



# KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

<b>Krankenhaus:</b>	Wertachkliniken	
<b>Institutionskennzeichen:</b>	260 970 275	
<b>Anschrift:</b>	Standort Bobingen Wertachstraße 55 86399 Bobingen	Standort Schwabmünchen Weidenhartstraße 35 86830 Schwabmünchen

**Ist zertifiziert nach KTQ<sup>®</sup>  
mit der Zertifikatnummer:** 2017-0052 KHVB  
**durch die von der KTQ-GmbH  
zugelassene Zertifizierungsstelle:** SAMA Cert GmbH, Stuttgart

<b>Gültig vom:</b>	21.11.2017
<b>bis:</b>	20.11.2020
<b>Zertifiziert seit:</b>	21.11.2014

## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort der KTQ®</b> .....	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b> .....	<b>5</b>
<b>Die KTQ-Kriterien</b> .....	<b>7</b>
1 Patientenorientierung .....	8
2 Mitarbeiterorientierung .....	12
3 Sicherheit - Risikomanagement .....	14
4 Informations- und Kommunikationswesen .....	17
5 Unternehmensführung .....	18
6 Qualitätsmanagement .....	20

## Vorwort der KTQ<sup>®</sup>

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

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

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

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

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

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

der Einrichtung beziehen.

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

Während der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren<sup>®</sup> gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

---

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

Dieser KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 55 Kriterien des KTQ-Kataloges Version 2015.

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

Wir freuen uns, dass die **Wertachkliniken** 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 vermitteln.

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

**Dr. med. B. Metzinger, MPH**

Für die Deutsche Krankenhausgesellschaft

**S. Wöhrmann**

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

**F. Wagner**

Für den Deutschen Pflegerat

## Vorwort der Einrichtung



Wertachklinik Bobingen



Wertachklinik Schwabmünchen

Sehr geehrte Leserin, / Sehr geehrter Leser,

Sie haben den aktuellen KTQ - Qualitätsbericht der Wertachkliniken Bobingen und Schwabmünchen vor sich. Wir sind ein Kommunalunternehmen der medizinischen Grundversorgung im südlichen Landkreis Augsburg. Für die Fachdisziplinen:

- Allgemein- und Viszeralchirurgie
- Unfallchirurgie/orthopädische Chirurgie
- Gefäß- und Plastische Chirurgie
- Innere Medizin
- Anästhesie- und Intensivmedizin
- Gynäkologie und Geburtshilfe
- Onkologie
- Hals/Nasen/Ohren

stehen in Schwabmünchen 126 und in Bobingen 130 Patientenbetten sowie Räume für moderne Diagnostik- und Operationsverfahren und die dazu notwendigen Geräte zur Verfügung.

Die Wertachkliniken haben einen hohen Anspruch an ihre eigene Qualität. Diese wird anhand Leitlinien und Standards umgesetzt. Regelmäßige Zertifizierungen bestätigen unser tägliches Qualitätsbewusstsein. In den letzten Jahren haben die Wertachkliniken zahlreiche Zertifikate erworben, wie zum Beispiel:

- Zertifikat für **Koloproktologisches Kompetenzzentrum** für die **Allgemein- und Viszeralchirurgie** in Schwabmünchen
- Zertifikat für **Kompetenzzentrum für Minimalinvasive Chirurgie** in Schwabmünchen
- Zertifikat für **Kompetenzzentrum für Hernienchirurgie** in Schwabmünchen
- Zertifikat für **Lokales Traumazentrum** für die Unfall- und orthopädische Chirurgie in Bobingen
- Zertifikat für **Endoprothetikzentrum** der Orthopädie und Unfallchirurgie in Bobingen
- **KTQ Zertifikat** für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen für die Abläufe und Behandlungen aller Fachabteilungen an den beiden Standorten der Wertachkliniken

Um zukünftig eine hohe Qualität bei der Patientenversorgung sicherstellen zu können, wird **hochqualifiziertes Personal** benötigt. Den Wertachkliniken ist es frühzeitig gelungen die Chefarztnachfolge für 2018 zu sichern. Seit Juli 2017 ist Herr PD Dr. Andreas Weber Teil der Wertachkliniken

und tritt seine Position als Chefarzt für die Gastroenterologie 2018 an. Zudem hat Herr PD Dr. Weber seine Professur an der LMU München erhalten. Im Bereich der Anästhesiologie wird Herr Dr. Gordon Hoffmann, ehemaliger Oberarzt für Anästhesiologie des Universitätsklinikum München, die Arbeit von Herr Dr. Küchle übernehmen.

Die Wertachkliniken investieren aber auch in die Mitarbeiter ihrer Häuser. In einer **eigenen Berufsfachschule** für Krankenpflege wird qualifiziertes Pflegepersonal ausgebildet. An beiden Standorten der Wertachkliniken finden zudem regelmäßig **Fortbildungen** statt, sowie zusätzliche Spezialausbildungen z.B. für die Palliativmedizin. In den verschiedenen Fachabteilungen qualifizieren sich Assistenzärzte zu Fachärzten, aber auch die Fachärzte bilden sich kontinuierlich weiter.

Neben dem Personal reagieren die Wertachkliniken auch in anderen Bereichen auf die demographischen und regionalen Entwicklungen. Seit 2016 wurde eine multi-professionelle **akutgeriatrische** Einheit aufgebaut. Ein Team aus speziell ausgebildeten Pflegekräften und dem Facharzt für Geriatrie können sich hier um die besonderen Bedürfnisse älterer Patienten kümmern. Es gilt die Alltagskompetenz der Patienten zu stärken und ein Höchstmaß an Gesundheit und Selbstständigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen.

Zudem stellt die Wertachklinik Bobingen ihre Räumlichkeiten und die Infrastruktur für eine **KVB-Bereitschaftspraxis** zur Verfügung. Dort praktizieren niedergelassene Ärzte mit dem Ziel, eine flächendeckende ambulante medizinische Versorgung auch an Wochenenden und Feiertagen gewährleisten zu können. Darüber hinaus kann mit dieser Maßnahme die Notaufnahme zeitweise entlastet werden. Weniger bedrohliche Fälle können somit direkt in der Bereitschaftspraxis versorgt werden. Im Bedarfsfall können Patienten direkt stationär aufgenommen werden.

Die **Schwerpunktbildung** an den beiden Standorten, mit der Unfall- und orthopädischen Chirurgie in Bobingen und der Viszeralchirurgie in Schwabmünchen bündelt die jeweiligen Kompetenzen. Telemedizin, Tumorbord, Teleradiologie und ein einheitliches EDV-System sorgen für einen schnellen, interdisziplinären und umfassenden Informationsaustausch.

Der Komfort für Patienten und Mitarbeiter wurde verbessert durch aufwändige **Renovierungsarbeiten** wie beispielsweise, die des Haupteingangs der Wertachklinik Schwabmünchen. Gleichzeitig ermöglicht ein neues **modernes Wegeleitsystem** eine optimale Orientierung durch das Haus.

Anfang des Jahres haben wir eine umfangreiche **Patientenzufriedenheitsbefragung** durchgeführt, um noch besser auf die Bedürfnisse unserer Patienten eingehen zu können. Die Ergebnisse dieser Umfrage bestätigen uns in unserer täglichen Arbeit und unserer Patientenorientierung. Neben dieser Patientenbefragung wurden auch weitere Projekte und Arbeitsgruppen gestartet, so zum Beispiel zum aktuellen Entlassungsmanagement.

Aber niemand ist unfehlbar. Deshalb gibt es im Rahmen des **Risikomanagements** in den Wertachkliniken ein Berichtssystem für sicherheitsrelevante Ereignisse (CIRS). Im Rahmen von **CIRS** werden immer wieder Maßnahmen für eine größere Patienten- und Arbeitssicherheit erarbeitet und umgesetzt. Unter anderem wurde 2015 ein **Testgerät für den multiresistenten Erreger MRSA** angeschafft. Mit dem MRSA Testgerät haben Patienten und ihre Angehörigen sowie Ärzte und Pflegekräfte ein schnelles und zuverlässiges Ergebnis, und damit mehr Sicherheit.

Unseren Patientinnen und Patienten sowie den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und unseren Kooperationspartnern **danken wir für Ihr Vertrauen, Interesse** und für die **gute Zusammenarbeit**.

Ihr,

Martin Gösele

Vorstand Wertachkliniken Bobingen und Schwabmünchen

# Die KTQ-Kriterien

## 1 Patientenorientierung

### 1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Die Wertachkliniken sind mit dem PKW gut erreichbar, öffentliche Verkehrsmittel fahren sie fahrplanmäßig an. An beiden Standorten leiten Hinweisschilder an den Kreuzungen und Kreisverkehren zu den Kliniken. Parkplätze stehen in ausreichender Zahl zur Verfügung und es existieren Reservierungen für Ärzte, Hebammen und Behinderte. Informationen zum Leistungsspektrum können auf der Homepage abgerufen werden. Patientenbroschüre und Flyer geben ebenfalls Auskunft über das Angebot an Therapien und Operationen an beiden Standorten mit ihren jeweiligen Schwerpunkten.

Die Orientierungsmöglichkeit in den Kliniken folgt den Bedürfnissen der Patienten und Besucher. Im Zuge der Neugestaltung des Eingangsbereiches in Schwabmünchen, wurde an beiden Standorten mit der Digitalisierung der Beschilderung begonnen. Patienten, Besucher und Angehörige erhalten dadurch einen schnellen Überblick. Ohnehin passieren gehfähige Patienten und Besucher den Informationsstützpunkt als erste Anlaufstelle und auch alle anderen Mitarbeiter geben gerne Orientierungshilfe.

Wird die Aufnahme eines Patienten geplant, so fällt die Entscheidung in der ambulanten/vorstationären Sprechstunde, Voruntersuchungen und Aufklärungen werden eine Woche vor Aufnahme terminiert. Notfallpatienten werden sofort aufgenommen, die Entscheidung über die weitere Behandlung fällt in der Zentralen Aufnahme/Notaufnahme. Die Leitung der Notaufnahme in Bobingen hat das Projekt „Zentrales Aufnahme – Belegungsmanagement“ übernommen und strukturiert derzeit die Umsetzung.

### 1.1.2 Leitlinien und Standards

Unsere Klinikärzte behandeln ihre Patienten nach den evidenzbasierten Leitlinien der Fachgesellschaften. Sie bilden sich weiter und übersetzen die neuen Erkenntnisse in hausinterne Leitlinien für Diagnostik und Therapie. Gleiches gilt für die Pflegekräfte. Für sie gelten nationale Expertenstandards, die sich an den Erkenntnissen der Pflegeforschung orientieren. Eine gute Versorgung unserer Patienten ist damit gewährleistet.

### 1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

In unseren Kliniken wird das Recht der Patienten auf Information und Selbstbestimmung ernst genommen. Die Aufklärung erfolgt in einem persönlichen Gespräch zwischen Arzt und Patient, dokumentiert wird sie in einem (ggf. auch fremdsprachigen) Aufklärungsbogen. Wenn nötig werden auch Mitarbeiter mit Fremdsprachenkenntnissen unterstützend hinzugezogen. Zusätzlich werden Patienteninformationsblätter und entsprechende Flyer als Informationsquelle angeboten. Eine Selbstverständlichkeit ist auch die Berücksichtigung von Patientenverfügungen und die Einbeziehung von Angehörigen oder gesetzlichen Betreuern in die individuelle Behandlungsplanung. Die Besuchszeiten nehmen auf Behandlungszeiten und das Ruhebedürfnis der Patienten Rücksicht. Das Angebot an Beratung (auch was Selbsthilfegruppen betrifft) und Info-Veranstaltungen orientiert sich an beiden Kliniken an den angebotenen Behandlungen und Therapien.

### **1.1.4 Ernährung und Service**

Die Ausstattung der Patientenzimmer entspricht modernen Standards, Nasszelle, Esstisch, Patientenrufanlage, Fernseher, Radio, Telefon und Internetzugang sind vorhanden. Räume für Gespräche finden sich in jeder Etage, eine Kapelle, Patientenbibliothek, der Garten und die Cafeteria bieten weitere Rückzugsmöglichkeiten.

Der Speiseplan richtet sich nach den speziellen, der Diagnose angepassten Kostformen. Die einzelnen Komponenten der drei angebotenen Menüs können täglich individuell zusammengestellt werden. Beraten werden die Patienten von ausgebildeten Diätassistentinnen. Die Auswahlmöglichkeiten erlauben es auch, auf kulturelle Aspekte und besondere Bedürfnisse einzugehen. Tägliche Reinigungen von allen Räumlichkeiten gewährleisten die Sauberkeit in den Kliniken.

### **1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung**

Sowohl Notfälle als auch einbestellte Patienten werden über die Zentrale Aufnahme/Notaufnahme gesteuert. Die Rettungsleitstelle verfügt über Informationen, welche Krankheitsbilder in welche Klinik gebracht werden können. Die 24-stündige Aufnahmebereitschaft ist gewährleistet, diensthabende Ärzte entscheiden nach der Untersuchung über die Notwendigkeit diagnostischer Maßnahmen, einer stationären Aufnahme oder einer ambulanten Behandlung. Wenn nötig, werden Angehörige oder gesetzliche Vertreter, unter Beachtung des Datenschutzes, hinzugezogen. Daten, Anordnungen und Maßnahmen werden dokumentiert und dienen den an der weiteren Behandlung und Versorgung beteiligten Ärzten und Pflegekräften als Information.

### **1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung**

Die Steuerung über die Zentrale Aufnahme schließt die ambulante Diagnostik und Behandlung ein. Die Terminierung erfolgt in den Sekretariaten der Ambulanzen, in der Regel im Rahmen der (Spezial) Sprechstunden der Hauptabteilungen Allgemeinchirurgie, Innere Medizin, Schmerzambulanz, oder in der Sprechstunde der Praxis für Unfallchirurgie.

### **1.3.2 Ambulante Operationen**

In den Sprechstunden der Operateure werden die Termine vereinbart. Dort wird den Patienten Informationsmaterial zur Vorbereitung der OP ausgehändigt, die Termine zur Aufklärung und Voruntersuchung abgesprochen. In der Regel findet eine Woche vor dem Eingriff die Aufklärung über Risiken und Alternativen durch den Facharzt und den Anästhesisten statt. In Verfahrensanweisungen und Standards wird der reibungslose Ablauf der Vorbereitungsphase, der Operation, der Überwachung, sowie Nachsorge und Schmerztherapie beschrieben und so die Sicherheit der Patienten gewährleistet.

### **1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung**

Die Planung der Behandlung beginnt bereits in der Aufnahme mit der Erhebung des körperlichen, psychischen und sozialen Status des Patienten und wird auf der Station fortgeführt. Anhand ärztlicher Leitlinien und Pflegestandards wird der Behandlungsprozess berufsgruppenübergreifend gestaltet. Die Planung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen wird unter Einbeziehung des Patienten stets mit den Ober- und Chefärzten abgestimmt, überprüft und angepasst. Durch Qualitätskontrollen, beispielsweise die Zertifizierungen des Endoprothetikzentrums, oder der Viszeralchirurgie, werden alle Pfade aktuell gehalten.

### **1.4.2 Therapeutische Prozesse**

Der Vorschlag der Stationsärzte für die nächsten Therapieschritte wird täglich durch den Facharzt bestätigt oder korrigiert. Durch weitere Zusatzqualifikation von Ärzten und Pflegekräften werden die genutzten Leitlinien, Standards und Behandlungspfade gemäß dem aktuellen Forschungsstand in den therapeutischen Prozess implementiert. Die Planung der Untersuchungstermine erfolgt EDV-gestützt, Wartezeiten in den Funktionsabteilungen werden dadurch minimiert. Den Maßnahmen zur Therapie und zur Vorbeugung von Komplikationen liegen Standards zugrunde. Die Dokumentation in der Patientenakte macht die Entscheidungen und Ergebnisse für alle Beteiligten transparent.

Durch die Erweiterung des Leistungsspektrums (Akutgeriatrie, EPZ, Multimodale Schmerztherapie, Radiologie) sowie durch die Zusatzqualifikationen von Ärzten und Pflegekräften (Wundmanagement, Demenz, Palliativmedizin, Schmerztherapie, Entlassungsmanagement, PKMS-E etc.) sind auch die dazugehörigen Leitlinien, Pfade und Standards auf dem aktuellen Forschungsstand. In all diesen Bereichen werden nach einer kurzen Testphase auch häufig neue Dokumentationsmedien (zum Teil EDV-gestützt) eingesetzt. Gleiches gilt für die kontinuierlichen Rezertifizierungen im Bereich Allgemeinchirurgie (Minimalinvasive Chirurgie, Koloproktologie, Hernienchirurgie) und die daraus hervorgehenden Aktualisierungen der Standards.

### **1.4.3 Operative Prozesse**

Nach der Indikationsstellung, der OP-Vorbereitung und Aufklärung erfolgt die geplante Operation nach Maßgabe des OP-Plans. Die Belegung der Operationssäle durch die einzelnen Disziplinen ist in einem OP-Statut niedergelegt, der OP-Manager steuert die Einhaltung der Zeiten nach Dringlichkeit und Tagesplanung. Im Notfall ist die OP-Bereitschaft rund um die Uhr gesichert.

Für Operationen sind Standards erarbeitet, die sowohl die Vorbereitung, die Übergaben, die Lagerung und die Sicherheitschecks beschreiben. Vor allem das Thema Patientensicherheit hat in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen, es wird mehrfach überprüft ob es der richtige Patient und die richtige OP-Seite ist und ob alle Vorgaben zur Vermeidung von Komplikationen eingehalten wurden. Nach der OP erfolgt die protokollierte Übergabe über den Aufwachraum an die Station zur post-OP-Versorgung und Schmerztherapie.

### **1.4.4 Visite**

Die tägliche Visite ist eine wichtige Drehscheibe für die Analyse von Ergebnissen und die weitere Planung der Diagnostik, Therapie und Entlassung. Die Visite ist auch der, für den Patienten planbare Zeitpunkt, an dem er nachfragen und mitentscheiden kann. Bei fremdsprachigen Patienten wird nach Möglichkeit übersetzt. In der Regel visitieren die Stationsärzte mit der Bereichspflegekraft, nach Bedarf auch mit dem Entlassungsmanagement /Sozialdienst, so dass die Maßnahmen und Entscheidungen sofort umgesetzt werden können. Die Chef- und Oberarztvisiten erfolgen an festgelegten Tagen und zu definierten Zeiten, die allen Beteiligten bekannt sind.

### **1.5.1 Entlassungsprozess**

Der nahtlose Übergang vom stationären Aufenthalt in andere Bereiche wird bereits bei der Aufnahme geplant und im Rahmen der Visite sukzessive fortgeschrieben. So dient die letzte Visite in der Regel auch dem Entlassgespräch zwischen Arzt und Patient. Durch eine strukturierte Entlassungsplanung sind die Angehörigen oder Nachsorgeeinrichtungen rechtzeitig informiert, der Bedarf an Hilfsmitteln etc. erhoben und umgesetzt. Der Patient und/oder der Hausarzt verfügen durch den zeitnah verfassten Arztbrief über wichtigen Informationen zum Verlauf der stationären Behandlung. Patienten mit einem erhöhten Risiko poststationärer Versorgungsprobleme werden kompetent beraten. Der Sozialdienst organisiert schon während des Aufenthaltes notwendigen Anschlussheilbehandlungen, Pflegeeinrichtungen, Hilfsmittel etc. und dokumentiert in Vorinformationsbögen die Besonderheiten und medikamentösen Therapien. Die Übergänge in andere Bereiche sind durch Kooperationen mit Pflegeeinrichtungen gut organisiert, ein Entlassplan gibt Sicherheit, dass alle erforderlichen Informationen, auch hinsichtlich des Rahmenvertrags Entlassungsmanagement, gegeben wurden.

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

Im Sterbeprozess berücksichtigen wir selbstverständlich wichtige Grundwerte wie beispielsweise die Selbstbestimmung, den Respekt vor der religiösen Grundhaltungen und ihrer dazugehörigen Rituale. So wird die Entscheidung über weitere therapeutische Maßnahmen am Willen des Patienten ausgerichtet, eine Patientenverfügung ist dabei hilfreich. Das Ethikforum stellt den Pflegekräften Leitlinien zur Verfügung, die Klinikseelsorger und die Hospizbegleiter bieten ihre Unterstützung an. Speziell ausgebildete Palliativfachkräfte bieten im Rahmen der palliativen Versorgung eine professionelle Begleitung für Patienten und Angehörigen an. In einem "Raum der Stille" können die Angehörigen Abschied nehmen.

### **1.6.2 Umgang mit Verstorbenen**

Der respektvolle Umgang gilt auch für die verstorbenen Patienten. Ein Standard regelt die Vorgehensweise im Umgang mit Verstorbenen Patienten und beschreibt die Rituale der verschiedenen Religionen. Der Beistand des Seelsorgers ist jederzeit möglich. Flyer und Informationsblätter geben den Angehörigen Hinweise über die weiteren Schritte und im Falle von Totgeburten werden die Eltern in dieser schweren Situation umfassend unterstützt und informiert (z. B. Selbsthilfegruppen, Schmetterlingsgrab).

## 2 Mitarbeiterorientierung

### **2.1.1 Personalbedarf**

Die Planung des Personalbedarfs richtet sich sowohl nach den Leistungskennzahlen als auch nach den arbeitsrechtlichen Vorgaben der Fachbereiche. Eine Kombination aus Pflege-Personal-Regelung, "Arbeitsplatzmethode" und den Empfehlungen der Berufsverbände fließt in die Berechnung des Personalbudgets ein. Der Ärztliche Dienst wird nach einem Leistungsschlüssel besetzt. Als Steuerungsinstrument dienen die jährlichen Hochrechnungen und monatlichen Statistiken der Personalabteilung. Die Verteilung des Budgets wird auf Leitungsebene beschlossen, Pflegekräfte erweitern ihre Fachkompetenzen durch Zusatzqualifikationen. Um nachhaltig die Personalgewinnung zu modernisieren wurde ein Bewerbermodul auf der Homepage integriert.

### **2.1.2 Personalentwicklung**

Die Personalentwicklung richtet sich nach den Erfordernissen der angebotenen Behandlungen und Therapien. Sie beinhaltet die Aspekte der Gewinnung von qualifiziertem Personal ebenso, wie die systematische Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter entsprechend ihrer Wünsche und Potenziale. Für die Abstimmung der gegenseitigen Erwartungen wird das Instrument der Mitarbeitergespräche genutzt. Jede Disziplin hat ein eigenes Budget um die Kosten für Fort- und Weiterbildung zu übernehmen. Die Qualifikationswege der Ärzte sind in einem Ausbildungskatalog der Fachgesellschaften vorgezeichnet.

### **2.1.3 Einarbeitung**

Die überwiegende Anzahl der Mitarbeiter wird anhand von Einarbeitungskonzepten durch die ersten Wochen geführt. Im Pflegebereich helfen Praxisanleiter, die Ärzte stellen eine Bezugsperson zur Seite. Die Checklisten zur Einarbeitung beinhalten auch den Hinweis auf die im Intranet hinterlegten Anweisungen, Leitlinien und Standards. Ein zeitnahes Feedback zeigt dem direkten Vorgesetzten weiteren Informationsbedarf an und weist gleichzeitig, durch den "fremden Blick" auf Verbesserungspotenzial hin. Jüngst wurde ein Einarbeitungskonzept für Praktikanten und Mitarbeiter, welche weder den Ärzten noch der Pflege zugeordnet werden können, ausgearbeitet.

### **2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung**

Am Standort Bobingen werden in der Berufsfachschule jährlich 20 - 25 Pflegekräfte ausgebildet, die Praxisblöcke absolvieren die Schüler an beiden Standorten. Auf jeder Station sorgen Praxisanleiter zusätzlich zum Lehrpersonal für eine Verknüpfung von Theorie und Praxis. In monatlichen Teambesprechungen sowie schriftlichen und mündlichen Prüfungen wird der Lernerfolg überwacht und begleitet. Eingebunden in die Verbund-Weiterbildung zum Allgemeinmediziner, können die Wertachkliniken auch Medizinern attraktive Angebote machen.

Für die innerbetriebliche Fortbildung wird ein Jahresplan erstellt und ins Intranet eingepflegt. Er beinhaltet Pflicht- und Allgemeine Fortbildungen, welche sich auf der Grundlage der Vorschläge des Fortbildungsgremiums herausbilden. Das Budget orientiert sich an den Aufgaben der Mitarbeiter beider Kliniken. Neben der Fachliteratur aller Disziplinen stehen den Mitarbeitern auch freigegebene Zugänge zu Internetportalen zur Verfügung. Die Weiterbildung der Ärzte folgt einem Curriculum der jeweiligen Fachgesellschaft, es wird flankiert durch wöchentliche Ärztefortbildungen an beiden Standorten. Seit 2017 werden E-Learning Programme getestet, um bei Themen wie beispielsweise Arbeitssicherheit oder Datenschutz einer zeitressourcenorientierten Nutzung zu ermöglichen.

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

Die Arbeitszeiten richten sich nach den Vorgaben der Tarifpartner und nach einem Schichtarbeitszeitmodell für Ärzte. Bei der Dienstplangestaltung werden die Mitarbeiterwünsche berücksichtigt und gleichzeitig die Patientenversorgung durch eine ausreichende personelle Besetzung sichergestellt. Im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben existiert eine Vielzahl von Arbeitszeitmodellen mit flexiblen Teilzeitmöglichkeiten. Im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements und der betrieblichen Gesundheitsförderung wird aktuell mit dem Arbeitsschutz ein Konzept erarbeitet. Umgesetzt sind bereits bebilderte Anleitungen für gezielte Übungen ("einfach fit, mach mit") in den Newslettern und im Intranet.

### **2.1.6 Ideenmanagement**

Ein innerbetriebliches Vorschlagswesen ermöglicht das Einbringen von innovativen Ideen. Diese betreffen die Patientensicherheit, Patientenzufriedenheit und die Mitarbeiterzufriedenheit und unterstützen das Unternehmen sich weiter zu entwickeln. Ein Gremium entscheidet nach transparenten Regeln über Zu- oder Ablehnung des Vorschlags und ggf. über eine entsprechende Prämie.

## 3 Sicherheit - Risikomanagement

### **3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements**

Für das klinische Risikomanagement werden Kennzahlen und Ursachen wie beispielsweise für Wunden, Dekubiti, Stürze, MRSA-Fälle usw. erhoben, ausgewertet und adäquate Maßnahmen abgeleitet und umgesetzt. Eine OP-Checkliste nach Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation und Patientenidentifikationsarmbänder sind weitere Methoden zur Minimierung des klinischen Risikos. In beiden Wertachkliniken ist zudem ein Fehlermeldesystems (CIRS) eingerichtet.

### **3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung**

Die Abwägung zwischen der Notwendigkeit sichernder Maßnahmen und dem Recht auf Selbstbestimmung findet stets im Rahmen der gesetzlichen Regelungen statt. Bereits bei der Aufnahme des Patienten werden die Gefährdungssituation eingeschätzt und entsprechende Maßnahmen ergriffen. Für die Mitarbeiter sind Verfahrensanweisungen und Ethikleitlinien erarbeitet, welche sich an den Empfehlungen des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit orientieren. Besonders für die größer werdende Gruppe hochbetagter und desorientierter Patienten sind Standards hinterlegt und Fortbildungen im Angebot.

### **3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement**

Die verbindlichen Regelungen zum medizinischen Notfallmanagement werden kontinuierlich angepasst und in Pflichtfortbildungen eingeübt. Mitarbeiter aus Ärzteschaft und Pflegedienst üben so regelmäßig unter Anleitung eines Trainers des Roten Kreuzes, was vom Auffinden des Patienten, über den Rea-Ruf und den Basismaßnahmen zu tun ist, um bis zum Eintreffen des geschulten Notfallteams die notwendigen Maßnahmen zu treffen. In den Abteilungen befinden sich regelmäßig überprüfte und verplombte Notfallkoffer in gut zugänglichen Räumen. Zum Notfallteam gehören besonders ausgebildete Ärzte und Pflegekräfte.

### **3.1.4 Organisation der Hygiene**

Die Hygiene wird anhand eines Hygienestrukturplans organisiert und für beide Kliniken gibt es hygienebeauftragte Ärzte und häuserübergreifende Hygienefachkräfte. Auf jeder Station gibt es zudem hygienebeauftragte Mitarbeiter, welche eine Zusatzqualifikation erworben haben. Durch regelmäßige interne Überprüfungen werden die Hygienestandards kontrolliert und umgesetzt. Informationen zu Empfehlungen werden unter anderem vom Robert-Koch Institut, über Fachliteratur und dem Hygienekreis Schwaben bezogen. Das Gesundheitsamt überprüft regelmäßig angemeldet und unangemeldet beide Kliniken. Zudem werden die Wertachkliniken durch einen externen Hygieniker betreut. Ausgehängte Hygienepläne und Schulungen sollen die Umsetzung im Alltag gewährleisten. Durch Projekttag wie "Keine Macht den Keimen- mach mit" werden Mitarbeiter und Besucher für Themen der Hygiene sensibilisiert.

### **3.1.5 Hygienerrelevante Daten, Infektionsmanagement**

Zur Verbesserung des Infektionsmanagement wird ein Screening bei der Patientenaufnahme durchgeführt und die Informationsweitergabe wurde über das krankenhausinterne IT System optimiert. Aufgrund der Auswertung der Infektionsstatistiken analysieren die Hygienefachkräfte die infektionsrelevanten Situationen und erarbeiten entsprechende Maßnahmen für die Patientensicherheit.

### **3.1.6 Arzneimittel**

Die Wertachkliniken sind durch einen Kooperationsvertrag an die Apotheke des Zentralklinikum Augsburg angeschlossen. Begehungen der Apothekerin finden regelmäßig statt. Aus den Arzneimittelkommissionssitzungen sind Maßnahmen abgeleitet und eine Leitlinie Antibiotika erstellt worden. In Verfahrensanweisungen, die sich an den Vorschlägen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit orientieren, ist der Umgang mit Arzneimitteln geregelt.

### **3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin**

Die Wertachkliniken stehen mit der Blutbank in München in Kooperation. Die Labore beider Kliniken halten jeweils ein Blutdepot an die Leistungsspektren angepasst vor. Der Umgang mit Blutkonserven und Bluttransfusionen ist durch Dienstanweisungen und Standards nach den gesetzlichen Vorgaben geregelt. Transfusionskommissionssitzungen und Schulungen zum Umgang mit Transfusionen und Blutprodukten finden regelmäßig statt.

### **3.1.8 Medizinprodukte**

Die Wertachkliniken werden durch die Fa. Dräger in Bezug auf Medizinprodukte (z.B. Geräte) betreut. Um eine sichere Anwendung der Medizinprodukte zu gewährleisten, sind in beiden Kliniken auf jeder Station und Funktionsabteilung Medizinproduktebeauftragte benannt. Durch regelmäßige Schulungen der Mitarbeiter im Umgang mit Medizinprodukten werden die Vorgaben des Medizinproduktegesetzes umgesetzt.

### **3.2.1 Arbeitsschutz**

Der Arbeitsschutz wird in den Kliniken gemäß den gesetzlichen Vorgaben umgesetzt. Unterstützt von einer externen Firma werden Handbuch, Betriebs- und Verfahrensanweisungen erstellt und deren Umsetzung im regelmäßig tagenden Arbeitssicherheitsausschuss koordiniert und überwacht. Die Sicherheitsfachkraft, der Betriebsarzt sowie Strahlenschutzbeauftragte und Hygienefachkräfte nehmen an den Sitzungen teil, unterstützen und beraten die Leitungen bei Entscheidungen und bei der Umsetzung gesetzlicher Vorgaben. Die Begehungen der Arbeitsplätze sind dokumentiert, die Ergebnisse fließen in die regelmäßigen Schulungen der Mitarbeiter ein.

### **3.2.2 Brandschutz**

Die Brandschutzbeauftragten der beiden Kliniken haben aktuell eine neue Brandschutzordnung für die jeweilige Klinik erstellt und schulen die Brandschutzhelfer. Evakuierungsübungen und Brandschutzübungen sowie regelmäßige Schulungen durch einen externen Brandschutzmeister geben den Mitarbeitern Übung und Sicherheit. Praktische Übungen sind Bestandteil der Schulungen. Durch automatische Brandmeldeanlagen, Brandschutztüren, Rauch- und Feuermelder sind alle Vorkehrungen getroffen, schnell und sicher agieren zu können.

### **3.2.3 Datenschutz**

Die Vorgaben zum Datenschutz gründen auf dem Bayerischen Datenschutzgesetz und sind in einem häuserübergreifenden Konzept niedergeschrieben. In jährlichen innerbetrieblichen Fortbildungen informiert die Datenschutzbeauftragte über den Umgang mit sensiblen Patientendaten und berät die Mitarbeiter in unklaren Situationen. Eine Anpassung an die Erfordernisse der EDV-gestützten Datenverarbeitung findet in Abstimmung mit der IT-Abteilung und den dort vergebenen internen und externen Zugriffsrechten und Verschlüsselungstechniken statt.

### **3.2.4 Umweltschutz**

Der technische Leiter der Wertachkliniken wurde zum Umweltmanager ausgebildet und die Kliniken haben durch die Teilnahme an dem Projekt KLIK (Klimamanager für Kliniken) weiter Umweltziele erreichen können. Die Kliniken sind Teil des Klimakonzeptes der Städte Bobingen und Schwabmünchen. Erreicht werden damit die Verminderung von klimaschädigenden Emissionen, die Reduzierung des Energie- und Wasserverbrauches, die Sensibilisierung für Müllvermeidung bereits beim Einkauf. Dafür wurden Verfahrensanweisungen zur Beschaffung und zur Abfalltrennung erarbeitet, so wie ein Mitarbeiter der Haustechnik zum Abfallbeauftragten ausgebildet. Besonders im Bereich des Energieverbrauchs konnten durch Kälte- und Kraft-Wärme-Kopplungsanlagen sowie einem Wärmeverbundsystem positive Ergebnisse erzielt werden.

### **3.2.5 Katastrophenschutz**

Die Wertachkliniken sind im Katastrophenfall über das Landratsamt Augsburg nach Landesrecht eingebunden. Die Aufgabenverteilung durch die Krankenhauseinsatzleitung ist in den Plänen für interne und externe Katastrophen beschrieben.

### **3.2.6 Ausfall von Systemen**

Bei Ausfällen von Strom, Gas oder Wasser sind Ausfallkonzepte erarbeitet. Die technischen Anlagen verfügen über integrierte Meldeanlagen. Alle relevanten Systeme werden durch Probeläufe getestet. Die EDV-Abteilung verfügt über eigene Ausfallkonzepte.

## 4 Informations- und Kommunikationswesen

### **4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme**

Das Krankenhausinformationssystem KIS ermöglicht den Mitarbeitern an beiden Standorten den Zugang zu Informationen, die sie zur Erledigung ihrer Aufgaben benötigen. So können beispielsweise Untersuchungsbefunde während des Behandlungsprozesses zeitnah gesehen und sicher bewertet werden. Ein EDV-Ausfallkonzept stellt die Nutzung sicher.

### **4.2.1 Klinische Dokumentation**

Während des Behandlungsprozesses begleitet die Patientenakte den Patienten, die beteiligten Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte haben so jederzeit Zugriff auf die Daten. Dies gilt auch für die Daten in digitalisierter Form, welche über die PC-Arbeitsplätze, je nach Berechtigung, eingesehen und bearbeitet werden können. Nach der Entlassung des Patienten werden die Daten entsprechend der Aufbewahrungs- und Speicherfristen archiviert oder gespeichert.

### **4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung**

Die verpflichtenden Regelungen zur Erstellung, Führung und Archivierung von Patientenakten sind in Dienst- und Verfahrensanweisungen sowie Archivordnungen niedergelegt. Definiert sind auch die Zugriffsrechte auf Patientendaten sowohl in Papierform als auch zunehmend in digitalisierter Form. Durch die Dokumentation des Behandlungsverlaufs können Berechtigte die Behandlungsergebnisse, Verordnungen und Maßnahmen nachvollziehen.

### **4.3.1 Information der Unternehmensleitung**

Für Vorstand und Leitungen ist, um über gesundheitspolitische und technische Veränderungen informiert zu sein, die Einbindung in externe Gremien und Verbände obligatorisch. Intern existiert ein umfassendes betriebswirtschaftliches Berichtswesen über Statistiken und Kennzahlen, welche in regelmäßigen Leitungskonferenzen und Besprechungen thematisiert werden und in die weitere Planung einfließen. Die Protokolle sind zum Teil ins Intranet eingepflegt, die Informationsweitergabe erfolgt über E-Mail. Durch die überschaubare Größe der Kliniken arbeiten Mitarbeiter und Führungskräfte oft Tür an Tür und kommunizieren auf direktem Weg.

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

Die Pforte dient als zentrale Anlaufstelle und verfügt über alle notwendigen Informationen um den Besuchern zweifelsfrei den Weg zu weisen. Die Mitarbeiter an der Pforte sind zu den Themen: Telefonanlage, Arbeits-, Brand- und Katastrophenschutz, Pandemie etc. geschult. Darüber hinaus sind sie zentraler Ansprechpartner für die Kriseneinsatzteams.

Wichtige Informationen aus Konferenzen und Arbeitsgruppen werden in Auszügen über Rundschreiben, Newsletter, Intranet und E-Mails kommuniziert. Die Informationsstruktur folgt dem Organigramm. Einen großen Anteil an der Informationsweitergabe innerhalb der Kliniken haben die täglichen oder monatlichen Team- und Abteilungsbesprechungen. Zweimal jährlich haben alle Mitarbeiter die Möglichkeit an der Personalversammlung teilzunehmen.

## 5 Unternehmensführung

### **5.1.1 Philosophie/Leitbild**

Beide Kliniken begannen vor etwa 15 Jahren ihre Leitbilder in berufsgruppenübergreifenden Arbeitsgruppen zu entwerfen. Im Rahmen der Fusion wurden diese zu einem gemeinsamen, immer wieder aktualisierten, Leitbild zusammengeführt. Das gemeinsame Wertedach unterstützt die Umsetzung der Unternehmensphilosophie im täglichen Umgang mit Patienten, Mitarbeitern und allen anderen Interessenspartnern.

### **5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen**

Ein Aspekt der Leitlinien bezieht sich auf die Führung und Entwicklung der Mitarbeiter, welche sich in den zentralen Begriffen Respekt und Verantwortung spiegelt. Ein Führungsgrundsatz lautet: „Führen ist Kommunikation“ und er zielt damit sowohl auf die Bedeutung der Weitergabe von Unternehmenszielen an die Mitarbeiter als auch der Weitergabe von Vorstellungen der Mitarbeiter an die Leitungen. Dazu werden alle verfügbaren Medien und Informationsveranstaltungen eingesetzt und im Rahmen von gemeinsamen Betriebsfesten oder dem Mitarbeiterfrühstück auch auf informeller Ebene gefestigt. Der Relevanz der Themen: "Compliance, Loyalität und Wertschätzung" trägt der 2016 in beiden Qualitätszirkeln erarbeitete Verhaltenskodex Rechnung.

### **5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung**

Die Ethikgruppe der beiden Kliniken beschäftigt sich mit ethischen Problemstellungen und veröffentlicht die Protokolle ihrer Sitzungen und die dort entwickelten Leitlinien im Intranet. Dabei werden aus dem Leitbild Themen wie „Menschenwürde“ oder „Selbstbestimmung“ aufgenommen und in Handlungsempfehlungen für den Umgang mit besonders belastenden Situationen übersetzt. Durch die Einbeziehung externer Kooperationspartner und Seelsorger fließen deren Erkenntnisse z. B. mit in die Handlungsleitlinien zum Thema Tod und Sterben ein. Die unterschiedlichen Rituale der Glaubensgemeinschaften werden thematisiert und berücksichtigt.

### **5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement**

Um die Wertachkliniken als Marke zu bestätigen und weiter auszubauen werden die Möglichkeiten der Öffentlichkeitsarbeit genutzt. Die Maßnahmen werden in den Leitungskonferenzen abgestimmt und auf Geschäftsführungsebene umgesetzt bzw. delegiert. Neben der Pressearbeit, die stärker auf das Image zielt, spielt die Kommunikation mit den niedergelassenen Ärzten eine zentrale Rolle wenn es darum geht, die Erwartungen der Kollegen und ihrer Patienten zu erfüllen. Der Internetauftritt, die Flyer und die Broschüren werden durch professionelle externe Partner gestaltet. Neben der externen Grafikerin gewährleistet eine Mitarbeiterin für Marketing eine reibungslose Schnittstellenkommunikation. Für die Krisenkommunikation wurde mit externer Unterstützung ein Konzept erarbeitet und den Leitungen vorgestellt.

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

Als Basis einer nachhaltigen Zielplanung gilt die vom Vorstand erarbeitete "SWOT- Analyse". Mit Hilfe der Analyse werden die Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken der Wertachkliniken sowie zukünftige Versorgungsbedarfe ermittelt. Die daraus folgenden Oberziele wie z. B. Zentrenbildung, Stärkung und gezielter Ausbau des Leistungsspektrums durch Kooperationen, dienen zur Orientierung für die einzelnen Abteilungen. Diese formulieren einmal jährlich im Team qualitative und quantitative Ziele.

Auch die Leitungskonferenzen beider Standorte werden regelmäßig genutzt, um die zukünftige Unternehmensstrategie zu planen. Aus der Strategie ergibt sich die Zielplanung, und wie diese Ziele erreicht werden können. Die Zielerreichung wird regelmäßig überprüft.

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

Zur frühzeitigen Erkennung von finanziellen Risiken wird ein umfangreiches Risikomanagement durchgeführt. Die wirtschaftliche Risikoeinschätzung wird über ein Kennzahlensystem zu den Themen Kapazität und Liquidität, die Zukunftsorientierung über die Themen Image und Öffentlichkeitsarbeit abgebildet. Ein umfangreiches Berichtswesen bietet der Klinikleitung die Möglichkeit frühzeitig Risiken zu erkennen und bei Bedarf Gegenmaßnahmen einzuleiten.

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

Den Erwartungen der Patienten, dass sie über die Fächergrenzen hinweg behandelt werden, wird dadurch Rechnung getragen, dass interdisziplinäre Fallbesprechungen, Tumorkonferenzen, Endoprothetikzentrum, Konsile (Beratung durch hinzugezogene Kollegen) etc. zum täglichen Ablauf gehören. Durch die Zusammenarbeit mit dem ambulanten Bereich und den Nachsorgeeinrichtungen wie zum Beispiel mit Hospizen, der Seelsorge, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen wird eine ganzheitliche Patientenversorgung sichergestellt.

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

In den zentralen Führungsgremien beider Kliniken laufen Informationen aus anderen Abteilungssitzungen zusammen, sie sind aus den Leitungen aller Berufsgruppen zusammengesetzt. Hier werden Maßnahmen besprochen, Beschlüsse gefasst und deren Umsetzung anhand von Protokollen überprüft. Durch die Weitergabe der Ergebnisse in den Teambesprechungen auf Abteilungsebene wird eine zeitnahe Informationsweitergabe gewährleistet und ein Feedback der Mitarbeiter ermöglicht. Um eine transparente Übersicht der Gremienarbeit zu ermöglichen, ist ein Übersichtsplan erstellt worden.

### **5.3.2 Innovation und Wissensmanagement**

In unseren modernen Kliniken ist das Thema Entwicklung ein selbstverständlicher Bestandteil der Planung und Strategie. Dazu werden interne (Intranet) und externe (Internet, Fachtagungen, Fachliteratur) Informationskanäle genutzt und Vorschläge von den Verantwortlichen in die Konferenzen eingebracht. Die Mitarbeiter werden formell über das „innerbetriebliche Vorschlagswesen“ eingebunden. Im Rahmen unserer Qualitätszirkeln, der innerbetrieblichen Fortbildungen und durch die Rückmeldungen der Patienten und sonstigen Interessenspartnern erweitern unsere Mitarbeiter Ihre Kenntnisse.

## 6 Qualitätsmanagement

### **6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements**

Die systematische Planung und Umsetzung des Qualitätsmanagements begann bereits 1998 im Rahmen eines Projektes von fünf Verbundkliniken. Aus dem dort installierten Lenkungsausschuss gingen dann Beschlüsse für strukturbildende Maßnahmen und schließlich die Zertifizierungen für beide Kliniken hervor.

Seitdem organisieren zwei Qualitätsmanagerinnen Projekte und Arbeitsgruppen, die Steuerung erfolgt über die Leitungsgremien. Qualitätsziele und Jahresplanung werden in den monatlichen Besprechungen zwischen dem Qualitätsmanagement und der Unternehmensleitung erarbeitet.

Zur Verbesserung der Qualität in den Wertachkliniken nutzt das Qualitätsmanagement nicht nur Auswertungen von internen Daten sondern greift auch auf externe Daten zurück. Darüber hinaus finden zahlreiche Zertifizierungen statt. So wurde beispielsweise das Endoprothetikzentrum, das Traumanetzwerk und die Kompetenzzentren minimalinvasive Chirurgie, Hernienchirurgie und Koloproktologie zertifiziert.

### **6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung**

Ausgehend von der Qualitätsphilosophie der kontinuierlichen Verbesserung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen liegt der Fokus der Qualitätsmanagement-Arbeit in der Prozessoptimierung. Dabei liegt der Schwerpunkt in der Definition und Beschreibung der Abläufe von der Aufnahme der Patienten bis zu ihrer Entlassung. In Form von Dienst- und Verfahrensanweisungen, Standards und Leitlinien ist die Prozessgestaltung für alle Beteiligten transparent. Neben dem KTQ-Modell zur Zertifizierung werden Aspekte aus anderen Modellen berücksichtigt. Zur Verbesserung aller angebotenen Leistungen werden z.B. das Kompetenzzentrum für chirurgische Koloproktologie bzw. das Endoprothetikzentrum kontinuierlich zertifiziert.

Eine einheitliche Steuerung der Prozesse wird zunehmend häuserübergreifend gestaltet. So werden zum Beispiel Behandlungspfade, Expertenstandards, Fehlermanagement und Einarbeitungskonzepte in der Pflege als standortübergreifende Projekte erfolgreich umgesetzt. Sie unterliegen einer kontinuierlichen Kontrolle.

### **6.2.1 Patientenbefragung**

Die Rückmeldungen der Patienten werden mittels eines Fragebogens erhoben. . Darüber hinaus gibt es ergänzende Befragungen, deren Ergebnisse dann ebenfalls in die Gestaltung der Prozesse und in die Aktualisierung der internen Fragebögen einfließen.

### **6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen**

Neben dem formellen und informellen Informationsaustausch mit allen Interessenspartnern ist die Kommunikation mit den einweisenden Ärzten von besonderer Bedeutung. Ihre Zufriedenheit mit den Leistungen wird deshalb erfragt, die Ergebnisse in den Leitungsgremien besprochen und entsprechende Maßnahmen eingeleitet. Darüber hinaus suchen die Chef- und Oberärzte in Abständen ihre Kollegen in den Praxen auf und holen sich Rückmeldungen aus erster Hand.

### **6.2.3 Mitarbeiterbefragung**

Als wichtiges Steuerungsinstrument wird die Erhebung der Zufriedenheit der Mitarbeiter betrachtet. In Abständen werden externe Institutionen oder Studenten mit der Befragung der Mitarbeiter beauftragt. Die Ergebnisse fließen auch hier in die Besprechungen der Leitungsgremien ein und führen zu Verbesserungsvorschlägen. Transparent gemacht werden die Auswertungen für die Mitarbeiter im Rahmen von Informationsveranstaltungen und über das Intranet.

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

Neben der fortlaufenden Befragung der Patienten ist in den Kliniken ein Beschwerdemanagement eingerichtet. Über definierte Wege werden die Beschwerden bearbeitet, Maßnahmen beschlossen und dem Beschwerdeführer geantwortet. Durch die Einbeziehung der Mitarbeiter und ihre Stellungnahmen können die Beschwerden aus mehreren Perspektiven analysiert und so Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden. Es ist ebenfalls möglich über die Homepage unter der Rubrik „Lob und Tadel“ Rückmeldungen direkt an die Unternehmensführung und das Qualitätsmanagement zu richten. Der Patient und seine Wünsche und Bedürfnisse stehen im Mittelpunkt, daher ist eine zeitnahe persönliche Kontaktaufnahme zur schnellen Lösung einer Beschwerde unser Ziel.

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

Neben den gesetzlich vorgegebenen externen Qualitätssicherungsmaßnahmen erheben die Kliniken intern qualitätsrelevante Daten. So existieren z. B. betriebswirtschaftliche Kennzahlen, Hygienedaten, Daten zur Patientensicherheit, Statistiken zum Arbeitsschutz und zur Verabreichung von Blutprodukten. Über das klinikinterne Berichtswesen dienen sie ebenfalls als Steuerungsinstrument für die Geschäftsführungsebene und als wichtige Information für die jeweiligen Bereiche. Die Informationsweitergabe der Ergebnisse an die Verwaltungsleitung ist durch regelmäßiges Reporting in der Leitungskonferenz sichergestellt. Dies gilt in gleicher Weise für die Weitergabe des Schriftwechsels zwischen der BAQ und den beauftragten Ärzten für Qualitätssicherung, einschließlich der Belegärzte. So ist gewährleistet, dass bei der Optimierung von Abläufen, die beteiligten Berufsgruppen systematisch einbezogen sind.

Die EDV-gestützte Datenerhebung im Rahmen der gesetzlichen, externen Qualitätssicherung obliegt den beauftragten Oberärzten oder dem Pflegedienst. Die Komplikationsraten sind im bayernweiten Vergleich niedrig. Auffälligkeiten werden unterjährig besprochen, entsprechende Maßnahmen beschlossen.