



Asklepios Klinik Pasewalk



Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen

## KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

<b>Einrichtung:</b>	Asklepios Klinik Pasewalk
<b>Institutionskennzeichen:</b>	261300744
<b>Anschrift:</b>	Prenzlauer Chaussee 30 17309 Pasewalk
<b>Ist zertifiziert nach KTQ<sup>®</sup> mit der Zertifikatnummer: durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:</b>	2014-0070 KH WIESO CERT GmbH, Köln
<b>Gültig vom:</b>	08.12.2014
<b>    bis:</b>	07.012.2017

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b>	<b>5</b>
<b>Die KTQ-Kategorien</b>	<b>6</b>
1 Patientenorientierung	7
2 Mitarbeiterorientierung	10
3 Sicherheit	12
4 Informations- und Kommunikationswesen	15
5 Führung	17
6 Qualitätsmanagement	19

## 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), der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) und der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e. V. (HB). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

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

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

der Einrichtung beziehen.

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

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren® gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses

---

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

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

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009/2. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet im zweijährigen Turnus den strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

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

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

**Dr. med. G. Jonitz**

Für die Bundesärztekammer

**S. Wöhrmann**

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

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

Für die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

**A. Westerfellhaus**

Für den Deutschen Pflegerat

**Dr. med. M. Vogt**

Für den Hartmannbund

## Vorwort der Einrichtung

### Einleitung:

Die ASKLEPIOS Klinik Pasewalk ist ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung und befindet sich in landschaftlich reizvoller Lage am Rande der gleichnamigen Stadt in Mecklenburg-Vorpommern. Die Klinik verfügt über 313 stationäre Planbetten, die im Landeskrankenhausplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern fixiert sind. Schwerpunktabteilungen sind die Innere Medizin, Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie, Gynäkologie mit Geburtshilfe, Pädiatrie, Urologie, Anästhesie und Intensivmedizin, Frührehabilitation, Akutgeriatrie, Palliativmedizin, Neurologie/Neurogeriatrie sowie das Zentrum für Seelische Gesundheit.

Die technische Ausstattung der ASKLEPIOS Klinik Pasewalk orientiert sich am neuesten Stand der wissenschaftlichen Forschung, wobei insbesondere auf den routinemäßigen Einsatz der verschiedensten Ultraschallverfahren, Videoendoskopien sowie der vielfältigen Methoden der modernen Labor-diagnostik hinzuweisen ist.

Ein hauseigener Kernspintomograph steht parallel zu unserem Computertomographen zur Verfügung. Auf das Modernste ausgestattete OP-Säle garantieren eine optimale infrastrukturelle Absicherung unseres breit gefächerten OP-Spektrums.

Für physiotherapeutische Maßnahmen steht eine große krankengymnastische und physiotherapeutische Abteilung bereit, in der auch ambulante Behandlungen durchgeführt werden. Die reiche Auswahl an gruppenorientierten Angeboten trifft stets auf lebhaften Zuspruch. Darüber hinaus sind in der Klinik eine Praxis für Labormedizin, ein Institut für Röntgendiagnostik sowie eine Dialysepraxis etabliert.

Die kontinuierliche Aktualisierung des Fachwissens und der Fertigkeiten unserer Mitarbeiter wird durch regelmäßige interne und externe Schulungen sowie umfassende Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen gewährleistet. Zur Sicherung von hochqualifiziertem Nachwuchspersonal befindet sich auf dem Klinikgelände unsere Berufliche Schule. Die enge Zusammenarbeit zwischen der Berufsschule und unserer Klinik sichert eine hervorragende, praxisbezogene Ausbildung.

Um den Gesundheitsprozess zu fördern, möchten wir unseren Patienten durch ein freundliches Klima den Klinikaufenthalt so angenehm wie möglich gestalten. Von unserem Empfangsbereich mit kleinen gemütlichen Sitzgruppen können alle diagnostischen und therapeutischen Funktionsbereiche gut erreicht werden.

Um den Aufenthalt in der Klinik familienfreundlicher zu gestalten, stehen in den Bereichen der Palliativstation und der Geburtshilfe Familienzimmer zur Verfügung.

Zur Verbesserung der Versorgungsmöglichkeiten unserer Patienten ist ein Medizinisches Versorgungszentrum\* (MVZ) auf dem Klinikgelände etabliert. Hier befinden sich eine Praxis für Onkologie und Diabetologie, eine Praxis für Kinderheilkunde, eine Praxis für Frauenheilkunde, eine Praxis für HNO-Heilkunde, eine Praxis für Chirurgie sowie eine Praxis für Ärztliche Psychotherapie. Damit unterstützen wir die flächendeckende, wohnortnahe ambulante medizinische Versorgung durch niedergelassene Ärzte.

\* Nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

# Die KTQ-Kategorien

# 1 Patientenorientierung

## 1 Patientenorientierung

### 1.1 Rahmenbedingungen der Patientenversorgung

#### 1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Die Aufnahme unserer Patienten erfolgt unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse. In einem Aufnahmegespräch werden sie über ihren Aufenthalt in unserer Klinik informiert, zum Beispiel zu Räumlichkeiten, anstehende Untersuchungen, Wahlleistungen, Nutzung von Telefon und TV. Informationsflyer mit der Darstellung des Leistungsspektrums der Klinik stehen im Rezeptionsbereich und auf den Stationen zur Verfügung. Die Informationen zur Klinik sind ebenfalls auf der Klinikwebseite zu finden. Die Klinik ist mit dem PKW und öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar. Parkplätze stehen ausreichend zur Verfügung. Die Notfallaufnahme ist am Haupteingang ausgeschildert.

#### 1.1.2 Leitlinien

Leitlinien nach den Empfehlungen medizinischer Fachgesellschaften und berufsübergreifende klinik-eigene Standards sind die Grundlage unserer medizinischen Patientenversorgung. Sie werden bei Änderungen auf die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst. Diagnostik- und Therapie-richtlinien sind berufsübergreifend etabliert. Zusätzlich stehen Fachliteratur und Internetforen für Expertenmeinungen zur Verfügung.

#### 1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Die geplanten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie die Behandlungsziele werden im persönlichen Gespräch mit den Patienten besprochen. Die Eingriffs- und Risikoaufklärung wird durch standardisierte laienverständliche Aufklärungsbögen unterstützt, die in verschiedenen Sprachen vorgehalten werden. Patienten und Angehörige werden, ihren Bedürfnissen und ihrer Verfassung entsprechend, informiert und integriert. Geplante Maßnahmen werden mit Einverständnis der Patienten durchgeführt. Die Wahrung der Patientenrechte und der Selbstbestimmung werden beachtet.

#### 1.1.4 Service, Essen und Trinken

Der Aufenthaltsbereich an der Rezeption bietet ausreichend Sitzplätze, eine Kinderspielecke sowie Lesestoff und Info-Material. In direkter Nähe befindet sich die Cafeteria. Getränkeautomaten und Snacks stehen 24 h zur Verfügung.

Die Küche bietet wochentags die Wahl zwischen drei Kostarten. Am Wochenende werden ein Vollkost- und ein vegetarisches Menü angeboten. Frühstück und Abendbrot werden nach den Wünschen der Patienten individuell zusammengestellt. Besondere Wünsche und Erfordernisse, wie passierte Kost oder Wunschkost, werden berücksichtigt. Auf Wunsch bzw. ärztliche Anordnung besteht die Möglichkeit, einen Menüplan mit der Diätassistentin zu erstellen.

#### 1.1.5 Kooperationen

Die zur Sicherung der Patientenversorgung notwendige reibungslose Zusammenarbeit aller Berufsgruppen wird durch verschiedene interdisziplinäre Besprechungen und Visiten sichergestellt. Ein fachlicher Austausch erfolgt zudem über Ärztekonzferenzen und Teambesprechungen. Der Kontakt zu Selbsthilfegruppen wird über den Sozialdienst vermittelt.

## **1.2 Notfallaufnahme**

### **1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung**

Eine kompetente Versorgung von Notfällen ist rund um die Uhr gewährleistet. In der Notfallaufnahme erfolgen die Erstbehandlung durch Fachpersonal und die Einleitung notwendiger Diagnostik und Therapien.

## **1.3 Ambulante Versorgung**

### **1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung**

Die Versorgung ambulanter Patienten wird durch ein umfangreiches Angebot an Sprechstunden gewährleistet. Die Sprechstunden sind fest terminiert. Hierin erfolgen die Beratung der Patienten über diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die ambulante OP-Vorbereitung sowie die Prüfung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung.

### **1.3.2 Ambulante Operationen**

Die Terminabstimmung zur ambulanten Operation erfolgt telefonisch über die Sekretariate oder die Stationen der jeweiligen Fachabteilungen. Der Patient wird über abzusetzende Medikamente und Verhaltensregeln vor und nach der OP aufgeklärt. Zur sicheren Patientenidentifikation tragen alle Patienten zur Operation ein Patientenarmband. Im ambulanten Zentrum erfolgt die Patientenbetreuung durch examiniertes Pflegepersonal. Nach der Operation führen der Operateur oder Anästhesist die dokumentierte Abschlussuntersuchung durch und geben dem Patienten Hinweise zum weiteren Vorgehen.

## **1.4 Stationäre Versorgung**

### **1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung**

Unseren Patienten bieten wir eine optimale Behandlung unter Ausnutzung der zur Verfügung stehenden diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten. Der Behandlungsprozess verläuft anhand standardisierter Behandlungspläne und beinhaltet individuelle diagnostische, therapeutische und pflegerische Maßnahmen. In Abstimmung mit den Patienten werden die erforderlichen Schritte festgelegt und in zeitlich sinnvoller Abfolge durchgeführt. Qualifizierte Mitarbeiter, aktuelle Pflegestandards, Leitlinien der Fachgesellschaften, Verfahrensanweisungen und Konzepte sichern eine fachlich hochwertige Behandlung unserer Patienten.

### **1.4.2 Therapeutische Prozesse**

Verantwortlich für die Festlegung eines diagnosebezogenen Therapieprozesses ist der behandelnde Arzt. Therapien erfolgen geplant und interdisziplinär abgestimmt. Bei Bedarf werden Konsile durchgeführt. Das therapeutische Team ist multiprofessionell zusammengesetzt. Physio- und Ergotherapeuten, Masseur, Psychologen, Diätassistenten, Sozialarbeiter sowie die Seelsorge sind im Hause tätig.

### **1.4.3 Operative Verfahren**

Die Abläufe im OP sowie die OP-Koordination sind strukturiert festgelegt. Eine OP- und Anästhesiebereitschaft ist rund um die Uhr gewährleistet. Notfall-OP werden im laufenden OP-Programm mit Priorität berücksichtigt. Seit 2012 nimmt unsere Klinik an einem Projekt zur Verbesserung der Ergebnisqualität in der postoperativen Schmerztherapie teil.



#### **1.4.4 Visite**

In allen Fachbereichen finden täglich gemeinsame Visiten von Ärzten und Pflegepersonal statt. Sie dienen der Information aller am Behandlungsprozess Beteiligten und der Patienten über die Behandlungsplanung und den Behandlungsverlauf. In Abhängigkeit vom Krankheitsbild werden die Visiten von weiteren Fachexperten, wie Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Psychologin und Sozialdienst, begleitet.

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

Im Rahmen der prästationären Vorstellung werden die OP-Indikation gestellt und notwendige interdisziplinäre Voruntersuchungen durch den zuständigen Arzt geplant. Am Entlassungstag der stationären Behandlung wird mit dem Patienten bei Notwendigkeit ein Termin zur poststationären Vorstellung vereinbart, bei dem gezielte körperliche Untersuchungen durchgeführt und ggf. weitere medizinische Maßnahmen festgelegt werden. Die Vermittlung in die teilstationäre Behandlung erfolgt über den Hausarzt.

### **1.5 Übergang in andere Bereiche**

#### **1.5.1 Entlassung**

Der Patient wird durch das Pflegepersonal organisatorisch auf den Entlassungszeitpunkt vorbereitet und notwendige Maßnahmen, wie z.B. die Einschaltung des Sozialdienstes, Anmeldung zu Reha-Maßnahmen und Weitergabe der Anträge an Kostenträger, Terminvereinbarung für Weiterbehandlungen, Transportbestellung, Bereitstellung von Medikamenten zum Entlassungstag, Erstellung eines Arztbriefes ergriffen. Entlassungsgespräche werden mit dem Patienten geführt.

#### **1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung**

Der Sozialdienst übernimmt die Organisation der Weiterbehandlung, z.B. Vermittlung von Heimplätzen, Einleitung von Anschlussheilbehandlung und Reha-Behandlungen, Einschaltung von ambulanten Pflegediensten. Patientenbezogene Informationen, wie der Arztbrief an den weiterbehandelnden Arzt und der Pflegeüberleitungsbogen, werden schriftlich ausgetauscht.

### **1.6 Sterben und Tod**

#### **1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten**

Auf die Bedürfnisse sterbender Patienten und seiner Angehörigen wird in der pflegerischen Versorgung eingegangen. Speziell in Palliativ Care geschultes Personal steht dem Patienten und seinen Angehörigen zur Seite. Durch sie werden Angehörige auf Wunsch intensiv in die Sterbebegleitung einbezogen. Eine Sterbebegleitung ist durch Seelsorger bzw. der Klinikpsychologin gewährleistet.

#### **1.6.2 Umgang mit Verstorbenen**

Standards zum Umgang mit Verstorbenen und deren Angehörigen sind in einer Leitlinie verbindlich festgelegt und regeln alle zugehörigen Abläufe nach dem Tod des Patienten. Eine Abschiednahme findet immer unter Berücksichtigung der Intimsphäre in einem Einzelzimmer statt. Können Angehörige nicht zeitnah kommen, kann in einem extra dafür vorgesehenen Raum der Stille Abschied genommen werden.

## 2 Mitarbeiterorientierung

### 2 Mitarbeiterorientierung

#### 2.1 Personalplanung

##### 2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Die Personalplanung findet unter Berücksichtigung vereinbarter Leistungen sowie Leistungs- und Strukturveränderungen (z.B. neue Geschäftsfelder, neues Leistungsangebot) statt. Die Bedarfsermittlung erfolgt anhand von Richtwerten der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie deren Weiterentwicklung durch das Institut für Personalentwicklung und Personalcontrolling. Interne Analysen unterstützen die Berechnungsgrundlagen. Die Personalkoordinierung und Leistungsabrechnung obliegt der Personalleitung unter Einbeziehung aller Abteilungsleiter.

#### 2.2 Personalentwicklung

##### 2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Ziel der Personalpolitik ist es, die Arbeitsplätze qualifiziert zu besetzen und zu sichern. Anreize für Mitarbeiter werden z.B. durch die Förderung und den Einsatz ihrer Fertigkeiten und Fähigkeiten sowie durch die Förderung der Motivation der Mitarbeiter durch ein gutes Betriebsklima geschaffen. Grundsätzlich hat jeder Mitarbeiter die Möglichkeit, seine Zukunft in der Klinik durch Einbringung von Leistungen, Arbeitsweisen und Ideen selbst zu beeinflussen. Fortbildungsbedarfe werden regelmäßig identifiziert, geplant und zeitnah angeboten. Die Qualifizierung des ärztlichen Bereichs orientiert sich an der Weiterbildungsordnung.

##### 2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Ein allgemeines, fachübergreifendes Einarbeitungskonzept dient als Leitfaden zur systematischen Einführung und wird durch spezielle fachbezogene Einarbeitungskonzepte für die Dienststellen unterstützt. Neue Mitarbeiter bekommen Unterstützung durch Mentoren, Dienstvorgesetzte bzw. erfahrene Mitarbeiter. Ein Laufzettel zu Dienstbeginn dient neuen Mitarbeitern zur Orientierung im Haus und zur ordnungsgemäßen Anmeldung in der Klinik. Hierdurch wird auch die Ersteinweisung im Daten-, Arbeits- und Brandschutz sowie zur Schweigepflicht sichergestellt. Die Mitarbeiter werden in der Einarbeitungszeit mit den geltenden Anweisungen und Ordnungen vertraut gemacht.

##### 2.2.3 Ausbildung

Um eine qualitativ hochwertige Ausbildung von Pflegepersonal zu gewährleisten, basiert die Ausbildungsqualität auf dem Krankenpflegegesetz sowie der strukturierten Theorie-Praxis-Vernetzung. In der beruflichen Schule, die sich auf dem Klinikgelände befindet, werden Gesundheits- und Krankenpfleger/innen ausgebildet. Neben der theoretischen Ausbildung, werden zugleich praktische Erfahrungen unter Anleitung erfahrener Ausbilder gesammelt. Auf den Stationen gibt es hauptamtliche Praxisanleiter, Praxisbegleiter und Mentoren. Die Klinik fördert die Qualifizierung des künftigen Nachwuchses.

## **2.2.4 Fort- und Weiterbildung**

Die Planung der Fort- und Weiterbildung findet durch den stetigen Abgleich der Qualifikations- und Anforderungsprofile, die Änderung gesetzlicher Vorgaben und durch den veränderten Qualifizierungsbedarf statt. Den Mitarbeitern wird ein halbjährlich wechselndes, klinikinternes Fortbildungsprogramm geboten, deren Schwerpunkte in einer Arbeitsgruppe anhand der Wünsche der Mitarbeiter erarbeitet und geplant werden. Die Themen Brandschutz, Datenschutz, Hygiene und Reanimation werden jährlich als Pflichtfortbildung vermittelt. Im ärztlichen Dienst finden fachspezifische Fortbildungen zu festgelegten Themen statt. Die Klinik ist ein akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Greifswald. Alle Fachabteilungen verfügen über eine Weiterbildungsbefugnis der Landesärztekammer zur Facharztausbildung.

## **2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern**

### **2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil**

Grundsätze zur Führung von Mitarbeitern sind in den Asklepios-Leitlinien fixiert. Der Führungsstil stützt sich auf die Bildung von Vertrauen durch die Übernahme von Verantwortung. Er berücksichtigt die Integration der Mitarbeiter mit dem Ziel, verantwortungsbewusst, motiviert und nach betriebswirtschaftlichen Aspekten eine fachliche und sozialkompetente Patientenversorgung zu sichern und fortlaufend zu verbessern.

### **2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit**

Die in der Klinik geltenden Arbeitszeitregelungen entsprechen den gesetzlichen und tarifvertraglichen Regelungen und werden durch eine Betriebsvereinbarung zur Arbeitszeit ergänzt. Es bestehen individuelle Arbeitszeitregelungen, wie Schicht-Modelle, Bereitschaftsdienste und Gleitzeitregelungen in verschiedenen Bereichen. Wünsche der Mitarbeiter bezüglich der Arbeitszeit werden von Vorgesetzten erfasst und nach Möglichkeit berücksichtigt.

### **2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden**

Jeder Mitarbeiter kann sich an der Gestaltung seines Arbeitsplatzes und der Weiterentwicklung der Klinik durch Abgabe von Verbesserungsvorschlägen aktiv beteiligen. Ein Konzept über das betriebliche Vorschlagswesen regelt den Umgang mit Vorschlägen sowie auch die Bewertungs- und Prämierungsrichtlinien. Beschwerden können die Mitarbeiter an die Beschwerdebeauftragten der Klinik herantragen oder direkt dem Vorgesetzten oder dem Betriebsrat melden.

## 3 Sicherheit

### 3 Sicherheit

#### 3.1 Schutz- und Sicherheitssysteme

##### 3.1.1 Arbeitsschutz

Der Schutz der Gesundheit aller Mitarbeiter und die Verhinderung von Unfällen bzw. arbeitsbedingten Erkrankungen ist das Ziel unseres Arbeitsschutzes. Um arbeitsschutzrelevante Probleme und Anliegen zu beraten, wurde ein Arbeitsschutzausschuss gebildet, der viermal im Jahr zu Sitzungen zusammentrifft. Aktuelle Handlungsanweisungen zum Arbeitsschutz und ein aktuelles Gefahrstoffverzeichnis liegen vor. Belehrungen zum Arbeitsschutz werden durch direkte Vorgesetzte vorgenommen oder durch Selbststudium auf Basis der zur Verfügung stehenden umfangreichen Informationen zum betrieblichen Arbeitsschutz sichergestellt.

##### 3.1.2 Brandschutz

Durch Schaffung einer Brandschutzorganisation mit Festlegung von Verantwortlichkeiten, Alarmierungs- und Evakuierungsplänen, Brandschutzübungen und -begehungen sowie jährlichen Pflichtschulungen sind die Grundlagen für Brandschutz und Brandbekämpfung geschaffen. Die gesamte Klinik ist mit aktuellen Flucht- und Rettungswegplänen ausgestattet. In der Klinik existieren eine Brandschutzordnung sowie Handlungsanweisungen im Alarm- und Notfallplan. Die Feuerwehr verfügt über einen entsprechenden Feuerwehrplan, Ortskenntnisse und Zugangsberechtigungen für den Ernstfall.

##### 3.1.3 Umweltschutz

Unser Ziel ist es, durch Abfallvermeidung, Mülltrennung und sparsamen Umgang mit Ressourcen aktiv zum Umweltschutz beizutragen. Ein Entsorgungsplan regelt die korrekte Mülltrennung. Bei Instandsetzung oder Renovierung werden, soweit möglich und sinnvoll, wasser- und energieeinsparende Geräte eingebaut. Produkte werden vor Beschaffung anhand der Umweltrichtlinie auf ökologische Unbedenklichkeit und Umweltverträglichkeit geprüft. Maßnahmen zur Wasser- und Energieeinsparung sind im Umweltleitfaden beschrieben.

##### 3.1.4 Katastrophenschutz

Unsere Klinik ist im Katastrophenschutz des Landes Mecklenburg Vorpommern und des Landkreises Vorpommern-Greifswald eingebunden. Verantwortlichkeiten und Handlungsanweisungen sind im Alarm- und Notfallplan geregelt. Die Klinikeinsatzleitung ist im Katastrophenfall für die Koordination des Einsatzes und die Abstimmung mit externen Rettungskräften verantwortlich.

##### 3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Eine schnelle, sichere und reibungslose Reaktion der Mitarbeiter in nichtmedizinischen Notfallsituationen ist durch den Alarm- und Notfallplan sowie durch kontinuierliche Schulungen gewährleistet.

## **3.2 Patientensicherheit**

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

Unsere Patienten sollen unter Wahrung der Persönlichkeitsrechte in einer sicheren unmittelbaren Umgebung vor Eigen- und Fremdgefährdung geschützt werden. Bewusstseinsingeschränkte oder verwirrte Patienten werden auf der Intensivstation oder in stützpunktnahen Zimmern untergebracht und von examiniertem Pflegepersonal beobachtet. Die Kinderstation ist mit Kindersicherungen in allen Steckdosen ausgestattet. Das Neugeborenenzimmer wird rund um die Uhr beaufsichtigt. Zusätzlich sind die Wochen- und Kinderstation mit einem Sicherungssystem ausgestattet, das eine kontinuierliche Überwachung der Kinder und Säuglinge und damit den Verbleib auf Station sichergestellt. In der psychiatrischen Tagesklinik ist die Öffnung der Fenster nur in Kippstellung möglich.

### **3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement**

In unserer Klinik existiert ein standardisiertes Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement. Über eine zentrale Notrufnummer kann rund um die Uhr der diensthabende Anästhesist informiert werden. Eine Notfallausrüstung bestehend aus Notfallwagen, EKG / Defibrillator, Absaugung und Beatmungsgerät auf der Intensivstation und in der Notaufnahme sichert das Vorgehen im Notfall. Im Aufwachraum wird ein Notfallwagen mit Beatmungsgerät vorgehalten, der in der gesamten Klinik eingesetzt werden kann. Für den medizinischen Notfall auf den Stationen existieren standardisierte Notfallkoffer. Das Thema Reanimation gehört zu den hausinternen, jährlichen Pflichtschulungen. Die Notfälle werden standardisiert dokumentiert und ausgewertet.

### **3.2.3 Hygienemanagement**

Ziel der Hygieneorganisation ist es, Patienten vor nosokomialen Infektionen zu schützen, das Personal in allen hygienerelevanten Bereichen zu schulen und den Personal- und Patientenschutz sicherzustellen. Verantwortlich für die Einhaltung des Hygienemanagements ist die Ärztliche Direktorin, die durch hygienebeauftragte Ärzte, Hygienefachkräfte und Hygienebeauftragte unterstützt wird. Hygiene- und Desinfektionspläne werden regelmäßig in Zusammenarbeit mit der Hygienekommission, dem Landesgesundheitsamt und dem Robert-Koch-Institut (RKI) weiterentwickelt und aktualisiert. Qualitätssicherungsmaßnahmen erfolgen nach den definierten Vorgaben der Hygieneordnung.

### **3.2.4 Hygienerelevante Daten**

Eine Infektionsstatistik über im Krankenhaus erworbene Infektionen wird über die gesetzlichen Vorgaben hinaus für die Klinik fortlaufend geführt. Eine statistische Erfassung und Auswertung erfolgt vierteljährlich. Die Ergebnisse der Statistiken werden in den Hygienekommissionssitzungen vorgestellt und von dort an die Abteilungen weitergegeben. Bei Auffälligkeiten werden entsprechende Maßnahmen eingeleitet und in der monatlichen Klinikleitungssitzung besprochen.

### **3.2.5 Infektionsmanagement**

Ein Infektionsmanagement bei akuten Infektionen ist im Haus etabliert. Die Meldung entsprechender Infektionen unter Berücksichtigung des Infektionsschutzgesetzes ist geregelt und erfolgt direkt durch das zuständige Labor an das Gesundheitsamt. Eine Auflistung meldepflichtiger Krankheiten sowie Hinweise und Empfehlungen bei deren Auftreten sind für die Mitarbeiter erarbeitet. Bei neu hinzukommenden Krankheiten und Erregern werden die Mitarbeiter sofort informiert und entsprechende Hinweise verfasst.

### **3.2.6 Arzneimittel**

Die Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten erfolgt über festgelegte Verfahren und wird jedem Mitarbeiter bei der Einarbeitung bekannt gegeben. Die Belieferung mit Arzneimitteln erfolgt über die externe Apotheke und ist durch eine 24-h-Bereitschaft rund um die Uhr abgesichert. Die Arzneimittelkommission legt fest, welche Arzneimittel vorrätig gehalten werden. Das Verfahren der Arzneimittelbestellung wird in der Richtlinie zum Umgang mit Arzneimitteln geregelt. Durch die Arzneimittelkommission wird eine Arzneimittel-Liste erstellt und regelmäßig aktualisiert.

### **3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate**

Eine auf Gesetzen und Leitlinien basierende Transfusionsordnung beinhaltet alle Maßnahmen und Anforderungen zur Qualitätssicherung im Transfusionswesen. Zur Umsetzung eines strukturierten Transfusionswesens ist eine Transfusionskommission in der Klinik etabliert. Die Chargendokumentation wird umgesetzt. Die Information der Mitarbeiter zu neuen Regelungen erfolgt durch die Transfusionsbeauftragten der Fachabteilungen. Die Klinik nimmt jährlich an einer externen Überprüfung der Qualitätssicherung der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern teil.

### **3.2.8 Medizinprodukte**

In einer Dienstanweisung ist der Umgang mit Medizinprodukten geregelt. In allen Abteilungen sind Medizinprodukteverantwortliche festgelegt und delegieren die sich ergebenden Aufgaben abteilungsintern auf benannte Medizinproduktebeauftragte. Diese sind befähigt, Einweisungen der Anwender durchzuführen. Die Einweisungen werden im Medizinproduktebuch dokumentiert. Die Instandhaltung erfolgt durch die Medizintechnik.

## 4 Informations- und Kommunikationswesen

### 4. Informations- und Kommunikationswesen

#### 4.1 Informations- und Kommunikationstechnologie

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

Bei der Implementierung des EDV-Systems ist sichergestellt, dass die Mitarbeiter uneingeschränkten Zugriff auf die für ihre Arbeit benötigten und im System hinterlegten Informationen haben. Die klinischen und administrativen PC-Arbeitsplätze sind an das EDV-System angeschlossen. Aufbauend auf einem konzern einheitlichen Netz wird in der Klinik eine flächendeckende Versorgung mit den vorhandenen klinischen Systemen an allen Arbeitsplätzen gesichert. In umfangreichen Projekten wird die wachsende Anforderung an die Informations- und Kommunikationstechnologie schrittweise umgesetzt.

#### 4.2 Patientendaten

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

Die ordnungsgemäße Patientendokumentation sowie die Verantwortlichkeiten sind eindeutig geregelt. Der Mitarbeiter ist für die zeitnahe Dokumentation seiner Tätigkeit verantwortlich und autorisiert dies in der Patientenakte. Standardisierte, hausinterne Dokumentationsbögen werden für die Dokumentation des Behandlungsprozesses verwendet. Die Regelung der Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten ist sowohl in der Archivordnung als auch in einer Verfahrensanweisung festgelegt. Patientenakten werden digital archiviert.

##### 4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Die Patientenakten des stationären Aufenthaltes werden nach Abschluss der Behandlung durch eine Fremdfirma verscannt und im digitalen Archiv zur Verfügung gestellt. Befugte Mitarbeiter haben jederzeit Zugriff auf Arztbriefe und Befunde von vorherigen Aufenthalten. Noch vorhandene Papierakten werden nur noch im Ausnahmefall ausgegeben. Hierzu liegt eine Archivordnung vor, in der unter anderem die Aktenentnahme geregelt ist. Anhand von tagesaktuellen Aufnahmelisten, werden Voraufenthalte von Patienten ermittelt und digital bereitgestellt.

#### 4.3 Informationsmanagement

##### 4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Die Geschäftsführung wird mittels Kennzahlen wie z.B. tägliche Mitternachtsstatistik und aktuelle Kontostände, wöchentliche Belegungsstatistik und monatliche Daten des Wirtschaftsplans, der Abrechnungsdaten sowie Verbrauch des medizinischen Sachbedarfs informiert. Entwicklungen und Abweichungen in einzelnen Krankenhausbereichen werden in entsprechend festgelegten Gremien kommuniziert. Vom Qualitätsbeauftragten erhält der Geschäftsführer Ergebnisse der externen Qualitätssicherung, des Befragungs- und Meinungsmanagements sowie aus internen Überprüfungen.



### **4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)**

Wichtige Informationen werden regelmäßig in abteilungsübergreifenden Sitzungen und Rundschreiben der Geschäftsführung weitergegeben. Auf der Homepage der Klinik können sich Interessierte in dort eingestellten Jahresberichten sowie über Neuigkeiten, Leistungsspektren und Patientenservice informieren. Der jährlich zu erstellende gesetzliche Qualitätsbericht informiert ausführlich über die Klinik und die entsprechenden Leistungsdaten sowie das Qualitätsmanagement im Hause. Medizinische Informationen sind über das Krankenhausinformationssystem verfügbar. Die Öffentlichkeitsarbeit sorgt für die langfristige Pflege und Förderung von Beziehungen und informiert öffentlich über das Geschehen in der Klinik.

## **4.4 Telefonzentrale und Empfang**

### **4.4.1 Organisation und Service**

In der Rezeption stehen rund um die Uhr Rezeptionisten (06:00 – 18:00 Uhr) und ein Mitarbeiter des Wachschutzes (18:00 – 06:00 Uhr) für persönliche und telefonische Auskünfte zur Verfügung. Die Mitarbeiter sind zu ihrem Tätigkeitsumfeld geschult und mit Abläufen, Prozessen, Räumlichkeiten und dem Personal der Klinik bestens vertraut. Bei telefonischen Anfragen unterstützt vormittags zusätzlich ein Mitarbeiter in der Telefonzentrale. Der Empfangsbereich am Haupteingang ist freundlich gestaltet und mit genügend Sitzmöglichkeiten und Informationsmaterial sowie einer Spielecke für Kinder ausgestattet. Direkt im Empfangsbereich befindet sich auch die Cafeteria des Krankenhauses.

## **4.5 Datenschutz**

### **4.5.1 Regelungen zum Datenschutz**

Der Datenschutz beinhaltet den ordnungsgemäßen Umgang (Erfassung, Speicherung, Verwaltung, Löschung) von Patienten- sowie Mitarbeiterdaten. Ein in der Klinik benannter Datenschutzbeauftragter ist für die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen verantwortlich. Bei Diensteintritt erhält jeder Mitarbeiter gegen Unterschrift die Datenschutzerklärung und wird über die Verschwiegenheitsverpflichtung aufgeklärt. Alle Mitarbeiter werden einmal im Jahr in Datenschutzs Schulungen zu den gesetzlichen Bestimmungen und über den Umgang mit datenschutzrelevanten Unterlagen geschult.



## 5 Führung

### 5. Führung

#### 5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Die Asklepios Kliniken haben ihr Handeln unter die Maxime "Gemeinsam für Gesundheit" gestellt. Mit den Kerngrundsätzen unserer Unternehmensphilosophie "Mensch - Medizin - Mitverantwortung" fühlen wir uns eng verbunden und setzen dies in der täglichen Arbeit um. Das Leitbild der Klinik wurde aus diesen Grundsätzen abgeleitet, unter betriebswirtschaftlicher und ethisch-moralischer Orientierung erarbeitet und von Mitarbeitern der Berufs- und Hierarchieebenen entwickelt, um einen breit akzeptierten Orientierungsrahmen zur Weiterentwicklung der Klinik zu schaffen. Als Teil des Klinikleitbildes dient zusätzlich das Pflegeleitbild. Es berücksichtigt die Auffassung der Pflegenden hinsichtlich der Menschen, also unserer Patienten, der Pflege sowie der Qualität der pflegerischen Arbeit.

#### 5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Ziel der Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen ist die Schaffung eines guten Arbeitsklimas und somit die langfristige Sicherung des Klinikbetriebes und Motivation der Mitarbeiter. Besonders wichtige Punkte in den Führungsgrundsätzen sind gegenseitiges Vertrauen und Loyalität. Blumensträuße und Präsente zur Würdigung von Jubiläen langjähriger Betriebszugehörigkeit und die freiwillige Zahlung von Erholungsbeihilfe an Mitarbeiter mit außertariflichen Verträgen werden durch die Geschäftsführung initiiert. Die Kliniken, Stationen, Abteilungen und die Verwaltung führen mindestens jährlich Mitarbeiterfeiern durch. Durch das betriebliche Vorschlagswesen haben die Mitarbeiter die Möglichkeit, aktiv ihre Arbeitsumgebung mitzugestalten.

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

Ein Ethikbeirat, bestehend aus Vertretern des Krankenhauses, der Politik und der Krankenhausseelsorge, nimmt sich ethischer Fragestellungen und Probleme an, diskutiert diese und spricht Empfehlungen zur Problemlösung aus. Besonderer Wert wird auf die Offenheit in Fragen schwerwiegender Diagnosen gelegt. Mit der gebotenen Einfühlsamkeit werden Patienten mit unheilbaren Erkrankungen über ihre Erkrankung aufgeklärt und mögliche Behandlungsmaßnahmen aufgezeigt. Mit Einverständnis der Patienten werden die Angehörigen in diese Gespräche involviert.

### 5.2 Strategie und Zielplanung

#### 5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Unser Ziel ist es, mit den zur Verfügung stehenden Mitteln bestmögliche Ergebnisse in Bezug auf die Patientenversorgung und Wirtschaftlichkeit zu erzielen. Im Rahmen der jährlichen Zielplanung werden die Ist-Daten in Bezug auf die Zielerreichung analysiert. Hieraus wird unter Berücksichtigung der Situation in einzelnen Bereichen und dem Gesamthaus im Ergebnis der Zielplanungsgespräche mit den einzelnen Kliniken und den Abstimmungsgesprächen mit den Abteilungen der Verwaltung der Investitions- und Finanzplan festgelegt. Dieser regelt unter anderem die Budgetplanung zur Sicherung von Liquidität und Erlösstabilität. Verantwortlich für die Einhaltung des Abteilungsbudgets sind die Chefarzte.

#### 5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Die hochqualitative medizinische Versorgung der Patienten sowie der dauerhafte wirtschaftliche Geschäftsbetrieb gehören zu den Kernaufgaben der Klinik. Wir arbeiten mit soliden und verlässlichen Einrichtungen, Unternehmen, der Politik und auch Gremien und Einzelpersonen zusammen, die unsere Region voranbringen wollen, die medizinische Versorgung unterstützen und dazu beitragen, die Lebensqualität der Menschen der Region zu erhöhen. Mit vielen dieser Institutionen sind Kooperati-

onsverträge geschlossen, Partnerschaften eingegangen, gemeinsame Projekte und Veranstaltungen initiiert. Einen Teil unserer gesellschaftlichen Verantwortung sehen wir in der Sicherstellung einer hohen Zahl an Arbeits- und Ausbildungsplätzen sowie in der Qualifikation und Motivation unserer Mitarbeiter.

## **5.3 Organisationsentwicklung**

### **5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur**

Die Organisationsstruktur der Klinik ist in einem Organigramm zusammenfassend dargestellt und wird bei Veränderungen aktualisiert. In der Klinik sind verschiedene Projektgruppen initiiert. Die Besetzung der Projektgruppen erfolgt durch Mitarbeiter aus den verschiedenen Berufsgruppen. Die Ansprechpartner der Klinik für Patienten, Angehörige, niedergelassene Ärzte, Kooperationspartner und interessierte Dritte sind unter Angabe der Funktionen mit Kontaktdaten auf der Website der Klinik, in verschiedenen Flyern des Hauses sowie im Wegeleitsystem der Klinik dargestellt.

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

Die Klinik schafft Grundlagen für eine effiziente und zielorientierte Gremien- und Kommissionsarbeit sowie Transparenz über Arbeitsweisen, Entscheidungen und Funktionen der Gremien. Die Gremienarbeit wird durch die Geschäftsordnung der Klinik sowie ergänzend dazu durch die Besprechungsmatrix geregelt. Jede Kommission und jedes Gremium haben einen Vorsitzenden. Die allgemein interessierenden Ergebnisse werden durch die Geschäftsführung an die Chefarzte und Abteilungsleiter weitergeleitet, die wiederum ihre Mitarbeiter informieren. Somit ist ein optimaler Informationsfluss gewährleistet.

### **5.3.3 Innovation und Wissensmanagement**

Unser Unternehmen ist bestrebt und bereit, sich im Rahmen von gesteuerten Anpassungsprozessen einer ständigen Veränderung zu unterziehen. Unser Ziel ist es, langfristig am Markt erfolgreich zu sein. Deshalb versuchen wir kontinuierlich zu reflektieren und neue Prozesse, Verhaltensweisen, Strategien und Strukturen zu erarbeiten und umzusetzen. Unsere Mitarbeiter unterstützen uns dabei z.B. mittels Ideen und Vorschlägen aus dem Betrieblichen Vorschlagswesen. Durch Kooperationen schaffen wir Strukturen und Abläufe für eine noch bessere medizinische und innovative Versorgung unserer Patienten.

## **5.4 Marketing**

### **5.4.1 Externe Kommunikation**

Alle Bereiche der Klinik sind in die Öffentlichkeitsarbeit eingebunden. Unsere Mitarbeiter arbeiten aktiv an öffentlichkeitswirksamen Maßnahmen mit, wie z.B. Tag der offenen Tür, Teilnahme an der Kreisleistungsschau und Mittwochsvorlesungen. Enge Kontakte bestehen zur regionalen Presse. Die Klinik erstellt und versendet darüber hinaus eigene Pressemitteilungen und Informationsrundschriften. Über Aktionen und Veranstaltungen in der Klinik wird auf der Homepage und im Intranet berichtet.

## **5.5 Risikomanagement**

### **5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems**

Der Umgang mit klinischen und wirtschaftlichen Risiken ist in unserer Klinik geregelt. Eine Richtlinie Asklepios, ein Konzept zur Umsetzung eines klinischen Risikomanagement-Systems, ein Critical incident reporting system (CIRS)- Konzept mit entsprechenden Tools, Verfahren in Anlehnung an die Leitlinien des Aktionsbündnisses Patientensicherheit, z.B. Eingriffsverwechslungen, unterstützen sowohl den Umgang mit, als auch die Einführung eines klinischen Risikomanagement-Systems.

## 6 Qualitätsmanagement

### 6 Qualitätsmanagement

#### 6.1 Qualitätsmanagementsystem

##### 6.1.1 Organisation

Organisation, Verantwortlichkeiten sowie Aufgaben des Qualitätsmanagements sind im QM-Konzept geregelt. Die Koordinierung der Qualitätsmanagement-Arbeit erfolgt durch die Qualitätsbeauftragte in enger Zusammenarbeit mit dem Geschäftsführer. Als Gremium für qualitätsrelevante Entscheidungen ist die QM-Lenkungsgruppe etabliert. In allen medizinischen und pflegerischen Bereichen sind Qualitätsverantwortliche benannt, die beim Aufbau, der Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements unterstützen. Umfangreiche Maßnahmen dienen der Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements, wie z. B. interne und externe Audits, Begehungen durch externe Organisationen, Analysen, Messungen und Statistiken. Die termingerechte Umsetzung von Maßnahmen wird durch die Qualitätsbeauftragte anhand eines Maßnahmenplans überprüft.

##### 6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Im Mittelpunkt des Gesamtprozesses unserer Klinik stehen unsere Kunden. Dies sind primär unsere Patienten, aber auch z. B. Kostenträger, Einweiser und Kooperationspartner. Die Planung der Prozesse zur Erfüllung der Kundenanforderungen erfolgt über die Chefarzte und Abteilungsleiter in Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung und dem Qualitätsmanagement. Dabei werden die einzelnen Gesamtprozesskomponenten sowie die Schnittstellen im Verlauf der Tätigkeit der einzelnen Fachabteilungen mit berücksichtigt. Innerhalb der Prozesse werden zur Bewertung Messungen und Risikoanalysen durchgeführt und anhand der Ergebnisse Optimierungspotential herausgearbeitet.

#### 6.2 Befragungen

##### 6.2.1 Patientenbefragung

Die Zufriedenheit unserer Patienten ist ein besonderes Anliegen unserer Klinik. Patientenbefragungen dienen dem Zweck, die Zufriedenheit unserer Patienten zu erfragen, um Verbesserungspotentiale abzuleiten und mögliche Ressourcen zu erschließen. Dazu erfolgt im 3-jährlichen Rhythmus eine Patientenbefragung zu den Themen Ärzte, Pflege, Hotellerie und Organisation durch ein externes Institut. Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragungen sind unter [www.qualitätskliniken.de](http://www.qualitätskliniken.de) veröffentlicht. Außerhalb dieses 3-Jahres-Rhythmus dient das kontinuierliche Meinungsmanagement unseren Patienten zur Äußerung von Lob, Kritik und Verbesserungsvorschlägen. Hierzu erfolgt die 14-tägige Bearbeitung durch die Mitarbeiter des Qualitätsmanagements. Die statistische Auswertung erfolgt vierteljährlich innerhalb der QM-Lenkungsgruppe und jährlich im Rahmen der Klinikleitungs- und Stationsleitungssitzung.

##### 6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Ein konzernübergreifendes Konzept regelt die Durchführung von Befragungen externer Einrichtungen. Die Befragung der Einweiser erfolgt zu den Themen Aufnahmeprozess, Erreichbarkeit, Kompetenz und Zusammenarbeit mit den Ärzten sowie Entlassmedikation, Behandlungsergebnisse und Berichterstattung mittels Arztbrief. Nach Beendigung der Befragung werden die Fragebögen zentral von einem externen Befragungsinstitut ausgewertet. Die Ergebnisberichte werden der Klinik ausgeliefert. Die Berichte zeigen die Ergebnisse für die Klinik- und Fachabteilungsebene. Es erfolgt eine Veröffentlichung von Ergebnissen unter [www.qualitätskliniken.de](http://www.qualitätskliniken.de). Weiterhin werden regelmäßig Befragungen durch die TÜV SÜD Food Safety Institute GmbH für die Bereiche Küche und Reinigung durchgeführt. Eine Befragung der Rettungsdienste erfolgt hausintern über das Qualitätsmanagement.

### **6.2.3 Mitarbeiterbefragung**

Für die Durchführung der unternehmensweiten, 3-jährlichen Mitarbeiter-Befragung wurde vom Konzern das Great Place to Work® Institute als Partner verpflichtet. Angestrebt wird eine Entwicklung der Arbeitsplatzqualität konzernweit sowie in den Einrichtungen auf Grundlage des Great place to work- Modells. Beleuchtet werden Themenbereiche wie Arbeitsatmosphäre, Führungskräfte, Zusammenarbeit, Fort- und Weiterbildung, Arbeitsplatzausstattung, Information, Kommunikation und Sozialeistungen. Identifizierte Verbesserungspotentiale fließen nach Auswertung der Befragung in den QM-Maßnahmenplan ein und werden im Rahmen von Arbeitsaufträgen oder innerhalb von Projektgruppen bearbeitet. Ausgewählte Befragungsergebnisse finden sich in der QM-Zielplanung wieder.

## **6.3 Beschwerdemanagement**

### **6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden**

Wünsche, Meinungen, Lob, Kritik und Beschwerden sehen wir als wichtige Instrumente im Qualitätsmanagement, um Rückschlüsse auf die Auswirkung unseres täglichen Handelns zu ziehen und Verbesserungspotentiale zu erkennen. Über die Meinungskarte haben Patienten, Angehörige sowie Mitarbeiter die Möglichkeit, ihre Meinungen abzugeben. Diese werden zentral erfasst, analysiert und bei Bedarf einem Verbesserungsprozess unterzogen. Seit 2012 ist zusätzlich ein Beschwerdemanagement im Haus etabliert und mit einem Asklepios-internen Qualitätssiegel ausgezeichnet. Beschwerdebearbeitende sind benannt und für die systematische Erfassung, Analysierung, Bearbeitung und Auswertung eingehender Beschwerden verantwortlich. Es besteht außerdem die Möglichkeit, Beschwerden (auch anonym) bei der Geschäftsführung oder dem Betriebsrat vorzutragen.

## **6.4 Qualitätsrelevante Daten**

### **6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten**

Durch die Entwicklung des Qualitätsmanagements der Klinik wurden qualitätsrelevante Daten strukturiert identifiziert, Erhebungsmethoden eingeführt sowie ein Kennzahlensystem schrittweise aufgebaut und verfeinert. Damit wurden die Grundlagen geschaffen, einen Optimierungsbedarf systematisch abzuleiten und qualitätsrelevante Prozesse zu steuern. Qualitätsrelevante Daten werden im Rahmen des Risikomanagements in festgelegten Zeitabständen erfasst und mit den Zielen verglichen. Bei der Auswahl der zu erhebenden Daten werden strenge Kriterien zugrunde gelegt, z. B. die Eignung der entsprechenden Daten für Rückschlüsse auf die Ergebnisqualität, die Erkennbarkeit von Stärken und Verbesserungspotentialen anhand der erhobenen Daten sowie die Eignung der Auswertungsintervalle. Nahezu alle Daten werden durch qualitätsverantwortliche Mitarbeiter abteilungs- bzw. stationsbezogen ausgewertet.

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

Die Externe Qualitätssicherung (EQS) ist Bestandteil des Qualitätsmanagement-Konzeptes. Die Qualitätsbeauftragte verantwortet die Weiterleitung, Prüfung des vollständigen und termingerechten Versandes der Datensätze, Sichtung der Ergebnisse und Weitergabe der Ergebnisse an die Dokumentationsbeauftragten der einzelnen Fachabteilungen. Bei Auffälligkeiten werden Fallbesprechungen mit Aktenrecherche durchgeführt. Maßnahmen zur Identifizierung der Ursachen für Qualitätsdefizite sind unter anderem die Überprüfung der Codierung, die Analyse anhand einer Aktenrecherche sowie die kritische Überprüfung der Abläufe.