

# KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-KatalogVersion 2015 für Krankenhäuser

**Krankenhaus:** Donauisarklinikum Deggendorf-Landau, Dingolfing

**Institutionskennzeichen:** 260920127 260920172

**Anschrift:** Perlasbergerstraße 4 Bayerwaldring 17 Teisbacher Straße 1  
94469 Deggendorf 04405 Landau a.d. Isar 84130 Dingolfing

**Ist zertifiziert nach KTQ<sup>®</sup>**  
**mit der Zertifikatnummer:** 2017-0038 KHVB

**durch die von der KTQ-GmbH**  
**zugelassene Zertifizierungsstelle:** LGA Inter Cert GmbH. Nürnberg

**Gültig vom:** 08.08.2017  
**bis:** 07.08.2020

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b>	<b>5</b>
<b>Die KTQ-Kategorien</b>	<b>9</b>
1 Patientenorientierung	10
2 Mitarbeiterorientierung	15
3 Sicherheit - Risikomanagement	18
4 Informations- und Kommunikationswesen	23
5 Unternehmensführung	25
6 Qualitätsmanagement	28

## Vorwort der KTQ<sup>®</sup>

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

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

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

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

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

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

der Einrichtung beziehen.

---

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

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.

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

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, dem Donausarklinikum Deggendorf 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

## Vorwort der Einrichtung

Das DONAUISAR Klinikum Deggendorf-Dingolfing-Landau gKU ist seit Juli 2012 ein gemeinsames Kommunalunternehmen der Landkreise Deggendorf / Dingolfing-Landau. Die Geschäftsführung obliegt dem Vorstand. Mit der Unternehmensgründung war das Ziel verbunden, durch Erhalt aller Standorte eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung zu ermöglichen.

Ein von beiden Landkreisen verabschiedetes medizinisches Gesamtkonzept bildet die Basis der strategischen Weiterentwicklung des angebotenen Leistungsspektrums. Hierbei werden am Standort Deggendorf Patienten im Rahmen der Schwerpunktversorgung betreut, diese Kompetenz steht auch den anderen Standorten im Rahmen eines weitreichenden Konsiliar- und Liäsondienstes ergänzt durch telemedizinische und -radiologische Verfahren zur Verfügung.

In der ambulanten Patientenversorgung können Synergien und Verbesserungen durch eine standortübergreifende MVZ-Struktur\* ermöglicht werden. Eine Vernetzung (EDV Struktur, Leitlinien, Behandlungs- und OP-Verfahren) der Standorte sorgt für eine einheitliche, qualitativ hochwertige Versorgung.

Pro Jahr werden ca. 35.000 Patienten stationär und ca. 50.000 ambulant an den Standorten behandelt. Dies werden über 18 Hauptabteilungen, 7 Dienstleistungsabteilungen, 6 Belegabteilungen sowie mit Kooperationspartnern realisiert.

Als akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover beteiligt sich das DONAUISAR Klinikum gKU an der Ausbildung von Medizinstudenten. An den angegliederten Berufsfachschulen werden Pflegekräfte, -hilfskräfte und Physiotherapeuten ausgebildet. Für weitere Berufe wie z.B. Kaufmann/ -frau im Gesundheitswesen, Medizinische Fachangestellte u. ä. werden jährlich praktische Ausbildungsplätze zur Verfügung gestellt. Mit rund 2000 Beschäftigten gehört das DONAUISAR Klinikum zu den größten Arbeitgebern der Region.

\* nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

Als besondere, fachabteilungsübergreifende und teilweise überregionale Schwerpunkte sind hervorzuheben:

## Deggendorf



### Konservative Medizin

- Altersmedizin (Akutgeriatrie)
- Gastroenterologie, Hämatonkologie mit Infektologie/ Diabetologie
- Kardiologie (Brustschmerzeinheit) „Chest pain unit“
- Nephrologie
- Kinder- und Jugendmedizin mit sozialpädiatrischen Zentrum sowie Perinatalzentrum-Level 1
- Palliativmedizin
- Neurologischer Fachbereich (überregionale Stroke unit)

### Operative Medizin

- Neurochirurgie und interventionelle Neuroradiologie
- Onkologisches Zentrum
  - Brustzentrum
  - Darmzentrum (Module: Magenzentrum, Bauchspeicheldrüsenzentrum)
  - Prostatazentrum (Blasen-, Hoden-, Peniszentrum)
  - Gynäkologisches Zentrum
  - Neuroonkologisches Zentrum
- Unfallchirurgie und Orthopädie
  - EndoProthetikzentrum
  - überregionales Traumazentrum
  - Alters Traumazentrum
- Urologie
- Gynäkologie/Geburtshilfe Perinatalzentrum Level 1
- Mund-, Kiefer- und plastische Gesichtschirurgie
- Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie mit Hernienzentrum
- HNO (Belegabteilung)

## Dingolfing



### Innere Medizin

- Allgemeine Innere Medizin
  - Palliativeinheit
- Pneumologie
- Neurologie mit Schlaganfallmedizin (regionale Stroke unit)

### Operative Medizin

- Unfallchirurgie mit Traumazentrum
- Wirbelsäulenchirurgie
- Viszeralchirurgie
- Gynäkologie
  - MIC Zentrum für minimalinvasive Chirurgie
- Geburtshilfe
- HNO (Belegabteilung)

## Landau



### Innere Medizin

- Allgemeine Innere Medizin
  - Palliativeinheit
- Altersmedizin (Akutgeriatrie) mit Tagesklinik
- stationäre Schmerztherapie

## **Operative Medizin**

- Unfallchirurgie
  - EndoProthesenzentrum
- Allgemeine Chirurgie
- Orthopädie
- Urologie (Belegabteilung)

Unser Ziel ist es, eine bestmögliche, an wissenschaftlichen Leitlinien und Standards orientierte, medizinische und pflegerische Versorgung zusammen mit unseren Partnern für die Menschen der Region anzubieten.

Dabei geht es nicht nur um die bestmögliche Behandlung, sondern auch um die ganzheitliche Wahrnehmung der Patienten. Deshalb lautet der Leitsatz des DONAUISAR Klinikums

**„Gemeinsam mit Kompetenz und Herz“.**

Um diesen hohen Ansprüchen gerecht zu werden und diese nachzuweisen, unterzieht sich das DONAUISAR Klinikum verschiedener Zertifizierungen nach DIN EN ISO (z.B. onkologisches Zentrum) oder von weiteren Fachgesellschaften (z.B. Labor, Apotheke).

Als Gesamthaus wurde die vierte Zertifizierung (dritte Re-Zertifizierung) nach der KTQ-Systematik durchlaufen. Durch das KTQ- Zertifikat wird dem DONAUISAR Klinikum nach eingehender Prüfung durch unabhängige Visitoren bescheinigt, dass angemessene Strukturen gute Ergebnisse für die Patienten vorhanden sind.

**Dr. Inge Wolff**

Vorstand DONAUISAR Klinikum



# Die KTQ-Kategorien

## **1 Patientenorientierung**

### *1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung*

Die Standorte des DONAUISAR Klinikums gKU sind bereits ab der Autobahn beschildert und erreichbar. Parkplätze sind an allen Standorten vorhanden. Die Aufnahme der Patienten wird in den zentralen Patientenaufnahmen (ZPA) vollzogen und von qualifiziertem Personal durchgeführt. Im Vorfeld finden eine Terminierung, sowie eine Sprechstundenplanung statt. In den Sprechstunden werden wichtige Vorinformationen an die Patienten weitergegeben. Die administrative sowie die ärztliche und pflegerische Aufnahme sind in den ZNAs eng vernetzt. Durch die Belegungsplanung wird ermöglicht, dass geplante und Notfallpatienten aufgenommen werden.

### *1.1.2 Leitlinien und Standards*

Zur Erreichung eines bestmöglichen Behandlungsergebnisses orientieren sich die Beschäftigten an aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften, an pflegerischen Leitlinien gemäß Expertenstandards und anerkanntem Fachwissen aus der Literatur.

Fachabteilungsbezogene und haus- bzw. standortübergreifende Standards, wie z. B. zur Vermeidung von Druckgeschwüren, Schmerzbehandlung oder für die Schwerverletztenversorgung sind erstellt und werden laufend aktualisiert und umgesetzt. Ergänzend sind die Verfahren zur Aufnahme, Diagnostik, OP-Vorbereitung beschrieben. Standards stehen den Mitarbeitern über eine Software zur Verfügung. Der Facharztstandard ist in den Abteilungen rund um die Uhr ermöglicht.

### *1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten*

Die Patienten und ggf. deren Angehörige werden in die Behandlungs-, Therapie und Pflegemaßnahmen einbezogen und über medizinische Indikationen und eventuelle Risiken aufgeklärt. Dazu finden informative Gespräche statt. Der Wille des Patienten wird in jedem Fall respektiert. Grundsätzlich ist es auch Angehörigen immer möglich, Termine mit dem behandelnden Arzt zu erhalten. Die Informationsweitergabe an den Patienten erfolgt in den pflegerischen Übergaben einmal pro Schicht und bei Visiten. Um das Ver-

ständnis auch bei Patienten mit Migrationshintergrund sicherzustellen, stehen die notwendigen Aufklärungsformulare in Fremdsprachen zur Verfügung, Übersetzer werden bei Bedarf hinzugezogen, über 24 Std können nach einer gewissen Ankündigungszeit Dolmetscher über ein Videosystem erreicht werden. All dies bildet die Grundlage für eine vertrauensvolle Basis zwischen Patient, Angehörigen und dem therapeutischen Team.

#### *1.1.4 Ernährung und Service*

Die Patientenzimmer an allen Standorten sind angemessen eingerichtet bzw. werden saniert. Großzügige Besuchszeiten sind etabliert. Durch ein einheitliches Wegeleitsystem wird den Patienten und Besuchern die Orientierung in den Häusern erleichtert, Orientierungshilfen in verschiedenen Sprachen werden ausgegeben. Gehbehinderten Patienten stehen Rollstühle, Geh- und Gepäckwagen zur Verfügung. Das DONAUISAR Klinikum unterhält eine Zentralküche, die eine ausgewogene, den medizinischen Anforderungen und den Wünschen der Patienten entsprechende Ernährung anbieten. Speisepläne zur Menüauswahl liegen den Patienten wöchentlich vor, die Erfassung der Menüwünsche erfolgt weitestgehend durch ausgebildete Hostessen. Diätassistenten erstellen und überwachen Diätpläne und stehen auf Wunsch auch beratend zur Verfügung.

#### *1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung*

Die Notaufnahmen verfügen über fachärztliche Kompetenz und stehen 24 Stunden zur Verfügung. Bei der Aufnahme sind rund um die Uhr ärztliche und pflegerische Untersuchungen möglich. Eine Vernetzung der zentralen Notaufnahmen auch standortübergreifend wird ermöglicht. Um eine zügige Patientenversorgung zu bewerkstelligen wird ärztlicherseits eine fachgebietsbezogene Anamnese mit gezielter Ersteinschätzung und Diagnostik durchgeführt, dies bildet die Basis für die weitere Therapieplanung. Eine weitgehend einheitliche Dokumentation findet Anwendung. Die Patienten werden bei der Aufnahme nach Ihrer Dringlichkeit eingeschätzt, somit ist eine schnelle Diagnostik und Behandlung z.B. bei Schlaganfall möglich. Einige Untersuchungen werden noch in den

ZNAs durchgeführt oder eingeleitet, bei Bedarf unter Einbeziehung eines Facharztes anderer Disziplinen. Nach Beendigung des Aufnahmeverfahrens werden die Patienten von examinierten Pflegekräften auf die Stationen begleitet.

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

Ein vielfältiges Leistungsspektrum wird in besonderen Sprechstunden an allen Standorten ambulant angeboten. Die Terminierung und Organisation obliegt den einzelnen Fachabteilungen, um einen reibungslosen Ablauf ohne Wartezeiten zu gewährleisten. Die Sprechzeiten sind auf der Homepage einsehbar. Ergänzt wird das ambulante Spektrum an allen Standorten durch miteinander vernetzte MVZs und KV Praxen. Vor- und Nachsorgeleistungen werden im Rahmen der stationären Behandlung angeboten. Ebenso wird als teilstationäre Einheit eine Dialysebereich am Standort Deggendorf betrieben. Onkologische Patienten werden im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) umfassend betreut.

#### *1.3.2 Ambulante Operationen*

Ambulante Operationen werden angeboten. Das Team ist einheitlich über alle Standorte hinweg organisiert und bietet somit den notwendigen Standard an allen Standorten. Die Operation und die Nachsorge erfolgen nach eingehender Aufklärung durch entsprechend qualifiziertes Personal. Alle notwendigen Voruntersuchungen werden in den Sprechstunden der Fachabteilungen, den MVZen bzw. bei externen Vertragsärzten durchgeführt.

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

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist ein fester Bestandteil der täglichen Arbeit. Ein Merkmal dafür sind etablierte berufsgruppenübergreifende Besprechungen zum Informationsaustausch und zur Planung der Behandlung. Vor allem in Bereichen mit schwerkranken Patienten (z.B. Demenzzentrum, Palliativzentrum, Onkologisches Zentrum) erfolgt die Therapieentscheidung immer über ein multiprofessionelles Team. Klinikumsweit

sind Vorgaben zum digitalen Konsilwesen und zur Dokumentation aller Behandlungspartner in der Krankenakte / digitalen Krankenakte eingeführt. Auch mit den nicht im Krankenhaus angestellten Berufsgruppen (Partner) oder Einweisern finden regelmäßige Besprechungen und gemeinsame Fortbildungen statt. Reihenfolge und Dringlichkeit der Behandlung werden von den verantwortlichen Ärzten festgelegt und durch den Pflegedienst der Stationen in Absprache mit den Funktionsabteilungen koordiniert. Die Patienten werden soweit möglich zu den Untersuchungen begleitet und wieder abgeholt, die Befundübermittlung erfolgt zeitnah und vielfach digital.

#### *1.4.2 Therapeutische Prozesse*

Die Behandlung und das weitere medizinische Vorgehen werden unter Berücksichtigung der Leitlinien ärztlicher Fachgesellschaften innerhalb von 24 Stunden gemeinsam von einem Fach- und Assistenzarzt festgelegt und mit dem Patienten und ggf. dessen Angehörigen abgestimmt. Entsprechend der Untersuchungsergebnisse wird die Behandlung durch regelmäßige Visiten sowie berufsgruppenübergreifende Besprechungen weiterverfolgt und angepasst. Der Behandlungsverlauf sowie ärztliche und pflegerische Anamnesen werden standardisiert durch die an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen in der Patientenakte dokumentiert. Die Pflege erstellt bei Bedarf eine patientenindividuelle Pflegeplanung. Alle Therapiekonzepte und Assessmentergebnisse werden diskutiert, um die angemessene Behandlung zu planen. Dieser Standard ist aufgrund der Vielzahl der Zentren (Onkologisches Zentrum, Demenzzentrum, Palliativzentrum usw.) obligat.

#### *1.4.3 Operative Prozesse*

Die OP-Bereiche sind als eigenständige Abteilung organisiert und wird von einem hauptamtlichen OP-Manager geleitet. Dieser sorgt für die Abstimmung zwischen den Standorten, den operativen Abteilungen, der Anästhesieabteilung und den Beschäftigten der OP's. Eine Versorgung von Notfällen ist 24 Stunden möglich. Alle OP's werden geplant und koordiniert. Für die Operationen stehen Fachärzte der verschiedenen Kliniken

rund um die Uhr zur Verfügung, alle gängigen OP und Narkoseverfahren werden angeboten. Die Operationen werden in entsprechend ausgestatteten OP Räumen durchgeführt, diese sind teilweise neu erbaut oder werden saniert.

#### *1.4.4 Visite*

Die Visite nimmt eine zentrale Rolle in der Behandlung ein. Sie dient der Anpassung der Therapie, der Information der Patienten über den Behandlungsverlauf sowie dem persönlichen Austausch zwischen Patienten mit dem Arzt und dem Pflegepersonal.

Die Visiten sind als fester Bestandteil in den Tagesablauf integriert und werden zumeist gemeinsam von Stationsärzten und Pflegekräften durchgeführt. Mindestens einmal pro Woche finden Visiten von Chef- und Oberärzten statt, bei Bedarf auch unter Teilnahme anderer Berufsgruppen.

#### *1.5.1 Entlassungsprozess*

Die Vorbereitungen zur Entlassung der Patienten werden in Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegekräften gemeinsam mit dem Sozialdienst/Pflegeüberleitung unter Einbindung der nachstationären Versorgungsbereiche organisiert. Der Expertenstandard Entlassmanagement wird berücksichtigt. Jeder Patient, nach Bedarf auch dessen Angehörige, werden über Entlassungstermin, weitere Therapie und Verhaltensweisen informiert. Um eine kontinuierliche Weiterbetreuung zu ermöglichen erhält jeder Patient am Ende seines Aufenthalts einen Entlassungsbrief mit allen wichtigen Informationen über die Nachsorge. Weiterbetreuende Einrichtungen, z.B. ambulante Pflegedienste, werden über eine Entlassung und den Pflegeüberleitungsbericht informiert.

#### *1.6.2 Umgang mit Verstorbenen*

Sterbende Menschen und ihre Angehörigen werden von den Beschäftigten in würdiger Weise betreut. Palliativpatienten erhalten eine zusätzliche Versorgung durch qualifizierte Pflegekräfte und Ärzte der Palliativeinheit. Im Vordergrund der Betreuung stehen neben der ansprechenden Einrichtung die Linderung von Leiden und Schmerzen. Eine Inter-

disziplinäre Zusammenarbeit aller Berufsgruppen, Patientenorientierung und ein ganzheitlicher Ansatz sind dabei die wichtigsten Schwerpunkte. Patientenverfügungen werden bei den Patienten im klinischen Alltag berücksichtigt. Ein Ethikteam steht jederzeit beratend zur Verfügung

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

Die persönliche Verabschiedung wird den Angehörigen im Zimmer des Verstorbenen ermöglicht. Zusätzlich gibt es stimmungsvoll gestaltete Abschiedsräume. Bei Wunsch einer seelsorgerischen Begleitung wird ein Geistlicher (auch von anderen Glaubensgemeinschaften) verständigt. Persönlichen, kulturellen und religiösen Wünschen des Verstorbenen/ Angehörigen kann bedarfsgerecht entsprochen werden. Rituelle Waschungen sind möglich.

## **2 Mitarbeiterorientierung**

### *2.1.1 Personalbedarf*

In gemeinsamer Abstimmung zwischen Vorstand und Abteilungsleitern wird mindestens einmal jährlich der Personalbedarf entsprechend den Leistungszahlen und der Zielplanung festgelegt. Nach Bedarf wird der Personalstand entsprechend der Auslastung in den Bereichen angepasst. Ziel ist es, ausreichend Personal zur Verfügung zu stellen, die Arbeitsbelastung gerecht zu verteilen und gleichzeitig einen hohen Anteil an Fachärzten und examinierten Pflegekräften einzusetzen.

### *2.1.2 Personalentwicklung*

Das DONAUISAR Klinikum bietet ein Fort- und Weiterbildungsprogramm für alle Beschäftigten an. Eine gezielte und regelmäßige fachliche Weiterentwicklung ist wichtiges Ziel der Personalpolitik. In allen Abteilungen sind interne fachliche Fortbildungen fester Bestandteil, die für die jeweilige Position notwendige Qualifikation ist definiert. In den jährlich durchgeführten Mitarbeitergesprächen und Umfragen zu Fortbildungswünschen können die Beschäftigten ihre Bedürfnisse angeben. Sie werden bei der Fortbildungs-

planung berücksichtigt. Es wird darauf geachtet, dass jeder Beschäftigte an Fortbildungen teilnimmt. Jeder Facharzt ist verpflichtet, seine Fortbildungen und Qualifikation durch Fortbildungspunkte bei der zuständigen Landesärztekammer nachzuweisen. Einige duale Studiengänge werden angeboten. Führungskräfte werden über Schulungsmodule weiterentwickelt. Regeln zur Kommunikation und Information, zu Zielvereinbarungen, zum teamorientierten Arbeiten und zur Förderung und Beurteilung von Beschäftigten sind festgelegt.

### *2.1.3 Einarbeitung*

Neuen Mitarbeitern wird an einem Einführungstag ein Gesamtüberblick über die Strukturen sowie über wichtige Bereiche und Themen des Unternehmens gegeben. Die neuen Beschäftigten werden durch Ansprechpartner an ihrem Arbeitsplatz an ihr Tätigkeitsfeld herangeführt. Zwischen- und Abschlussgespräche werden geführt. Die Einarbeitung wird über übergreifende und abteilungsspezifische Einarbeitungskataloge ermöglicht. Ein vom neuen Kollegen auszufüllender Fragebogen dient der Bewertung der Einarbeitung.

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

Am Standort Deggendorf sind die Berufsfachschulen für Krankenpflege, Krankenpflegehilfe und Physiotherapie angegliedert. Der Unterricht und die Praxiseinsätze erfolgen gemäß der jeweiligen Ausbildungsordnung im vorgegebenen Umfang. Der Lernerfolg wird durch eine enge Verflechtung zwischen theoretischer Ausbildung und praktischen Einsätzen ermöglicht. Qualifizierte Lehrkräfte an den Schulen sowie geschulte Praxisanleiter für die Pflege ermöglichen eine fundierte Ausbildung. An den Standorten Dingolfing und Landau werden Auszubildende von anderen Berufsfachschulen in gleicher Art und Weise betreut. Zudem bietet das DONAUISAR Klinikum auch weitere Ausbildungsberufe in diversen Bereichen an. Der Bedarf an Fort- und Weiterbildung wird jährlich entsprechend der strategischen Ausrichtung ermittelt und festgelegt.



Die Koordination der Fortbildungen erfolgt zentral durch die innerbetriebliche Fortbildung. Es wird ein ganzjähriges Fortbildungsprogramm erstellt und veröffentlicht. Grundlagen bilden sowohl die Bedürfnisse der Beschäftigten als auch die Veränderung des Leistungsspektrums und die damit verbundenen Ansprüche. Für alle Beschäftigten sind Pflichtveranstaltungen, wie z.B. Reanimation, Datenschutz usw. festgelegt. Die laufende Information über Fortbildungen erfolgt per Ausschreibung und einem Veranstaltungskalender im Intra- und Internet. Die Abteilungsleiter verfügen über ein zugewiesenes Budget zur Qualifizierung ihrer Beschäftigten. Die Vorgesetzten führen regelmäßig mit ihren Beschäftigten Mitarbeitergespräche, halten die Ergebnisse fest und planen neue Ziele für das kommende Jahr. Zur Information über aktuelle Themen sind Fachzeitschriften abonniert, diese werden teilweise über Verteilerlisten übermittelt. Es stehen separate Seminar- und Veranstaltungsräume mit Medienausstattung zur Verfügung. Fachbibliotheken sind in den einzelnen Abteilungen vorhanden und werden erweitert und aktualisiert.

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

Entsprechend der dienstlichen Erfordernisse, gesetzlichen und tarifrechtlichen Vorgaben und unter Berücksichtigung der Familienfreundlichkeit kommen verschiedene Formen der Arbeitszeitplanung zum Einsatz. Arbeitszeitkonten mit definierten Ober- und Untergrenzen wurden mit dem Personalrat vereinbart. Die Planung und Einhaltung geplanter Arbeitszeiten wird EDV-gestützt durch die jeweiligen Führungskräfte überprüft. Besondere Flexibilität der Beschäftigten wird durch die Ausschüttung von übertariflichen Leistungen belohnt. Gesundheitsförderungsprogramme sind etabliert und ein wichtiger Baustein im Unternehmen.

#### *2.1.6 Ideenmanagement*

Rückmeldungen der Beschäftigten werden als sehr wichtig erachtet, dazu sind Instrumente etabliert. Die Beschäftigten aller Standorte haben u.a. in gemeinsamen Teambesprechungen mit dem Vorstand, in Mitarbeitergesprächen, den Personalrat, die Clea-

ringstelle oder über den Ombudsmann die Gelegenheit, ihre Meinung zu äußern. Das CIRS-Meldesystem dient als Plattform, in der „Beinahe-Fehler“ gemeldet werden können, um frühzeitig Probleme zu erkennen und entsprechende Maßnahmen zu planen. Das klinikumsweite Verbesserungsmanagement steht den Beschäftigten ebenfalls für Kritik und Anregungen zur Verfügung. Im betrieblichen Vorschlagwesen werden gute Vorschläge mit Prämien belohnt.

### **3 Sicherheit - Risikomanagement**

#### *3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements*

Ein Risikomanagement zur Unterstützung der Unternehmenssteuerung ist aufgebaut. Durch gezielte Maßnahmen wird daran gearbeitet potentielle Risiken zu erkennen, abzumindern oder zu vermeiden. Konferenzen bei Zwischenfällen oder schweren Krankheitsverläufen werden durchgeführt, um daraus zu lernen und Risiken für die Zukunft zu minimieren. Eine Arbeitsgruppe ist etabliert und trifft sich mehrmals jährlich, um Bewältigungsstrategien für Risiken des Unternehmens und am Patienten abzuwägen sowie geeignete Maßnahmen einzuleiten.

#### *3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung*

Die Sicherheit wird durch technische und organisatorische Standards ermöglicht. Besondere Bereiche (z.B. OP, Intensivstation) sind zutrittsgeschützt. Bei Kindern und Demenzpatienten sind besondere Festlegungen (Sturzgefahr, Fluchtgefahr usw.) getroffen. Die Sturzgefährdung der Patienten wird erfasst und geeignete Maßnahmen zur Vorbeugung ergriffen. Für Patienten, die einer Selbst- oder Fremdgefährdung ausgesetzt sind, gelten umfassende Regelungen. Zwei Deeskalationstrainer sind ausgebildet und geben ihr Wissen an Beschäftigte weiter. Diese wirken mit Kommunikationsmaßnahmen gezielt z.B. auf aggressive Patienten ein.

### *3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement*

Ein rund um die Uhr erreichbares Reanimationsteam mit einheitlicher Rufnummer steht an allen Standorten zur Verfügung. Die jährliche Teilnahme an Notfalltrainings mit praktischen Übungen im Team, ist für die Beschäftigten verpflichtend vorgeschrieben. Auf den Stationen ist die Notfallausrüstung vor Ort, in jedem Stockwerk steht mindestens ein Defibrillator zur Verfügung. Nach einem Notfall, wird dieser häufig nachbesprochen, um aus dem gewonnenen Erfahrungen zu lernen.

### *3.1.4 Organisation der Hygiene*

Die Verantwortlichkeiten über die Hygiene ist nach den Vorgaben des Robert Koch Instituts (RKI) geregelt. Die Hygienekommission tagt zweimal jährlich und legt mit protokollierten Beschlüssen das Vorgehen zu allen Hygienefragen fest. Speziell ausgebildete Fachkräfte setzen zusammen mit den hygienebeauftragten Ärzten und Pflegekräften, einem Infektiologen, einem Mikrobiologen und den Abteilungsleiterndie Hygienerichtlinien um.

### *3.1.5 Hygienerrelevante Daten, Infektionsmanagement*

Alle hygienesichernden Maßnahmen sind in einer Dienstanweisung mit Nachschlagewerken zusammengefasst und in einer speziellen Software einsehbar. Basis für die Inhalte der Nachschlagewerke sind immer die jeweils gültigen Vorgaben und Richtlinien der Fachinstitute (z.B. RKI). Regelmäßige Schulungen und Begehungen sichern den Kenntnisstand der Beschäftigten. Interne Überprüfungen durch die Hygienefachkräfte sowie externe Kontrollen in Zusammenarbeit mit Instituten und Ämtern sind ein wesentlicher Bestandteil der hygienischen Qualitätssicherung. In kontinuierlichen internen Schulungen und einem "Hygienetag", zu dem auch Interessenten von extern eingeladen sind, werden aktuelle Themen der Hygiene vorgestellt. Die Sterilgutaufbereitung, die Reinigung und Speiserversorgung unterliegen besonderen Standards. Meldepflichtige und erworbene Erkrankungen werden erfasst, an die Stabsstelle Hygiene weitergeleitet und in regelmäßigen Berichten ausgewertet, um den Fachabteilungen ein schnelles

Reagieren bei Auffälligkeiten zu ermöglichen. Ein Vergleich mit dem nationalen Referenzzentrum findet statt.

### *3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin*

Blut- und Blutprodukte werden vom Blutdepot des eigenen Labors in Zusammenarbeit mit der Blutbank Regensburg für alle Standorte bereitgestellt. Die Regelungen sind in einem Prozesshandbuch für die Transfusionsmedizin festgelegt. Alle Kriterien zu einer sicheren Beschaffung, Vorbereitung, Gabe und Belieferung von Blutprodukten sind neben den Verantwortlichkeiten genau definiert. Die klinikumsweite patienten- und chargenbezogene Dokumentation ermöglicht eine lückenlose Rückverfolgbarkeit der Transfusionen. Nach Gabe erhält das Labor eine dokumentierte Rückmeldung über den Verlauf. Zweimal jährlich wird in allen Abteilungen vor Ort überprüft, ob alle Vorgaben eingehalten sind und entsprechend reagiert.

### *3.1.8 Medizinprodukte*

Eine Dienstanweisung zum Umgang mit Medizinprodukten regelt sowohl das Vorgehen zur Einweisung von Geräten als auch die Aufgaben der dafür verantwortlichen Beauftragten. Die Einweisungen werden in Gerätebüchern papiergebunden und digital dokumentiert, jeder Beschäftigte erhält einen persönlichen Gerätepass. Die Medizintechnik steht bei Auswahl und Beschaffung von Geräten beratend zur Verfügung. Für alle Standorte stellt sie die Wartung, Prüfung, Reparatur und Verwaltung der Geräte nach den Vorgaben des Medizinproduktegesetzes sicher. Zusätzlich überprüft sie gemeinsam mit den Medizinproduktebeauftragten der Abteilungen, ob alle Mitarbeiter in alle Geräte, mit denen sie arbeiten, eingewiesen sind.

### *3.1.6 Arzneimittel*

Die eigene zertifizierte Apotheke gewährt eine sachgemäße Herstellung von Produkten sowie eine geregelte Belieferung aller Bereiche und Standorte. Es bestehen konkrete Anweisungen zum Umgang mit Betäubungsmitteln und Zytostatika. Eine Arzneimittel-

kommission ist etabliert, diese legt den Medikamentenbestand entsprechend des Bedarfes fest. Eine Arzneimittelsoftware zur Bewertung von Wechselwirkungen findet Anwendung. Die Apotheke steht beratend bei Fragen zur Arzneimitteltherapie zur Verfügung. In allen Bereichen erfolgt regelmäßig eine Prüfung der korrekten Lagerung und des Umgangs mit Arzneimitteln durch die Apotheker. Für mögliche Risiken bei der Verabreichung von Medikamenten sind Regelungen getroffen.

### *3.2.1 Arbeitsschutz*

Es werden die gesetzlichen Vorgaben zum Arbeitsschutz (z.B. Arbeitssicherheit, Brandschutz), die Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaft (z.B. Kleiderordnung, Umgang mit Nadelstichverletzungen) und sonstiger Vorschriften (Infektionsschutz) umgesetzt. Gefährdungsanalysen, Hygienepläne, Gefahrstoffkataster und entsprechende Regelungen liegen vor. In den Bereichen erfolgt regelmäßig eine Prüfung der Umsetzung des Arbeitsschutzes durch die Fachkraft für Arbeitssicherheit und den arbeitsmedizinischen Dienst. Sie werden dabei von den Sicherheitsbeauftragten der Abteilungen unterstützt.

### *3.2.2 Brandschutz*

Im Katastrophenplan und in der Brandschutzordnung sind die Verfahren zur Vorbeugung und zum Verhalten in Brandfällen für alle Standorte geregelt. Flucht und Rettungspläne, Standorte der Feuerlöscheinrichtungen und Handlungsanweisungen für den Brandfall sind in allen Bereichen ausgehängt. Die Beschäftigten erhalten Brandschutzunterweisungen, Brandschutzhelfer werden jährlich geschult.

### *3.2.3 Datenschutz*

Die Regelungen zum Datenschutz werden fortlaufend geprüft. Dazu sind ein zentraler Datenschutzbeauftragter und zwei weitere dezentrale Datenschutzexperten speziell geschult und für diese Funktion abgestellt. Zudem erfolgt eine Begleitung durch externe Experten. Alle Patientendaten werden nach den geltenden Regelungen vor unerlaubten

Zugriffen geschützt. Der Umgang mit Daten bei Partnern ist in Verträgen geregelt. Alle Patienten müssen speziell über die Nutzung und Weitergabe ihrer Daten einwilligen.

#### *3.2.4 Umweltschutz*

Alle Maßnahmen zum Umweltschutz werden auf Wirksamkeit und Verbesserung von Beschäftigten des Klinikums in einer Arbeitsgruppe diskutiert. Aufgrund der ökologischen Wichtigkeit wurde ein Konzept mit dem Ziel der Auszeichnung "green hospital" erstellt. Dieses wird weiterentwickelt und schrittweise umgesetzt. So sind z.B. energetische Sanierungen an allen Standorten und moderne Anlagentechniken zur Reduktion des Energieverbrauchs umgesetzt worden.

#### *3.2.5 Katastrophenschutz*

Das DONAUISAR Klinikum ist in den Katastrophenschutz nach Landesrecht eingebunden. Für verschiedene Gefahrenlagen (Brand, Massenanfall von Verletzten, Epidemie) ist ein Alarm- und Einsatzplan erstellt. Einige Szenarien wurden mit verschiedenen Teams in Zusammenarbeit mit der Feuerwehr trainiert. Für den krankenhausinternen Ausfall von technischen Systemen liegen Beschreibungen, Alarmierungswege und Ausfallskonzepte vor. Eine Arbeitsgruppe ist durch Überprüfung und Weiterentwicklung etabliert.

#### *3.2.6 Ausfall von Systemen*

Durch eine moderne Gebäudeleittechnik (z.B. Heizanlage, Telefonanlage) auf redundanter Basis sind Ausfälle weitgehend ausgeschlossen. Für den Fall eines Ausfalls sind dennoch Festlegungen zum Vorgehen vorhanden. Für die einzelnen Anlagen liegen Übersichts- und Bestandspläne in den jeweiligen technischen Bereichen vor. Gleichzeitig sind die Wasserversorgung, die Stromversorgung und die Versorgung mit medizinischen Gasen gegen einen völligen Ausfall abgesichert, mehrere Notstromaggregate sind errichtet.

## **4 Informations- und Kommunikationswesen**

### *4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme*

In allen Bereichen werden einheitliche Softwaresysteme eingesetzt und die Infrastruktur auf die Erfordernisse einer zunehmenden digitalen Welt umgestellt. Diese basiert auf einem eigenen Krankenhausinformationssystem, Software - Applikationen und online Systemen. Übergreifendes Ziel ist die elektronische Patientenakte, die schon teilweise umgesetzt ist. Es werden z.B. Untersuchungen digital angefordert, der dazugehörige Befund elektronisch erstellt und direkt in die digitale Krankengeschichte übernommen. Die digitale Archivierung ist eingeführt. Die zunehmende Digitalisierung ermöglicht somit eine Vernetzung der Patientendaten über alle Standorte hinweg. Die Beschäftigten sind entsprechend geschult. Zugriffsrechte sind sowohl zum Schutz des Patienten als auch des Beschäftigten festgelegt.

### *4.2.1 Klinische Dokumentation*

Die Dokumentation der Patientendaten erfolgt von allen Berufsgruppen in einem einheitlichen Dokumentationssystem. Die Regelungen zur Dokumentation sind in einer Dienst-anweisung fixiert und stellen somit eine geregelte und vollständige Dokumentation sicher. Die einheitliche Aktenführung wird über weitere Regelungen gesichert. Entsprechend dieser Vorgaben werden relevante Informationen eines Patienten von den beteiligten Beschäftigten strukturiert und zeitnah schriftlich festgehalten. Eine Überprüfung der Dokumentation z.B. auf Vollständigkeit, Lesbarkeit etc. ist durch Aktenaudits möglich, ggf. wird entsprechend reagiert.

### *4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung*

Wesentliche Daten und Befunde stehen den Beschäftigten 24 Stunden in der elektronischen Krankengeschichten unter Beachtung der Datenschutzregelungen zur Verfügung. Durch die Vernetzung der Bereiche und Standorte ist der Zugriff auf die Daten und Be-

funde aus Voraufenthalten möglich. Diese helfen dem Arzt schnell bei der erneuten Diagnosestellung und Doppeluntersuchungen können vermieden werden.

#### *4.3.1 Information der Unternehmensleitung*

Der Vorstand und die Mitglieder der Ressortleiterkonferenz werden über die internen Vorgänge und kritischen Abweichungen durch regelmäßige schriftliche Berichte und durch ein strukturiertes Besprechungswesen benachrichtigt. Sie leiten gemeinsam mit den Verantwortlichen rechtzeitig Korrekturmaßnahmen ein.

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

Das Informationswesen ist in der Geschäftsordnung verpflichtend geregelt. Inhalte und Themen können sowohl die Informationsweitergabe zur Patientenbehandlung, als auch organisatorische/ qualitätssichernde Aspekte sein. Protokollregelungen und Verteilerlisten sind festgelegt. Neben der Kommunikation zwischen den verschiedenen Bereichen und Berufsgruppen sind eine gezielte Einbindung und Information der Patienten und deren Angehörigen wichtig. Diese haben die Möglichkeit sich in persönlichen Gesprächen, Broschüren, Flyern oder der Homepage über ihr Krankheitsbild bzw. organisatorische Fragestellungen zu informieren. Für die Besucher ist der Empfang in den Eingangsbereichen der Standorte die vorrangige Anlaufstelle. Hier werden neben der Information über den Aufenthalt des Patienten auch Auskünfte über die Lage der Behandlungseinheiten/ Stationen gegeben. Die Eingangsbereiche sind ansprechend gestaltet. Die jeweiligen zentralen Patientenaufnahmen haben eine klinikumsweite Funktion bei Notfallsituationen. Die Beschäftigten verfügen über notwendige Informationen (z.B. Rufbereitschaften, Alarmierungspläne) und sind geschult, im Bedarfsfall die notwendigen Maßnahmen einzuleiten.



## **5 Unternehmensführung**

### *5.1.1 Philosophie/Leitbild*

Als Leitgedanke dient allen Beschäftigten der Slogan „Gemeinsam mit Kompetenz und Herz“. Darin spiegelt sich die Vision des DONAUISAR Klinikums "Nahe medizinische Versorgung der Bevölkerung durch Krankenhäuser in kommunaler Hand" wieder. Neben der hohen Behandlungsqualität an allen Standorten werden fürsorgliche Verhaltensweisen und die Patientenorientierung großgeschrieben. Als zentrale Richtlinie im Umgang miteinander wurde ein Leitbild gemeinsam mit Mitarbeitern, Führungskräften und dem Personalrat mit fünf Säulen entwickelt. Dieses Leitbild stellt eine Orientierung für die Zusammenarbeit und eine Herausforderung für die Führungskräfte dar. Das Leitbild ist gleichzeitig als Führungsgrundsatz zu verstehen.

### *5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen*

Die Förderung von Vertrauen ist Grundlage für Qualität, Motivation, Zusammenarbeit und Wirtschaftlichkeit. Um einen offenen, vertrauensvollen Umgang miteinander zu gewährleisten, wurden verschiedene Instrumente an den Standorten etabliert, wie z.B. regelmäßige Mitarbeitergespräche, ein Ethikteam, eine Clearingstelle, Angebot von Supervisionen, Gesundheitsförderung, Betriebsausflüge, Mitarbeiterfeste etc. Der Personalrat ist in allen wichtigen Gremien als Mitglied vertreten und führt regelmäßig mit dem Vorstand und dem Personalleiter Gespräche. Dienstvereinbarungen zu wichtigen Themen, wie z.B. Arbeitszeitregelungen, Sucht, Mobbing, Bossing, Staffing etc. sind vereinbart. Die Führungskräfte werden speziell geschult, um adäquat auf tägliche Herausforderungen reagieren zu können.

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

Der Bereich Kommunikation und Konfliktmanagement ist als Anlaufstelle für interne und externe Konflikte sowie ethische Fragestellungen definiert. Einige Beschäftigte sind in Techniken zur Konfliktbewältigung geschult. Zur Unterstützung sind zusätzlich Mitglieder benannt, die sich in so genannten Ethikcafes treffen und grundsätzliche ethische Emp-

fehlungen zum Umgang mit weltanschaulichen und religiösen Bedürfnissen erarbeiten. Alle Beschäftigten der Standorte werden zur Teilnahme eingeladen. Ethische Fallbesprechungen sind etabliert. Es werden nicht nur christliche, sondern auch weitere religiöse und kulturelle Gruppierungen z.B. Muslime unterstützt. Es stehen mehrere Seelsorger für die Standorte zur Verfügung.

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

Der Umgang mit der Öffentlichkeitsarbeit wird maßgeblich von der Stabstelle für Kommunikation und Konfliktmanagement in Abstimmung mit dem Vorstand und den jeweiligen Verantwortlichen gesteuert. Als wichtigste externe Zielgruppen werden die Einweiser, Pflegeeinrichtungen, Krankenkassen angesehen. Der regelmäßige Austausch mit ihnen ist über systematische Qualitätszirkel und runde Tische etc. ermöglicht. Für die Kommunikation mit der Presse sind spezifische Regelungen erstellt. Die Ergebnisse regelmäßiger Befragungen helfen bei wichtigen Entscheidungen. Die Öffentlichkeit wird über Presseberichte und Soziale Medien informiert.

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

Die strategische Zielplanung wird alle fünf Jahre bzw. bei Bedarf unter Einbeziehung aller Führungskräfte neu ausgerichtet und entwickelt. Interne und externe Rahmenbedingungen werden dabei berücksichtigt (z.B. Gesetze, Innovationen, Patientenwünsche). Zweimal im Jahr werden die Zielplanungen reflektiert und ggf. aktualisiert. Übergeordnetes Ziel ist derzeit, die Entwicklung zu einem überregionalen Gesundheitszentrum. Daraus leiten sich zahlreiche Projekte (z.B. Eröffnung zusätzlicher Abteilungen usw.) ab. Die Beschäftigten werden über den Sachstand durch Protokolle im Intranet, Artikel im Mitarbeiter-Newsletter u.ä. informiert. Für die Umsetzung der Zielplanungen werden jährlich Finanz- und Investitionspläne erstellt und deren Einhaltung über Berichte überwacht. Die Abteilungen verfügen über Budgets zum eigenverantwortlichen Agieren. Alle Beschäftigten werden über die wirtschaftliche Situation in Teambesprechungen

durch den Vorstand, über Berichte durch das Controlling und über das Intranet informiert.

### *5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement*

Das Risikomanagement ist auf zwei sich überschneidende Säulen aufgebaut. Sowohl für das medizinische als auch für das wirtschaftliche Risikomanagement sind Risikokataloge erstellt. Kennzahlen, die im Sinne eines „early warning Systems“ verwendet werden sind vorhanden. Durch das Berichtswesen sind Abteilungsleiter, Chefärzte, Pflegedienstleitungen und der Vorstand über die aktuelle Lage informiert und können entsprechend steuern. Alle potentiellen Risiken werden über speziell entwickelte Methoden identifiziert und hinsichtlich der Häufigkeit und Schwere beurteilt, geeignete Maßnahmen abgeleitet und bearbeitet.

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

Partnerschaften und Kooperationen mit Interessensgruppen (z.B. andere Kliniken, Praxen etc.) werden ausgebaut und im Sinne einer Win-Win-Situation in Kooperationsverträgen schriftlich fixiert. Befragungen werden maßgeblich von der Stabsstelle für Kommunikation und Konfliktmanagement und der Arbeitsgruppe Marketing geplant und betreut. Die Interessen und Bedürfnisse der kooperierenden Ärzte und Einweiser werden anhand von Befragungen/ Interviews ermittelt, um gezielte Maßnahmen zur Optimierung zu erreichen. Das DONAUISAR Klinikum tritt als verantwortungsvolles Mitglied in der Gesellschaft auf und hat sich diesbezüglich Eckpunkte gesetzt. Erreichte Ziele sind dabei z.B. die Mitgliedschaft in Förder- und Hilfsvereinen, die Unterstützung des Krebs-sportvereins.

### *5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien*

Die Organisation und die Verantwortlichkeiten innerhalb des DONAUISAR Klinikums sind in einer Geschäftsordnung geregelt. In deren Anhängen sind die

standortbezogenen und -übergreifenden Strukturen festgelegt. Diesbezügliche Informationen sind im Intranet verfügbar. Um eine effektive Arbeitsweise in Fachgremien und Kommissionen zu ermöglichen, sind die Verantwortlichkeiten und Aufgabengebiete ebenso darin abgebildet. Die Tätigkeiten der Kommissionen sind in einer Satzung geregelt. Für die Patienten, Angehörigen und Beschäftigten sind Ansprechpartner zu allen wichtigen Themen benannt und veröffentlicht. Vertretungsregelungen sind schriftlich fixiert und finden Anwendung. Ergebnisse und Maßnahmen aus Sitzungen werden an die Beschäftigten per Rundschreiben, persönliche Information in Besprechungen bzw. als Veröffentlichung im Intranet bekannt gegeben. Relevante Entscheidungen aus Gremien werden anhand von Verteilerlisten an die Verantwortlichen weitergeleitet und dort umgesetzt.

### *5.3.2 Innovation und Wissensmanagement*

Die Beschäftigten haben die Möglichkeit ihre Wünsche und Innovationen im Rahmen des betrieblichen Vorschlagwesens einzubringen. Gute Vorschläge können mit Prämien belohnt werden. Zusätzlich arbeiten einige Beschäftigte in verschiedensten Projektgruppen mit und bringen so ihr Fachwissen zur Weiterentwicklung des Unternehmens ein. Das Wissensmanagement wird als zentraler Baustein im Sinne einer lernenden Organisation gesehen. Den Beschäftigten steht das für die Arbeit notwendige Wissen über das Intranet zur Verfügung. Über Fachzeitschriften und Onlinebibliotheken/ Wissensportale können weitere Informationen eingeholt werden. Qualifizierte Mitarbeiter wie z.B. Fachpflegekräfte, Fachärzte etc. stehen den Patienten und Beschäftigten mit ihrem Wissen beratend zur Seite.

## **6 Qualitätsmanagement**

### *6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements*

Die Stabsstelle für Qualitäts- und Risikomanagement (QRM) ist bei der dynamischen Entwicklung des Hauses beteiligt und direkt dem Vorstand unterstellt. Neben der Unterstützung in Projekt- und Prozessfragen ermittelt sie Kennzahlen, die den Abteilungsleitern

helfen die erbrachte Qualität zu bewerten. Um dies zu realisieren, werden die Ergebnisse des Risikomanagements, der Befragungen und Rückmeldungen aus dem Kommunikation und Konfliktmanagement, aus dem Medizincontrolling, dem Controlling und der externen Qualitätssicherung herangezogen. Eine Überprüfung der Qualität erfolgt auch über Audits (z.B. Prozessaudits, Risikoaudits) und Begehungen (z.B. Arbeitssicherheitsbegehungen, Hygienebegehungen). Der Stabsstelle obliegt die Verantwortung aus den Ergebnissen unterschiedlicher Instrumente und Methoden ein Bild bzgl. eines gelebten Qualitätsmanagements zu erstellen. Ein besonderer Aufwand wird betrieben, um Einblicke von Außen (Zertifizierungen) zuzulassen und aus den Rückmeldungen zu lernen.

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

Organisatorisch ist das DONAUISAR Klinikum darauf hin ausgerichtet, Prozesse ohne Irr- oder Umwege zu realisieren. Um dieses Ziel zu erreichen, wurden strukturelle Veränderungen, wie die Zusammenführung einzelner Abteilungen über die Standortgrenzen hinweg durchgeführt. Der Aufbau der Prozessstruktur, sowie die Festlegung und Definition der verschiedenen Prozesse erfolgt über die Abteilungsleiter, das QRM unterstützt dabei. Es sind Kern-, Führungs- und Unterstützungsprozesse definiert, wobei als Kernprozess die Behandlung des Patienten im Vordergrund steht. Zur Optimierung von Prozessen werden bei Bedarf abteilungsinterne Verbesserungsmaßnahmen abgesprochen oder Projekte zur Optimierung initiiert. Die Prozessstruktur fördert ein vernetztes Denken über die Abteilungsgrenzen hinweg. Die benötigten Instrumente werden vom QRM entwickelt, zur Verfügung gestellt und geschult. Um eine geregelte Dokumentenlenkung und Prozesszuordnung zu gewährleisten, ist eine Lenkungssoftware implementiert, die vom QRM verwaltet wird. Regelmäßige Überprüfungen, Auswertungen und Verbesserungen im Dokumentenmanagement sind vorhanden.

#### *6.2.1 Patientenbefragung*

Um die Zufriedenheit der Kunden zu ermitteln, werden diese innerhalb der Patientenbefragung, um ihre Meinung gebeten. Kodierte Fragebögen werden nicht verwendet. Das

Vorgehen zur Durchführung aller Befragungen ist klinikumsintern verbindlich festgelegt. Die Ergebnisse fließen in die Strategieplanung ein. In vielen Bereichen werden zusätzlich Patientenbefragungen über speziell entwickelte Scores durchgeführt, um einen Verlauf und somit qualitätsrelevante Daten zur Verbesserung der Behandlungsverfahren zu erhalten. Ambulante Patienten werden in ausgewählten Bereichen befragt.

### *6.2.2 Einweiserbefragung*

Einweiserbefragungen werden alle zwei Jahre über einen Fragebogen durchgeführt, zusätzlich werden aber die Wünsche in persönlichen Interviews konkret verifiziert. Durch die teilweise Vergleichbarkeit der gewonnenen Daten mit anderen Kliniken wird unter Mithilfe externer Berater immer eine wirkungsvolle Auswertung der Befragungen ermöglicht.

### *6.2.3 Mitarbeiterbefragung*

Regelmäßig haben die Mitarbeiter die Möglichkeit eine Beurteilung ihrer Arbeitsumgebung und der Vorgesetzten abzugeben. Dies erfolgt schriftlich über eine Befragung oder in Interviews und den Gesundheitszirkeln. Die Ergebnisse werden über verschiedenste Methoden unter Begleitung von externen Beratern gemeinsam im Team aufgearbeitet und Zielsetzungen für die Zukunft festgelegt. Mündlich können die Beschäftigten ihre Anliegen ihrem Vorgesetzten mitteilen. Zudem können sie mindestens zweimal pro Jahr direkt mit dem Vorstand in den regelhaften Teambesprechungen in Kontakt treten. Ein Ombudsmann und eine Clearingstelle stehen für alle Standorte zur Verfügung.

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

Ein strukturiertes Verbesserungsmanagement ist Bestandteil der Sicherheitskultur. Die Informationen zum Verbesserungsmanagement werden für Patienten, Angehörige und Besucher in entsprechenden Informationsbroschüren und Aushängen zur Verfügung gestellt. Sie können sowohl schriftlich als auch persönlich am Beschwerde-Telefon geäu-

bert werden. Zudem stehen in den Bereichen der Standorte gekennzeichnete Rückmeldekarten zur Verfügung, die für Patienten, Angehörige und Besucher die Möglichkeit der Meinungsbildung geben. Grundsätzlich sind alle Beschäftigten zur Annahme einer Beschwerde oder eines Verbesserungsvorschlages angehalten. Die Bearbeitung erfolgt in jedem Falle zeitnah und durch Unterstützung des zentralen Verbesserungsmanagements, welches von der Stabsstelle Kommunikation und Konfliktmanagement verwaltet wird. Die Ergebnisse fließen gemeinsam mit den Befragungsergebnissen in die strategische Zielsetzung des Klinikums ein.

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

Die interne und externe Qualitätssicherung wird durch die Erhebung von Kennzahlen gesteuert. Das entstehende Gesamtbild ermöglicht, dass zur Führung nicht nur finanzielle Ergebnisse als Maßstab dienen, sondern auch Kunden-, Mitarbeiter und gesellschaftsbezogene Ergebnisse sowie geforderte Qualitätsindikatoren gleichermaßen betrachtet werden. Die erhobenen Daten zur internen Qualitätssicherung generieren sich durch vorgeschriebene Qualitätskontrollen und in regelhaften internen Audits in den verschiedenen Bereichen. Ergänzend dazu werden kontinuierlich Routinedaten zu Ergebnis- und Prozessqualität erhoben und in zusammengefassten Monatsberichten an die verantwortlichen Beschäftigten und den Vorstand weitergeleitet. Zudem fließen hier die Ergebnisse der Patienten-, Mitarbeiter- und Einweiserbefragungen mit ein. Die internen Qualitätsziele der Abteilungen werden in Absprache mit dem Abteilungsleiter und dem Vorstand auf Basis der Strategie entwickelt und in persönlichen Zielvereinbarungen mit den Abteilungsleitern schriftlich festgelegt. Das DONAUISAR Klinikum beteiligt sich an den Maßnahmen der externen Qualitätssicherung. Für jede Abteilung ist für die Erhebung und Überprüfung der Kennzahlen ein beauftragter Arzt benannt, bei Abweichungen werden entsprechende Maßnahmen eingeleitet. Durch Benchmarks und extern zur Verfügung gestellten Daten (BAQ) ist eine landes- und bundesweite Bewertung und Einordnung der Ergebnisse durch die Abteilungsverantwortlichen und den Vorstand möglich. Zudem werden Routinedaten ausgeleitet und über die Initiative Qualitätsmedizin

(IQM) mit anderen Kliniken verglichen. In kollegialen Gesprächen zwischen den Vertretern IQM und den Abteilungsleitern, werden verbesserungsfähige Prozesse und Verfahren besprochen und reorganisiert.