



KRANKENHAUS
ST. JOSEF
SCHWEINFURT



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2015 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Krankenhaus St. Josef	Theresienklinik Würzburg
Institutionskennzeichen:	260960057	260960126
Anschrift:	Ludwigstraße 1 97421 Schweinfurt	Domerschulstraße 1-3 97070 Würzburg

**Ist zertifiziert nach KTQ[®]
mit der Zertifikatnummer:** 2015-0101 KHVB
**durch die von der KTQ-GmbH
zugelassene Zertifizierungsstelle:** KTQ-GmbH, Berlin

Gültig vom: 19.11.2015
bis: 18.11.2018

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kriterien	6
1 Patientenorientierung	7
2 Mitarbeiterorientierung	12
3 Sicherheit-Risikomanagement	14
4 Informations- und Kommunikationswesen	18
5 Unternehmensführung	20
6 Qualitätsmanagement	22

Vorwort der KTQ®

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

Gesellschafter der KTQ® sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

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

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die 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.

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

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

Dieser KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 55 Kriterien des KTQ-Kataloges 2015. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet einen strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass das **Krankenhaus St. Josef in Schweinfurt und die Theresienklinik Würzburg** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

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

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung

Die Kongregation der Schwestern des Erlösers ist seit über 80 Jahren Träger des Krankenhauses St. Josef in Schweinfurt. Entsprechend dem christlichen Selbstverständnis legen wir in unserem Hause großen Wert auf die menschliche Zuwendung und eine freundliche Atmosphäre. Der Dienst am Menschen steht für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Vordergrund.

Das Krankenhaus St. Josef ist das einzige konfessionelle Krankenhaus der Region und liegt im Zentrum der Stadt Schweinfurt. Wir präsentieren uns nach innen und außen als modernes christliches Haus der Grund- und Regelversorgung. In den Fachabteilungen Innere Medizin, Palliativabteilung, Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie, Akutgeriatrie, den Belegabteilungen Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, sowie Gynäkologie und Geburtshilfe behandeln wir jährlich mit ca. 600 Mitarbeitern etwa 12.000 stationäre und 20.000 ambulante Patienten.

Ergänzt wird das medizinische Leistungsspektrum durch die enge Kooperation mit dem Gesundheitsnetz St. Josef „Medizin findet Innenstadt“, in dem sich zehn große Fachpraxen zusammengeschlossen haben, sowie weiteren Fachpraxen im Stadtzentrum und dem angegliederten Ärztehaus St. Josef.

Die Leitlinien unserer Medizin und Pflege sind eine christliche Grundhaltung, eine ganzheitliche Orientierung, die gute Qualifikation aller Mitarbeiter und die Beachtung und Umsetzung neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse.

Wir haben bereits im Jahr 1999 damit begonnen, ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem zu implementieren. Die erste Zertifizierung erfolgte im Jahr 2002 nach DIN EN ISO 9001:2000. Das Qualitätsmanagement wurde kontinuierlich weiterentwickelt.

2006 erfolgte die Zertifizierung nach KTQ, da dieses Verfahren stärker auf die Belange eines Krankenhauses ausgerichtet ist. Re-Zertifizierungen wurden 2009 und 2012 erfolgreich abgeschlossen.

Der folgende Qualitätsbericht bietet einen Einblick in das Qualitätsmanagement sowie einen Überblick über die Strukturen und Arbeitsabläufe unseres Hauses.

Wir freuen uns, dass wir im Oktober 2015 die Re-Zertifizierung als Verbundzertifizierung zusammen mit der Theresienklinik Würzburg und zugleich als Pilotprojekt auf Basis des KTQ Manual Version 2015 erfolgreich bestanden haben.

Schweinfurt, im November 2015

Krankenhaus St. Josef
Ludwigstr. 1
97421 Schweinfurt
Telefon: 09721 57-0
e.mail: info@josef.de
Internet: www.josef.de

Die KTQ-Kriterien

1 Patientenorientierung

1.1 Rahmenbedingungen der Patientenversorgung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Bereits vor dem Krankenhausaufenthalt können sich unsere Patienten durch Broschüren, Internet und Besichtigungsmöglichkeiten informieren.

Das Krankenhaus liegt zentral in der Stadtmitte von Schweinfurt. Die Erreichbarkeit mit den öffentlichen Nahverkehrsmitteln ist gegeben und an allen wichtigen Zufahrtsstraßen ausgeschildert. In der Tiefgarage steht ein Kontingent an Besucherparkplätzen zur Verfügung. Weitere Parkmöglichkeiten befinden sich auf dem Parkplatz direkt gegenüber dem Krankenhausgebäude. Durch ein Wegeleitsystem wird die Orientierung im Krankenhaus sichergestellt. Unsere Mitarbeiter und Besucher werden bei der Orientierung im Haus durch die Mitarbeiter unterstützt. Der Zugang zum Entbindungsbereich ist mehrsprachig ausgeschildert. Die Vergabe von Aufnahme Terminen erfolgt unter Berücksichtigung der Patientenwünsche, detaillierte Planungen ermöglichen eine zeitnahe Behandlung. Die Erstversorgung von Notfällen erfolgt in der Notfalleinheit. Die geburtshilflichen Aufnahmen erfolgen direkt im Entbindungsbereich.

1.1.2 Leitlinien und Standards

Durch die Anwendung von Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften ist die Behandlung nach den aktuellen medizinischen und wissenschaftlichen Erkenntnissen sichergestellt. Im Pflegebereich existieren zahlreiche Pflegestandards, die kontinuierlich weiterentwickelt werden. Es wurden zusätzliche Behandlungspfade und SOP's erstellt. Diese Informationen sind im Intranet für alle Mitarbeiter jederzeit einsehbar. Ggf. notwendige Abweichungen von Leitlinien und Standards werden im Behandlungsteam besprochen. Daneben unterstützen patientenzentrierte Organisationsabläufe die Behandlung.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten unter Wahrung der Intimsphäre. Hierzu gehört neben der Information über Diagnose und geplanter Therapie auch das Respektieren von Patientenverfügungen. Es fand zum Patientenrechtegesetz eine ausführliche Schulung der Ärzte statt. Wünsche, Ressourcen sowie kulturelle, sprachliche und religiöse Besonderheiten werden soweit wie möglich berücksichtigt. Die Aufklärung über die Eingriffe und die Risiken erfolgt in Gesprächen und anhand mehrsprachiger standardisierter Aufklärungsbögen. Die Patienten können sich über Flyer, Infobroschüren und Aushänge über die Klinik und verschiedene Angebote informieren. In den Patientenzimmern liegt der Tagesablauf der Stationen aus. Die Besuchszeitenregelung ist großzügig. Zeiten sind definiert, jedoch wird im Einzelfall regelhaft davon abgewichen, Übernachtung von Angehörigen auf der Intensivstation und der Peripherie ist möglich.

Eine aktuelle Liste von Mitarbeitern mit Fremdsprachenkenntnissen liegt vor. Bei Bedarf werden Dolmetscher hinzugezogen. Besondere Bedürfnisse, kultureller und religiöser Wünsche werden berücksichtigt.

1.1.4 Ernährung und Service

Durch eine barrierefreie Gestaltung und Ausstattung unserer Räumlichkeiten sorgen wir für eine angenehme Atmosphäre. Die Unterbringung von Begleitpersonen ist möglich. In der Regel werden für die Patienten Zweibettzimmer zu Verfügung gestellt. Diese beinhalten eine eigene Sani-täreinheit, einen separaten Essplatz sowie einen Schrank für jeden Patienten und ein Wert-

schließfach. Die Zimmer sind farblich ansprechend gestaltet und mit Bildern dekoriert. Jeder Patient hat ein elektrisch verstellbares Bett und ein Nachtschränkchen mit eingebautem Modul. Dieses beinhaltet den Patientenruf mit Gegensprechanlage, Radio, Telefon, Fernseher und Lichtenanlage.

Das Krankenhaus verfügt über einen Patientengarten, Aufenthaltsräume und eine Krankenhauskapelle. Im Eingangsbereich befindet sich ein Kiosk mit Cafeteria sowie Getränke- und Snack-Automaten. Im 4. Obergeschoss ist ein Friseursalon untergebracht, medizinische Fußpflege wird ebenfalls angeboten.

Das Servicemanagement, die Demenzbegleiter, der Krankenhausbesuchsdienst „Gelbe Engel“, ein Patientenführer, das Seelsorgeteam sowie der Sozialdienst unterstützen unsere Patienten gerne. Die Berücksichtigung kultureller, religiöser und persönlicher Wünsche spiegelt sich unter anderem in der persönlichen Betreuung, der TV-Programmauswahl (teilweise Multi-Mediaterminals) und dem Seelsorgekonzept wieder. Die Wahlleistungsstation verfügt über besondere Komfortelemente und ist in einem ansprechenden Ambiente gestaltet. Für jeden Patienten stehen täglich verschiedene Menüs, eines davon vegetarisch, zur Auswahl. Bei Bedarf werden die Mahlzeiten mit der Diabetes- oder Ernährungsberaterin individuell auf das Krankheitsbild abgestimmt. Auf allen Ebenen steht Wasser und Tee zur Verfügung. Religiöse und kulturelle Aspekte bei der Ernährung werden berücksichtigt.

1.2. Akut-/ und Notfallversorgung

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die Qualität der Patientenversorgung wird in unserem Haus maßgeblich durch die Einbeziehung aller Berufsgruppen in den Behandlungsablauf geprägt. So finden z.B. Besprechungen statt, in denen die Patientenbehandlung interdisziplinär koordiniert wird. Besonders zu erwähnen sind die Tumorkonferenzen, die alle zwei Wochen stattfinden. Bei Bedarf werden interne und externe Fachexperten bei der Behandlung beratend hinzugezogen.

Für Notfallpatienten steht die iZNA 24 Stunden bereit. Algorithmen der Notfallversorgung sowie zahlreiche Standards sind eingeführt. Leitlinien zum Schockraummanagement sind etabliert, dabei werden die Richtlinien eines lokalen Traumanetzwerkes (Weißbuch DGU) erfüllt.

Die sichere Patientenidentifikation erfolgt direkt beim Erstkontakt mit Patientenidentifikationsarmbändern.

1.3 Elektive, ambulante Versorgung

1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung

Die Abteilungen Chirurgie und Innere Medizin verfügen über eigenständige Fachambulanzen. Dort werden verschiedene Spezialsprechstunden (z.B. Knie- und Hüftgelenke, Wundversorgung, Proktologie) angeboten. Eine berufsgenossenschaftliche Sprechstunde für Arbeitsunfälle wird ebenfalls angeboten. Außerhalb der Regelarbeitszeit ist die Koordination und Versorgung der Patienten über die interdisziplinäre Notfalleinheit sichergestellt. Niedergelassene Ärzte werden anhand von Kurzbriefen über den Behandlungsverlauf informiert.

1.3.2 Ambulante Operationen

Die ambulanten Operationen werden im Rahmen der OP-Planung terminiert. Alle Patienten stellen sich vor dem Eingriff in den jeweiligen Sprechstunden vor. Hier wird auch die Vollständigkeit der Untersuchungsbefunde überprüft, ggf. erfolgt Rücksprache mit dem einweisenden Arzt. Vor-

befunde, Risiken und die Lebensumstände werden immer in die Behandlungsplanung mit einbezogen. Der Patient wird über Verlauf und Risiken des Eingriffs und über die jeweilige Narkoseform aufgeklärt. Ambulant operierte Patienten verlassen die Klinik erst nach erfolgter Abschlussuntersuchung. Jeder Patient erhält einen Kurzbrief mit Empfehlungen zur Weiterversorgung für den niedergelassenen Arzt. Die Zufriedenheit der Patienten wird nach der Entlassung ermittelt.

1.4 Stationäre Versorgung

1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlungsplanung

Durch eine umfassende Behandlungsplanung ist die hochwertige Versorgung unserer Patienten sichergestellt. Dies geschieht durch festgelegte Behandlungsleitlinien und Standards sowie durch die täglichen Besprechungen der Ärzte, Pflege und anderen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen. Der Beginn des Behandlungsprozesses wird bereits bei der Aufnahme festgelegt. Über Notwendigkeit und Dringlichkeit von therapeutischen Maßnahmen entscheidet immer ein Facharzt. Unsere Patienten werden frühzeitig und persönlich, auf Wunsch auch mit Angehörigen, in die Behandlungsplanung einbezogen. Patientenwünsche und Behandlungsschritte, sowie evtl. Prognosen werden in individuellen Gesprächen erörtert. Einer ablehnenden Haltung von Patienten gegenüber therapeutischen Maßnahmen wird Raum gegeben. Mitarbeiter mit Fremdsprachenkenntnissen und die Nutzung von mehrsprachigen Aufklärungsbögen unterstützen die Kommunikation mit fremdsprachigen Patienten.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

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

1.4.3 Operative Prozesse

Das OP-Statut regelt die Organisation des OP-Bereichs und wird von der OP-Steuerungsgruppe regelmäßig evaluiert und bei Bedarf modifiziert.

Jede Indikationsstellung wird von Chef- oder Oberärzten überprüft. Es gibt Sprechstunden für ausgewählte Indikationen (z.B. Endoprothetik mit 4-Augenprinzip).

Die OP-Vorbereitung erfolgt nach Checklisten und standardisierten Voruntersuchungen.

Die Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit sind umgesetzt (Checkliste, Pat.ID-Armband, definierter Identifikationsprozess), Aufwachraum und Intensivstations-Belegungsrichtlinien liegen vor.

1.4.4 Visite

Die Visite ist ein wichtiger Teil der Behandlung und dient insbesondere dem persönlichen Gespräch. Jeder Patient wird nach seinem Befinden gefragt, der bisherige Behandlungsverlauf und die Planung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen werden besprochen. Bei besonderen Fragestellungen werden weitere Berufsgruppen hinzugezogen. Täglich findet eine Visite durch den Stationsarzt statt. Chef- und Oberarztvisiten finden täglich auf der Intensivstation und einmal wöchentlich auf allen Stationen statt. Visiten auf den Belegabteilungen HNO und Gynäkologie/Geburtshilfe finden täglich statt. Die Visiten finden auf allen Stationen berufsgruppen-

übergreifend statt. Dadurch wird sichergestellt, dass das gesamte Fachpersonal informiert und eingebunden ist. Visitenzeiten werden auf allen Stationen durch Aushang oder mündlich bekannt gemacht.

1.5 Weitergabe/ Übergang in andere Bereiche

1.5.1 Entlassungsprozess

Mit jedem Patienten wird vom zuständigen Stationsarzt zeitnah ein ausführliches Entlassungsgespräch durchgeführt. Angehörige und gesetzliche Betreuer werden auf Wunsch ins Entlassungsgespräch mit einbezogen. Weitere Gesprächsangebote stehen in der Chefarztsprechstunde und bei den Oberärzten allen Patienten, Angehörigen und Betreuern zur Verfügung. Der Sozialdienst bzw. die Pflegeüberleitung führt bei jedem Patienten, bei dem Nachsorgeprobleme zu erwarten sind, ein Gespräch mit dem Patienten und/oder mit den Angehörigen oder den gesetzlichen Betreuern durch; dieses wird generell schriftlich dokumentiert. Der geregelte Ablauf orientiert sich am nationalen Expertenstandard.

Weiterversorgende Einrichtungen werden zeitnah über den Entlasstermin und etwaige Besonderheiten per Telefon informiert.

Sie erhalten zusätzlich am Entlasstag einen Pflegeüberleitungsbogen.

Die Zufriedenheit mit dem Entlassprozess wird mit dem Patientenfragebogen evaluiert.

1.6 Sterben und Tod

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung

Im Krankenhaus St. Josef hat ein würdevoller Umgang mit Sterbenden und ein Abschiednehmen nach den Wünschen der Patienten und Angehörigen einen sehr hohen Stellenwert. Dazu gehört das Verbleiben des sterbenden Patienten in der gewohnten Atmosphäre des eigenen Zimmers und die Verlegung des Mitpatienten sowie die Begleitung durch geschultes Personal. Die Angehörigen können ständig anwesend sein. Die Krankenhausseelsorge wird je nach individuellen Bedürfnissen mit einbezogen.

Auf kulturelle und religiöse Bedürfnisse der Patient/innen wird durch alle am Behandlungsprozess Beteiligten individuell eingegangen.

Es existiert eine palliativmedizinische Fachabteilung, für die spezifische Leitziele und ein spezifisches Behandlungskonzept vorliegen. Die Abteilung steht in palliativmedizinischen Fragestellungen den anderen Fachabteilungen konsiliarisch zur Verfügung.

Es besteht ein guter Kontakt zum hiesigen Hospizverein.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Ein würdevoller Umgang mit den Verstorbenen ist in unserem Hause beim pflegerischen und ärztlichen Wirken selbstverständlich. Angehörige werden vom Stationsarzt frühzeitig über den nahenden Tod oder das Ableben informiert. Somit haben sie die Möglichkeit beim sterbenden Patienten zu bleiben und sich nach Eintritt des Todes würdevoll zu verabschieden. Die Versorgung der Verstorbenen ist in einem Standard geregelt. Ein Abschiedsraum ist vorhanden. Der Umgang mit Eltern nach Früh- und Fehlgeburten ist in einem Konzept geregelt, das den Eltern Zeit zum Abschiednehmen gibt. Die Krankenhausesseelsorge begleitet auf Wunsch den Abschied am Sterbebett. Wir unterstützen die Angehörigen bei der Trauerbewältigung durch Begleitung, Gespräche und Gebete. Ein Gedenkgottesdienst für Verstorbene und Angehörige findet in regelmäßigen Abständen statt.

Auf kulturelle und religiöse Bedürfnisse der Patient/innen ist durch alle am Behandlungsprozess Beteiligten individuell einzugehen. Es besteht bspw. die Möglichkeit der rituellen Totenwaschung für muslimische Verstorbene.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1 Personalplanung/ Personalentwicklung

2.1.1 Personalbedarf

Im KH St. Josef und der Theresienklinik werden auf Grundlage der jährlichen Leistungsplanung, unter Berücksichtigung einer Mindestbesetzung, der Personalbedarf ermittelt und in Soll-Stellenplänen festgelegt. Bei Unterschreitung der Mitarbeiterzahl erstellt der Abteilungsleiter eine Personalbedarfsanforderung an den Personalleiter. Zusätzlich erfolgt eine kontinuierliche Erfassung des Leistungsspektrums über das Krankenhausinformationssystem, sowie eine Auswertung der Fehlzeiten und der Mehrarbeitsstundenentwicklung.

2.1.2 Personalentwicklung

Das KH St. Josef und die Theresienklinik beschäftigen in allen Bereichen qualifizierte Mitarbeiter, die entsprechend ihrer Fachkenntnisse Verantwortung übernehmen. Im Rahmen der Personalentwicklung wird durch Fort- und Weiterbildungen eine ständige Verbesserung der Qualifizierung angestrebt.

Die Personalentwicklung und Karriereplanung orientiert sich an den Bedürfnissen der Krankenhäuser und an den Fähigkeiten der Mitarbeiter. Grundlage hierfür ist das Mitarbeiterjahresgespräch. Hierbei werden optionale Zielvereinbarungen zwischen dem Mitarbeiter und dem direkten Vorgesetzten getroffen.

Mitarbeiter nehmen an internen und externen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen teil. Ein Fort- und Weiterbildungskatalog liegt vor.

Ergeben sich neue Aufgaben, erfolgt eine interne und ggf. externe Stellenausschreibung.

Die Grundsätze der Personalentwicklung sind in einem ausführlichen Konzept zusammengefasst.

2.1.3 Einarbeitung

Die Einarbeitung neuer Mitarbeiter erfolgt nach einem festgelegten Konzept. Ziel ist es, neuen Mitarbeitern eine schnelle und adäquate Integration zu gewährleisten. Das Einarbeitungskonzept sieht vor, dass jeder neue Mitarbeiter ausreichend Zeit bekommt, um sich vertraut zu machen und in sein neues Aufgabengebiet einzuarbeiten. Jeder neue Mitarbeiter erhält einen persönlichen Ansprechpartner. Die Dienstgemeinschaft unterstützt aktiv diese Integration. Die Grundsatzregelungen zur Einarbeitung sind in unserem Leitbild festgelegt.

2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Ziel der Fort- und Weiterbildung in beiden Krankenhäusern ist es, die erworbenen beruflichen Qualifikationen der Mitarbeiter zu erweitern bzw. zu vertiefen. Allen Mitarbeitern werden entsprechend dem Bedarf Fort- und Weiterbildungen angeboten. Ein interner Fort- und Weiterbildungskatalog für die Krankenhäuser wird jährlich veröffentlicht. Mitarbeiter können Anregungen anbringen, die in den Fort- und Weiterbildungskatalog einfließen. Bestimmte Fortbildungen sind für die Mitarbeiter verpflichtend (bspw. Reanimation, Brandschutz, Arbeitssicherheitsrichtlinien, Hygienevorschriften, Datenschutz etc.). Eine Online-Bibliothek steht allen Mitarbeitern zur Verfügung.

Am Krankenhaus St. Josef ist eine Berufsfachschule für Krankenpflege angegliedert. Dort erfolgt die Verzahnung zwischen theoretischer und praktischer Ausbildung von Krankenpflegeschülern ist durch ein System ausgebildeter Mentoren gemäß den Richtlinien der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG-Richtlinien) gewährleistet. Die Ausbildungsinhalte sind seit 01.09.2011

aufgrund des Zusammenschlusses mit der Altenpflegeausbildung (Generalistische Ausbildung) nach Vorgaben des Kultusministeriums neu konzipiert.

Sowohl Anleitungs- als auch Beurteilungskriterien sichern den Lernerfolg in allen Phasen. Theoretische und praktische Lerninhalte basieren auf von Lehrkräften und Mentoren gemeinsam erstellten Standards. Die Standards werden ständig aktualisiert und erweitert.

Im Krankenhaus St. Josef werden zusätzlich Ausbildungsplätze in der Verwaltung und der EDV angeboten.

2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance

Die Arbeitszeiten sind an die Tarifrichtlinien der AVR (Richtlinien für Arbeitsverträge in den Einrichtungen des Deutschen Caritasverbandes) angepasst. Die Dienstplangestaltung ist in allen Bereichen bedarfs- und mitarbeiterorientiert und erfolgt mittels einer Dienstplansoftware. Das Arbeitszeitgesetz und die AVR-Richtlinie sind dort abgebildet.

Die Überprüfung der tatsächlichen Arbeitszeiten erfolgt durch die Abteilungsleiter und zentral durch die Personalabteilung. Sämtliche Mehrarbeits- und Überstunden werden genau erfasst. Eine Regelung über Mobilzeit und Arbeitszeitkonten wurde im Rahmen einer Dienstvereinbarung verabschiedet.

Beide Krankenhäuser nehmen sich in die Pflicht als familienfreundliche Krankenhäuser aufzutreten. Ein BEM ist in beiden Krankenhäusern installiert. Die Sorge um Verhinderung von Benachteiligung von Mitarbeitern, gleich welcher Art, hat bei den Personalverantwortlichen einen hohen Stellenwert.

Es sind zahlreiche Angebote, wie bspw. Yoga, vorhanden, die zur Erhaltung der körperlichen und geistigen Gesundheit beitragen.

2.1.6 Ideenmanagement

Ideen, Wünsche und Beschwerden sind Thema des jährlichen Mitarbeitergespräches. Mitarbeiterwünsche und -vorschläge werden unkompliziert und auf direktem Wege von Vorgesetzten aufgenommen, geprüft und ggf. umgesetzt. Bei Beschwerden wird eine zeitnahe Lösung durch den direkten oder übergeordneten Vorgesetzten angestrebt, die Mitarbeitervertretung wird bei Bedarf miteinbezogen.

Ein innerbetriebliches Vorschlagswesen ist im Krankenhaus St. Josef konzipiert und wird für die Einreichung mit einem geringen Betrag belohnt. Mitarbeiter, deren Vorschläge umgesetzt werden, erhalten einen Gutschein für die naheliegende „Stadtgalerie“ und bekommen diesen auf der Weihnachtsfeier überreicht.

In der Theresienklinik befindet das innerbetriebliche Vorschlagswesen gerade im Aufbau.

3 Sicherheit-Risikomanagement

3.1 Patientenbezogene Risiken

3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements

In beiden Häusern sind Teilbereiche eines umfassenden Risikomanagementsystems eingeführt und umgesetzt. Ein QMB besitzt die Qualifikation zum klinischen Risikomanager.

Im Klinikverbund wurde ein Organisationskonzept zum Risikomanagement entwickelt.

Beide Krankenhäuser haben umfangreiche Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Patientensicherheit ein- und durchgeführt. Dazu wurden unter Einbeziehung auch der Patientenperspektive Risiken identifiziert und analysiert. In Zusammenarbeit der QMBs, des Lenkungsgremiums und der obersten Führungsebene wurden die Risiken bewertet und Präventionsmaßnahmen abgeleitet.

Für die erkannten Risikoinventare wurden Mitarbeiter gemäß ihrer fachlichen Kompetenz als „Risikoeigner“ ausgewählt, um durch Maßnahmen die Eintrittswahrscheinlichkeit der Risiken zu minimieren.

Befragungen finden unter dem Aspekt der Patientensicherheit statt.

3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung

Grundsätzlich befinden sich die uns anvertrauten Patienten unter Aufsicht von Fachpersonal. Unter Wahrung der persönlichen Freiheit und Intimsphäre wird den Patienten ein ausreichendes Maß an Sicherheit geboten. Durch die Anamnese sowie die Verlaufsbeobachtungen werden Patienten mit erhöhter Aufsichtspflicht identifiziert, Maßnahmen eingeleitet und dokumentiert. Umfangreiche Regelungen gewährleisten die Sicherheit unserer Patienten auch in speziellen Situationen, wie z.B. Sturzgefahr oder Eigengefährdung. Handlungsempfehlungen „Vermeidung von Verwechslungen im OP“ und „Sichere Patientenidentifikation“ aus dem Bündnis für Arbeitssicherheit wurden umgesetzt.

Im Krankenhaus St. Josef werden zur sicheren Patientenidentifikation Patientenarmbänder eingesetzt.

Es besteht ein umfassendes Konzept zum Deeskalationsmanagement, inklusive eines eingestellten Psychologen mit hierfür vorgesehenem Stellenanteil. Es finden vorausschauend geplante Schulungen dazu statt.

Die Gemeinsame Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zur Identifikation von Neugeborenen wurde gesichtet und wird im Krankenhaus St. Josef umgesetzt. Neugeborenen werden u. a. mit zwei Armbändern gekennzeichnet.

3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement

In beiden Krankenhäusern liegt ein Notfallkonzept mit einer zentralen Rufnummer für das Notfallteam vor.

Alle Stationen sind mit einer Notfallausrüstung, Notfallmedikamenten und technischer Ausstattung bestückt. Die Überprüfung der Notfallausrüstung erfolgt durch das Pflegepersonal der Anästhesie und Intensivmedizin. Die Mitarbeiter werden regelmäßig und umfassend im Umgang mit medizinischen Notfallsituationen geschult.

Ein qualifiziertes Reanimationsteam steht rund um die Uhr zur Verfügung.

3.1.4 Organisation der Hygiene

Das Hygienemanagement beider Häuser ist gemäß den gesetzlichen Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes, der Verordnung zur Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen Bayern und den Empfehlungen des Robert Koch-Institutes strukturiert. Die Krankenhäuser verfügen über eine Hygienekommission, sowie Hygienebeauftragte Ärzte, Hygienefachkräfte und einen externen Krankenhaushygieniker. Für alle Bereiche sind hygienebeauftragte Pflegekräfte benannt und weitergebildet. Die Hygienekommissionen tagen in festgelegten Intervallen und nach Bedarf. Es werden in regelmäßigen Abständen Hygienebegehungen der Abteilungen durchgeführt. Regelmäßige Hygienefortbildungen und Aktionstage für die Mitarbeiter aller Berufsgruppen werden angeboten und wahrgenommen.

3.1.5 Hygienerelevante Daten, Infektionsmanagement

Hygienerelevanten Daten werden erhoben und ausgewertet. Die Ergebnisse der Infektionsstatistik und der Begehungen werden in der Hygienekommission vorgestellt und bewertet. Zur frühzeitigen Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen wurden umfassende Maßnahmen durch die Hygienekommission im Hygieneplan festgelegt. Die aktuelle Version ist im Intranet einsehbar. Eingeleitete Maßnahmen werden auf ihre Wirksamkeit geprüft.

3.1.6 Arzneimittel

Durch ein schriftlich fixiertes Verfahren ist die Anwendung von Arzneimitteln einschließlich Bestellung, Lagerung und Anwendung für alle Mitarbeiter verbindlich geregelt. Darüber hinaus sind die berufsgenossenschaftlichen Forderungen bezüglich des Umgangs mit Zytostatika erfüllt. Die gesetzlichen Bestimmungen im Umgang mit Betäubungsmitteln werden erfüllt und regelmäßig kontrolliert. Arzneimittel werden ausschließlich von Ärzten, unter Berücksichtigung von Leitlinien der Fachgesellschaften, angeordnet. Die Verabreichung erfolgt durch examiniertes Pflegepersonal. Begehungen und Arzneimittelvisiten werden von der Lieferapotheke durchgeführt. Die Versorgung der Patienten mit Arzneimitteln ist rund um die Uhr gewährleistet. Die Patientensicherheit steht hierbei an erster Stelle. Durch Befragungen findet, soweit möglich, eine Bewertung des gesamten Medikationsprozesses statt.

3.1.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Die Grundlagen für den Umgang mit Blut und Blutprodukten sind das Transfusionsgesetz und das Qualitätsmanagementhandbuch zur Transfusion. In der zugehörigen Dienstanweisung sind die Vorgaben jederzeit nachzulesen. Die erforderlichen Schulungen finden statt, das Überwachungsorgan ist die Transfusionskommission. Besondere Vorkommnisse werden dem Transfusionsverantwortlichen und dem Transfusionsbeauftragten gemeldet. Alle abgegebenen Blutprodukte werden einmal im Jahr dem Paul-Ehrlich-Institut gemeldet. Für Blut und Blutprodukte hält das Labor im Krankenhaus St. Josef ein eigenes Blutdepot vor.

3.1.8 Medizinprodukte

Der Umgang mit Medizinprodukten und die Verantwortlichkeiten sind in einer Dienstanweisung geregelt. Medizinische Geräte werden nur von ausgewiesenen Mitarbeitern benutzt. Für die Einweisung in die einzelnen Geräte sind die Beauftragte der Abteilung zuständig. Es existiert eine Datenbank, in der alle Geräte und deren Anwender erfasst werden. Alle Geräte werden vorschriftsmäßig den sicherheitstechnischen Kontrollen unterzogen. Die Aufbereitung von Medizinprodukten erfolgt in validierten Verfahren. Der Umgang mit Sterilgut ist im Hygieneplan geregelt.

3.2 Schutz- und Sicherheitskonzepte

3.2.1 Arbeitsschutz

Die Sicherheit und der Schutz der Gesundheit unserer Patienten und Mitarbeiter haben in unserer Klinik einen sehr hohen Stellenwert und werden von Krankenhausleitung, MAV, Betriebsarzt, interner Fachkraft für Arbeitssicherheit und den Sicherheitsbeauftragten im Arbeitsschutzausschuss koordiniert.

Die Überprüfung der Einhaltung der gesetzlichen und berufsgenossenschaftlichen Vorgaben wird in festgelegten Abständen, laut Plan, durch Begehungen der internen Fachkraft für Arbeitssicherheit überprüft. Unsere Mitarbeiter werden regelmäßig betriebsärztlich untersucht und nehmen an Pflichtunterweisungen zu allen Themen der Arbeitssicherheit teil. Gefahrenstoffe werden systematisch erfasst und vor Gebrauch auf Notwendigkeit und die Vorschriften der Anwendung überprüft. Eine Gefahrstoffliste ist für alle Mitarbeiter im Intranet einzusehen.

Arbeitsplatzbeurteilungen nach psychischen Belastungen werden in beiden Kliniken durch Betriebsarzt, Psychologen und Fachkraft für Arbeitssicherheit durchgeführt.

3.2.2 Brandschutz

Für den Brandfall sind die Krankenhäuser umfassend mit Rettungs- und Fluchtwegeplänen, Feuerlöschern und baulichem Brandschutz ausgestattet. Ein regelmäßig aktualisierter Katastrophenplan liegt vor. Es bestehen enge Kontakte zur örtlichen Feuerwehr. Die Brandschutzunterweisungen und Überprüfung der Anlagen und Geräte werden regelmäßig durchgeführt. Es finden regelmäßige Brandschutzübungen und Begehungen in Zusammenarbeit mit der Feuerwehr statt. Mitarbeiter wurden zu Brandschutzhelfern für den Ernstfall ausgebildet.

3.2.3 Datenschutz

Der gesetzliche und nach kirchlichen Vorschriften geltende Datenschutz ist in einem Datenschutzkonzept geregelt. Alle Mitarbeiter unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht und sind dazu schriftlich verpflichtet. Die Datenschutzbeauftragten (medizinischer und administrativer Bereich) führen regelmäßig Schulungen und Begehungen durch. Die Patienten haben die Möglichkeit im Krankenhaus St. Josef bei Aufnahme ein Patientenpasswort zu wählen. Dies bietet einen besonderen Schutz vor unerwünschten telefonischen Auskünften.

3.2.4 Umweltschutz

Der Umweltschutz ist bereits in unserem Leitbild festgeschrieben und uns ein wichtiges Anliegen. Ein sorgsamer Umgang mit den natürlichen Ressourcen ist für alle Mitarbeiter selbstverständlich. Effektive Maßnahmen zur Energieeinsparung werden umgesetzt. Im Bereich der Entsorgung ist es unser Ziel, Abfälle zu vermeiden. Wertstoffe werden vom Restmüll getrennt und einer Wiederverwertung zugeführt. Zur Kontrolle erstellen wir eine Abfallbilanz. Die verwendeten Gefahrstoffe sind in einem Gefahrstoffkataster gelistet und werden, wenn möglich, durch weniger gefährliche Stoffe ersetzt.

3.2.5 Katastrophenschutz

Für den Eintritt einer Katastrophensituation sind die Krankenhäuser durch den Katastrophenplan vorbereitet. Dort ist das Vorgehen bei externen und internen Gefahrensituationen wie z.B. Bombendrohung, Feuer, Massenanfall von Verletzten und die Evakuierung geregelt.

Ein Katastrophenschutzbeauftragter sowie die Krankenhauseinsatzleitung für den Katastrophenfall sind benannt. Zur Alarmierung verfügen beide Häuser über einen Alarmserver.

Seit der letzten Aktualisierung ist der Alarm- und Einsatzplan auch von allen EDV-Arbeitsplätzen einsehbar.

Jährliche Unterweisungen und regelmäßige Notfallübungen geben Handlungssicherheit.

3.2.6 Ausfall von Systemen

Es besteht ein umfangreiches IT-Konzept, das in beiden Kliniken umgesetzt wird.

Das EDV-Netzwerk ist auf dem neuesten Stand der Technik. Es verfügt über moderne Komponenten. Es gibt einen Exchange Server, der die notwendige Software virtualisiert. Mit Hilfe eines Penetrationstests wird in regelmäßigen Abständen die Sicherheit und die Stabilität des EDV-Systems geprüft. Ein Helpdesk für IT-Probleme wurde programmiert und installiert.

Die Alarmierung der Technischen Abteilung und der Krankenhauseinsatzleitung über den Alarmserver ist sichergestellt.

Beide Kliniken besitzen einen Notstromgenerator, der im Falle eines Stromausfalls die elektrische Versorgung der erforderlichen Bereiche gewährleistet.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1 Informations- und Kommunikationstechnologie

4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Die Theresienklinik und das Krankenhaus St. Josef sind zu einem System zusammengefasst. Ein Gesamtkonzept besteht, Penetrationsversuche werden regelmäßig im Abstand von 2-3 Jahren von einer externen Firma durchgeführt.

Generell ist kein externer Datenzugriff möglich, die Ausnahme bildet der Zugriff über ein EDV-Programm (Team Viewer) für berechnigte Mitarbeiter.

Datensicherungen werden täglich durchgeführt. Daten des Krankenhausinformationssystems werden täglich gespeichert und zusätzlich auf einem Band gesichert und an einem entfernten Ort (mehrere Brandabschnitte) im Haus aufbewahrt.

Die Server werden in regelmäßigen Abständen (alle paar Stunden) auf den redundanten Serverraum im Ärztehaus repliziert. Zur Sicherheit und Stabilität des Krankenhausinformationssystems werden mehrere Serverräume vorgehalten.

4.2 Patientendaten

4.2.1 Klinische Dokumentation

Beim Erstkontakt mit den Patienten wird beim Aufnahmeprozess in beiden Krankenhäusern eine eindeutige Identifikationsnummer vergeben. Diese ist im Krankenhausinformationssystem hinterlegt und kann eventuellen früheren Aufenthalten problemlos zugeordnet werden.

Zusätzlich erhält der Patient noch eine Aufnahmenummer für den jeweiligen Aufenthalt.

Die Dokumentation erfolgt zusätzlich zur EDV noch in Papierform (Optiplan).

Der ärztliche Dienst ist für die Führung der Patientenakte zuständig, das Pflegepersonal für die Patientenkurve. Am Ende des Patientenaufenthaltes werden beide zusammengeführt und gemeinsam archiviert.

Verantwortlich für die ärztliche Dokumentation ist der Chefarzt der jeweiligen Abteilung, bzw. der jeweilige Belegarzt. Verantwortlich für die pflegerische Dokumentation ist die Pflegedienstleitung.

Die elektronische Patientenakte befindet sich kurz vor der Einführung.

4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

Die Dokumentation der Patientendaten erfolgt sowohl elektronisch als auch in Papierform. Die Führung der Patientenakte erfolgt berufsgruppenübergreifend. Die Dokumentation aller Patientendaten sowie Maßnahmen, Leistungen, Diagnosen und Therapien werden von allen an der Versorgung des Patienten beteiligten Berufsgruppen zeitnah vorgenommen.

Alle an der Behandlung beteiligten Mitarbeiter haben, unter Beachtung der gesetzlichen Vorschriften (insbesondere des Datenschutzes), jederzeit Zugriff auf aktuelle und vergangene Patientendokumentation. Die Zugriffsberechtigungen sind unter Berücksichtigung des Datenschutzes klar geregelt. Der Zugriff auf archivierte Patientenakten ist jederzeit gewährleistet. Wichtige Informationen und Befunde sind in digitaler Form im Krankenhausinformationssystem einsehbar. Das Aktenarchiv hat bekannte Öffnungszeiten, so dass Akten von berechtigten Personen angefordert werden können. Außerhalb der Öffnungszeiten kann im Notfall ein Generalschlüssel am Empfang oder in der Notaufnahme (St. Josef) entliehen werden.

4.3 Informationsmanagement

4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Ein umfassendes Berichtswesen ist etabliert. Alle Besprechungen und Konferenzen werden protokolliert und der Krankenhausleitung zur Verfügung gestellt. Die Krankenhausleitung ist in allen relevanten Gremien vertreten. Dies trägt zu einem zielorientierten Informationsfluss zwischen dem Träger, der Krankenhausleitung und den Abteilungsleitern bei. Die Information des Trägers erfolgt im Rahmen der Beiratssitzungen und durch zusätzliche Berichterstattung durch den Krankenhausdirektor.

4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Der Informationsfluss ist durch regelmäßige abteilungsinterne und -übergreifende Besprechungen, Informationsveranstaltungen und Rundschreiben sichergestellt. Darüber hinaus erfolgt die Informationsweitergabe über das Krankenhausinformationssystem und das Intranet.

Der Empfang ist im Krankenhaus St. Josef rund um die Uhr besetzt und ist die zentrale Anlaufstelle in der Eingangshalle. In der Theresienklinik ist aufgrund der Versorgungsstruktur der Empfang nur tagsüber besetzt.

Den Mitarbeitern am Empfang liegen sämtliche Ruf- und Bereitschaftspläne, die aktuellen Telefonlisten und die Alarm- und Einsatzpläne vor. Die Mitarbeiter des Empfangs sind mit der Infrastruktur des Hauses gut vertraut und können gezielt Auskunft geben. Die telefonisch zentrale Auskunftstelle ist in beiden Häusern ebenfalls am Empfang.

Die Einhaltung des Datenschutzes ist jederzeit gewährleistet und selbstverständlich.

5 Unternehmensführung

5.1 Unternehmensphilosophie und -kultur

5.1.1 Philosophie/ Leitbild

Ein christlich geprägtes Leitbild wurde für beide Häuser erarbeitet, um Grundsätze und Ziele der Dienstgemeinschaft klar darzulegen. Alle Beteiligten sind sich darüber einig, dass die Umsetzung des gesellschaftlichen Auftrages und des Sendungsauftrages nur gelingen kann, wenn alle Mitarbeiter nach gemeinsamen Grundsätzen handeln. Im Mittelpunkt unseres Wirkens stehen immer die Patienten mit ihren Wünschen und Bedürfnissen.

5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Die Krankenhausleitung, die Mitarbeitervertretung und die Abteilungsleiter legen großen Wert auf vertrauensfördernde Maßnahmen und praktizieren einen mitarbeiterorientierten Führungsstil. Allen Mitarbeitern stehen Möglichkeiten einer kritischen Meinungsäußerung zur Verfügung. Die Mitarbeiterorientierung drückt sich auch durch die Förderung einer hohen Eigenverantwortlichkeit, flache Hierarchie und kurze Entscheidungswege aus. Weitere Maßnahmen wie Veranstaltungen, Betriebsausflüge, Begegnungstage, Feiern der Dienstgemeinschaft und Abteilungsfeiern, Beschwerdemanagement und Mitarbeitergespräche runden diesen Bereich ab.

5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Im Krankenhaus St. Josef und der Theresienklinik steht der Mensch (Patient, Angehöriger, Mitarbeiter) im Mittelpunkt des Handelns. Seine individuellen körperlichen, geistigen, seelischen, religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse und Einstellungen werden berücksichtigt und respektiert. Als kirchliches Krankenhaus hat die Seelsorge einen hohen Stellenwert und ist in den Klinikalltag integriert. Die psychologische Betreuung ist auf Wunsch möglich. Ein Ethikkomitee steht bei Problemen beratend zur Verfügung.

5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Eine geplante und organisierte Marketingstrategie und Öffentlichkeitsarbeit bildet die Grundlage um die Krankenhäuser in der Öffentlichkeit positiv zu positionieren und über Angebote und wichtige Anlässe zu informieren.

Die Öffentlichkeit wird über das Leistungsangebot durch die verschiedenen Medien, Pressemitteilungen, Flyer, Homepage und Broschüren informiert. Zudem werden Informationsveranstaltungen für Patienten, Ärzte und interessierte Personen angeboten. Es finden regelmäßige „Tage der offenen Tür“ mit verschiedenen Schwerpunktthemen statt. Alle Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit werden prospektiv geplant.

5.2 Strategie und Zielplanung

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Die Krankenhäuser verfügen über ein Managementsystem zur Entwicklung, Umsetzung und Überprüfung der Abläufe und Strategien. Sie werden durch eine gemeinsame Spitze geführt. Die Abstimmung der Krankenhausleitung findet wöchentlich im Rahmen eines Jour fixe statt.

Die jährliche Zielplanung wird aus dem Leitbild und den Ergebnissen des Management-Reviews abgeleitet. Die Leistungsentwicklung wird unter Berücksichtigung der ökonomischen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen erstellt und bezieht die Bedürfnisse der Patienten

und Mitarbeiter ein. Die Ziele und die Zielerreichung werden in verschiedenen Gremien (Krankenhaus-/Klinikrat, Chefarzt-/Belegarztkonferenz, Lenkungsgremium QM, Qualitätskomitee, Infoveranstaltung etc.) kommuniziert.

5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement

Wirtschaftliches Handeln steht in beiden Krankenhäusern nach Patientenorientierung und Mitarbeiterorientierung an vorderer Stelle.

Nur wenn beide Krankenhäuser wirtschaftlich erfolgreich geführt werden, kann die Unabhängigkeit, Wettbewerbs- und Entwicklungsfähigkeit gewahrt werden, damit wir unseren Versorgungsauftrag erfüllen und somit unserer Verantwortung gerecht werden können.

Kostentransparenz und -bewusstsein sind hierzu ebenso wichtige Voraussetzungen wie Kostenanalyse und Controlling.

Hierzu tragen ein ausführliches Berichtswesen, sowie eine für beide Häuser zuständige Finanzbuchhaltung bei.

Die kaufmännischen Risiken wurden im Zuge einer umfassenden Risikoanalyse bewertet und es wurde im Rahmen der Projektgruppe „Interne Revision“ ein ausführlicher Fragekatalog erarbeitet.

5.2.3 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaft und Kooperation

In den Klinik-Leitbildern ist die Verantwortung gegenüber der Gesellschaft dargelegt. Wir verstehen uns als Teil des Sozialgefüges und unterstützen das gesellschaftliche Engagement unserer Mitarbeiter. Unser Augenmerk liegt besonders auf Menschen, die in der Gesellschaft wenig Wertschätzung erfahren.

Kooperationen werden so strukturiert, dass aus der Zusammenarbeit Synergieeffekte für beide Partner entstehen.

5.3 Unternehmensentwicklung

5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

Die Organisationsstruktur ist in beiden Häusern klar in einem Organigramm dargestellt und allen Mitarbeitern bekannt gemacht. Die Aufgabenstellung und die Zusammenstellung der einzelnen Gremien sind in Geschäftsordnungen geregelt. Der Krankenhausrat/ Klinikrat unterstützt die Krankenhausdirektion bei der Wahrnehmung ihrer Gesamtverantwortung für das Krankenhaus.

Projekte werden in der Regel durch interdisziplinäre Teams umgesetzt. Hierdurch wird die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen mit ihrer jeweiligen Fachkompetenz gefördert und flache Hierarchien erreicht.

5.3.2 Innovation und Wissensmanagement

Im Rahmen der jährlichen Zielplanung werden die medizinischen Ziele weiterentwickelt. Auf dieser Grundlage werden notwendige strukturelle und personelle Veränderungen sowie erforderliche Kooperationen geplant. Für die Mitarbeiter bestehen umfangreiche Informationsmöglichkeiten durch Internet, Intranet, Online-Literatur, Fort- und Weiterbildungen. Alle Mitarbeiter haben die Möglichkeit über das betriebliche Vorschlagswesen Ideen einzubringen.

6 Qualitätsmanagement

6.1 Struktur und Ablauf

6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Als Grundstein für die Qualitätspolitik wurden Grundsätze und Leitlinien in Form eines Leitbildes erarbeitet und veröffentlicht. In der Theresienklinik und im Krankenhaus St. Josef bestehen prozessorientierte Qualitätsmanagementsysteme. Zwei Qualitätsmanagementbeauftragte sind gemeinsam mit dem Lenkungsgremium bzw. dem Qualitätskomitee für die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems verantwortlich. Zur Unterstützung wurden KTQ Coaches ausgebildet.

Im Organigramm der Krankenhäuser sind die Verantwortlichkeiten und Kompetenzen festgelegt. Die QMB's sind Stabstelle der Krankenhausleitung.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Sämtliche Arbeitsabläufe sind in Form von Prozessbeschreibungen zusammengefasst und in vier Kategorien aufgeteilt: Qualitätsmanagement-Prozesse, Führungs- und Innovationsprozesse, Hauptprozesse (aus Sicht des Patienten) und unterstützende Prozesse.

Ziel ist es, alle beteiligten Mitarbeiter mit in die Prozessgestaltung einzubinden und alle relevanten Schnittstellen zu identifizieren.

Dies bildet die Grundlage zur kontinuierlichen Verbesserung. Die Prozesse werden in regelmäßigen Abständen durch Interne Audits und die Erhebung von Kennzahlen auf ihre Wirksamkeit überprüft.

6.2 Befragungen

6.2.1 Patientenbefragung

Eine allgemeine Befragung zur Zufriedenheit der Patienten über alle Bereiche der Krankenhäuser findet kontinuierlich statt. Beide Krankenhäuser beteiligen sich am Befragungsmanagement der Klinik-Kompetenz-Bayern eG. Ziele dieser gemeinsamen Befragung im Verbund sind:

- Identifikation von Stärken und Schwächen einer Klinik (Fachabteilung, Station) zur Sicherung und Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung.
- Rückmeldungen zur Versorgungsqualität aus Patientensicht
- Hinweise auf Qualitätsdefizite und Schwachstellen der medizinischen Versorgung aus Patientensicht
- Verwendung als Management- und Marketinginstrument
- Evaluierung der Qualitätsziele Zeit, Zuwendung, Nähe (Offensive Q)
- Erfüllung der Anforderungen etablierte Zertifizierungsverfahren im Gesundheitswesen
- Schaffung eines validen Benchmarkdatenpools für interne und externe Qualitätsvergleiche

Zusätzlich finden zeitlich begrenzte Befragungen mit Schwerpunktthemen statt, wie bspw. Zufriedenheit mit der Visite, Ambulante Operationen, Speisenversorgung.

6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Ein Konzept zur Befragung der einweisenden Ärzte liegt vor. Die Befragung findet in regelmäßigen Abständen statt. Ziel ist es, die Zufriedenheit der einweisenden Ärzte zu erkennen und Stärken und Schwächen in der Zusammenarbeit zu analysieren. Verbesserungspotenziale wer-

den durch geeignete Maßnahmen umgesetzt.

Mit externen Einrichtungen, wie Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeeinrichtungen und sozialen Diensten findet neben einer strukturierten Befragung ein regelmäßiger Austausch, telefonisch bzw. persönlich statt.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

In regelmäßigen Abständen werden in beiden Krankenhäusern Mitarbeiterbefragungen durchgeführt. Die Vorgehensweise wurde in einer Projektgruppe unter Einbezug des Datenschutzbeauftragten und der Mitarbeitervertretung festgelegt. Die Befragung erfolgt anonym. Rückschlüsse auf einzelne Mitarbeiter sind nicht möglich. Nach Auswertung werden die Ergebnisse der Krankenhausleitung, allen Abteilungsleitern und dem Vorsitz der Mitarbeitervertretung präsentiert. Maßnahmen zur Erhöhung bzw. Aufrechterhaltung der Mitarbeiterzufriedenheit werden in die Wege geleitet.

6.3 Meinungsmanagement

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

Ein aktives Beschwerdemanagement ist eingeführt. Jeder Patient erhält bei Aufnahme einen Patientenfragebogen mit der Bitte, Wünsche und Beschwerden zu äußern. Alle Wünsche und Beschwerden werden von der Krankenhausleitung geprüft und nach Möglichkeit verwirklicht. Alle Mitarbeiter sind Ansprechpartner für Beschwerden. Alle Beschwerden werden zeitnah bearbeitet. Der Beschwerdeführer erhält Rückmeldung über die weitere Vorgehensweise. Darüber hinaus steht den Patienten ein Patientenfürsprecher als neutralen Ansprechpartner zur Verfügung.

6.4 Qualitätsrelevante Daten

6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren

Ziel der Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten ist es, den Qualitätsstand der Prozesse zu erhalten bzw. zu verbessern. Die erhobenen Daten werden von der Krankenhausleitung und den Qualitätsmanagementbeauftragten gesichtet und unter Einbezug der entsprechenden Leitung Maßnahmen abgeleitet. Qualitätsrelevante Daten werden in Form von statistischen Auswertungen, Befragungen, Internen Audits und Begehungen erhoben.

Ein System zur vollständigen Erfassung der gesetzlich vorgeschriebenen qualitätsrelevanten Daten ist implementiert. Die Daten sind aufgrund der hohen Dokumentationsrate sehr aussagekräftig. Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung werden durch die Krankenhausleitung, die Chefärzte, das Medizincontrolling und die Qualitätsmanagementbeauftragten gesichtet. Auffälligkeiten werden hierbei analysiert und notwendige Verbesserungen umgehend in die Wege geleitet. Die Ergebnisse werden in den jährlichen Qualitätsberichten veröffentlicht.