



# KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

**Krankenhaus:** SRH Zentralklinikum Suhl  
**Institutionskennzeichen:** 261600941  
**Anschrift:** Albert-Schweitzer-Straße 2  
98527 Suhl

**Ist zertifiziert nach KTQ®  
mit der Zertifikatnummer:** 2017-0021 KH  
**durch die von der KTQ-GmbH  
zugelassene Zertifizierungsstelle:** SAMA Cert, Stuttgart

**Gültig vom:** 30.04.2017  
**bis:** 29.04.2020

**4. Zertifizierung**

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b>	<b>5</b>
<b>Die KTQ-Kategorien</b>	<b>6</b>
1 Patientenorientierung	7
2 Mitarbeiterorientierung	9
3 Sicherheit - Risikomanagement	10
4 Informations- und Kommunikationswesen	13
5 Unternehmensführung	14
6 Qualitätsmanagement	16

## Vorwort der KTQ®

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

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

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

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

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

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- 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® gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft. Auf Grund des positiven

---

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

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

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

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

Wir freuen uns, dass das **SRH Zentralklinikum Suhl** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter [www.ktq.de](http://www.ktq.de) abrufbar.

**Dr. med. G. Jonitz**

Für die  
Bundesärztekammer

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

Für die Deutsche  
Krankenhausgesellschaft

**S. Wöhrmann**

Für die Verbände der  
Kranken- und  
Pflegekassen auf  
Bundesebene

**A. Westerfellhaus**

Für den Deutschen  
Pflegerat

## Vorwort der Einrichtung

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

wir freuen uns, Ihnen heute den KTQ-Qualitätsbericht des SRH Zentralklinikums offen und transparent zu präsentieren. Drei intensive Jahre struktureller und medizinischer Weiterentwicklung unseres Klinikums liegen hinter uns.

Jährlich werden in unserem Klinikum ca. 30.000 stationäre und 35.000 ambulante Patienten behandelt. In unserem Bettenhaus können wir unseren Patienten komfortable 2-Bettzimmer mit jeweils eigener Nasszelle anbieten. Alle Betten sind seit 2016 neu und vollelektrisch verstellbar, jeder Bettenstellplatz verfügt über einen neuen hochmodernen Touchscreen-Monitor mit den kostenloser Festnetztelefonie, Internet, TV und Radio.



Unsere über 1.100 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in 19 Fachabteilungen leisten Außerordentliches bei der medizinischen Versorgung. Als größte Einrichtung der medizinischen Schwerpunktversorgung in Südthüringen treffen wir alle Entscheidungen und Maßnahmen mit dem einen Ziel, die Bürger unserer Region, aber auch darüber hinaus, kompetent, medizinisch und pflegerisch auf dem neuesten Stand und mit höchstem qualitativen Niveau versorgen zu können. Gemäß unserem Leitbild zeichnen wir uns durch Patientensicherheit, Transparenz und messbare Qualität aus.



Gerne haben wir uns daher erneut zur Überprüfung unserer Qualität nach dem KTQ-Verfahren entschlossen und stellen Ihnen nachfolgend unser Klinikum offen und transparent vor.

Suhl, Dezember 2016

Ihr



Dr. Uwe Leder

# Die KTQ-Kategorien

## 1 Patientenorientierung

### 1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Patienten und Einweiser können sich im Vorfeld über das Klinikum, seine Leistungen und Spezifika, durch Flyer und über das Internet informieren. Terminabsprachen finden zwischen dem einweisenden Arzt, dem Patienten und der zentralen medizinischen Aufnahme statt, wobei die Wünsche der Patienten möglichst berücksichtigt werden. Die Aufnahme von Notfällen ist rund um die Uhr gewährleistet. Das Klinikum ist durch öffentliche Verkehrsmittel zu erreichen, für Autofahrer stehen ausreichend Parkplätze zur Verfügung, die Anfahrt zum Klinikum ist ausgeschildert.

### 1.1.2 Leitlinien und Standards

In unseren Kliniken wird nach abteilungsspezifischen und klinikübergreifenden Leitlinien, sowie nach anerkannten Evidenz basierende Leitlinien der Fachgesellschaften gearbeitet. Es wurden entsprechende Pflegestandards und ärztliche Standards für die häufigsten Krankheitsbilder erarbeitet, die in der täglichen Behandlung zur Anwendung kommen.

### 1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Grundlegendes Ziel unserer Bestrebungen in Hinblick auf die Information und Beteiligung des Patienten ist die Wahrung der Patientenrechte auf Grundlage des Patientenrechtegesetzes. Mit dem Patienten wird ein Behandlungs- und Therapieplan erstellt und diagnostische Maßnahmen besprochen. Für Patienten wird Informationsmaterialien wie Broschüren und Flyer zur Verfügung gestellt. Jeder Patient erhält eine Kopie der Aufklärungsunterlagen. Eine regelmäßige Befragung unserer Patienten wird durchgeführt.

### 1.1.4 Ernährung und Service

In unserem Klinikum stehen den Patienten und Besuchern neben verschiedenen Aufenthaltsräumen, die Cafeteria, ein kleines Kaffee im Foyer sowie der Raum der Stille zum Verweilen zur Verfügung. Unsere Ein- und Zweibettpatientenzimmer sind modern und behindertengerecht eingerichtet.

Ein differenzierter Menüplan bietet die Möglichkeit auf Basis eines Komponentensystems, den individuellen Bedürfnissen der Patienten und der Behandlung gerecht zu werden. Grundsätzlich kann zwischen 3 Menüs gewählt werden. Die Speisen werden täglich frisch in unserer Klinikküche zubereitet. Spezielle Wünsche werden berücksichtigt und mit Fachpersonal im Rahmen der Diätberatung- und Ernährungsberatung abgestimmt. Für die Kinderstation steht eine spezielle Kinderkarte zur Verfügung.

### 1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

In der Notaufnahme halten wir 24 Stunden qualifiziertes Personal bereit, um schnellstmöglich alle notwendigen medizinischen Maßnahmen zu ergreifen. Geplante Aufnahmen und Notaufnahmen werden separat aufgenommen. Für zeitkritische Fälle liegen Handlungspläne vor, die die Abläufe beschleunigen. Abhängig vom Krankheitsbild erfolgt eine Priorisierung nach Dringlichkeit der Behandlungsschritte unter Hinzuziehung von Fachärzten. Patienten werden über mögliche Wartezeiten informiert. Dazu arbeiten wir auch eng mit dem Rettungsdienst zusammen.



### 1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung

Die Patienten werden im SRH Zentralklinikum ganztägig durch Fachärzte versorgt. Eine hochwertige Betreuung ist durch den Einsatz von qualifiziertem Personal und hochmoderner Technik gegeben. Die Ärzte des Klinikums arbeiten nach den neusten Erkenntnissen der Medizin. Die Medikamentenverordnungen sind dem aktuellen Stand der Wissenschaft angepasst. Zur Schmerztherapie der stationären Patienten wird von der anästhesiologischen Abteilung ein schmerztherapeutischer Dienst (Konsiliardienst) vorgehalten, der ein multimodales Schmerztherapiekonzept umsetzt.

### 1.3.2 Ambulante Operationen

Es werden ambulante Operationen verschiedener Fachrichtungen angeboten. Im Rahmen der prästationären Vorbereitung erfolgen die Bewertung von Risiken und Lebensumständen, die Voruntersuchungen und Aufklärung der Patienten. Gemeinsam mit dem Patienten erfolgt die Abstimmung des Operation-Termins. Der Patient erhält ein Merkblatt mit den Kontaktdaten der Klinik und wichtigen Hinweisen. Zur Entlassung erhält der Patient einen Arztbrief oder Kurzbrief und die erforderliche Akutmedizin ausgehändigt.

### 1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung

Von der stationären Aufnahme über die Planung der Diagnostik und Therapie bis zur Entlassung beinhaltet die Planung der Diagnostik und Therapie berufsgruppenüberschreitende Festlegungen, die sich an Standards und Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften orientieren. Die Planungen schließen die Sicherung des Facharztstandards ein. Die Verwendung von Vorbefunden ist klar geregelt. Alle Befunde und die Therapieplanung werden in einer einheitlich strukturierten Patientenakte dokumentiert.

### 1.4.2 Therapeutische Prozesse

Therapeutische Prozesse resultieren aus dem zu behandelnden Krankheitsbild und dem Status ob es sich um eine elektive stationäre Behandlungsmaßnahme oder um eine Notfallbehandlung handelt. Die Indikation zu einer therapeutischen Maßnahme wird immer durch einen Facharzt gestellt. Standards und Behandlungspfade beschreiben den Prozess einer hochwertigen Behandlung. Risiken wie Sturz und Dekubitus, Kontinenz/Inkontinenz, pflegerische Selbständigkeit (Barthel-Index) werden verbindlich erfasst. Die Versorgung mit Medikamenten ist umfassend geregelt und durch die hauseigene Apotheke sichergestellt.

### 1.4.3 Operative Prozesse

Die Behandlung erfolgt unter individueller Betrachtung des Patienten anhand bestehender klinikinterner schriftlicher Regelungen. So existieren Behandlungspfade, Leitlinien, pflegerische Standards und fachübergreifend Richtlinien, interne Therapieschemata und Diagnosestandards. Die Indikation zu einer Operation oder invasive und nichtinvasive Maßnahmen werden immer durch einen Facharzt, Oberarzt oder Chefarzt gestellt oder geprüft. Alle erforderlichen Daten werden durch die speziellen EDV-Systeme übermittelt. Externe Qualitätssicherung wird genutzt, indem BQS-Daten konzernintern und extern verglichen werden (Benchmark).

### 1.4.4 Visite

Für die Visiten gibt es definierte Zeiten in den Kliniken. Der Facharztstandard ist gewährleistet. In unterschiedlicher Beteiligung der Berufsgruppen finden abteilungsspezifische Visiten mit gemeinsamen Festlegungen und Überprüfungen der



laufenden Behandlungen statt. Die Visitenzeiten sind dem Personal und dem Patienten bekannt. Die Visite wird vom Pflegepersonal begleitet. Handlungsrelevante Ergebnisse werden auf speziellen Dokumentationsblättern in der Patientenakte vermerkt. Es finden Befragungen zur Zufriedenheit der Patienten mit der Visite statt.

#### 1.5.1 Entlassungsprozess

Der Übergang in andere Versorgungsbereiche erfolgt nach einer vorgegebenen Prozedur. Die Integration und Information des Patienten und ggf. seiner Angehörigen wird hierbei gewährleistet. Eine bereits bei Aufnahme stattfindende Entlassungsplanung unter Einbeziehung des Sozialdienstes und der Überleitungspflege, stellen eine zeitnahe und adäquate Entlassung bzw. Verlegung der Patienten sicher. Ein strukturiertes hausweites pflegerisches Überleitungsmanagement wurde etabliert. Ebenfalls bestehen Kooperationen mit verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen.

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

Sterbende werden mit Würde und Respekt behandelt. An oberster Stelle steht die Schmerzfreiheit. Jeder Sterbende hat das Recht auf ein Einzelzimmer. Auf Wunsch des Sterbenden bzw. dessen Angehörigen werden die Klinikseelsorge, Psychoonkologen oder ausgebildete Palliativschwestern mit einbezogen. Auch die Unterstützung durch den Suhler Hospizdienst, als Sitzwachendienst ist möglich. In regelmäßigen Gesprächen mit der Klinikseelsorge, wird der Umgang mit Sterbenden reflektiert.

#### 1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Angehörige können in Ruhe von ihren Verstorbenen Abschied nehmen. Der Verstorbene wird entsprechend, unter Rücksichtnahme der Menschenwürde und Religion, nach einem Pflegestandard versorgt. Auf der Palliativstation finden 2mal jährlich Gedenkfeiern für die Verstorbenen statt. Bei Tot- und Fehlgeburten werden die Eltern über Bestattungspflichten und -möglichkeiten hingewiesen. Durch die Mitarbeiter der geburtsmedizinischen Abteilung werden betroffene Eltern über mögliche interne und externe Unterstützungs- und Beratungsangebote informiert.

## 2 Mitarbeiterorientierung

#### 2.1.1 Personalbedarf

Die leistungsbezogene Personalplanung wurde etabliert und erfolgt anhand von Kennzahlen. Der Erfolgsplan bildet die Grundlage für die zukünftige Personalplanung. Bei Leistungs- und Strukturveränderungen werden Personalbedarfsermittlungen durchgeführt. Monatliche Statistiken zur Planung des Personalbedarfs werden erhoben.

#### 2.1.2 Personalentwicklung

In den vorliegenden Funktions- und Stellenbeschreibungen ist die für die Leistungserbringung erforderliche Qualifikation festgelegt. Bei leitenden Mitarbeitern sind Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten Bestandteile des Anstellungsvertrages. In allen Bereichen erfolgen Qualifikationen, erworbene Nachweise werden in der Personalakte hinterlegt. Die Betriebsvereinbarung zum Führen strukturierter Mitarbeitergespräche liegt dem Betriebsrat vor. Bisher werden Mitarbeitergespräche anlassbezogen und auf Wunsch von Mitarbeitern geführt. Zielvereinbarungsgespräche zwischen Geschäftsführung, Chefärzten und leitenden Mitarbeitern werden jährlich geführt.

### 2.1.3 Einarbeitung

Neue Mitarbeiter erhalten bei der Einstellung eine Informationsmappe, die Ihnen Organisationsstrukturen der Klinik und allgemeine Informationen zum SRH-Konzern vermittelt.

Im pflege- und ärztlichen Dienst existieren individuell auf den Bereich abgestimmte Einarbeitungskonzepte. In zertifizierten Bereichen gibt es strukturierte Einarbeitungskonzepte. Im ärztlichen Dienst und Pflegedienst wird die Einarbeitung der Mitarbeiter durch Mentoren begleitet.

### 2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Die angegliederten Ausbildungsstätten der Klinik leisten eine Theorie-Praxis- Vernetzung und bereiten Mitarbeiter angemessen auf ihre Tätigkeiten im Rahmen der Patientenbetreuung vor. Fünf Praxisanleiter im Bereich der Grundkrankenpflege stehen für den Wissenstransfer und die praktische Begleitung vor Ort zur Verfügung. Im ärztlichen Dienst werden die auszubildenden Studenten unter Leitung des Chefarztes und durch Mentoren auf die Tätigkeiten in der Patientenversorgung vorbereitet. Den Mitarbeiter stehen Fachliteratur, Fachzeitschriften, lose Blattsammlungen sowie Internet und Intranet zur Verfügung. Die interne Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter im Pflege- und Funktionsdienst erfolgt anhand des jährlich erstellten Fortbildungskalenders. In den medizinischen Fachabteilungen bestehen klinikinterne Jahrespläne zur Fortbildung der Ärzte. Die Facharztausbildung erfolgt durch ein modulares Fort- und Weiterbildungsprogramm der SRH Kliniken und wird durch Mentoren in jeder Klinik begleitet. Führungskräfte werden berufsübergreifend durch Führungskräftemeetings der Geschäftsführung und durch die Teilnahme an modularen Seminaren der SRH Kliniken GmbH geschult.

### 2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance

Im Klinikum ist ein elektronisches Dienstplansystem für alle Dienstarten eingeführt. Mitarbeiterwünsche werden bei der Dienstplanerstellung berücksichtigt. Änderungen von Arbeitszeiten und zuschlagspflichtige Zeiten werden durch standardisierte Formulare erfasst und zur Abrechnung gebracht.

### 2.1.6 Ideenmanagement

Die Betriebsvereinbarung zum Betrieblichen Vorschlagswesen regelt den Umgang und die Kriterien zur Beurteilung von Mitarbeitervorschlägen. Mitarbeiterbeschwerden werden erfasst und durch Geschäftsführung, Abteilungsleiter und Betriebsrat bearbeitet. In 2015 wurden über 170 Vorschläge eingereicht, davon wurden über 120 prämiert.

## 3 Sicherheit - Risikomanagement

### 3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements

Das Klinikum besitzt ein funktionierendes Risikomanagement. Darunter werden finanzielle als auch klinische Risiken verstanden. Anhand eines monatlichen finanziellen Berichtswesens unter Abwägung aller wirtschaftlichen Risiken trägt die Geschäftsführung Sorge, dass der Gesellschaft keine unvorhergesehenen wirtschaftlichen Schäden entstehen. Sogenannte „Beinahefehler“ im Rahmen der medizinischen Krankenhausbehandlung wird im CIRS-Berichtswesen aufgenommen, ausgewertet und gegengesteuert.

### 3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung

In den Bereichen der Kinder-, Kinderintensiv- und Neugeborenenstationen, als auch in den geschleusten Bereichen wie zum Beispiel der Intensivtherapie, bestehen technische Zugangsbeschränkungen. Besondere Patientengruppen werden durch die Präsenz der Schwestern und Ärzte entsprechend beaufsichtigt. Mitarbeiter eines Sicherheitsdienstes überwachen alle Bereiche und Anlagen des SRH Zentralklinikums Suhl. Der Expertenstandard Sturz ist etabliert. Auswertungen unter Beteiligung des Chefapothekers wegen medikamentenassozierten Stürzen erfolgen regelmäßig.

### 3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement

Im Klinikum existiert ein standardisiertes Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement, alle Abläufe sind in einer Verfahrensanweisung geregelt. Notfallkoffer mit standardisierter Ausstattung werden vorgehalten. Die Notfallversorgung im Klinikgelände und in den Funktionsbereichen erfolgt durch ein Notfallteam (außer Notfallaufnahme). Fortbildungen zum Notfallmanagement inklusive Reanimationsübung finden jährlich als Pflichtweiterbildung statt.

### 3.1.4 Organisation der Hygiene

Das Hygienemanagement ist nach den aktuellen gesetzlichen Vorgaben und Richtlinien aufgebaut. Ein interner Krankenhaushygieniker stellt mit den Hygienefachkräften innerhalb des SRH Zentralklinikums Suhl die Umsetzung und Einhaltung der einschlägigen Vorgaben und Richtlinien sicher. Der Hygieneplan mit entsprechenden Regelungen und Informationen liegt im Dokumentationsordner und im Intranet des Hauses vor und wird ständig aktualisiert.

### 3.1.5 Hygienerrelevante Daten, Infektionsmanagement

Hygienische Maßnahmen sind in Form von Isolationsrichtlinien, Hygieneplänen und Arbeitsanweisungen vorhanden. Die Hygieneanweisungen werden nach gesetzlichen Vorgaben, Arbeitsschutzvorgaben, evidenzbasierter Literatur sowie ggf. neuen Empfehlungen des Robert Koch Institutes aktualisiert. Es finden Schulungen zu hygienesichernden Maßnahmen statt. Alle neuen Mitarbeiter erhalten eine berufsgruppenspezifische Einweisung in die Krankenhaushygiene. Die Meldung gesetzlich relevanter Infektion ist geregelt. Das Verfahren ist im Hygieneplan des SRH Zentralklinikums Suhl beschrieben. Hygienerrelevante Daten werden durch die Hygienefachkraft erfasst und in der Hygienekommission besprochen, um bei Bedarf Verbesserungen zu erzielen.

### 3.1.6 Arzneimittel

Im Klinikum werden alle relevanten Sicherheitsbereiche (Informations-, Verordnungs-, Anwendungs- und Produktsicherheit) in Bezug auf die Medikation u.a. durch den Einsatz einer elektronischen Verordnungsunterstützung (Rp-Doc®: periphere Stationen) und des Integrated Care Manager (ICM: Intensivstation, Neonatologie, Kinderkliniken) sowie durch zentrale Herstellung bestimmter applikationsfertiger Lösungen erhöht. Innerhalb der elektronischen Arzneimitteltherapiesicherheits-Prüfung werden Interaktionen und Dosisanpassungen berücksichtigt. Die Apotheke unterstützt u.a. bei der Eingabe und Umstellung der Hausarztmedikation.

### 3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin

Die Anwendung von Blut- und Blutprodukten ist durch das Qualitätsmanagementhandbuch Bluttransfusion im Organisationshandbuch des Klinikums geregelt und an den aktuellen Stand angepasst. Die organisatorischen Strukturen (Transfusionskommission,

Transfusionsverantwortlicher, Transfusionsbeauftragte der Kliniken, Qualitätsbeauftragter Hämotherapie) sind eingerichtet. Regelmäßige Schulungen aller betroffenen Mitarbeiter zur Anwendung von Blut- und Blutprodukten werden durchgeführt. Ziele für die Anwendung wie z.B. gesicherte Hämotherapie, Reduzierung von Zwischenfällen, Reduzierung des Verfalls von Blutprodukten sind definiert.

### 3.1.8 Medizinprodukte

Die Geschäftsführung bestellt schriftlich die MPG- Verantwortlichen, diese nehmen die Pflichten des Betreibers für den Aufgabenbereich wahr, für den sie das Anordnungsrecht besitzen und soweit nicht bestimmte Pflichten und Aufgaben durch diese Organisationsanweisung anderweitig zugeordnet sind. Der MPG- Verantwortliche ist für die Ernennung geeigneter „beauftragter Personen“ als Medizinproduktebeauftragte verantwortlich. Das Verfahren ist im Organisationsbuch des Hauses als Dienstanweisung hinterlegt und jedem Mitarbeiter zugänglich.

### 3.2.1 Arbeitsschutz

Der Arbeitsschutz wird durch eine Fachkraft für Arbeitssicherheit unter Zuhilfenahme des betriebsärztlichen Dienstes sichergestellt. Die Aufgaben erfolgen nach den Forderungen des Arbeitsschutzgesetzes. Die operativen Tätigkeiten werden mit den Sicherheitsbeauftragten und den Leitern der jeweiligen Bereiche abgestimmt. In dem Arbeitsschutzausschuss, unter Leitung der Geschäftsführung werden entsprechende Maßnahmen zum Schutz der Mitarbeiter eingeleitet. Es finden gesetzlich geforderte Unterweisungen statt und werden durch die Leiter, Sicherheitsbeauftragten sowie Sicherheitsfachkraft durchgeführt.

### 3.2.2 Brandschutz

Die Einhaltung der Maßnahmen und Richtlinien des Brandschutzes dienen der Sicherheit aller Menschen im Klinikum. Im Rahmen der Abteilungsbegehungen werden brandschutzrelevante Kriterien berücksichtigt und die Mitarbeiter durch die Beauftragten des Arbeits- und Brandschutzes unterwiesen. Alle Bereiche des SRH Zentralklinikums Suhl verfügen über aktuelle Flucht- und Rettungswegpläne. Im Rahmen der Abteilungsbegehungen werden unter anderem brandschutzrelevante Kriterien geprüft, dokumentiert und Maßnahmen zur besseren Gestaltung festgelegt.

### 3.2.3 Datenschutz

Für die Gesellschaft ist ein Datenschutzbeauftragter bestellt.. Es existiert ein Datenschutzkonzept. Durchführungshinweise, Richtlinien und Weisungen sind im Intranet, im Datenschutzportal und im Organisationshandbuch abgebildet. Jede Person, die in einem Vertragsverhältnis zur Gesellschaft steht, wird entsprechend §5 BDSG schriftlich verpflichtet. Zugriffe auf personenbezogene Daten sind in Berechtigungskonzepten geregelt. Die Sparte IT wird durch einen Dienstleister übernommen. Es besteht ein Vertragsverhältnis mit Datenverarbeitung im Auftrag nach §11 BDSG.

### 3.2.4 Umweltschutz

Vielfältige Maßnahmen in medizinischen und technischen Bereichen tragen zur Senkung der Umweltbelastung durch das Klinikum bei. Der Umweltschutzgedanke bei den Klinikmitarbeitern wird in Schulungen und Unterweisungen manifestiert. Zur Umsetzung ist das Entsorgungskonzept im Organisationshandbuch eingestellt. Ein Betriebsbeauftragter für Abfall wurde bestellt.

### 3.2.5 Katastrophenschutz

Es existiert ein aktuelles Notfallmanagement welches bei Bedarf zum Einsatz kommt. Es ist mit den Institutionen der örtlichen Feuerwehr, des Katastrophenschutzamtes sowie mit der Krankenhauseinsatzleitung und verschiedene Leiter des Klinikums abgestimmt. Grundlage sind die Hinweise des Thüringer Innenministeriums. Die Klinik ist in den Katastrophenschutz nach Landesrecht eingebunden, das heißt, das Krankenhaus ist zur Aufnahme von Notfallpatienten bei Großschadensereignissen verpflichtet. Es werden Übungen mit der Feuerwehr durchgeführt.

### 3.2.6 Ausfall von Systemen

Der Alarm- und Einsatzplan ist im Organisationshandbuch und ausfallsicher in Papierform hinterlegt und regelt das Vorgehen und die Verantwortlichkeiten. Ausfälle technischer Einrichtungen werden umgehend an den diensthabenden Technik- Mitarbeiter weitergeleitet, der per Rufbereitschaft erreichbar ist. Der Wiederaufbau der Informationstechnologie bei Ausfall wird regelmäßig vorbeugend getestet. Bei Stromausfall springt automatisch das Notstromaggregat ein, das Umschalten auf Notstrom wird einmal pro Monat getestet.

## 4 Informations- und Kommunikationswesen

### 4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Die weitgehende Verwendung der elektronischen Patientenakte ist umgesetzte Konzernstrategie. Die medizinischen Subsysteme liefern ihre Informationen direkt in die elektronische Patientenakte oder ein Bildarchiv. Nicht vermeidbare Papierdokumente werden strukturiert gesammelt und nach Fallabschluss digitalisiert in das Dokumentenmanagementsystem übergeben. Durch Überführung der elektronischen Dokumente erfolgt die Zusammenfassung aller Informationen an zentraler Stelle. Der Zugriff auf die elektronische Akte und das Dokumentenmanagementsystem ist durch ein Zugriffskonzept geregelt. Alle Systeme sind für hohe Verfügbarkeit ausgelegt.

### 4.2.1 Klinische Dokumentation

Für jeden stationären Aufenthalt erfolgt die Neuanlage sowohl einer digitalen als auch einer papiergebundenen Fallakte. Die Regeln für die Erfassung, Führung, Dokumentation und Archivierung der Patientendaten sind in den entsprechenden Organisationsanweisungen festgelegt. Die Dokumentation erfolgt zunehmend in der digitalen Form. Papiergebundene Dokumente werden nach Fallabschluss gescannt und dem digitalen Archiv hinzugefügt.

### 4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

Über das KIS (ORBIS und Subsysteme) ist ein nutzerbezogener Zugang zu allen elektronisch verfügbaren Daten möglich (24h/7d). Das Archivprogramm „Hyd-Media“ bietet den vollständigen elektronischen Zugriff auf alle Akten seit 2010. Bei vorherigem Aufenthalt

erfolgt der Zugriff auf die patientenbezogene Papierakte per Anforderung zur Digitalisierung. Mit Einführung des KIS wurden die Zugriffsregelungen auf Patientendaten durch ein den datenschutzrechtlichen Vorgaben entsprechendes Berechtigungskonzept sichergestellt.

#### 4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Alle Maßnahmen werden von der Krankenhausführung geplant und in den Leitungsgremien dargelegt und verabschiedet. Die Geschäftsleitung wird in stattfindenden Leitungsbesprechungen über aktuelle Themen sowie über den Fortschritt eingeleiteter Maßnahmen und Projekte informiert. Projektveranstaltungen werden durch die Geschäftsführung wahrgenommen. Durch Managementberatungen wird die Geschäftsleitung durch die Führungskräfte aller Bereiche des Klinikums über die aktuellen Themen informiert.

#### 4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Zentrale Auskunftsstelle der Klinik ist die Rezeption im Empfangsbereich. Die Mitarbeiter des Empfangs haben Zugriff auf wesentliche Informationen wie z.B. Bereitschaftsdienste, Informationen zu Notfallmaßnahmen, Erreichbarkeit der diensthabenden Mitarbeiter und wichtige Telefonnummern. Die Informationsweitergabe erfolgt nach bestehender Informationspflicht in Verantwortung der Führungskräfte. Es existieren hierarchie- und berufsgruppenübergreifende Kommunikationsstrukturen, um alle Mitarbeiter zu erreichen. Ergebnisse werden schriftlich fixiert, notwendige Maßnahmen mit Verantwortlichkeiten abgeleitet sowie die Überprüfung und Bewertung der Zielerreichung vorgenommen. Ein ständig zugängliches Informationsangebot wird allen Mitarbeitern über EDV-Lösungen zur Verfügung gestellt.

### 5 Unternehmensführung

#### 5.1.1 Philosophie/Leitbild

Die Visionen, Werte und Ziele der SRH Zentralklinikum Suhl GmbH werden durch den Träger, die SRH Holding bzw. den Gesellschafter, die SRH Kliniken GmbH, definiert. Für alle Mitarbeiter der gemeinnützigen SRH Stiftung sind sechs Unternehmenswerte verpflichtend und gleichzeitig Bestandteil des Dienstvertrages. Diese Werte wurden einrichtungsübergreifend auf SRH-Gesamtführungskräftekonferenzen kommuniziert. Das Leitbild des Klinikums wurde im Zuge der Einführung eines einheitlichen Leitbildes aller SRH-Kliniken im Jahr 2013 unter Mitarbeit der Führungskräfte angepasst

#### 5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Die Geschäftsführung hat erkannt, dass der Unternehmenserfolg wesentlich davon abhängig ist, dass die Mitarbeiter zielgerichtet, eigenverantwortlich und kooperativ an der Verwirklichung der Unternehmensziele mitwirken. Die Umsetzung des Betrieblichen Vorschlagswesens trägt mit der Prämierung von Mitarbeiterideen ebenfalls zur Vertrauensförderung im Unternehmen bei. Die Krankenhausleitung setzt vertrauensfördernde Maßnahmen ein, indem sie die Ergebnisse von Sitzungen, Kommissionen und Gremien auf unterschiedlichste Weise den Mitarbeitern offen legt und die Mitarbeiter aktiv in die Entscheidungsprozesse mit einbezieht.

#### 5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Wir sind als gemeinnütziges Krankenhausunternehmen ethischen Grundsätzen verpflichtet. Die Grundsätze betreffen alle Dienstleistungen an Patienten, die Gestaltung organisatorischer Abläufe, die Kommunikation zwischen Mitarbeitenden aller Abteilungen



sowie das Führungsverhalten aller Ebenen. Das Leitbild des Krankenhauses spiegelt dies in allen seinen Punkten wider. Zur Umsetzung von ethischen Grundsätzen sowie zur Klärung von ethischen Fragestellungen existiert in der Einrichtung ein Ethikkomitee. Dieses ist berufsgruppenübergreifend besetzt. Ergänzend hierzu steht die Klinikseelsorge rund um die Uhr zur Verfügung, um sich für konkrete ethische Anliegen von Patienten und Angehörigen einzusetzen. Im Klinikum werden ethische Problemstellungen berücksichtigt. Es existiert am Klinikum neben einem berufsübergreifenden Ethikkomitee, eine Hospizgruppe am Tumorzentrum e.V. sowie diverse Selbsthilfegruppen. Die Krankenhausseelsorge wird bei ethischen Problemstellungen zu Rate gezogen.

#### 5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Marketing ist strategisches Instrument der Unternehmensführung. Die externe Kommunikation mit Medienvertretern und sonstigen Interessenten wird von der Stabsstelle für Marketing und Öffentlichkeitsarbeit in enger Abstimmung mit der Geschäftsführung koordiniert. Der mediale Auftritt des Klinikums orientiert sich an dem Corporate Design des SRH Konzerns und verfolgt die Ziele Klinikums offen und transparent gegenüber der Öffentlichkeit zu agieren und zu informieren. Ziel ist die Positionierung der Einrichtung bei niedergelassenen Ärzten, Kooperationspartnern, Kostenträgern und Bevölkerung sowie die Entwicklung von Image und Bekanntheitsgrad. Die Entwicklung des Klinikums zu einem umfassenden regionalen Gesundheitsanbieter ist strategisches Unternehmensziel und wird durch zielgerichtete, strukturierte, planmäßige und interessengruppenorientierte Maßnahmen realisiert. Die Information der Öffentlichkeit erfolgt über Tages- und Wochenpresse, die Quartalszeitung "Gesundheit" und Zuweiser-Informationen.

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

Die strukturierte Zielplanung wird jährlich aktualisiert und mit der Konzernzentrale abgestimmt. Die Erstellung der Zielplanung erfolgt durch die Geschäftsführung in Abstimmung mit den Führungskräften. Im Vordergrund der Planungen stehen die Sicherung des Versorgungsauftrages und die qualitative Verbesserung des medizinischen Versorgungsangebotes für die Bevölkerung der Region Südthüringen. Die interne Budgetierung wird mit den Verantwortlichen ausführlich besprochen. Basis dafür sind Daten des Vorjahres und Erkenntnisse zu Gesetzes- oder Marktveränderungen. Als übergeordnetes Planungsinstrument wird das Budget in den Erfolgsplan integriert. Veränderungen werden im monatlichen Berichtswesen erfasst.

#### 5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement

Das Klinikum besitzt ein funktionierendes Risikomanagement. Anhand eines monatlichen finanziellen Berichtswesens unter Abwägung aller wirtschaftlichen Risiken trägt die Geschäftsführung Sorge, dass der Gesellschaft keine unvorhergesehenen wirtschaftlichen Schäden entstehen. Im Rahmen des finanziellen Risikomanagements beraten wöchentlich Geschäftsführung, Prokuristen und Handlungsbevollmächtigte in der Lagebesprechung.

#### 5.2.3 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Das Klinikum pflegt Kontakte zu allen Partnern, die für die Ausführung des Kernprozesses und unterstützenden Prozesse der Patientenversorgung wichtig sind und die Zusammenarbeit mit uns suchen. Darüber hinaus gestaltet das Klinikum aktiv Kooperationsbeziehungen mit medizinischen und pflegerischen Einrichtungen, die eine wichtige Rolle in der Versorgung der Patienten spielen (Haus-, Fachärzte, andere Kliniken, Dialyse- und Reha-Einrichtungen, Pflegeeinrichtungen, ambulante Dienste,



Hilfsmittelversorger etc.). Die gesellschaftliche Stellung als großes Sozialunternehmen nimmt das Klinikum ebenso wahr.

### 5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

Die Organisationsstruktur des Klinikums ist in Organigrammen abgebildet, welche im Intranet für jeden Mitarbeiter einsehbar sind. Bei Veränderungen der Organisationsstruktur oder der Personen wird das Organigramm zeitnah durch die Abteilung Qualitätsmanagement in Abstimmung mit der Geschäftsführung aktualisiert. Die Geschäftsführung hat eine Alleinvertretungsberechtigung. Bei Abwesenheit des Geschäftsführers gibt es transparente Regelungen in Bezug auf dessen Vertretung durch benannte Prokuristen und Handlungsbevollmächtigte.

### 5.3.2 Innovation und Wissensmanagement

Das Klinikum legt den Schwerpunkt im Bereich Innovation auf seine Kernkompetenz, die medizinische Versorgung der Patienten und in die Mitarbeiter, die die komplexen Leistungen an den Patienten mit höchster Kompetenz erbringen sollen. Die Maßnahmen zum Wissens- und Innovationsmanagement werden jeweils projektbezogen geplant und umgesetzt. Projekte werden generell interprofessionell geplant, vorbereitet, umgesetzt und evaluiert. Wir betreiben eine zukunftsgerichtete Organisations- und Teamentwicklung. Das Klinikum versteht sich als eine lernende Organisation. Jedem Mitarbeiter steht das für die tägliche Arbeit notwendige Wissen im Intranet, Behandlungspfaden, Leitlinien, Fachzeitschriften und Onlinebibliotheken zur Verfügung.

## 6 Qualitätsmanagement

### 6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Der Geschäftsführer ist für die Planung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements verantwortlich. In der Umsetzung der Qualitätspolitik wird der Geschäftsführer durch den Qualitätsmanagementbeauftragter (QMB) unterstützt. Auf Abteilungsebene sind jeweils Qualitätsbeauftragte, welche auch im Rahmen der externen Qualitätssicherung verantwortlich sind, benannt. Der QMB nimmt regelmäßig an Qualitätszirkeln der Zentren teil. Der QMB ist zentral gemeinsam mit den benannten Zentrumsleitern/Koordinatoren der Organzentren für Überwachungsaudits, Rezertifizierungen und Zertifizierungen neuer Organzentren verantwortlich.

### 6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung

Ausgehend von Kundenwünschen und Anforderungen werden die Prozesse über eine ständige Prozessoptimierung modifiziert. Prozesse, Verfahrens- und Arbeitsanweisungen, sowie weitere Vorgabedokumente sind im Organisationshandbuch, beschrieben. Ziel ist es, alle Prozesse am Behandlungsprozess auszurichten und ein interdisziplinäres, interprofessionelles Denken aller Mitarbeiter zu erzielen. Die kontinuierliche Überprüfung und Verbesserung bestehender Prozesse dient dazu, unsere Kunden (z.B. Patienten, Kostenträger, Einweiser, Mitarbeiter, Kooperationspartner, Lieferanten) durch funktionierende Abläufe zufriedenzustellen. Die Erstellung der Prozesse zur Erfüllung der Kundenanforderungen erfolgt interdisziplinär.

### 6.2.1 Patientenbefragung

Nach Festlegung des Konzerns werden mindestens alle drei Jahre in allen SRH-Kliniken externe standardisierte Patientenbefragungen begleitet durch ein Forschungsinstitut

durchgeführt. Ergänzend erfolgt eine interne Patientenbefragung mit quartalsweiser Auswertung, deren Ergebnisse den Mitarbeitern im Intranet jeweils aktuell zur Verfügung stehen. Die Auswertung erfolgt im Benchmark mit den SRH-Kliniken. Der Fragebogen prüft die Leitbildkonformität unserer Arbeit in den Kriterien Weiterempfehlung, Prozesse und Patientensicherheit. In den Organkrebszentren wird ein spezieller Fragebogen für Karzinompatienten angewendet. Die erhobenen Ergebnisse werden in der Qualitätspolitik des Klinikums berücksichtigt.

#### 6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Das Klinikum führt eine regelmäßige Befragung der zuweisenden Ärzte in Zusammenarbeit mit einem externen Forschungsinstitut durch. In Abstimmung auf Patienten- und Mitarbeiterbefragung wird eine Befragung mit Blick auf den Patienten durchgeführt. Die Ergebnisse werden in einer Veranstaltung präsentiert und im Intranet eingestellt. Die Befragung externer Einrichtungen wie ambulante und stationäre Pflegedienste erfolgt durch einen Feedbackbogen des Sozialdienstes und der Überleitungspflege.

#### 6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Unser Leitbild stellt Patientensicherheit, Transparenz und messbare Qualität in den Vordergrund. Deshalb wurde 2015 keine im klassischen Sinne "Mitarbeiter-Zufriedenheitsbefragung" sondern eine Mitarbeiterbefragung mit eigenem Blick auf Effizienz und Qualität der Kernprozesse durchgeführt. Eine umsetzungsorientierte Fragenauswahl bietet Ansatzpunkte zur Maßnahmenableitung. Die Befragung ermöglicht einerseits die Gegenüberstellung der Patienten- und Einweiser- Perspektive mit der Sichtweise der in den Prozess involvierten Mitarbeiter und andererseits ein Benchmarking zu relevanten Themen zwischen den SRH-Häusern und repräsentativen Benchmarkwerten. Die Mitarbeiterbefragung wird anonym durchgeführt und in einer Mitarbeiterversammlung vorgestellt.

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

Ein Beschwerdemanagementkonzept bildet die Grundlage und Handlungsanweisung, im Umgang mit Rückmeldungen und Beschwerden. Für die Bearbeitung der Beschwerden ist der QMB verantwortlich. Jeder Beschwerde wird nachgegangen und die betroffenen Stellen zur Stellungnahme aufgefordert. Eckpfeiler sind die zeitnahe Reaktion auf die Beschwerde und die Klärung mit dem Beschwerdeführer, sofern von diesem gewünscht. Außerdem können sich die Patienten an den unabhängigen Patientenfürsprecher wenden, mit dem eine enge Zusammenarbeit mit der Abteilung Qualitätsmanagement besteht. Konsequenzen und Maßnahmen werden mit der Fachabteilung und den Leitungsgremien besprochen und Verbesserungen umgesetzt.

#### 6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren

Im Klinikum wurde ein Konzept zur Erhebung u. Nutzung qualitätsrelevanter Daten etabliert. Die relevanten Daten werden in den Bereichen erfasst und analysiert. Die mit den Mitarbeitern besprochenen Ergebnisse dienen als Grundlage zu Verbesserungsmaßnahmen in den jeweiligen Bereichen. Alle entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen relevanten Daten zur externen Qualitätssicherung werden mit Hilfe einer Software im Krankenhausinformationssystem von den verantwortlichen Ärzten oder Pflegekräften dokumentiert. Die Ergebnisse werden in den Abteilungen diskutiert, analysiert und Verbesserungsmaßnahmen daraus abgeleitet.