



## KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

**Krankenhaus:** Asklepios Klinik Weißenfels  
**Institutionskennzeichen:** 261 520 023  
**Anschrift:** Naumburger Straße 76  
06667 Weißenfels

**Ist zertifiziert nach KTQ®  
mit der Zertifikatnummer:** 2016-0040 KH  
**durch die von der KTQ-GmbH  
zugelassene Zertifizierungsstelle:** WIESO CERT GmbH Köln

**Gültig vom:** 02.04.2016  
**bis:** 01.04.2019  
**Zertifiziert seit:** 02.04.2004

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b>	<b>5</b>
<b>Die KTQ-Kategorien</b>	<b>9</b>
1 Patientenorientierung	10
2 Mitarbeiterorientierung	13
3 Sicherheit	15
4 Informations- und Kommunikationswesen	17
5 Führung	18
6 Qualitätsmanagement	20

## 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, alternative Wohnformen und Rettungsdiensteinrichtungen.

Gesellschafter der KTQ® sind die Bundesärztekammer (BÄK), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Deutsche Pflegerat (DPR) und die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene<sup>1</sup>. 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 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 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, Die Knappschaft

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 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 im zweijährigen Turnus den 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 Weißenfels** 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 <http://www.ktq.de/> abrufbar.

**Dr. G. Jonitz**  
Für die Bundesärztekammer

**S. Wöhrmann**  
Für die Verbände der Kranken- und  
Pflegekassen auf Bundesebene

**Dr. med. B. Metzinger, MPH**  
Für die Deutsche Krankenhausgesellschaft

**A. Westerfellhaus**  
Für den Deutschen Pflegerat

## ***Vorwort der Einrichtung***

Die Asklepios Klinik Weißenfels GmbH versorgt mit seinen rund 540 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern am Standort Weißenfels pro Jahr circa 16.000 stationäre und rund 46.000 ambulante Patientinnen und Patienten. Dafür stehen 410 Betten in 10 Fachabteilungen zur Verfügung.



Seit dem 30.11.2010 sind wir im Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalt als Schwerpunktkrankenhaus eingestuft. Zum 01.07.2011 wurden wir zudem als Akademisches Lehrkrankenhaus der Martin-Luther-Universität Halle\* ernannt.

Zusätzlich konnte das Angebot des Medizinisches Versorgungszentrums\* erweitert werden. Das Leistungsspektrum umfasst acht Fachbereiche: Am Standort Weißenfels die Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder und Jugendmedizin, Kinder und Jugendpsychiatrie, Podologie, Dermatologie und Allergologie, Neurochirurgie und den Fachbereich Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie.



Eingang MVZ Weißenfels\*



Außengelände MVZ Weißenfels\*

Die Klinik für **Allgemein-, Viszeralchirurgie und Proktologie** wurde mit ihrem etablierten Darmzentrums in 2015 rezertifiziert. Das laparoskopische Spektrum wurde ausgebaut - neue OP-Methoden wurden eingeführt. In 2014 wurde ein Kooperationsvertrag mit einem externen Dienstleister für die Bereiche Wund- und Stomatherapie sowie Ernährung abgeschlossen.



Die **Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Palliativmedizin** verfügt, neben dem breiten Spektrum aller möglichen Narkoseverfahren an hochwertig ausgestatteten Narkosearbeitsplätzen, über eine moderne anästhesiologisch geleitete interdisziplinäre Intensivstation mit 14 Intensiv- und 8 Intermediate Care Betten. Die Dokumentation der Patientendaten erfolgt zusätzlich zum Krankenhausinformationssystem Orbis in einem Patienten Daten Managementsystem (PDMS). Ein postoperatives Schmerzkonzept wurde in den operativen Kliniken eingeführt und umgesetzt.

Die **Klinik für Dermatologie, Dermatochirurgie und Allergologie** verfügt über einen stationären Bereich mit 14 Betten. Individuell auf den Patienten zugeschnittene Therapieverfahren finden hier ihre Anwendung. Durch die enge Zusammenarbeit mit unserem Medizinischen Versorgungszentrum Weißenfels und den niedergelassenen Hautärzten des Burgenlandkreises können wir die ambulanten und stationären Behandlungen eng verzahnen.

Schwerpunkte der **Klinik für Gefäß- und Thoraxchirurgie** sind neben der Diagnostik und Therapie der Erkrankungen des venösen, arteriellen und lymphatischen Systems die operative Behandlung des Lungenkarzinoms, der Krampfaderen sowie die rekonstruktive Chirurgie von Arterien ohne Herzlungenmaschine. Minimal invasive Operationstechniken bei gutartigen Erkrankungen der Lunge, des Mediastinums und des Zwerchfells kommen hier verstärkt zum Einsatz.

Die **Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe** mit dem zertifizierten Brustzentrum bietet Ihnen das gesamte Spektrum der konservativen und operativen Therapie mit modernen, endoskopischen OP-Techniken an. Neben der Onkochirurgie und Chemotherapie wird die gesamte Breite der plastisch-ästhetischen bzw. rekonstruktiven Chirurgie angeboten. Möglichkeiten der Peridural- oder Spinalanästhesie sind etabliert. Die Betreuung der Frauen rund um die Geburt erfolgt nach dem Konzept der familiären Geburtshilfe. Individuelle Geburtsmedizin und eine Intensivneonatalogie gemäß „Wand-an-Wand Prinzip“ und "Rooming in" runden das Angebot für die Mütter ab.



Seit 2013 wurde die **Klinik für Hämatologie und internistische Onkologie** in das Leistungsspektrum der Klinik aufgenommen. Zum Behandlungsspektrum der Klinik gehören z. B. Chemotherapie, Immuntherapie und eine zielgerichtete Genblockade. Diese Therapien werden in enger Zusammenarbeit mit der onkologischen Ambulanz durchgeführt. Die interdisziplinäre onkologische Ambulanz in welchem Krebspatienten aus verschiedenen Fachgebieten diagnostiziert und behandelt werden, verfügt über 15 Therapieplätze. Die stationäre palliative Behandlung erfolgt durch fachlich geschultes Personal.

Die **Klinik für Innere Medizin** bietet mit ihren Schwerpunkten Gastroenterologie, Diabetologie und Geriatrie/ Zentrum für Altersmedizin ein hochwertiges Leistungsspektrum an.

Die **Klinik für Kardiologie** hat sich zum Ziel gesetzt, Patienten mit Herz- Kreislauf-Erkrankungen umfassend und vor allem vor Ort zu behandeln. Dazu stehen der Klinik, umfangreich sanierte und neue Räumlichkeiten zur Verfügung. Das Leistungsspektrum umfasst neben der klassischen EKG-, Ergometrie- und Echokardiographie-Diagnostik sowie eine komplexe invasive Herzkatheterdiagnostik und eine interventionelle Therapie der Herzkranzgefäße. Des Weiteren werden auch Herzschrittmacher- und ICD-Implantationen inklusive kardialer Resynchronisations-Therapie durchgeführt. Die Klinik verfügt zudem über 11 internistische Betten auf der interdisziplinären Intensivstation.

In der **Klinik für Kinder- und Jugendmedizin** werden alle Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter behandelt. Die stationäre Nachsorge operierter Kinder wird interdisziplinär gewährleistet. Ein medizinischer Schwerpunkt ist die Versorgung von Frühgeborenen und kranken Neugeborenen ab der 32. Schwangerschaftswoche im Bereich der Neonatologie. Weitere Spezialgebiete mit Ermächtigungsambulanzen sind die Kinder-Rheumatologie, die Kinder-Diabetologie sowie die Epileptologie. Ebenso werden in Kooperationen mit der Kinderpsychiatrischen Praxis im Medizinischen Versorgungszentrum und der Kinderkardiologie der Universitätsklinik Halle zusätzliche spezialisierte stationäre Leistungen angeboten.



Die **Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie**, bietet ein breites Behandlungsspektrum an, z. B. die konservative und operative Knochenbruchbehandlung mittels Osteosynthesetechnik, die Behandlung von Becken- und Wirbelsäulenverletzungen, die Prothetik an Hüfte, Knie und Schulter sowie die Notfallversorgung von Schädel- und Brustkorbverletzungen. Durch die enge Zusammenarbeit der Mitarbeiter mit dem Medizinischen Versorgungszentrum wird eine qualitativ hochwertige Betreuung für Sie als Patient gewährleistet. Zudem besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem

Zentrum für Altersmedizin\* der Klinik. Im Oktober 2015 wurde die Klinik erfolgreich als regionales Traumazentrum erneut rezertifiziert.

Die **Klinik für Urologie** verfügt über das gesamte wissenschaftlich fundierte, diagnostische und therapeutische Spektrum zur Behandlung von Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane. Die enge interdisziplinäre Zusammenarbeit von ambulanten und stationären Behandlern, einem externen Dienstleister für den Bereich Kontinenzberatung, Physiotherapeuten, Sozialarbeitern und Psychologen im urologischen, strahlentherapeutischen und onkologischen Bereich macht es möglich, die Behandlung für Sie als Patient qualitativ zu verbessern.

Mit der Eröffnung der **Zentralen Fachambulanz** in 2014 wurden Sprechstunden verschiedenster Bereiche an einem Ort gebündelt. Vorteile für Sie als Patient sind unter anderem wesentlich kürzere Wege bei Inanspruchnahme mehrerer Fachabteilungen und verbesserte Bedingungen bei der fachübergreifenden Zusammenarbeit. Zusätzlich ist eine KV-Sprechstunde im Rahmen der kassenärztlichen Notfallversorgung in den Räumlichkeiten der Notfallambulanz etabliert.

Im Januar 2016 wurde eine  **Holding Area** etabliert, mit dem Ziel den Aufnahmeablauf von geplanten stationären Eingriffen reibungsloser zu gestalten. Elektive Patienten werden am Operationstag in die Holding Area bestellt und für den Eingriff vorbereitet. Nach erfolgter Operation findet die Verlegung des Patienten vom Aufwachraum auf die Zielstation statt.

Die internen Bereiche Funktionsdiagnostik, Institut für Radiologie, Zentral-OP und Therapiezentrum sowie die externen Bereiche Ambulantes OP-Zentrum, Pathologie und Zentrallabor unterstützen die Klinik bei der qualitätsgerechten Patientenversorgung. Im Institut für Radiologie wurde die vollständige Digitalisierung ausgebaut - ein Magnet-Resonanz-Tomograph (MRT) in Kooperation mit einer niedergelassenen Praxis für Radiologie steht für die Patienten ebenfalls zur Verfügung.

Um eine ganzheitliche Betreuung für jeden Patienten zu gewährleisten, stehen außerdem unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des psychologischen und sozialen Dienstes in entscheidenden Lebenssituationen beratend und unterstützend zur Seite.

Es bestehen Kooperationsverträge mit niedergelassenen Fachärzten (u. a. Neurologen, Psychologen, Augen-, HNO- und Zahnärzten) sowie verschiedene Zusammenarbeiten mit den Universitätskliniken in Halle\* und Leipzig\* (Nuklearmedizin).

Gemäß unserem Klinikleitbild **Qualität – Innovation – soziale Verantwortung** stehen wir unseren Patienten und deren Angehörigen, unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie der Gesellschaft mit fachlichem Können, Respekt und Rücksichtnahme sowie Wertschätzung gegenüber.

\* Nicht Bestandteil dieser KTQ-Zertifizierung

# Die KTQ-Kategorien

## 1 Patientenorientierung

### 1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Die Klinik ist mit PKW und öffentlichen Verkehrsmitteln sehr gut erreichbar. Für Mitarbeiter und Angehörige stehen auf dem Gelände der Klinik ausreichend Parkplätze zur Verfügung. Parkplätze für beeinträchtigte Personen befinden sich unmittelbar am Klinikeingang. Die Klinik ist barrierefrei gestaltet und das Wegeleitsystem der Klinik ermöglicht eine geeignete Orientierung. Die ständige Aufnahmefähigkeit von Patienten wird durch koordinierte Organisation gewährleistet.

### 1.1.2 Leitlinien

Der Patientenversorgung werden Leitlinien mit Evidenzbezug zugrunde gelegt. Die Grundlage der medizinischen Patientenversorgung bilden die Leitlinien der Fachgesellschaften (AWMF), die hausinternen Pflegestandards und Behandlungspfade. Die hausinternen Standards unterliegen einer kontinuierlichen Überprüfung und werden an die neusten wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst. Nationale Expertenstandards sind in der Klinik implementiert und werden umgesetzt. Ein Jahresfortbildungsprogramm stellt sicher, dass den Mitarbeitern die neuesten Entwicklungen bekannt sind.

### 1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten. Jeder Patient wird während des Aufnahmegesprächs und der täglichen Visite über die Diagnose, den Verlauf und die geplante Therapie informiert. Der ständige Austausch mit dem Patienten stellt die gemeinsame Festlegung des Behandlungsplanes sicher. Die Eingriffs- und Risikoaufklärung erfolgt durch standardisierte, verständliche Aufklärungsbögen und -gespräche. Patientenwünsche und Wünsche der Angehörigen werden berücksichtigt.

### 1.1.4 Service, Essen und Trinken

Auf allen Stationen gibt es freie Besuchszeiten. Die Patientenzimmer sind behindertengerecht, haben einen Telefonanschluss und Fernseher. Die Unterbringung von Begleitpersonen ist jederzeit möglich. Ein kostenfreier Internet-Zugang über einen WLAN - Hot Spot ist möglich. Den Patienten werden zahlreiche Wahlleistungen angeboten. Für jeden Patienten stehen täglich drei Menüs zur Auswahl. Hostessen stellen sicher, dass jeder Patient die Möglichkeit hat, seine Essenswünsche individuell äußern zu können. Kulturelle, religiöse oder persönliche Wünsche werden bei der Menüzusammenstellung realisiert. Notwendige Ernährungsberatungen werden von Diätassistentinnen durchgeführt.

### 1.1.5 Kooperationen

Die Behandlung der Patienten erfolgt in enger Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Patientenversorgung. Die Information aller Beteiligten am Behandlungsprozess zum aktuellen Zustand des Patienten und die weiteren Behandlungsschritte werden über die Dokumentation und gemeinsame Besprechungen gewährleistet. Wöchentlich finden interdisziplinäre Tumorfallkonferenzen, 2 x täglich eine interdisziplinäre Visite auf der Intensivstation und eine tägliche Röntgenbesprechung statt. Ein fest etabliertes Konsiliarwesen sichert, dass alle abzuklärenden Nebendiagnosen, welche den Patienten-aufenthalt und die Heilung beeinflussen, von entsprechendem Fachpersonal diagnostiziert und therapiert werden. Die Abstimmung zwischen den Kooperationspartnern erfolgt regelmäßig.

### 1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die Notfallambulanz der Klinik ist rund um die Uhr mit qualifiziertem Personal besetzt. Die Behandlung erfolgt in der Reihenfolge des etablierten Manchester-Triage-Systems. Der Transport bei stationärer Aufnahme erfolgt u. a. durch den Patientenbegleitdienst. Das Schockraummanagement wurde im Zuge der Rezertifizierung des Regionalen Traumazentrums neu geregelt. Für jeden Patienten wird ein körperlicher, seelischer und sozialer Status erhoben, der die Grundlage für die weitere Behandlung darstellt. Die Dokumentation geschieht in standardisierten Anamnesebögen. Der Aufnahmeprozess ist einheitlich geregelt. Die Behandlungs- und Pflegeplanung wird gemeinsam mit dem Patienten ggf. mit seinen Angehörigen vereinbart und dokumentiert. Weiterhin wird ein reibungsloser Informationsaustausch gewährleistet.

### 1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Die ambulante Patientenversorgung, z. B. im Rahmen der Notfallambulanz, der Zentralen Fachambulanz oder der Ermächtigungsambulanz (Spezialambulanz) verläuft koordiniert unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse. In zahlreichen Fachabteilungen ist die ambulante Behandlung von Patienten durch die entsprechenden Klinikärzte oder niedergelassene Ärzte möglich.

### 1.3.2 Ambulante Operationen

Die Durchführung ambulanter Operationen orientiert sich an der "Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren". Ambulante Operationen werden überwiegend im ambulanten OP-Zentrum durch einen niedergelassenen Anästhesisten in Zusammenarbeit mit der operierenden Fachabteilung der Klinik organisiert und durchgeführt. Das ambulante OP-Zentrum befindet sich im Haus 3, 2. OG und kann für alle Eingriffe genutzt werden.

### 1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Der Patient wird in alle durchzuführenden Behandlungsschritte und Maßnahmen der Versorgung einbezogen. Im Rahmen der ärztlichen Aufnahme erfolgt die Erhebung der Anamnesen. In der Pflegeanamnese werden Bedürfnisse und Wünsche der Patienten erfragt. Die notwendige Diagnostik und Behandlung wird durch den verantwortlichen Stationsarzt veranlasst. Er bestimmt die Art der Durchführung, sowie die Dringlichkeit und passt den weiteren Behandlungsverlauf an die Ergebnisse der Diagnostik an. Die interdisziplinäre Abstimmung der Therapie erfolgt durch Dokumentation, Visiten, Besprechungen und persönliche Rücksprachen. Während des stationären Aufenthaltes wird jeder Patient und ggf. auf Wunsch auch dessen Angehörige aktiv im Rahmen der Visiten und in persönlichen Arzt-Patienten-Gesprächen in die Behandlung einbezogen.

### 1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die Aufklärung und Information der Patienten und deren Angehörigen erfolgt durch den behandelnden Arzt in einem persönlichen Gespräch. Aufklärungsbögen für spezielle diagnostische und therapeutische Maßnahmen liegen vor. Eine Vielzahl an Informationsbroschüren zu verschiedensten Behandlungsmöglichkeiten stehen unseren Patienten und Angehörigen zur Verfügung. Bei Interesse des Patienten erfolgt durch den Sozialdienst eine Vermittlung mit dem jeweiligen Ansprechpartner. Spezielle therapeutische Maßnahmen werden individuell in Absprache mit dem Stationsarzt geplant.

### 1.4.3 Operative Verfahren

Die Asklepios Kliniken Weißenfels verfügt über 7 OP-Säle. Die OP-Planung erfolgt strukturiert unter der Leitung eines OP-Managers. Die OP-Bereitschaft ist rund um die Uhr durch einen Bereitschaftsdienst gewährleistet. Die postoperative Schmerztherapie ist in einem Standard geregelt.

### 1.4.4 Visite

Die Visitation des Patienten wird in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Patientenversorgung durchgeführt. Täglich erfolgt eine Visite des behandelnden Arztes mit der Pflegekraft. Mindestens einmal wöchentlich finden eine Oberarzt- und eine Chefarztvisite statt. Hier werden zu besonderen Fragestellungen weitere Mitarbeiter (Sozialdienst, Psychologen, Ergotherapeuten usw.) hinzugezogen und der Behandlungsablauf sowie das weitere Vorgehen gemeinsam mit dem Patienten besprochen. Im intensivmedizinischen Bereich erfolgt zweimal täglich eine interdisziplinäre Visite.

### 1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Die Indikation für eine vor- und nachstationäre Behandlung legt immer der Facharzt fest. Der zuständige Arzt führt in zeitlicher Nähe zu einer geplanten Aufnahme ein vorstationäres Gespräch mit dem künftigen Patienten und ggf. mit den Angehörigen (Erziehungsberechtigte bei Kindern) durch. Die Asklepios Klinik Weißenfels sichert eine lückenlose Information für die Weiterbehandlung oder Nachsorge des Patienten. Jeder Patient erhält bei Entlassung oder Verlegung einen Arztbrief. Des Weiteren ist festgelegt, dass jeder Patient, der eine weiterführende Pflege benötigt, einen Pflegeverlegungsbogen erhält. Die Sammlung aller Informationen und Ergebnisse erfolgt zentral in der elektronischen Patientenakte. Bei Verlegung innerhalb der Klinik sind alle Daten unter Einhaltung des Datenschutzes für alle berechtigten Personen jederzeit einsehbar.

### 1.5.1 Entlassung

Die frühzeitige Planung der Entlassung und eine kontinuierliche Weiterversorgung erfolgt grundsätzlich unter Einbeziehung des Patienten, seiner Angehörigen oder ggf. Betreuer. In enger Zusammenarbeit mit den Ärzten und Pflegekräften der Station erhält der Patient durch das pflegerische Entlassungsmanagement die nötigen Hilfestellungen bei der weiteren Versorgung nach der Entlassung. Der Übergang in andere Versorgungsbereiche erfolgt strukturiert und systematisch unter Integration und Information des Patienten und ggf. seiner Angehörigen. Dadurch wird bei der Überleitung eine qualitativ gleichbleibend gute Pflege gewährleistet.

### 1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Von der Klinik wird eine kontinuierliche Weiterbetreuung des Patienten durch Kooperation mit den nachsorgenden Einrichtungen bzw. Personen sichergestellt. Durch die regelmäßigen Kontakte mit niedergelassenen Ärzten, ambulanten und nachstationären Pflegeeinrichtungen, Sanitätshäusern, Selbsthilfegruppen und der Hospizbewegung ist die Weiterbetreuung des Patienten gewährleistet. Klinikärzte und niedergelassene Ärzte pflegen einen engen Austausch, u. a. durch regelmäßige Fort- und Weiterbildungen. Darüber hinaus findet jährlich ein Treffen des Netzwerkes "Pflege", mit den stationären und ambulanten Pflegediensten, der Pflegedirektion und dem Entlassungsmanagement, statt.

### 1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Die Bedürfnisse und Wünsche sterbender Patienten und ihrer Angehörigen werden systematisch in allen Bereichen berücksichtigt. Wir sehen das Sterben als eine Phase des Lebens, in der die Würde des Menschen erhalten bleiben muss. Den Wünschen des Sterbenden wird in jedem Fall Rechnung getragen. Optimale Symptomkontrolle (z.B. gute Schmerzlinderung) in einer ruhigen und geschützten Atmosphäre sowie die Unterstützung der Angehörigen stehen dabei im Mittelpunkt unseres Handelns. Mit einem Standard ist die fachkundige Begleitung und Betreuung der Sterbenden jederzeit sichergestellt.

### 1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

In unserer Klinik gibt es Regelungen zum adäquaten Umgang mit Verstorbenen und deren Angehörigen. Der würdevolle Umgang mit Verstorbenen ist uns besonders wichtig und spiegelt sich in unserem Klinikleitbild wieder. In einem Pflegestandard ist geregelt, wie der Umgang mit Verstorbenen und mit den Angehörigen an unserer Klinik erfolgt. Angehörige haben jederzeit die Möglichkeit, beim sterbenden Patienten zu bleiben und sich nach Eintritt des Todes würdevoll zu verabschieden. Gespräche mit dem behandelnden Arzt, dem Pflegepersonal, den Seelsorgern und den Klinikpsychologen werden bei Bedarf organisiert. Zusätzlich verfügt die Klinik über einen "Raum der Stille".

## 2 Mitarbeiterorientierung

### 2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Die Bereitstellung einer angemessenen Zahl an entsprechend qualifizierten Mitarbeitern wird in der Planung des Personalbedarfes berücksichtigt. Die Planung orientiert sich an den Bedürfnissen der Patienten und am Leistungsspektrum der einzelnen Fachabteilungen um eine optimale Betreuung und Behandlung der Patienten zu gewährleisten. Die Steuerung erfolgt über die Abteilungsleiter gemeinsam mit der Geschäftsführung über Stellenverschiebungen oder Anpassungen des Stellenplanes. Zu besetzende Stellen werden immer erst intern ausgeschrieben. Qualifikationsanforderungen und Leistungsstatistiken der Einzelbereiche sind unter anderem Bewertungsschlüssel des Personalbedarfs.

### 2.2.1 Personalentwicklung / Qualifizierung

Die Klinik managt eine systematische Fachweiterbildung. Diese Ausbildungen sind an den Bedürfnissen der Mitarbeiter und an denen der Klinik ausgerichtet. Zur systematischen Personalentwicklung werden folgende u. a. folgende Elemente eingesetzt: regelmäßige Mitarbeitergespräche (mindestens alle 2 Jahre), Stellenbeschreibungen sowie Fort- und Weiterbildungsprogramme. Der Qualifikationsstand der Mitarbeiter wird jährlich durch die Personalabteilung überprüft. Die Facharztquote liegt in 2015 bei 62%, die Quote der dreijährig examinierten Pflegekräfte liegt konstant über 80%.

### 2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeiter

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch, vollständig und explizit auf seine Tätigkeit vorbereitet. Die Einarbeitung erfolgt anhand eines Einarbeitungskonzeptes inklusive Laufzettel. In der Pflege wird für die Dauer der Einarbeitung einen Praxisanleiter oder Mentor, im ärztlichen Dienst ein erfahrener Arzt zur Verfügung gestellt. In anderen Abteilungen ist die jeweilige Abteilungsleitung für die Einarbeitung verantwortlich. Die Einarbeitungskonzepte enthalten unter anderem Vor-, Zwischen- und Abschlussgespräche, die zu bestimmten Zeiten geführt werden. Am Ende der Probezeit erfolgt in allen Bereichen eine schriftliche Beurteilung.

### 2.2.3 Ausbildung

Das Asklepios Bildungszentrum für Gesundheitsfachberufe Weißenfels unter der Trägerschaft des Asklepios Bildungszentrum für Gesundheitsfachberufe Lich ist Ausbildungsstätte für Gesundheits- und KrankenpflegerInnen und Gesundheit- und KrankenpflegehelferInnen. Die theoretische Ausbildung erfolgt im Bildungszentrum für Gesundheitsfachberufe Weißenfels. Die zentrale Praxiskoordinatorin plant in Absprache mit der Leiterin des Bildungszentrums sämtliche praktische Einsätze jedes Auszubildenden, sowie die Facheinsätze in unserer Klinik als auch externen Fremdeinsätze, z. B. in Sozialstationen, in Rehabilitations- und Psychiatrieeinrichtungen.

### 2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Das systematische Fort- und Weiterbildungskonzept ist auf die Bedürfnisse der Mitarbeiter und der Klinik ausgerichtet. In unserer Klinik wird ein jährlicher Fortbildungsplan mit Angeboten zu medizinischen/ pflegerischen Themen und Pflichtfortbildungen angeboten. Darüber hinaus werden in den Abteilungen interne Fortbildungen geplant, die für alle Mitarbeiter offen sind. Jeder Mitarbeiter hat die Möglichkeit Wünsche hinsichtlich der Fort- und Weiterbildung zu äußern und eigene Themen vorzuschlagen. Das Asklepios Bildungszentrum Weißenfels organisiert und evaluiert insbesondere die Fort- und Weiterbildungen für den Pflegedienst der Klinik.

### 2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

In unserer Klinik wird ein festgelegter und kooperativer Führungsstil praktiziert. Die Bedürfnisse der Mitarbeiter werden berücksichtigt. Führungsgrundsätze sind aus dem Ableiten des Leitbildes entstanden. Hauptkernpunkte sind dabei ein kooperativer Führungsstil, Einbeziehung der Mitarbeiter in Entscheidungen, Delegation von Aufgaben und Unterstützung der Führungskräfte bei der Erfüllung von Aufgaben. Die Stellenbeschreibungen, Anforderungsprofile, Kompetenzbeschreibungen und das Klinikleitbild sind die Grundsätze der Mitarbeiterführung und des vereinbarten Führungsstils.

### 2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Für alle Bereiche gibt es geregelte Dienst- und Arbeitszeiten. Das Arbeitszeitgesetz bildet die gesetzliche Grundlage und der Tarifvertrag regelt die möglichen Grenzen für Arbeitszeitverteilung und Bereitschaftsdienst. Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt. Die Arbeitszeit wird unter Berücksichtigung von Mitarbeiterwünschen, gesetzlichen und tariflichen Bestimmungen und den Erfordernissen der Klinik rechtzeitig geplant. Es existieren verschiedene Arbeitszeitmodelle. Sie dienen der Aufrechterhaltung der Patientenversorgung rund um die Uhr, der Vermeidung von Überstunden und der Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter. Die Zusammenarbeit mit dem Betriebsrat und die Zustimmung dessen, sind für jeden Komplex der Arbeitszeit gewährleistet.

### 2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Alle Mitarbeiter unserer Klinik haben die Möglichkeit, Vorschläge zur Verbesserung, Beschwerden und Wünsche an ihre Vorgesetzten, die Geschäftsführung oder den Betriebsrat schriftlich oder mündlich zu richten. Es existiert ein Verfahren zum Umgang mit Mitarbeiterbeschwerden, -wünschen und -ideen. Vorschläge werden in einem Verbesserungsausschuss auf die Umsetzbarkeit bewertet. Bei positiver Entscheidung eines Vorschlages wird die Umsetzung durch die Geschäftsführung freigegeben. Für vorgeschlagene bzw. umgesetzte Ideen werden nach Entscheidung durch die Geschäftsführung materielle Anerkennungen gewährt.

## 3 Sicherheit

### 3.1.1 Arbeitsschutz

Im Verfahren zum Arbeitsschutz finden besondere Sicherheitsaspekte am Arbeitsplatz, bei den Mitarbeitern im Umgang mit Gefahrstoffen und zum Strahlenschutz Berücksichtigung. Die Sicherheit und der Schutz der Gesundheit unserer Patienten und Mitarbeiter haben in unserer Klinik einen sehr hohen Stellenwert und werden von Geschäftsführung, dem Betriebsrat, der Fachkraft für Arbeitssicherheit und den Sicherheitsbeauftragten im Arbeitsschutzausschuss koordiniert. Durch regelmäßige Begehungen, jährliche Unterweisungen und Schulungen aller Mitarbeiter wird die Einhaltung der gesetzlichen und berufsgenossenschaftlichen Vorgaben geprüft und sichergestellt. Vorsorgeuntersuchungen für Mitarbeiter erfolgen nach arbeitsmedizinischen Grundsätzen. Zum Umgang mit Berufsunfällen existiert ein strukturiertes Verfahren.

### 3.1.2 Brandschutz

Für die Umsetzung und jährlichen Überprüfungen des betrieblichen Brandschutzes ist ein Brandschutzbeauftragter benannt. Der Alarm- und Einsatzplan beinhaltet die dazugehörigen Brandschutzregelungen. Die gesamte Einrichtung ist mit Flucht- und Rettungswegplänen ausgestattet. Es sind zahlreiche technische Brandschutzeinrichtungen installiert, welche regelmäßigen Funktionsprüfungen unterzogen werden. Es finden jährliche Schulungen, Übungen zum Brandschutz und Begehungen zur Kontrolle der Einhaltung der Brandschutzregelungen statt.

### 3.1.3 Umweltschutz

Wie im Leitbild verankert, haben Umweltschutz und der sparsame Umgang mit den Ressourcen in unserer Klinik einen hohen Stellenwert. In einem Umweltschutzkonzept sind die Themen Abfallvermeidung /Abfalltrennung, Reinhaltung Luft und Abwässer, Einsparung von Elektro- und Wärmeenergie beschrieben. Beim Betrieb der Einrichtung sowie bei Baumaßnahmen nehmen ökologische Aspekte einen hohen Stellenwert ein. Eine flächendeckende Abfalltrennung wird durchgeführt.

### 3.1.4 Katastrophenschutz

Die Asklepios Klinik Weißenfels ist in dem Katastrophenschutz des Landes Sachsen-Anhalt eingebunden. Der bestehende Alarm- und Einsatzplan inklusive einer Alarmierungskaskade wird regelmäßig aktualisiert und umgesetzt. Das einheitliche Vorgehen der Mitarbeiter, Festlegungen der Verantwortlichkeiten und der Aufbau der Krankenhauseinsatzleitung sind in dem Plan festgelegt. An der Rezeption liegt dieser Plan vor und ist Bestandteil der jährlichen Pflichtunterweisung der Mitarbeiter, um die Einleitung der Maßnahmen bei internen und externen Gefahren zeitnah zu gewährleisten.

### 3.1.5 Nichtmedizinisches Notfallmanagement

Im Alarm- und Einsatzplan der Klinik ist das Vorgehen bei internen und externen Gefahrenlagen festgelegt. In der Klinik ist eine zentrale Gebäudeleittechnik installiert. Für hausinterne technische Notfälle gibt es ein Störmeldesystem. Nach Auslösen einer Notfallmeldung wird über das weitere Vorgehen operativ entschieden und die betreffenden Personen oder Bereiche werden nach Plan informiert. Der Alarm- und Einsatzplan liegt an der Rezeption und in den Bereichen vor, er ist Bestandteil der jährlichen Unterweisungen der Mitarbeiter.

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

Die Sicherheit unserer Patienten nimmt in unserer Klinik einen hohen Stellenwert ein. Für eine sichere Umgebung wird Sorge getragen. Das oberste Ziel ist der Schutz unserer Patienten und Mitarbeiter vor Eigen- und Fremdgefährdung unter Wahrung der Persönlichkeitsrechte. Standards und Verfahrensanweisungen für besonders gefährdete Patientengruppen sind etabliert und werden umgesetzt. Seit 2011 werden in der Klinik Patientenarmbänder verwendet. Ein hoher Standard zur Patientensicherheit ist in der Klinik erreicht, die Ergebnisse sind über Qualitätskliniken.de für die Öffentlichkeit einsehbar.

### 3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

In der Asklepios Klinik Weißenfels ist ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement etabliert. Unter Leitung der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin wurde ein einheitlicher Standard zum medizinischen Notfallmanagement festgelegt. Um die Umsetzung dieses Standards zu gewährleisten, werden jährliche Pflichtfortbildungen mit den Mitarbeitern durchgeführt. In allen Bereichen sind Notfallkoffer mit standardisierter Ausstattung sowie ein Notfallplan vorhanden. Die Alarmierung des Reanimationsteams ist rund um die Uhr über eine interne Notrufnummer sichergestellt.

### 3.2.3 Hygienemanagement

Für Belange der Hygiene ist sowohl die personelle Verantwortung als auch das Verfahren der Umsetzung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen klinikweit geregelt. Die Struktur und die Verantwortung für die Krankenhaushygiene sind in der Geschäftsordnung der Hygienekommission klar geregelt. Die Ärztliche Direktorin ist für die Krankenhaushygiene verantwortlich. Es sind ein Krankenhaushygieniker und Hygienefachkräfte benannt. Sie koordinieren die Umsetzung der Hygienestandards in allen Bereichen, erfassen Mängel und organisieren deren Beseitigung. Ein Hygieneplan, der in regelmäßigen Abständen kontrolliert und ggf. aktualisiert wird, ist den Mitarbeitern bekannt und über das Intranet zugänglich.

### 3.2.4 Hygienerrelevante Daten

Für die Analyse hygienerrelevanter Bereiche wie auch die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen werden klinikweit 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.

### 3.2.5 Infektionsmanagement

Ziele des Infektionsmanagements sind die Vermeidung des Auftretens, der Verbreitung von Infektionen und die Verpflichtung zur Umsetzung von Gesetzen, Verordnungen und die Einhaltung der Richtlinien des Robert-Koch-Institutes. Der Hygieneplan der Klinik hat dienststanweisenden Charakter und ist den Mitarbeitern über das Intranet zugänglich. In der Präventionsprophylaxe sind ausführliche Schutzmaßnahmen des Personalverhaltens, der räumlichen Isolierung, Desinfektionsmaßnahmen etc. beschrieben. Diese Vorgaben entsprechen den Richtlinien des Robert-Koch-Instituts und den "Technischen Regeln für Biologische Arbeitsstoffe". Es werden jährlich Fortbildungen zum Hygienemanagement verpflichtend für alle Mitarbeiter durchgeführt. Die Überprüfung der Einhaltung der Hygiene Richtlinien erfolgt durch jährliche Begehungen der Bereiche, und durch Umgebungsuntersuchungen laut Jahresplan.

### 3.2.6 Arzneimittel

In der Klinik regeln Verfahrens- und Dienststanweisungen sowie Standards die Anwendung, den Umgang sowie die Beschaffung und Bereitstellung von Arznei- und Betäubungsmitteln. Die Bereitstellung von Arzneimitteln erfolgt durch eine externe Lieferapotheke bei festen Lieferzeiten. Halbjährlich finden Sitzungen der Arzneimittelkommission statt. Die Verabreichung von Arzneimitteln erfolgt grundsätzlich durch ausgebildetes Fachpersonal.

### 3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

In unserer Klinik ist ein Qualitätsmanagementsystem zu Blut- und Blutprodukte etabliert. Der Umgang mit Blut- und Blutprodukten ist in der Transfusionsordnung festgelegt. Diese regelt die einzelnen Schritte der Anforderung bis hin zur Aufbewahrung, das Verfahren bei Zwischenfällen und die Überprüfung der definierten Depots. Für die Klinik sind ein Transfusionsverantwortlicher und ein Transfusionsbeauftragter für die Qualitätssicherung benannt. Der Transfusionsbeauftragte überprüft die Einhaltung der festgelegten Verfahren und meldet die Ergebnisse jährlich der Landesärztekammer. Es finden regelmäßig Sitzungen der Transfusionskommission unter Leitung des Transfusionsverantwortlichen statt.

### 3.2.8 Medizinprodukte

Der Umgang mit Medizinprodukten ist im Organisationshandbuch Medizinprodukte und in der Dienst-anweisung zur Umsetzung des Medizinproduktegesetzes und der Medizinproduktebetriebsverordnung einheitlich und umfangreich geregelt. Für alle Bereiche sind Medizinproduktebeauftragte benannt. Sie stellen sicher, dass die Mitarbeiter in ihrem Bereich regelmäßige Einweisungen und Nachschulungen im Umgang mit den Geräten erhalten. Es liegen dokumentierte Einweisungen vor.

## **4 Informations- und Kommunikationswesen**

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

Die Organisationsstruktur der Informationstechnologie und die Hard- und Softwareprozesse dienen der effektiven Unterstützung der Geschäftsprozesse der gesamten Klinik. Alle ärztlichen, pflegerischen und administrativen Bereiche haben Zugang zum Krankenhausinformationssystem. Das System ist 24 h nutzbar und gegen Ausfälle gesichert. Das gesamte Datenverarbeitungskonzept ist auf die Entwicklung und Einführung einer kompletten elektronischen Patientenakte ausgerichtet. Die Röntgenbilddokumentation ist bereits komplett elektronisch umgesetzt. Alle Mitarbeiter haben Zugang zum Internet, zum Intranet und zur Asklepios Online Bibliothek.

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

Die Führung und Dokumentation von Patientendaten ist in einer hausinternen Verfahrensanweisung festgelegt. Relevante Patientendaten, die sich aus der Diagnostik, Therapie und den pflegerischen Maßnahmen ergeben, werden in einer einheitlichen Patientendokumentation und im Krankenhausinformationssystem zeitnah und vollständig erfasst. Der Behandlungsverlauf ist jederzeit nachvollziehbar. Die Verantwortlichkeit für die IT-gestützte Dokumentation ergibt sich aus den jeweiligen Zugangsberechtigungen. Die Archivierung der Patientendaten erfolgt immer unter der Beachtung der gesetzlichen Vorschriften.

### 4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Für jeden Patienten existiert für jeden Aufenthalt eine Krankenakte. Bei wiederholter Aufnahme des Patienten wird bei Bedarf die Patientenakte der vorherigen Aufenthalte aus dem Archiv angefordert. Der Zugriff auf elektronisch gespeicherte Patientendaten ist über ein Passwort für alle an der Behandlung Beteiligten jederzeit gewährleistet. Nach Abschluss der Behandlung wird die Patientenakte in einem zentralen Archiv archiviert.

### 4.3.1 Information der Krankenhausleitung

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. Die Abteilung 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. im direkten Gespräch, durch schriftlichen Kontakt oder im Rahmen des betrieblichen Vorschlagswesens.

### 4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

Die Informationsweitergabe in unserer Klinik ist durch ein bindendes Verfahren zur Informationsweitergabe geregelt. Verschiedene Kommunikationswege, z.B. Outlook, Intranet, Telefon, Hauspost und die Klinikzeitschrift "Asklepios Team". Abteilungsinterne und interdisziplinäre Besprechungen erfolgen in regelmäßigen Abständen. Informationsbroschüren liegen in der Klinik aus und werden an externe Partner versandt. In der Klinik gibt es einen Klinik- Informationskanal. Die Information der interessierten Öffentlichkeit erfolgt systematisch durch verschiedene Maßnahmen. Informationsveranstaltungen für die Bevölkerung, Pressegespräche, Fortbildungen, Seminare und Weiterbildungen finden regelmäßig statt.

### 4.4.1 Organisation und Service

Die zentrale Auskunftsstelle der Klinik ist die Rezeption, diese ist täglich 24 Stunden besetzt. Die Mitarbeiter der Rezeption werden mit Hilfe einer geregelten Informationsweiterleitung auf einem aktuellen Informationsstand gehalten. Im Rezeptionsbereich stehen ausreichend Sitzmöglichkeiten sowie Informationsmaterial zur Verfügung. In unmittelbarer Nähe zur Rezeption befindet sich die Cafeteria.

### 4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Verantwortlich für den Datenschutz ist der Geschäftsführer, der zur Umsetzung der gesetzlichen Anforderungen eine Datenschutzbeauftragte schriftlich benannt hat. Die Regelungen zum Datenschutz sind im Datenschutzhandbuch festgelegt. Die Datenschutzbeauftragte führt jährliche Datenschutzbegehungen durch. Es finden jährliche Unterweisungen für die Mitarbeiter zum Datenschutz statt. Alle Mitarbeiter sind zur Schweigepflicht belehrt und belegen dies durch Unterschrift.

## 5 Führung

### 5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Auf der Grundlage der Unternehmensphilosophie Qualität-Innovation-soziale Verantwortung hat die Geschäftsführung in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern das Leitbild für die Asklepios Klinik Weißenfels GmbH erarbeitet und weiterentwickelt. Verbunden wird eine fachgerechte und hochwertige Versorgung, die Weiterentwicklung und Umsetzung der Versorgungsangebote und die Leistung gegenüber der Gesellschaft und der Umwelt. In regelmäßigen Veranstaltungen wird die Umsetzung des Leitbildes mit den Mitarbeitern diskutiert.

### 5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Die Geschäftsführung der Klinik sorgt für ein vertrauensvolles und offenes Arbeitsklima. Die Schaffung von interessanten, verantwortungsvollen Arbeitsplätzen und ein Klima der gegenseitigen Akzeptanz, der Achtung und des Vertrauens sind die Grundlage. Die Mitarbeiter werden umfassend informiert und in strategische Planungen einbezogen. Zahlreiche vertrauensbildende und -fördernde Maßnahmen werden umgesetzt, z. B. Förderung der Mitarbeiter durch Weiterbildungen, arbeitgebergestützte Präventionsmaßnahmen, finanziell gestützte Weihnachtsfeiern für Mitarbeiter usw. Die Zufriedenheit der Mitarbeiter wird u. a. in der Mitarbeiterbefragung und Mitarbeitergesprächen ermittelt.

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

Der Mensch (Patient, Angehöriger, Mitarbeiter) steht in unserer Klinik im Mittelpunkt des Handelns. Wir berücksichtigen und respektieren die individuellen körperlichen, geistigen, seelischen, religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse und Einstellungen unserer Patienten. In unserer Klinik ist ein Ethikkomitee etabliert, welche für ethische Problemstellungen zuständig ist. Dieses trifft sich halbjährlich bzw. bei Bedarf. Zum Angebot seelsorgerischer Betreuung stehen auf allen Stationen entsprechende Informationen zur Verfügung.

### 5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Eine jährlich entwickelte Zielplanung ist das Steuerungsinstrument der Handlungen in unserer Klinik. Die jährlich mit den Abteilungsleitungen gemeinsam erstellte Jahreszielplanung enthält alle für das kommende Jahr relevanten Kriterien, die für die Steuerung der Wirtschaftlichkeit und Konkurrenzfähigkeit der Klinik notwendig sind. Die Zielplanung enthält folgende Teilzielpläne: Wirtschafts-, Liquiditäts-, Investitions- und Personalstellenplan. Separat zum Gesamtzielplan wird jährlich ein Marketing- und Qualitätsmanagementzielplan erstellt. Auf der Basis der strategischen Zielplanung findet die Planung und Überprüfung der Teilziele innerhalb der Abteilungen statt. Der Zielerreichungsgrad wird kontinuierlich mittels Kennzahlen überprüft.

### 5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Ziel ist es, nachhaltige Kooperationen einzugehen, die einen maximalen Nutzen für Kooperationspartner und Patienten sowie Mitarbeiter der Klinik und des Unternehmens schaffen. Mit dem Abschluss von konzernweiten Verträgen wird eine steigende Wertschöpfung erzielt. Soziale Projekte werden von der Geschäftsführung gefördert. Zur Ausübung gesellschaftlicher Verantwortung werden durch die Klinik verschiedene Projekte zur Gesundheitsförderung mit Präventionsmaßnahmen an Schulen durchgeführt. Eine kontinuierliche Erweiterung der Zusammenarbeit im Sinne der optimalen Patientenversorgung wird durch weitere Kooperationen mit Nachbardisziplinen, Einweisern, ambulanten und teilstationären Einrichtungen, Beratungsstellen, sozialpsychiatrischen Diensten sowie dem Gesundheitsamt gewährleistet.

### 5.3.1 Festlegung der Organisationsstruktur

Unsere Klinik hat eine aktuelle Organisationsstruktur festgelegt. In dieser wird die Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten berücksichtigt. Eine klare und geeignete Organisationsstruktur ist im Organigramm der Gesamtklinik mit der Benennung der Funktions- und Verantwortungsträger eindeutig geregelt, detaillierte Stellenbeschreibungen hinterlegen die Aufgaben und Verantwortungsbereiche. Für alle Kommissionen ist eine Geschäftsordnung bindend und Projektgruppen werden bei konkretem Bedarf gebildet und zielorientiert geführt.

### 5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

In der Asklepios Klinik Weißenfels GmbH wird mittels eines Verfahrens zur Arbeitsweise innerhalb der Geschäftsführung sichergestellt, dass ein effizientes und effektives Vorgehen angewandt wird. Regelmäßige Sitzungen der Leitungsgremien stellen den Informationsaustausch und die Abstimmungen sicher. In den Sitzungen gefasste Beschlüsse werden durch die Mitglieder an ihre nachgeordneten Verantwortlichen weitergegeben und in den regelmäßigen Teambesprechungen der Bereiche ausgewertet. Ergebnisprotokolle über die Sitzungen und Besprechungen dokumentieren den Inhalt.

### 5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

Mit den Zielen des Innovations- und Wissensmanagements, die Behandlung der Patienten auf den neusten wissenschaftlichen Stand zu leisten und somit Wettbewerbsvorteile zu schaffen, werden medizinische Ziele in unserer Klinik immer weiterentwickelt und neu definiert, um sie dann in der jährlichen Zielplanung festzuhalten. In Abhängigkeit von der gesundheitspolitischen und der demografischen Entwicklung sowie neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse (Kongresse, Studienveröffentlichungen) inklusive der Marktentwicklung werden die nächsten Vorhaben und Ziele festgelegt. Das sind u.a.: Einführung neuer Versorgungsmodelle, Umsetzung neuer Therapiekonzepte und daraus resultierende bauliche Maßnahmen.

### 5.4.1 Externe Kommunikation

Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit werden verschiedene Themen und Veranstaltungen an die Allgemeinheit präsentiert, z. B. Tag der offenen Tür, Informationsveranstaltungen im Brust- und Darmzentrum. Regelmäßig werden Presseartikel zu neuen Verfahren und Methoden in der regionalen Tageszeitung veröffentlicht. Verschiedene Werbeträger werden zur Information über das Angebot der Klinik genutzt. Das Klinikleitbild wird auf allen Stationen sowie über die Homepage bekannt gemacht. In regelmäßigen Abständen finden akkreditierte Fortbildungsveranstaltungen zu verschiedenen Themen statt, welche mit der niedergelassenen Ärzteschaft abgestimmt sind.

### 5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

In der Asklepios Klinik Weißenfels GmbH ist ein Risikomanagement implementiert. Ziel des Risikomanagements ist es, alle Unternehmensbereiche darauf zu überprüfen, ob Risiken existieren, diese ggf. genauer zu identifizieren, zu analysieren und zu bewerten. Soweit der klar definierte Schwellenwert je Risiko eintritt, entsteht automatisch eine Berichtspflicht an die Geschäftsführung. Grundlage des Risikomanagementsystems bildet die Risikorichtlinie des Konzerns sowie das interne Risikomanagementkonzept. Ein anonymes Fehlermeldesystem ist in der Klinik etabliert. Die Meldungen über das Critical Incident Reporting System (CIRS) fließen in das klinische Risikomanagementsystem ein.

## 6 Qualitätsmanagement

### 6.1.1 Organisation

Die Klinik hat sehr umfangreiche Strukturen für das Qualitätsmanagement geschaffen. Eine Qualitätsmanagementbeauftragte wurde durch die Geschäftsführung bestellt, welche dem Geschäftsführer als Stabsstelle zugeordnet ist. Grundlage des Qualitätsmanagementsystem bildet das Asklepios Mindeststandard zum Qualitätsmanagement, welcher den kontinuierlichen Verbesserungsprozess abbildet. Die Verantwortlichkeiten, organisatorischen Strukturen, Aufgaben und Ziele sind in der Geschäftsordnung und dem Konzept Qualitätsmanagement festgelegt. Steuerungsorgan des Qualitätsmanagements ist die Qualitätsmanagement-Lenkungsgruppe, bestehend aus dem Geschäftsführer, dem Klinikmanager, der Ärztlichen Direktorin, dem Pflegedirektor, dem Personalleiter und der Qualitätsmanagementbeauftragten. Die Klinik erhält konzernübergreifende Unterstützung durch den Konzernbereich Qualität.

### 6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Die Klinik entwickelt, vermittelt und setzt Maßnahmen zur Erreichung von Qualitätszielen um. Die Qualitätsziele orientieren sich an der Unternehmensphilosophie Qualität-Innovation-soziale Verantwortung, den gesetzlichen Anforderungen, den Erwartungen unserer Patienten und Kunden sowie den verfügbaren finanziellen Ressourcen. Daraus leiten sich alle Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität ab. Der Qualitätsmanagementzielplan wird durch die Geschäftsführung und die Qualitätsmanagementbeauftragten entwickelt. Die Umsetzung erfolgt ergebnisorientiert u. a. in Projektgruppen und Qualitätszirkeln.

### 6.2.1 Patientenbefragung

Es findet eine kontinuierliche Patientenbefragung in der Klinik statt. Der Fragebogen wird jedem Patienten während seines Klinikaufenthaltes übergeben und dessen Auswertung erfolgt halbjährlich durch die Qualitätsmanagementbeauftragten. Zusätzlich fand zuletzt in 2015 in der Klinik eine konzernweite externe Patientenbefragung statt. Die Ergebnisse der Patientenbefragungen sind im Intranet für alle Mitarbeiter einsehbar veröffentlicht. Zusätzlich erfolgt ein konzernweites Benchmark über den Asklepios Qualitätsmonitor.

### 6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Zur Überprüfung der Zufriedenheit der niedergelassenen Ärzte werden regelmäßig Einweiserbefragungen durchgeführt. Informationen über die Auswertungsergebnisse und den Maßnahmenplan erhalten die Geschäftsführung und die Mitarbeiter der Klinik per Intranet, sowie die externen Partner und Einweiser über Informationsschreiben oder im persönlichen Gespräch. Zusätzlich werden die Ergebnisse der zentralen Befragung in dem Portal Qualitätskliniken.de und im Asklepios Qualitätsmonitor veröffentlicht.

### 6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Eine Mitarbeiterbefragung wird mindestens alle 2 Jahre durch ein externes Befragungsinstitut durchgeführt. Es werden standardisierte und mehrfach erprobte Fragebögen verwendet. In den gesamten Prozess der Befragung ist der Betriebsrat fest involviert. Die Befragung wird von dem Institut ausgewertet, die Ergebnisse in der Klinik vorgestellt und im Intranet allen Mitarbeitern zugänglich veröffentlicht. Ein Vergleich findet mit den anderen Asklepios Kliniken über den Asklepios Qualitätsmonitor sowie mit dem Vergleichspool des Befragungsinstitutes statt.

### 6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Patientenwünsche und Patientenbeschwerden stellen für die Klinik ein wichtiges Potential zur Steigerung der Qualität in der Patientenversorgung dar. In unserer Klinik ist ein strukturiertes Patienten- und Mitarbeiterbeschwerdemanagement etabliert. Die Bearbeitung der Beschwerden ist verbindlich für alle Mitarbeiter in einer Betriebsvereinbarung geregelt. Beschwerden und Hinweisen werden systematisch nachgegangen. Der Beschwerdeführer erhält bei Benennung seiner persönlichen Daten eine Rückantwort. Die statistische Auswertung erfolgt mindestens halbjährlich durch die Qualitätsmanagementbeauftragte.

#### 6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Durch die verantwortlichen Mitarbeiter der Klinik werden qualitätsrelevante Daten erhoben. Dabei handelt es sich um Leistungskennzahlen, ökonomische Kennzahlen und Kennzahlen, welche direkt innerhalb des Themenfeldes Patientenversorgung erhoben werden, wie spezielle Komplikationen oder Hygienedaten. Diese Daten werden zentral ausgewertet und als Grundlage für Verbesserungsmaßnahmen im jeweiligen Arbeitsbereich genutzt.

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

Die Klinik beteiligt sich an der gesetzlich vorgeschriebenen Methodik und den Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung. Die Koordination, Informationsweitergabe und Prüfung der vollständigen Dokumentation sowie die Übermittlung der Datensätze für die externe Qualitätssicherung erfolgen durch das Medizincontrolling und die Qualitätsmanagementbeauftragte. Die Klinik hat eine Dokumentationsrate von nahezu 100 %. Der Geschäftsführer, die Chefärzte, der Medizincontroller und die Qualitätsmanagementbeauftragte prüfen den Rücklauf der Daten und leiten entsprechende Verbesserungen daraus ab. Die entsprechenden Auswertungen bescheinigen der Klinik niedrige Komplikationsraten und qualitativ hochwertige medizinische Leistungen. Zusätzlich werden die Daten auf Konzernebene über den Asklepios Qualitätsmonitor gebenchmarkt.