiterentwicklung genutzt. Mitarbeiter werden angeregt, durch Fort-, Weiterbildungen und Hospitationen neue Behandlungsmethoden kennen zu lernen. Gesteuert durch die Krankenhausleitung wurden in den vergangenen Jahren zahlreiche Innovationen neu eingeführt. Als Beispiele können hier u.a. die Entwicklung und Einführung verschiedener „Geplanter Behandlungsabläufe“, die Einführung eines Schmerzbehandlungskonzepts bzw. die Einrichtung eines Zugangs zur Wissensdatenbank „Uptodate“ genannt werden.

### *5.4.1 Externe Kommunikation*

Durch die zentrale Steuerung von Marketing und Öffentlichkeitsarbeit ist ein professionelles Auftreten sichergestellt. Die Verantwortung für diese Bereiche liegt bei der Krankenhausleitung. Diese wird durch eine Stabsstelle, enge Kommunikation auf gleicher Ebene mit der Pressestelle der Stadt Wolfenbüttel und den flexiblen Zugriff auf einen örtlich angesiedelten Krisenmanagementexperten unterstützt. Der Internetauftritt wurde speziell auf die Bedürfnisse von Patienten, Angehörigen und anderen Kunden zielgerichtet entwickelt. Dank der regionalen übersichtlichen und gewachsenen Struktur wird die enge persönliche und telefonische Zusammenarbeit der Einweiser mit den Klinikärzten ermöglicht.

### *5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems*

Das Klinikum verfolgt einen umfassenden Ansatz zur Vorbeugung von Risiken. Dabei werden das betriebswirtschaftliche und klinische Risikomanagement weiterentwickelt. Das Vorgehen zur Ergreifung von geeigneten Maßnahmen im Rahmen des Risikomanagements ist strukturiert. Das klinische Risikomanagement umfasst u.a. Risikobegehungen, ein Meldesystem kritischer Ereignisse sowie weitere Meldesysteme (Arzneimittel, Blut- und Blutbestandteile). Daneben sind Maßnahmen zur Patientensicherheit (z.B. Identitätsbänder) fortentwickelt und eingeführt worden. Nach der umfassenden Risikobegehung mit Überprüfung in 2011 durch die Gesellschaft für Risikoberatung ist die erkannten klinischen Risiken nach Eintrittswahrscheinlichkeit und Schadenshöhe bewertet worden. Daraus entstanden Empfehlungen zur Risikoreduzierung. Ein Maßnahmenplan für die Klinik wurde erstellt und umgesetzt. Das Klinikum erhält 2012 eine Urkunde für die im Haus eingeführten Risikopräventionsmaßnahmen und hat Ende 2014 in der Risikostrategietagung des Direktoriums Maßnahmen zur Verfeinerung des Risikomanagements erarbeitet und beschlossen. Die Stabsstelle Qualitätsmanagement/Risikomanagement wird personell aufgestockt. Kurzfristige und anlassbezogene sowie routinemäßige Risikoüberprüfungen werden eingeführt.

## 6 Qualitätsmanagement

### 6.1.1 Organisation

Zur Etablierung des Qualitätssicherungssystems sind ab 1997 eine Vielzahl von Werkzeugen etabliert worden, dazu zählen u.a. Durchführung von internen Audits, Einweiser- und Patientenbefragungen, ein Risikomanagementsystem und die Dokumentenlenkung. In internen und externen Audits wird die Umsetzung der schriftlich definierten Prozesse überprüft. Die Auswertung der Ergebnisse findet im Rahmen von Leitungssitzungen und Führungstagen statt. Die Qualitätsmanagementbeauftragte unterstützt und berät die Klinikleitung bei Veränderungsprozessen.

### 6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Die Vorgehensweisen zur Qualitätsentwicklung sind grundlegender Bestandteil der Unternehmensplanung. Die Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen in unserer Einrichtung wird durch das Qualitätsmanagement koordiniert. Die Krankenhausleitung priorisiert Ziele, Projekte und stellt die dafür notwendigen Ressourcen zur Verfügung. Eine Prozessoptimierung zur Erfüllung der Kundenanforderung erfolgt unter Nutzung und Analyse aller vorhandenen Kennzahlen u. a. Ergebnisse aus den Befragungen, dem Controlling und Beschwerdemanagement.

### 6.2.1 Patientenbefragung

Die Durchführung und Auswertung von Patienten-Befragungen zur Ermittlung der Bedürfnisse und zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit finden alle zwei Jahre durch ein externes Institut statt. Alle Befragungsinstrumente wurden in einer interdisziplinären Arbeitsgruppe ausgewählt bzw. erarbeitet. Die Befragungen werden valide durchgeführt und nach wissenschaftlichen Standards statistisch ausgewertet, der Datenschutz wird verpflichtend eingehalten. Die Befragungsergebnisse werden auf der Plattform Qualitätskliniken.de veröffentlicht. Ein Vergleich ist mit allen teilnehmenden Kliniken möglich. Eine fortlaufende interne Patienten-Befragung ist etabliert. Die Ergebnisse werden von der Geschäftsführung aufbereitet und in Leitungskonferenzen präsentiert.

### 6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Die alle zwei Jahre stattfindende Einweiser-Befragung dient zur Verbesserung der Kommunikation und Abläufe mit den einweisenden Ärzten. Die Befragungsergebnisse werden auf der Plattform Qualitätskliniken.de veröffentlicht. Ein Vergleich ist mit allen teilnehmenden Kliniken möglich.

### 6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Um die Bedürfnisse, Anregungen und die Kritik unserer Mitarbeiter zu erfassen, haben wir in 2014 eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt. Dies wiederholen wir in regelmäßigen Abständen. Wir achten sehr auf die Gewährleistung der Anonymität und des Datenschutzes. Daher wird für die Durchführung ein externes Institut beauftragt. Die Rückmeldungen unserer Mitarbeiter nutzen wir um aktiv Verbesserungsmaßnahmen umzusetzen.

### 6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Beschwerden oder Wünschen von Patienten, Besuchern oder Einweisern werden durch die Geschäftsführung und die Arbeitsgruppe Beschwerdemanagement erfasst und unter Berücksichtigung der festgelegten Zeiträume bearbeitet. Ziel des Beschwerdemanagements ist es, Schwächen innerhalb der Prozesse zu erkennen und geeignete Maßnahmen daraus abzuleiten. Das strukturierte Vorgehen, inkl. der Verantwortlichkeiten ist schriftlich definiert. Die Auswertung der Ergebnisse findet im Rahmen von Leitungskonferenzen statt, ggf. werden Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet.

### 6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

In definierten Abständen werden Patienten-, Einweiser- und Mitarbeiter-Befragungen durchgeführt. Des Weiteren erfolgt eine Erfassung und Aufbereitung von diversen klinikinternen Kennzahlen, wie z.B. Hygienestatistiken, Dekubitus- und Sturzstatistiken. Außerdem werden durch die interne Patienten-Befragung und das Beschwerdemanagement weitere Daten klinikintern ermittelt. Externe Qualitätskontrollen und gesetzliche Anweisungen zur Durchführung von Wartungen und Kontrollen werden durchgeführt.

### 6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Die Daten der externen Qualitätssicherung werden monatlich mit der gebotenen Sorgfalt vollständig im Qualitäts-Monitor so erhoben, dass eine valide Grundlage der Ergebnisse sichergestellt ist. Die quantitativen Ergebnisse werden mit der Krankenhausleitung und den Chefärzten analysiert, diese



leiten dann Verbesserungsmaßnahmen ab. Das Ziel ist die Optimierung der Behandlungsqualität.