



Kliniken an der Paar



Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen

## KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

<b>Krankenhaus:</b>	Kliniken an der Paar	
<b>Institutionskennzeichen:</b>	260970220	260970242
<b>Anschrift:</b>	Krankenhaus Aichach Krankenhausstrasse 11 86551 Aichach	Krankenhaus Friedberg Herrgottsruhstraße 3 86316 Friedberg
<b>Ist zertifiziert nach KTQ<sup>®</sup> mit der Zertifikatnummer:</b>	2014-0041 KHVB	
<b>durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:</b>	QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche	
<b>Gültig vom:</b>	21.07.2014	
<b>bis:</b>	20.07.2017	

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b>	<b>5</b>
<b>Die KTQ-Kategorien</b>	<b>7</b>
1 Patientenorientierung	8
2 Mitarbeiterorientierung	13
3 Sicherheit	15
4 Informations- und Kommunikationswesen	19
5 Führung	21
6 Qualitätsmanagement	23

## 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), 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<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,
- 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 Visitorenteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

---

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

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 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 **Kliniken an der Paar** 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

Liebe Leserin, lieber Leser,

die Kliniken an der Paar sind ein Eigenbetrieb des Landkreises Aichach-Friedberg bei Augsburg. Zu den Kliniken gehören zwei Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung, das Krankenhaus Friedberg und das Krankenhaus Aichach mit insgesamt 280 Betten. Die beiden Krankenhäuser ergänzen sich im medizinischen Angebot und bieten so den Menschen in unserer Region eine umfassende medizinische Versorgung an.



Krankenhaus Friedberg



Krankenhaus Aichach

Mit seinen insgesamt acht Haupt- und Belegabteilungen und 180 Betten versorgt das Krankenhaus Friedberg Patienten aus dem südlichen Teil des Landkreises Aichach-Friedberg. Die medizinischen Fachabteilungen für Innere Medizin, Allgemein- und Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie und die Fachabteilung für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie werden als medizinische Hauptabteilungen geführt. Die medizinischen Bereiche Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädie, Chirurgie, Innere Medizin (Kardiologie) sowie HNO werden von Belegärzten geführt.

Mit seinen sechs Haupt- und Belegabteilungen sowie 100 Betten sichert das Krankenhaus Aichach die medizinische Versorgung im nördlichen Teil des Landkreises.

Die medizinischen Fachabteilungen Innere Medizin, Unfallchirurgie, Viszeralchirurgie sowie Anästhesie Intensivmedizin und Schmerztherapie werden als Hauptabteilungen geführt. Die medizinischen Bereiche Gynäkologie und Geburtshilfe sowie HNO werden von Belegärzten geführt, die neben ihrer Aufgabe im Krankenhaus als niedergelassene Ärzte tätig sind und so einen besonders engen Kontakt zu unseren Patienten ermöglichen.

Um dem Bekenntnis zur "Gesundheitsförderung" besonderen Nachdruck zu verleihen, haben sich die Krankenhäuser Aichach und Friedberg zusammengeschlossen und bieten unter dem Dach der Kliniken an der Paar ein umfangreiches und hochwertiges medizinisches Leistungsspektrum an. Damit können sich Patienten und ihre Angehörigen sowie die niedergelassenen Ärzte im Einzugsbereich auf die Kliniken an der Paar als die leistungsfähigen und modernen Krankenhäuser verlassen.

Die ärztliche Versorgung wird nach dem jeweils neuesten Stand gesicherter wissenschaftlicher Forschungsergebnisse durchgeführt. Die Behandlung unserer Patienten erfolgt in einem humanen, partnerschaftlichen Miteinander und ist geprägt durch die grundlegende Philosophie der Kliniken an der Paar: Jeder gibt an seiner Stelle sein Bestes - Ärzte, Krankenschwestern, Krankenpfleger, medizinisch-technisches Personal, Krankengymnastinnen und Masseur, Diätassistentinnen, Reinigungs- und Küchenpersonal, ebenso wie die Verwaltungsmitarbeiter - um einen, patientenorientierten Service zu verwirklichen.

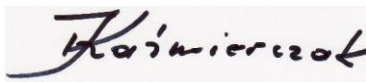
Unsere Krankenhäuser sind deshalb keine "Medizinfabrik", sondern persönlich geprägte Häuser mit familiärer Atmosphäre. In unserer Arbeit bekennen wir uns zu folgenden Prinzipien:

- Gesundheit und Wohlbefinden als eigenständiges Gut in einem partnerschaftlichen Miteinander zu pflegen und zu fördern und nicht nur als Ergebnis einer erfolgreichen Therapie zu bewerten,
- alle Bereiche zu berücksichtigen, die den Menschen als physisches, psychosoziales und geistiges Wesen in seiner Gesamtheit betreffen und das Krankenhaus zu einem Gesundheitshaus für alle Menschen und nicht nur für seine Patienten zu gestalten.

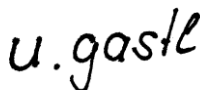
Die Krankenhäuser Friedberg und Aichach haben einen festen Platz in dem Krankenhausplan des Landes Bayern und leisten einen öffentlichen Versorgungsauftrag. Sie steht Versicherten aller Kassen zur Verfügung.

Wir danken allen, die uns ihr Vertrauen geschenkt haben, und möchten Ihnen mit diesem Qualitätsbericht einen Einblick in Leistungsspektrum und Qualität unserer Arbeit geben.

Unternehmensleitung der Kliniken an der Paar



Dr. med. Krzysztof Kaźmierczak  
Geschäftsführer



Ulrike Gastl  
Pflegedirektorin



Peter Schiele  
Kaufmännischer Direktor



Dr. med. Tobias Köhler  
Ärztlicher Direktor



Dr. med. Lothar Goedecke  
Ärztlicher Direktor

Für weitere Informationen empfehlen wir unsere Homepage: [www.klipa.de](http://www.klipa.de)

Zur Kontaktaufnahme stehen wir zur Verfügung:

Kliniken an der Paar - Krankenhaus Aichach  
Krankenhausstr. 11  
86551 Aichach  
Telefon: 08251 909-0  
Telefax: 08251 503-93  
E-Mail: [krankenhaus-aichach@klipa.de](mailto:krankenhaus-aichach@klipa.de)

# Die KTQ-Kategorien

## **1 Patientenorientierung**

### **Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung**

Die Kliniken sind mit öffentlichen Verkehrsmitteln und PKW gut erreichbar. An beiden Standorten zeigen Hinweisschilder in der Stadt die Richtung an. Es stehen Parkplätze (auch Sonderparkplätze, z.B. für Notfälle) zur Verfügung. Des Weiteren befindet sich vor der Klinik eine Bushaltestelle. Das Leistungsspektrum und ein Lageplan sind über das Internet abrufbar. Die Orientierung in beiden Kliniken ist übersichtlich und patientenorientiert, die vorhandenen Hinweisschilder eindeutig. Das Personal gibt gerne Auskunft und unterstützt bei der Orientierung. Im Eingangsbereich befindet sich der Informationsstützpunkt. Dieser bildet die zentrale Anlaufstelle für Patienten und Besucher. Pfeile, die auf dem Boden angebracht und farblich markiert sind, dienen der Unterstützung, um die einzelnen Untersuchungsbereiche auszuweisen.

Patienten, bei denen eine geplante Aufnahme stattfindet, werden darauf in der ambulanten/vorstationären Sprechstunde vorbereitet und bekommen dort bereits einen stationären Aufnahmetermin. Notfallpatienten werden jederzeit aufgenommen, in der Notaufnahme von einem Facharzt versorgt und dann bei Bedarf auf eine Station aufgenommen.

### **Leitlinien**

Für eine optimale Patientenversorgung werden in unseren Kliniken Leitlinien der internationalen Fachgesellschaften, die nationalen Expertenstandards und neueste wissenschaftliche Erkenntnisse als Grundlage für unsere hauseigenen Standards und Verfahrensanweisungen in allen Berufsgruppen genutzt. Des Weiteren werden unsere Mitarbeiter durch regelmäßige Fort- und Weiterbildungen auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand gehalten.

### **Information und Beteiligung des Patienten**

Die umfassende Aufklärung der Patienten erfolgt in persönlichen Gesprächen unter Zuhilfenahme schriftlicher (bei Bedarf auch fremdsprachiger) Informations- und Aufklärungsbögen. Darüber hinaus werden gegebenenfalls Dolmetscher und Mitarbeiter mit Fremdsprachenkenntnissen einbezogen. Das Patientenrechtegesetz wird umgesetzt. Mit jedem Patienten wird ein individueller Behandlungsplan erstellt. Gegebenenfalls werden Angehörige beziehungsweise der gesetzliche Betreuer einbezogen. Patientenverfügungen werden in der Therapie berücksichtigt. Die Besuchsmöglichkeiten der Patienten sind in den Kliniken patientenorientiert geregelt. Es existiert ein großes Angebot an Beratungen und Schulungen, Info-Veranstaltungen sowie Selbsthilfegruppen.



## **Service, Essen und Trinken**

Die Zimmer sind meist behindertengerecht mit einer Nasszelle mit Dusche, WC, Essecke, einer Patientenrufanlage, abschließbarem Schrank, Fernsehen, Radio und Telefon ausgestattet. Unseren Patienten stehen sowohl ein Andachtsraum als auch eine Cafeteria zur Verfügung. Informations- und Aufklärungsgespräche werden nach Möglichkeit in separaten Räumen geführt. Schulungen und Beratungen werden angeboten.

Es werden mehrere Menüs sowie nach Erkrankung spezielle Kostformen angeboten. Bei Bedarf wird der Speiseplan individuell für jeden Patienten mit der Diätassistentin und ärztlicher Rücksprache zusammengestellt und in der Küche durch einen diätetisch geschulten Koch zubereitet. Sonderwünsche sowie kulturelle oder religiöse Aspekte werden ebenfalls berücksichtigt.

## **Kooperationen**

Bei der Koordination der Behandlung spielt die Visite eine zentrale Rolle, bei der Pflegekräfte, Ärzte und hinzugezogene Therapeuten sowie der Sozialdienst den Behandlungsablauf mit dem Patienten besprechen und festlegen. Interdisziplinäre Besprechungen finden täglich auf der Intensivstation statt.

Die tägliche fachrichtungsübergreifende Zusammenarbeit aller an der Behandlung Beteiligten ist durch das Beratungswesen (Konsiliarwesen) sowie durch regelmäßige Besprechungen (z.B. tägliche Ärztebesprechung, Übergaben, Tumorkonferenzen, interdisziplinäre Fallbesprechungen) gewährleistet

## **Erstdiagnostik und Erstversorgung**

Die Aufnahmebereitschaft ist in allen Hauptabteilungen rund um die Uhr gewährleistet. Notfälle werden über die Leitstelle beziehungsweise über den Notarzt dem diensthabenden Arzt angekündigt, der alle weiteren Schritte in die Wege leitet. Die Behandlung von Notfällen hat Vorrang.

Der diensthabende Arzt entscheidet nach ärztlicher Untersuchung über die Aufnahme des Patienten oder die gegebenenfalls ambulante Behandlung. Alle Patienten werden zeitnah ärztlich und pflegerisch mit standardisierten Aufnahmebögen aufgenommen. Erfasst wird der Status des Patienten wie z. B. Risiken, Probleme, Fähigkeiten, das soziale Umfeld sowie die Wünsche und Erwartungen des Patienten. Alle Informationen werden im Dokumentationssystem erfasst. Ist der Patient nicht kommunikationsfähig, werden Angehörige oder der gesetzliche Vertreter hinzugezogen.

## **Ambulante Diagnostik und Behandlung**

Die Notfallversorgung ist durch den 24-stündigen Dienst qualifizierter Ärzte und Pflegekräfte und durch die intensive Zusammenarbeit mit den regionalen Rettungsdiensten lü-

ckenlos gewährleistet. Über eine erforderliche sofortige ambulante Versorgung mit anschließender Entlassung nach Hause entscheidet der Aufnahmearzt. Geplante ambulante Behandlungen, z. B. ambulante Operationen, werden vorab durch die Sekretariate vereinbart und einbestellt. Über die Sekretariate können Termine für Spezialsprechstunden Ambulanzen vereinbart werden.

Ein breites Spektrum an Fachdisziplinen ist neben den Hauptfachabteilungen über Konsiliar- und Belegärzte abgedeckt.

Ambulante Untersuchungen werden in den beiden endoskopischen Abteilungen täglich durchgeführt. Bei der Überwachung der Patienten nach den Untersuchungen werden höchste Sicherheitsstandards erfüllt.

### **Ambulante Operationen**

Der Termin wird mit dem Patienten in den Ambulanz- beziehungsweise den Beleg-/Konsiliararztpraxen vereinbart. Die Patienten erhalten dabei eine ausführliche mündliche Aufklärung zum geplanten Eingriff und entsprechendes schriftliches Informationsmaterial. Gegebenenfalls werden Angehörige mit in die Planung einbezogen. Alle vorliegenden Vorbefunde, Risiken und Lebensumstände des Patienten werden in die Entscheidung zur ambulanten Operation mit einbezogen. Nach Möglichkeit erfolgen die Aufklärungen durch die Anästhesie noch während des Besuchs in der Sprechstunde.

Für alle im Haus gängigen Operationen gibt es Standards zur Operationsvorbereitung. Bei allen Patienten wird die zu operierende Operationsseite markiert. Die Überwachung nach der Operation erfolgt im Aufwachraum. Die Schmerztherapie erfolgt anhand eines postoperativen Schmerztherapiekonzeptes. Die Entlassung ambulant operierter Patienten erfolgt erst nach Begutachtung durch einen Arzt.

### **Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung**

Anhand der Erstuntersuchung und der Anamnese wird der Behandlungsprozess geplant und über die Notwendigkeit und Dringlichkeit von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen entschieden. Der Behandlungsplan wird vom Aufnahmearzt und Stationsarzt erstellt sowie mit dem zuständigen Oberarzt abgestimmt. Der gesamte Behandlungsprozess des stationären Aufenthaltes wird durch den Stationsarzt in Kooperation mit Ober- und Chefarzt sowie in Absprache mit dem Patienten während der Visiten überprüft, aktualisiert; therapeutische und diagnostische Maßnahmen werden vereinbart. Die Pflegemaßnahmen werden beim pflegerischen Aufnahmegespräch erhoben und durchgeführt.

Bei jedem Patienten erfolgt eine Risikoeinschätzung anhand anerkannter Skalen.

### **Therapeutische Prozesse**

Die umfassende und qualitativ hochwertige Therapie wird durch ärztliches, pflegerisches und therapeutisches Fachpersonal gewährleistet. Der aufnehmende Arzt legt einen Be-

handlungsplan in der Patientenakte fest und leitet unverzüglich alle notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen ein. Der Behandlungsplan wird mit Chef- und Oberärzten abgestimmt. Die Terminplanung, Anmeldung und der Informationsaustausch erfolgen standardisiert und patientengerecht zwischen den Funktionsabteilungen und den Stationen. Dringliche Untersuchungen, wie Nüchternuntersuchungen bei Diabetikern, haben Vorrang.

In allen Abteilungen liegen Standards zur Schmerzbehandlung vor, bei Bedarf werden Ärzte der Anästhesie hinzugezogen.

Die Therapieplanung durch die Physiotherapie wird nach festgelegten Schemata durchgeführt.

Maßnahmen zur Vorbeugung von Komplikationen werden im Rahmen der ärztlichen Aufnahme (Allergien, Thrombosen u.ä.) oder in der Pflegeplanung festgelegt (z.B. Dekubitus-, Sturz-, Pneumonieprophylaxe).

## **Operative Verfahren**

Die Operationskoordination obliegt dem Operationskoordinator. Grundlage ist das Operationsstatut, welches Zuständigkeiten, Aufgaben, Planung und Abläufe regelt. Für alle Fachrichtungen sind Operationstage und -zeiten definiert, an denen die Abteilungen selbständig ihre Eingriffe planen können.

Notfalloperationen werden nach Dringlichkeit im geplanten Tagesprogramm abgearbeitet. Hierzu ist die Operationsbereitschaft rund um die Uhr gewährleistet.

Es existieren Lagerungsstandards sowie Operationsstandards zur Vorbereitung von Operationen.

Die Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit zur Vermeidung von Verwechslungen (Patientenidentität, Verwechslung OP-Seite, Zählkontrollen) werden umgesetzt, es existieren umfangreiche Sicherheitskontrollen und Vorgaben zur Vorbeugung von Komplikationen.

## **Visite**

Auf allen Stationen findet werktäglich eine Visite durch den Stationsarzt und die Bereichspflegekraft statt, an Wochenenden und Feiertagen erfolgen Schwerpunktvisiten. Die Visiten sind fachabteilungsspezifisch geregelt, zeitlich festgelegt und allen beteiligten Mitarbeitern bekannt. Chef- und Oberarztvisiten werden an festgelegten Tagen durchgeführt. Jede Visite erfolgt grundsätzlich in Zusammenarbeit mit der zuständigen Pflegekraft. Bei Bedarf werden weitere Berufsgruppen, wie beispielsweise die Physiotherapie, Ernährungsberatung et cetera, hinzugezogen.

Visiteninhalte werden für den Patienten verständlich formuliert, bei fremdsprachigen Patienten wird im Bedarfsfall ein Übersetzer hinzugezogen. Dabei wird dem Patienten besonders die weitere Behandlungsplanung erläutert.

## **Teilstationär, Prästationär, Poststationär**

Prästationäre und poststationäre Behandlungen erfolgen im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben. Die prästationäre und poststationäre Versorgung erfolgt, soweit es die Patienten der Hauptfachabteilungen betrifft, in den jeweiligen Sprechstunden, Patienten der Konsiliarärzte/Beleger in den jeweiligen Arztpraxen.

## **Entlassung**

Ein Entlassungsdatum wird im Regelfall bereits bei dem Aufnahmegespräch avisiert und entsprechende Maßnahmen eingeleitet. Auf Grundlage der ärztlichen und pflegerischen Anamnese wird die Pflegebedürftigkeit abgeschätzt und gegebenenfalls das CaseManagement unmittelbar eingeschaltet. Mit den umliegenden ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen hat unser Haus eine Kooperation bezüglich der weiteren Versorgung des Patienten abgeschlossen: Kooperationsverbund "Hand in Hand". Für alle nachsorgenden Einrichtungen ist ein Pflegeüberleitungsbogen erstellt worden.

## **Kontinuierliche Weiterbetreuung**

Die Sicherstellung der kontinuierlichen Weiterbetreuung ist durch enge Kooperation aller an der Versorgung Beteiligten gewährleistet. Bei Entlassung des Patienten in einen anderen Versorgungsbereich wird ein (vorläufiger) Entlassbrief mit Diagnosen, Behandlungsverlauf und Therapieempfehlungen sowie bei Bedarf Kopien relevanter Befunde und bei Pflegebedürftigkeit ein Pflegeverlegungsbericht mitgegeben oder übermittelt. Bei der Entlassungs- oder Verlegungsplanung ist ein Checklistenaufkleber der Organisation dienlich. Auf ihm sind alle relevanten Punkte der Entlassungsplanung enthalten. Des Weiteren haben wir durch eine Kooperationsvereinbarung sichergestellt, dass bereits im Vorfeld der Entlassung nachbetreuende Einrichtungen durch einen Vorinformtionsbogen über Besonderheiten und medikamentöse Therapie informiert werden.

## **Umgang mit sterbenden Patienten**

Wünsche und Bedürfnisse sterbender Patienten und deren Angehöriger werden grundsätzlich berücksichtigt. Unterstützend wirken dabei die Mitarbeiter, die Klinikseelsorge, bei Bedarf auch das Hospiz, ein evangelischer oder ein katholischer Pfarrer mit. Sterbende werden in der Regel in einem Einzelzimmer untergebracht, sodass die Angehörigen rund um die Uhr anwesend sein können. Bei Patienten, die eine Patientenverfügung mitbringen, wird das Ausmaß der therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen entsprechend dem Patientenwillen ausgerichtet. Im Rahmen der Möglichkeiten können individuelle, religiöse und kulturelle Bedürfnisse umgesetzt werden. Der Umgang mit den unterschiedlichen Religionen ist im „Buch der Religionen“ beschrieben. Die Grundsätze der Palliativ-Medizin nach den Empfehlungen

der Fachgesellschaften werden umgesetzt es stehen speziell ausgebildete Fachkräfte zur Verfügung.

## **Umgang mit Verstorbenen**

Die Verstorbenen werden in Achtung vor der Würde des Menschen versorgt. Angehörige können nach Möglichkeit bereits den Sterbenden begleiten und nach dem Ableben in einem Abschiedsraum, auf Wunsch auch im Patientenzimmer, in würdiger Atmosphäre vom Verstorbenen Abschied nehmen. Im Rahmen der Berücksichtigung von persönlichen, kulturellen und religiösen Wünschen so wie der Einbeziehung der Angehörigen bietet auch hier das Buch der Religionen Hilfestellung. Unterstützung für rituelle Handlungen für verschiedene Religionen stehen zur Verfügung.

Das Vorgehen bei Tot- oder Fehlgeburten erfordert besonderes Einfühlungsvermögen. Ein Konzept zum Umgang mit Fehl- und Totgeburten wurde erarbeitet und umgesetzt. Auf Wunsch wird der Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe hergestellt.

## **2 Mitarbeiterorientierung**

### **Planung des Personalbedarfs**

Die Berechnung und Planung des Personalbedarfs erfolgt auf der Grundlage folgender Berechnungsverfahren: Für die Pflege nach Pflege-Personal-Regelung, für andere Bereiche nach Berechnungsmethoden der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Bayerischen Kommunalen Prüfungsverbands. Erfahrungswerte und Empfehlungen von Berufsverbänden und Fachgesellschaften werden dabei berücksichtigt. Bei Bedarf werden kurzfristig Anpassungen vorgenommen. Bei den Festlegungen der einzelnen Personalbudgets werden die Abteilungs- und Bereichsleitungen miteinbezogen. Zentrales Überwachungs- und Steuerungsinstrument sind die monatliche Vollkräftestatistik und Jahreshochrechnungen je Quartal mit Plan-Ist-Vergleich. Bei strukturellen Veränderungen erfolgt eine unterjährige Anpassung.

### **Personalentwicklung/Qualifizierung**

Ein Konzept zur Personalentwicklung wurde entwickelt und umfasst Maßnahmen der Personalplanung und -gewinnung sowie der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Die Personalentwicklung orientiert sich an den Bedürfnissen des Krankenhauses und an den Fähigkeiten und Neigungen der Mitarbeiter. Ziel ist die systematische Förderung und Entwicklung der Mitarbeiter unter Berücksichtigung der individuellen Stärken und Optimierungspotentiale. Gewährleistet wird dies durch verpflichtende Mitarbeitergespräche der jeweiligen Abteilungsleiter (mind. alle 2 Jahre). Ergänzend werden Facharztausbildun-

gen durchgeführt und eine hohe Anzahl an Mitarbeitern mit Fachweiterbildungen vorgehalten.

## **Einarbeitung von Mitarbeitern**

Jedem neuen Mitarbeiter wird zur Einarbeitung eine feste Bezugsperson zur Seite gestellt, die ihn in seinen persönlichen Arbeitsbereich einführt. Im Pflege- und Funktionsbereich sind hierzu Praxisanleiter ausgebildet. Jeder neue Mitarbeiter nimmt an einem Einführungstag teil.

Für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter im Pflege- und Funktionsdienst nutzen wir unterschiedliche schriftlich fixierte Einarbeitungskonzepte. In allen Berufsgruppen finden während der Einarbeitung begleitende rückmeldende Gespräche mit dem direkten Vorgesetzten statt. Erforderliche Unterlagen zur Einarbeitung wie beispielsweise Dienstanweisungen, Standards und Leitlinien sind im Intranet hinterlegt.

## **Ausbildung**

Unser Krankenhaus betreibt eine Berufsfachschule für Krankenpflegehilfe mit insgesamt 20 Ausbildungsplätzen. Pro Station sind 2 Praxisanleiter vorhanden. Diese fungieren als Hauptansprechpartner für die Schüler, begleiten sie zur Station und geben Hilfestellung beim Theorie-Praxis-Transfer.

Seit 2010 bieten wir 3 Ausbildungsplätze für operationstechnische Assistenten und seit 2011 jährlich 10 Ausbildungsplätze zur Gesundheits- und Krankenpflegerin in Kooperation mit dem Klinikum Augsburg an.

Der Ausbildungserfolg wird im theoretischen Bereich durch Klausuren, mündlichen Prüfungen und auszuarbeitende Projekte gemessen. Durch unseren Praxisleitfaden überprüfen wir, welche Tätigkeiten die Schüler bereits selbstständig ausführen können beziehungsweise welche noch angeleitet werden müssen.

## **Fort- und Weiterbildung**

Jährlich wird ein innerbetrieblicher Fortbildungskatalog aufgelegt. Das Angebot richtet sich nach dem betrieblichen Bedarf, berücksichtigt Änderungen der Rahmenbedingungen (z. B. Gesetzgebung), des Leistungsspektrums und die Wünsche der Mitarbeiter (Befragung). Die Genehmigung der Teilnahme erfolgt durch die Abteilungsleitung. Weiterbildungen werden gezielt gefördert.

An den jeweiligen Arbeitsplätzen steht angepasste Fachliteratur zur Verfügung. Zur Fort- und Weiterbildung sind verschiedene Standardwerke abonniert. Die Ausweitung auf Online-Zugriffe von dieser Fachliteratur ist erfolgt. Den Mitarbeiter steht die Nutzung von Intranet und Internet offen.

Das Fortbildungsbudget hat sich von 2005 bis 2013 verdreifacht.

## **Mitarbeiterorientierter Führungsstil**

Grundlage für die Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstils bilden unsere Führungsgrundsätze (abgeleitet aus dem Leitbild). Leitende und besonders qualifizierte Mitarbeiter werden in strategische Planungen einbezogen. Daneben können sich Mitarbeiter durch Teilnahme an Arbeits- und Projektgruppen sowie im Rahmen des Besprechungswesens in Entscheidungsfindungsprozesse einbringen.

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

Bei der Festlegung der Arbeitszeiten werden die geltenden gesetzlichen und tarifvertraglichen Regelungen zu Grunde gelegt. Die Dienstplanung dient der Sicherstellung ausreichender personeller Kapazitäten zur Versorgung der Patienten und berücksichtigt die Interessen der Mitarbeiter soweit wie möglich. Nahezu alle Berufsgruppen erstellen den Dienstplan und erfassen die Arbeitszeit mittlerweile computergestützt durch ein Dienstplanprogramm. Es existieren mehrere auf die Bedürfnisse des Unternehmens und der Mitarbeiter ausgerichtete Arbeitszeitmodelle, es werden beispielsweise Teilzeitstellen, abgestimmt auf die Bedürfnisse von Mitarbeitern und die Möglichkeit der Arbeitsplatzteilung, angeboten.

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

Ein Beschwerdemanagement und ein innerbetriebliches Vorschlagswesen sind eingerichtet. Eingereichte Verbesserungsvorschläge werden von einer eigenen Kommission bewertet und anhand von definierten Kriterien eventuell auch prämiert. Der Mitarbeiter bekommt immer Rückmeldung über den Umgang mit seiner Idee.

Mitarbeiterbeschwerden werden ernst genommen und im Gespräch mit dem Vorgesetzten geklärt, gegebenenfalls unter Einbeziehung des Personalrates.

## **3 Sicherheit**

### **Arbeitsschutz**

Alle gesetzlichen Vorgaben zum Arbeitsschutz werden umgesetzt. Der Arbeitsschutz wird koordiniert durch den regelmäßig tagenden Arbeitssicherheitsausschuss und der Sicherheitsfachkraft. Mitglieder der Kommission sind der Betriebsarzt, geschulte Sicherheits-, Gefahrgut- und Strahlenschutzbeauftragte sowie eine externe beauftragte Firma. . Aktuelle Betriebsanweisungen und Hygienepläne sowie regelmäßige Schulungen und Arbeitsplatzbegehungen und eine Beurteilung durch die Beauftragten gewährleisten die Sicherheit der Mitarbeiter, Patienten und anderen Personengruppen. Durch jährliche Pflichtveranstaltungen wird sichergestellt, dass Änderungen zeitnah umgesetzt werden.

## **Brandschutz**

Es ist ein Brandschutzbeauftragter bestellt, der gemeinsam mit der Technischen Leitung für den baulichen, organisatorischen und für den vorbeugenden Brandschutz verantwortlich ist. In der Brandschutzordnung ist das mit der Feuerwehr abgestimmte Verfahren im Brandfall geregelt. Das Krankenhaus ist mit einer automatischen Brandmeldeanlage mit Rauch- und Feuermeldern, Brandschutztüren und aktuellen Flucht- und Rettungsplänen ausgestattet. Es finden regelmäßige Brandschutzunterweisungen mit praktischen Übungen für die Mitarbeiter sowie Begehungen statt. Die Flucht-, Rettungswege- und Feuerwehrpläne sowie die Laufkarten werden jährlich überprüft. Die Brandmeldeanlage wird vierteljährlich gewartet.

## **Umweltschutz**

Unsere Konzepte zur Wasser- und Energieeinsparung sowie zur Abfallwirtschaft garantieren die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen und sorgen für eine umweltverträgliche Handlungsweise.

Im Bereich des zentralen Einkaufs wird bei der Beschaffung auf ökologische Anforderungen geachtet (z. B. die Vermeidung überflüssiger Verpackung). Bei der Beschaffung von besonderen Sachmitteln werden die Produkte auch unter dem Aspekt des Schadstoffgehaltes, der Abfallvermeidung und der Recyclingfähigkeit beurteilt. Für die einzelnen Bereiche wurden Verfahrensanweisungen zur Abfalltrennung erarbeitet.

## **Katastrophenschutz**

Die Kliniken an der Paar sind in den Katastrophenschutzplan des Landes Bayern eingebunden. Für beide Kliniken ist ein Alarm- und Einsatzplan für interne und externe Katastrophenfälle vorhanden, der regelmäßig fortgeschrieben und aktualisiert wird. Die Pläne wurden 2007 grundsätzlich überarbeitet und um neue Anforderungen ergänzt., die Aktualisierung erfolgt jährlich bzw. nach Bedarf. Schulungen zum Katastrophenschutz finden statt. Die Krankenhauseinsatzleitung ist für die Alarmauslösung und die Einsatzleitung verantwortlich.

## **Nichtmedizinische Notfallsituationen**

Es liegen hausinterne Pläne für verschiedene Notfallsituationen vor (beispielsweise Brand, Bombendrohung.)

Meldungen von Defekten oder nicht-medizinischen Notfällen werden über die Gebäudeleittechnik/Störmeldesystem gemeldet. Die wichtigen Systeme werden regelmäßig durch Probeläufe getestet. Für den Ausfall der Telekommunikation existieren Notleitungen/Handy ins öffentliche Netz.



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

Generell erfolgen bei der Anamnese und der Visite eine Risikoeinschätzung und Anordnungen zur Risikovorbeugung. Dem Patienten wird unter Gewährung eines höchstmöglichen Grades an persönlicher Freiheit ein ausreichendes Maß an Sicherheit geboten. Einschränkende Maßnahmen werden nur bei Bedarf und unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen durchgeführt. Die Aufsichtspflicht wird durch das Pflegepersonal abgedeckt. Auf Wunsch können Angehörige von Kindern im selben Zimmer mit übernachten.

Im Operationssaal werden die Empfehlungen des Aktionsbündnisses zur Gewährleistung der Patientensicherheit umgesetzt. Auch für weitere Risikobereiche (z. B. Neugeborene, Endoskopie) bestehen umfangreiche Sicherungsmaßnahmen.

## **Medizinisches Notfallmanagement**

Das Notfallmanagement ist verbindlich geregelt. Darin sind der Alarmierungsablauf sowie Algorithmen für die Reanimation festgelegt. Im medizinischen Notfall werden über das hausinterne Alarmsystem jeweils ein notfallerfahrener Arzt und eine intensivmedizinische Fachkraft alarmiert. Bis zum Eintreffen des Notfallteams wird der Notfall durch geschultes Personal behandelt. Danach übernimmt das Notfallteam die Verantwortung. Jährliche Reanimationsfortbildungen mit praktischen Übungen sind für alle an der Patientenversorgung beteiligten Mitarbeiter verpflichtend. Zudem finden spezielle Schulungen für die Anästhesie statt.

Im gesamten Haus sind an gut zugänglichen und zentralen Stellen verplombte Notfallkoffer vorhanden. Diese Notfallausrüstung wird regelmäßig auf Funktionsfähigkeit und Vollständigkeit überprüft.

## **Hygienemanagement**

Die Verantwortlichkeiten für den Bereich der Hygiene sind klar festgelegt (externer Hygieniker, Hygienefachkräfte und ärztliche und pflegerische Hygienebeauftragte). Die Hygienekommission tagt regelmäßig und verabschiedet Hygienemaßnahmen, Hygienepläne und Standards. Diese werden regelmäßig aktualisiert, liegen den Mitarbeitern über das Intranet vor und werden durch Fortbildungen geschult. Hygieneuntersuchungen werden regelmäßig nach Grundlage des Robert-Koch-Institutes in allen Bereichen (z. B. Stationen, Klimaanlage, Intensivstation, Operationssaal, et cetera) durchgeführt. Durch protokollierte Begehungen und Umgebungsuntersuchungen wird die Einhaltung der Hygienepläne und Standards geprüft. In der Speisenversorgung findet ein Konzept zur Produktion von Lebensmitteln unter Beachtung der Lebensmittelverordnung Anwendung.

## **Hygienerelevante Daten**

Gemäß dem Infektionsschutzgesetz werden meldepflichtige Erkrankungen erfasst und an das zuständige Gesundheitsamt gemeldet. Der hausinterne Meldeweg ist festgelegt. Hygienerelevante Daten aus allen Bereichen des Krankenhauses werden zentral den Hygieneverantwortlichen gemeldet. Zusätzlich werden dort auch die Ergebnisse der externen Untersuchungsergebnisse gesammelt.

Statistiken über die im Krankenhaus erworbenen Infektionen und andere widerstandsfähige Keime werden durch ein beauftragtes Labor erhoben. Die Infektionsstatistik wird von der Hygienekommission ausgewertet und Maßnahmen abgeleitet.

## **Infektionsmanagement**

Alle Maßnahmen sind aktuell und im Hygieneplan beschrieben. Darin sind vorbeugende Maßnahmen, Verhaltensmaßnahmen bei Infektionen und Schulungen festgelegt. Das Ausbruchmanagement ist geregelt. Die jederzeit ansprechbare Hygienekraft koordiniert und führt die praktischen Unterweisungen und Fortbildungen durch. Neuerungen und Änderungen in den Richtlinien werden sofort eingepflegt. Die Hygienepläne sind auf Grundlage der Vorgaben des Robert-Koch-Instituts erstellt. Die Kliniken nehmen seit 2008 an der „Aktion saubere Hände“ teil.

## **Arzneimittel**

Es besteht ein Liefervertrag mit einer externen Großapotheke. Diese liefert zweimal wöchentlich die benötigten Medikamente. Notfallbestellungen können telefonisch getätigt werden und werden geliefert. Die Blutprodukte werden über den Blutspendedienst des Bayerischen Roten Kreuzes in Augsburg zweimal wöchentlich bezogen. Auch hier können im Notfall die Blutprodukte umgehend angeliefert werden. Zusätzlich stellt das Krankenhaus ein kleines Blutdepot bereit.

Die Arzneimitteltherapie wird von den behandelnden Ärzten entsprechend den medizinischen Erfordernissen des Patienten und unter Beachtung möglicher Nebenwirkungen und Interaktionen festgelegt. Die Arzneimittelliste ist allen Ärzten zugänglich. Der Umgang mit Betäubungsmitteln ist verbindlich geregelt.

## **Blutkomponenten und Plasmaderivate**

Der Umgang mit Blut und Blutprodukten ist gemäß den gesetzlichen Vorgaben detailliert genau festgelegt, unter anderem die Verantwortlichkeiten, die Anforderung von Blutprodukten, die Identitätssicherung der Blutproben, die Indikationsstellung, die Lagerung und der Transport der Präparate, die Kreuzprobe und der Blutgruppentest sowie die Durchführung von Transfusionen. Ein Transfusionsbeauftragter ist benannt. Dieser wird durch Transfusionsbeauftragte in den einzelnen Fachbereichen unterstützt. Die Anweisungen

liegen in allen Bereichen des Krankenhauses aus. Regelmäßig werden die Mitarbeiter im Transfusionswesen geschult.

## **Medizinprodukte**

Die Anwendung von Medizinprodukten ist in einer Dienstordnung geregelt. Dort sind die Inbetriebnahme, die Einweisung, die Probestellung, das Reparaturwesen, die Sicherheitsprüfung, die Stilllegung und die Vorgehensweise bei Vorkommnissen von Medizinprodukten festgelegt. Das Bestandsverzeichnis wird laufend aktualisiert und die Sicherheits- und messtechnischen Kontrollen koordiniert.

Die Wartung der technischen Medizinprodukte wird durch eine externe Firma durchgeführt. Pro Station und Funktionsabteilung sind ein Beauftragter und ein Vertreter bestellt. Alle Mitarbeiter müssen vor der ersten Verwendung der Geräte durch einen gerätekundigen Mitarbeiter geschult werden. Dies wird schriftlich dokumentiert.

## **4 Informations- und Kommunikationswesen**

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

Es wird ein elektronisches Krankenhausinformationssystem (KIS) genutzt. Daran angeschlossen sind alle Stationen, die Verwaltung, die Ambulanz, Küche und Labor. Das Informationssystem kann von allen am Behandlungsprozess Beteiligten und Zugriffsberechtigten genutzt werden. Die EDV-Abteilung stellt sicher, dass nur kompatible Software-Pakete verwendet werden. Ein Ausfallkonzept stellt die uneingeschränkte Nutzung des EDV-Systems sicher. Regelmäßige und bedarfsorientierte EDV-Schulungen werden für die Mitarbeiter angeboten.

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

Grundlage für die Dokumentation von Patientendaten bildet ein einheitliches Dokumentationssystem. Dieses wurde in Zusammenarbeit von Ärzten, Mitarbeitern aus der Pflege und der Verwaltung entwickelt und standardisiert. Für Inhalt und Umfang der Dokumentation, Zuständigkeiten, die Aufbewahrung, die Archivierung und die Zugriffsberechtigung bestehen mehrere schriftliche Regelungen in Form von Standards und Verfahrensanweisungen. Die Dokumentation der Patientendaten erfolgt sowohl schriftlich auf standardisierten Formularen als auch teilweise elektronisch in der EDV. Alle behandlungsrelevanten Patientendaten wie Behandlungsverlauf, Anordnungen, Untersuchungen und Eingriffe werden zeitnah von den Mitarbeitern in den Patientenakten dokumentiert. Durch die Dokumentation kann der gesamte Behandlungsverlauf nachvollzogen werden.

## **Verfügbarkeit von Patientendaten**

Während des stationären Aufenthaltes des Patienten ist die Patientendokumentation für alle Berechtigten jederzeit zugänglich. Die Patientenakten werden in Archiven entsprechend den gesetzlichen Fristen aufbewahrt und sind mit Hilfe eines Archivierungsprogramms registriert. Der Zugriff auf die Akten ist sichergestellt.

## **Information der Krankenhausleitung**

Die Klinik verfügt über ein umfassendes Besprechungswesen. Aufgrund der überschaubaren Größe unserer Kliniken und der kurzen Wege werden der direkte Kontakt und der Informationsaustausch zwischen den Führungskräften und den Mitarbeitern gefördert. Ein Austausch findet auch in regelmäßigen Sitzungen und Besprechungen, in der Betriebsversammlung sowie durch die elektronische und schriftliche Weiterleitung von Informationen statt. Durch ein geregeltes Berichtswesen mittels Kennzahlen und Statistiken erhalten die Geschäftsführung sowie die Abteilungsleiter zeitnahe Informationen über wesentliche Vorgänge und Entwicklungen.

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

Es wird eine hausweite Kommunikationsplattform genutzt, welche alle Bereiche integriert. Die Informationsweitergabe innerhalb der Klinik erfolgt hauptsächlich durch das strukturierte Besprechungswesen sowie in abteilungs- und berufsgruppenübergreifenden Besprechungen (z.B. ärztliche Morgenbesprechung, Betriebsversammlungen). Die Besprechungen sind in der Besprechungsmatrix festgelegt. Daneben gibt es Kommissionen, Gremien und Arbeitsgruppen, welche abteilungsübergreifend besetzt sind. Die Informationsweitergabe erfolgt zudem über das Email-Programm, Intranet, Rundschreiben, Protokolle, Aushänge sowie Informationsveranstaltungen durch die Geschäftsführung.

## **Organisation und Service**

Die Information ist an beiden Kliniken zentrale Anlauf- und Kontaktstelle zur Auskunftserteilung und Informationsweitergabe für Patienten, Besucher, Mitarbeiter und sonstige Kunden. Die schnelle und kompetente Beantwortung der Fragen erfolgt durch fachlich qualifizierte, geschulte Mitarbeiter im persönlichen oder telefonischen Kontakt. Hierfür sind die Auskunftsstellen adäquat ausgestattet und den Mitarbeitern stehen alle relevanten Informationen zur Verfügung z.B. Intranet und Krankenhausinformationssystem, diensthabende Mitarbeiter, Telefonnummern, Sprechzeiten, Alarm- und Einsatzpläne. Die EDV gestützten Daten werden über eine hausweite Vernetzung stets auf dem aktuellen Stand gehalten und liegen in Echtzeit vor.

Alle Mitarbeiter wurden in Kommunikationstrainings geschult.

## **Regelungen zum Datenschutz**

In mehreren Richtlinien ist der Umgang mit vertraulichen Daten geregelt. Die beiden Datenschutzbeauftragten überprüfen die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen im Rahmen von Begehungen. Bei der Einstellung werden die Mitarbeiter auf das Datengeheimnis verpflichtet. Jeder Mitarbeiter erhält für die verschiedenen Softwareprogramme eine seiner Funktion und seines Aufgabengebietes entsprechende Benutzerberechtigung. Sämtliche EDV-Systeme sind kennwortgeschützt. Alle Daten, die auf elektronischem Weg das Haus verlassen, sind verschlüsselt oder anonymisiert

## **5 Führung**

### **Vision, Philosophie und Leitbild**

Seit dem Jahr 2000 existiert in unserem Krankenhaus ein gemeinsames Leitbild, an dem sich unser Handeln orientiert und dessen Inhalte gelebt werden. Durch eine interdisziplinär zusammengesetzte Projektgruppe wurde das Leitbild erarbeitet, danach durch Vorschläge aller Mitarbeiter ergänzt und anschließend vom Werkausschuss verabschiedet. Das Leitbild ist ein gemeinsames Wertesystem, mit dem Ansinnen, eine positiv erlebbare Unternehmenskultur zu gestalten.

### **Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen**

Basis für vertrauensfördernde Maßnahmen ist eine aktuelle und vorausschauende Informationspolitik der Geschäftsführung über Entwicklungen und Vorgänge im Krankenhaus sowie strategische Zielsetzungen. Dies geschieht über Rundschreiben, Intranet, Betriebsversammlungen, Informationsveranstaltungen und Mitarbeiterfeste wie Betriebsausflug, Weihnachtsfeier und Sommerfest. Über Mitarbeiterfördergespräche hat der Einzelne die Möglichkeit, Probleme zu erörtern. Mitarbeiter werden zudem in Projekt-/Arbeitsgruppen in Planungsprozesse eingebunden.

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

Gegenseitige Anerkennung und Wertschätzung prägen unseren Umgang miteinander, allen wird, gleich welcher kulturellen, weltanschaulichen und religiösen Bedürfnisse, Respekt und Wertschätzung entgegengebracht

Es besteht ein Ethikkomitee, welches mehrere Konzepte erarbeitet und eingeführt hat, unter anderem ein Ethikkonzept, die ethische Fallbesprechung, ein Konzept zur palliativen Patientenversorgung, zum Umgang mit Fehl- und Totgeburten, ein Seelsorgekonzept und ein Konzept für palliative Komplexbehandlung.

## **Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung**

Die Zielplanung wird in der regelmäßig stattfindenden Sitzung der Unternehmensleitung, im Lenkungsgremium und im Werkausschuss entwickelt und festgelegt. Durch die Bildung von Schwerpunkten im medizinischen wie im organisatorischen Bereich werden Kräfte gebündelt. Das Leistungsspektrum wird fortlaufend angepasst, z.B. Aufbau der Kardiologie und der Palliativmedizin. Flankierend wurden Kooperationen mit zahlreichen Niedergelassenen gestaltet.

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

Oberstes Ziel ist immer die Optimierung der Patientenversorgung. Durch den Aufbau von Kooperationen wird Spezialwissen erschlossen. Gleichzeitig werden Ressourcen gebündelt. Im medizinischen Bereich gibt es Kooperationen mit mehreren Konsiliarärzten und Kliniken. Auch wurden mehrere Praxen an den Kliniken angesiedelt, um das Leistungsangebot auszuweiten bzw. aufeinander abzustimmen. Die Kooperationspartner sind in das umfangreiche Aus- und Weiterbildungsangebot eingebunden. Kulturelle und soziale Veranstaltungen finden statt. Es finden mehrmals jährlich Bilder-/Kunstaustellungen statt. Die Verbindungen zu allgemeinbildenden Schulen und auch Kindergärten bestehen, indem Führungen angeboten und Praktika ermöglicht werden.

## **Festlegung einer Organisationsstruktur**

Die Organisationsstruktur der Kliniken an der Paar ist in Organigrammen dargestellt. Die Zuständigkeiten sind dort unter der Benennung der aktuellen Funktionsträger festgelegt. Die Geschäftsführung wird in ihrer Arbeit unter anderem unterstützt von der Krankenhausleitung sowie von mehreren im Krankenhaus eingerichteten Kommissionen und Gremien. Die erforderlichen laufenden Umstrukturierungen werden unter anderem durch zahlreiche Projekt- und Arbeitsgruppen unterstützt.

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

Das effektive Arbeiten und Zusammenwirken der unterschiedlichen Gremien und Kommissionen wird sichergestellt durch ein strukturiertes Besprechungs- und Meldewesen. Die Koordination der Zusammenarbeit der Gremien und Kommissionen durch die Unternehmensleitung gewährleistet die Interessensvertretung aller Berufsgruppen (medizinische, pflegerische, kaufmännische). Diese Gremien dienen dazu, zeitnahe Entscheidungen zu treffen und aktuelle Fragen zu klären. Ergebnisse werden protokolliert und deren Umsetzung in weiteren Besprechungen überprüft. Nachgeordnete Bereiche werden über Beschlüsse und Maßnahmen über das Besprechungswesen, aktuelle Rundschreiben, Personalversammlungen sowie per Mail informiert. Auf diese Weise ist ein hoher Informationsfluss sichergestellt.

## **Innovation und Wissensmanagement**

Das Verständnis von Wissensmanagement und Organisationsentwicklung entwickeln wir mit Hilfe unserer Intranetplattform und im Rahmen der Einbindung von Mitarbeitern in die Veränderungsprozesse. Wir binden unsere Mitarbeiter in Organisationsentwicklung ein, z.B. Vorschlagswesen, Beschwerdemanagement, Qualitätsmanagementprojekte usw.

Seit 2008 besteht ein umfassendes internes Auditwesen, bei dem unsere Mitarbeiter hausübergreifend auditieren. Dies hat den Vorteil, dass zum Einen die internen Audits neutral sind und zusätzlich ein Wissenstransfer im Sinne von „best practice“ eher möglich ist.

## **Externe Kommunikation**

Die Kontakte zu Kunden, Medien, Multiplikatoren, Meinungsführern und Entscheidungsträgern werden genutzt, um die Marketingziele zu erreichen.

Alle Pressekontakte werden über die Geschäftsführung koordiniert, ggf. überträgt sie dies an einen Pressesprecher. Zu allen Pressegesprächen werden Pressemitteilungen verteilt. Die Presse wird zeitnah über Pressetermine und deren Inhalt informiert. Die Organisation des Einweisermanagements erfolgt in Zusammenarbeit mit den Niedergelassenen. Hierzu finden mehrmals jährlich Treffen zwischen dem niedergelassenen Bereich und den Kliniken an der Paar statt.

## **Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems**

Das Risikomanagement dient zur Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit und der zukunftsorientierten Entwicklung der Kliniken, sowie zur frühzeitigen Erkennung von Risiken. Die strukturierte Bearbeitung von Vorkommnissen und Beinahevorkommnissen wird durch ein 2007 eingeführtes klinisches Risikomanagement (CIRS) gewährleistet. Zur Patientensicherheit werden die Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit umgesetzt. In den seit 2008 durchgeführten internen Audits sowie in gesonderten externen Risikoaudits werden klinische Risiken erfasst und bearbeitet.

Ein Risikomanagement-Handbuch für das betriebswirtschaftliche Risikomanagement ist erstellt.

## **6 Qualitätsmanagement**

### **Organisation**

Bereits 1998 wurde der Grundstein für die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems gelegt und durch mehrere Zertifizierungen inzwischen ausgebaut. Die Steuerung

und Koordination der verschiedenen Maßnahmen erfolgt durch die Lenkungsgruppe und die Qualitätskommission. Es erfolgen regelmäßige Informationen zum Qualitätsmanagement, z.B. in Besprechungen und Versammlungen. Flächendeckende interne Audits sowie Qualitätsprojekte sind wichtige Instrumente.

Mehrere Mitarbeiter haben spezielle Schulungen im Qualitätsmanagement.

## **Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung**

Die Basis des Handelns bilden das Leitbild und die Führungsgrundsätze. Die Beschreibung der Prozesse findet in Form von z.B. Dienst- und Verfahrensanweisungen sowie in Leitlinien und Standards statt. Im Lenkungsgremium und in der Unternehmensleitung werden Ziele definiert und Maßnahmen abgeleitet. Die Initiierung neuer Projekte erfolgt über das Lenkungsgremium bzw. über die Qualitätskommission. Hier werden auch die Informationen über den Stand der laufenden Projekte gesammelt die Projekte gesteuert. Neben dem KTQ-Zertifizierungssystem kommen weitere Qualitätsmanagementmodelle zum Einsatz. So ist z.B. die Endoskopie in Friedberg mehrfach nach DIN ISO sowie das Darmzentrum zertifiziert, und die Zertifizierung zum Kompetenzzentrum für chirurgische Koloproktologie ist erfolgt.

## **Patientenbefragung**

Es wird regelmäßig eine fortlaufende Patientenbefragung durchgeführt. Zusätzlich wurde 2010 und 2013 eine temporäre Befragung durchgeführt, deren Ergebnisse mit 66 anderen Kliniken verglichen wurden; die Ergebnisse lagen fast durchgehend über den Ergebnissen der Vergleichskliniken, so dass wir im Februar 2014 für unsere exzellenten Befragungsergebnisse ausgezeichnet wurden. Zudem wurden weitere spezifische Befragungen durchgeführt, z.B. ambulante Patienten, Patienten der Endoskopie sowie zur Visite.

## **Befragung externer Einrichtungen**

Durch ein systematisches Einweisermanagement sollen die Zufriedenheit der Einweiser und Nachversorger systematisch erfasst und Hinweise auf Verbesserungspotenziale ermittelt werden. Die Ergebnisse/Rückmeldungen werden in der Unternehmensleitung, im Lenkungsgremium sowie abteilungsbezogen besprochen, woraus gezielt Maßnahmen abgeleitet werden.

2010 und 2013 wurde durch ein externes Institut eine temporäre Befragung der niedergelassenen Ärzte durchgeführt und die Ergebnisse mit 57 anderen Kliniken verglichen. Bis auf einen Punkt lagen wir in allen Aspekten besser (z.T. sogar deutlich) als die Vergleichskrankenhäuser.



## **Mitarbeiterbefragung**

Die Zufriedenheit der Mitarbeiter wird als wichtiges Steuerungsinstrument angesehen. Auch hier erfolgte 2010 und 2013 durch ein externes Institut eine Befragung der Mitarbeiter. Der Personalrat war an der Planung, Durchführung und Auswertung der MA - Befragung beteiligt. Die Anonymität und die Validität der Fragebögen wurden durch den externen Anbieter sichergestellt. Die Mitarbeiter wurden durch die jeweiligen Abteilungsbesprechungen, Informationssaushänge, Informationsveranstaltungen sowie das Intranet laufend über die Befragung informiert.

Erfragt wurden Bereiche wie Team, Führung, Arbeitszeit, Fort- und Weiterbildung u.a.; auch hier lagen die Ergebnisse fast durchgehend deutlich besser als in den 56 Vergleichskliniken.

## **Umgang mit Wünschen und Beschwerden**

Wir sehen Patientenbeschwerden als "kostenlose Beratung" und haben deshalb ein aktives Beschwerdemanagement eingerichtet. Jede Beschwerde wird schnellstmöglich behandelt und aktiv nach Lösungen gesucht. Der Patientenfragebogen bietet ausreichend Platz für die Artikulation von Verbesserungsvorschlägen, Kritikpunkten und Beschwerden. Patientenwünsche und -beschwerden werden zudem von allen Mitarbeitern entgegengenommen und schnellstmöglich bearbeitet. Problemen oder Beschwerden, die nicht umgehend gelöst werden können, werden umgehend dem Vorgesetzten mitgeteilt. Alle eingehenden Beschwerden werden erfasst und ausgewertet.

Aufgrund von Patienten Anregungen konnten im Laufe der Jahre eine ganze Reihe von Verbesserungen erreicht werden.

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

Unsere Kliniken nehmen an verschiedenen Verfahren der externen Qualitätssicherung teil. Über diese Maßnahmen hinaus erheben wir eine Reihe weiterer qualitätsrelevanter Daten im Rahmen der internen Qualitätssicherung (z.B. medizinische Komplikationen, betriebswirtschaftliche Kennzahlen, Operationsdaten, Sturz- und Dekubitus erfasst, Hygienedaten). Daneben führen wir systematisch interne Audits durch. Die Ergebnisse werden in den jeweiligen Bereichen besprochen.

Ergebnisse der Qualitätssicherung werden im Lenkungsgremium bereichsübergreifend diskutiert und qualitätssichernde Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet.

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

Das Krankenhaus beteiligt sich im geforderten Umfang an der externen Qualitätssicherung. Die Daten der externen Qualitätssicherung werden in allen Fachabteilungen durch den behandelnden Arzt, bzw. das Pflegepersonal direkt EDV-gestützt erfasst. Die Betei-

ligungsrate wurde in den letzten Jahren gesteigert. Die Ergebnisse werden mit den Durchschnittswerten des Freistaats Bayern verglichen und innerhalb der Abteilung jährlich, bei Auffälligkeiten auch unterjährig, besprochen und entsprechende Maßnahmen getroffen. Feststellbar ist, dass die Komplikationsraten im bayernweiten Vergleich niedrig sind.