



## KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

<b>Einrichtung:</b>	DONAUISAR Klinikum Deggendorf-Dingolfing-Landau		
<b>Institutions kennzeichen:</b>	Deggendorf 260 920 127	Dingolfing 260 920 172	Landau 260 920 207
<b>Anschrift:</b>	Perlasberger Str. 41 94469 Deggendorf	Teisbacher Str. 1 84130 Dingolfing	Bayerwaldring 17 94405 Landau

**Ist zertifiziert nach KTQ®  
mit der Zertifikatnummer:** 2014-0058 KHVB

**durch die von der KTQ-GmbH  
zugelassene Zertifizierungsstelle:** BSI Management Systems und Umweltgutachter  
Deutschland GmbH, Frankfurt/Main

**Gültig vom:** 08.08.2014  
**bis:** 07.08.2017

## Inhaltsverzeichnis:

**Vorwort der KTQ®** ..... Fehler! Textmarke nicht definiert.

**Vorwort der Einrichtung**..... Fehler! Textmarke nicht definiert.

<b>Die Kategorien</b> .....	<b>7</b>
1 Patientenorientierung .....	7
2 Mitarbeiterorientierung .....	9
3 Sicherheit .....	10
4 Informations- und Kommunikationswesen .....	11
5 Führung.....	12
6 Qualitätsmanagement .....	14

## Vorwort der KTQ®

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

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

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

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

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

- die Patientenorientierung,
  - die Mitarbeiterorientierung,
  - die Sicherheit,
  - das Kommunikations- und Informationswesen,
  - die Führung des Krankenhauses und
  - das Qualitätsmanagement
- der Einrichtung beziehen.

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

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

---

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

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

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009. 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 das **DONAUISAR Klinikum Deggendorf-Dingolfing-Landau** 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

Das DONAUISAR Klinikum Deggendorf-Dingolfing-Landau gKU ist seit Juli 2012 ein gemeinsames Kommunalunternehmen der Landkreise Deggendorf / Dingolfing-Landau und bildet mit seinen Standorten eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung für beide Landkreise ab. Es wird durch den Vorstand geleitet.

Ein medizinisches Gesamtkonzept mit dem Ziel einer wohnortnahen Versorgung bildet die Grundlage des angebotenen Leistungsspektrums. Hierbei werden am Standort Deggendorf Patienten im Rahmen der Schwerpunktversorgung betreut, diese Kompetenz steht den anderen Standorten im Rahmen eines weitreichenden Konsiliardienstes ergänzt durch telemedizinische und -radiologische Verfahren zur Verfügung.

Ergänzt wird das Leistungsspektrum durch eine standortübergreifende MVZ Struktur für die ambulante Patientenversorgung. Eine Vernetzung (EDV Struktur, Leitlinien, Behandlungs- und OP-Verfahren) der Standorte sorgt für eine einheitliche, qualitativ hochwertige Versorgung.

Pro Jahr werden ca. 24.000 Patienten stationär und über 3.000 ambulant an den Standorten behandelt. Dies wird in über 16 Hauptabteilungen und in 4 Dienstleistungsbereichen 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 u. ä. werden jährlich praktische Ausbildungsplätze zur Verfügung gestellt. Mit rund 2000 Beschäftigten gehört das DONAUISAR Klinikum zu den größten Arbeitgebern der Region.

Als besondere, fachabteilungsübergreifende und überregionale Schwerpunkte sind hervorzuheben:

### Deggendorf



#### Konservative Medizin

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

#### Operative Medizin

- Neurochirurgie und interventionelle Neuroradiologie
- Onkologisches Zentrum
  - Brustzentrum
  - Darmzentrum (Module: Magenzentrum, Bauchspeicheldrüsenzentrums)
  - Prostatazentrum (Blasenzentrum)
  - Gynäkologisches Zentrum
  - Neuroonkologisches Zentrum
- Unfallchirurgie und Orthopädie
  - EndoProthetikzentrum
  - Traumazentrum
- Urologie
- Gynäkologie/Geburtshilfe Perinatalzentrum Level 1
- Mund-, Kiefer- und plastische Gesichtschirurgie
- Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie
- HNO (Belegabteilung)

## Dingolfing



### Innere Medizin

- Allgemeine Innere Medizin

### Operative Medizin

- Chirurgie
  - Traumazentrum
- Gynäkologie
  - MIC Zentrum für minimalinvasive Chirurgie
- GeburtshilfeHNO (Belegabteilung)

## „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 wird die Re-Re-Zertifizierung nach der KTQ-Systematik angestrebt. Durch das KTQ-Zertifikat wird dem DONAUISAR Klinikum nach eingehender Prüfung durch unabhängige Gutachter bescheinigt, dass effektive Strukturen gute Ergebnisse für die Patienten erzielen.

### Dr. Inge Wolff

Vorstand DONAUISAR Klinikum

## Landau



### Innere Medizin

- Allgemeine Innere Medizin Altersmedizin (Akutgeriatrie)
- stationäre Schmerztherapie

### Operative Medizin

- Orthopädie
- allgemeine Chirurgie
- Unfallchirurgie mit Endoprothetikzentrum
- 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 optimale Behandlung, sondern auch um die ganzheitliche Wahrnehmung der Patienten. Deshalb lautet der Leitsatz des DONAUISAR Klinikums



## Patientenorientierung

### Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Die Standorte des DONAUISAR Klinikums gKU sind bereits ab der Autobahn beschildert und gut erreichbar. Parkplätze sind in ausreichender Zahl an allen Standorten vorhanden. Die Aufnahme der Patienten wird in den zentralen Patientenaufnahmen (ZPA) vollzogen und stets von qualifiziertem Personal durchgeführt. Im Vorfeld finden eine koordinierte Terminierung, sowie eine systematische Sprechstundenplanung statt. In den Sprechstunden werden wichtige Vorinformationen an die Patienten weitergegeben. Die administrative sowie die ärztliche und pflegerische Aufnahme sind in den ZPAs eng vernetzt. Durch das strukturierte Belegungsmanagement wird sichergestellt, dass geplante und Notfallpatienten rasch und sicher aufgenommen werden.

### Leitlinien

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. Alle Standards stehen den Mitarbeitern im Intranet bzw. in einer speziellen Software zur Verfügung. Der Facharztstandard ist in allen Abteilungen rund um die Uhr gewährleistet.

### Information und Beteiligung des Patienten

Die Patienten und ggf. deren Angehörigen werden in alle Behandlungs-, Therapie- und Pflegemaßnahmen einbezogen und über medizinische Indikationen und eventuelle Risiken aufgeklärt. Dazu finden ausführliche und 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 über Patienten erfolgt in den pflegerischen Übergaben gemeinsam am Bett einmal pro Schicht und bei Visite. Um das Verständnis auch bei Patienten mit Migrationshintergrund sicherzustellen, stehen die notwendigen Aufklärungsformulare in Fremdsprachen zur Verfügung, Übersetzer werden bei Bedarf hinzugezogen. Dies bildet die Grundlage für eine vertrauensvolle Basis zwischen Patient, Angehörigen und dem therapeutischen Team.

### Service, Essen und Trinken

Die Patientenzimmer an allen Standorten sind modern eingerichtet. Großzügige Besuchszeiten sind etabliert. Durch ein einheitliches Wegeleitsystem wird

den Patienten und Besuchern die Orientierung in den Häusern erleichtert. Gehbehinderten Patienten stehen Rollstühle, Geh- und Gepäckwagen zur Verfügung. Das DONAUISAR Klinikum unterhält zwei eigene Zentralküchen, 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 speziell dafür eingesetzte Hostessen oder über Pflegekräfte. Diätassistenten erstellen und überwachen spezielle Diätpläne und stehen auf Wunsch auch beratend zur Verfügung.

### Kooperationen

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist ein fester Bestandteil der täglichen Arbeit. Ein Merkmal dafür sind etablierte berufsgruppenübergreifende Besprechungen zum Informationsaustausch und zur Planung der Behandlung. Ein fachärztliches Konsiliarwesen ist systematisch an allen Standorten aufgebaut und auf elektronischer Basis vorhanden. Hausübergreifend sind Vorgaben für eine standardisierte 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.

### Erstdiagnostik und Erstversorgung

Bei der Aufnahme in den zentralen Patientenaufnahmen der Standorte sind rund um die Uhr umfangreiche ärztliche und pflegerische Untersuchungen möglich. Diese werden einheitlich in der dort angelegten Akte dokumentiert. Dabei ist bei ärztlichen, fachabteilungsbezogenen Anamnesen eine gezielte Erstein-schätzung und Diagnostik gegeben, die als Basis für die weitere Behandlung verwendet wird. Patienten die eine schnelle Diagnostik und Behandlung erfordern z.B. Schlaganfall werden sofort versorgt. Wichtige Untersuchungen werden noch in den ZPAs 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.

### Ambulante Diagnostik und Behandlung

Am DONAUISAR Klinikum werden viele Untersuchungen auch ambulant durchgeführt. Hier läuft die Terminierung und Organisation zunächst über die Sprechstunden der einzelnen Fachabteilungen; alle Sprechzeiten sind im Internet auf der Homepage einsehbar. Ergänzt wird das ambulante Spektrum an allen Standorten durch miteinander vernetzte MVZs.

### Ambulante Operationen

Viele ambulante Operationen werden angeboten. Alle notwendigen Voruntersuchungen werden in den Sprechstunden der Fachabteilungen bzw. bei den externen Vertragsärzten durchgeführt. Die Operationen und die Nachsorge erfolgt nach eingehender Aufklärung durch entsprechend qualifiziertes Personal im Zentral OP. Spezielle Räumlichkeiten für ambulante Operationen stehen zur Verfügung.

### **Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung**

Die Behandlung wird durch den Pflegedienst der Stationen in Absprache mit den Funktionsabteilungen koordiniert. Reihenfolge und Dringlichkeit der Maßnahmen werden von den verantwortlichen Ärzten festgelegt und in der Patientenakte dokumentiert. Die Patienten werden soweit möglich zu den Untersuchungen begleitet und wieder abgeholt, die Befundübermittlung erfolgt zeitnah und vielfach digital. Bei geplanten Eingriffen werden Voruntersuchungen möglichst ambulant durchgeführt.

### **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 weiter verfolgt und angepasst. Der Behandlungsverlauf sowie ärztliche und pflegerische Anamnesen werden standardisiert durch alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen in der Patientenakte dokumentiert. Die Pflege erstellt bei Bedarf für jeden Patienten eine individuelle Pflegeplanung.

### **Operative Verfahren**

Die Abstimmung zwischen den operativen Abteilungen, der Anästhesieabteilung und den Beschäftigten des OP's ist für geplante Operationen verbindlich geregelt. Eine Versorgung von Notfällen ist dabei jederzeit gewährleistet. Ein OP Manager erstellt den OP Plan, koordiniert die Operationen und steuert die Belegung der Betten auf den Intensivstationen für alle Standorte. Für die Operationen stehen jederzeit Fachärzte der verschiedenen Kliniken rund um die Uhr zur Verfügung, alle gängigen OP und Narkoseverfahren werden angeboten.

### **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 Tagesabläufen festgelegt und werden gemeinsam von Stationsärzten und Pflegekräften durchgeführt. Mindestens

einmal pro Woche finden Visiten von Chef- und Oberärzten statt, bei Bedarf auch unter Teilnahme anderer Berufsgruppen.

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

Prä- und poststationäre Leistungen werden im Rahmen der stationären Versorgung an allen Standorten angeboten. Als teilstationäre Einheit ist die Dialyse im Krankenhausplan aufgenommen. Die Indikation für eine Dialyse wird vorstationär und in Zusammenarbeit mit dem benachbarten Kuratorium für Dialyse abgeklärt und am Standort Deggendorf durchgeführt. Alle notwendigen Infos erhalten die Patienten von den Beschäftigten der Dialyse.

### **Entlassung**

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 findet Anwendung. Jeder Patient, nach Bedarf auch dessen Angehörige, werden rechtzeitig über Entlassungstermin, weitere Therapie und Verhaltensweisen informiert.

### **Kontinuierliche Weiterbetreuung**

Um eine kontinuierliche Weiterbetreuung sicher zu stellen erhält jeder Patient am Ende seines Aufenthalts einen Entlassungsbrief mit allen wichtigen Informationen über die Nachsorge. Weiterbetreuende Einrichtungen, z.B. ambulante Pflegedienste, werden frühzeitig über eine Entlassung und den Pflegeüberleitungsbericht informiert. Die Regelungen zum Entlassungsmanagement sind verbindlich festgelegt.

### **Umgang mit sterbenden Patienten**

Sterbende Menschen und ihre Angehörigen werden von den Beschäftigten in würdiger Weise betreut. Palliativpatienten erhalten eine zusätzliche Versorgung durch speziell qualifizierte Pflegekräfte und Ärzte in den Palliativeinheiten der Standorte. Im Vordergrund der Betreuung stehen neben der ansprechenden Einrichtung die Linderung von Leiden und Schmerzen. Eine Interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Berufsgruppen, Patientenorientierung und ein ganzheitlicher Ansatz sind dabei die wichtigsten Schwerpunkte. Patientenverfügungen werden bei allen Patienten im klinischen Alltag berücksichtigt. Ein unabhängiges Ethikkomitee steht jederzeit beratend zur Verfügung

### **Umgang mit Verstorbenen**

Die persönliche Verabschiedung wird den Angehörigen im Einzelzimmer des Verstorbenen ermöglicht. Zusätzlich gibt es stimmungsvoll gestaltete Abschiedsräume an den Standorten. Bei Wunsch einer seelsorgerischen Begleitung wird ein Geistlicher (auch von anderen Glaubensgemeinschaften) verständigt. Persönlichen, kulturellen und religiösen



Wünschen des Verstorbenen/ Angehörigen wird bedarfsgerecht entsprochen. Rituelle Waschungen sind jederzeit möglich.

## Mitarbeiterorientierung

### Planung des Personalbedarfs

In gemeinsamer Abstimmung zwischen Vorstand und Abteilungsleiter 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.

### Personalentwicklung/Qualifizierung

Die für die Position notwendige Qualifikation und das Aufgabengebiet sind in Tätigkeitsbeschreibungen festgelegt. Eine gezielte und regelmäßige fachliche Weiterentwicklung ist als Dienstaufgabe für alle Beschäftigten definiert. Das DONAUISAR Klinikum bietet zahlreiche Fort- und Weiterbildungsprogramme für Ärzte und Pflegekräfte an, in allen Abteilungen sind interne fachliche Fortbildungen fester Bestandteil. In den jährlich durchgeführten Mitarbeitergesprächen und Umfragen zu Fortbildungswünschen können die Beschäftigten ihre Bedürfnisse angeben. Sie werden bei der Fortbildungsplanung berücksichtigt. Es wird darauf geachtet, dass jeder Beschäftigte regelmäßig an Fortbildungen teilnimmt. Jeder Arzt ist verpflichtet, seine Fortbildungen und Qualifikation durch Fortbildungspunkte bei der Bundes- und Landesärztekammer nachzuweisen.

### Einarbeitung von Mitarbeitern

Neuen Mitarbeitern wird an einem Einführungstag ein Gesamtüberblick über die Strukturen sowie über wichtige Bereiche und Themen gegeben. Die neuen Beschäftigten werden durch feste Ansprechpartner an ihrem Arbeitsplatz individuell an ihr Tätigkeitsfeld herangeführt. Zwischen- und Abschlussgespräche werden geführt. Ein vom neuen Kollegen auszufüllender Fragebogen dient zur Bewertung der Einarbeitung. Alle Regelungen sind schriftlich fixiert.

### Ausbildung

An den Standort Deggendorf sind die Berufsfachschulen für Krankenpflege, Krankenpflegehilfe und Physiotherapie angegliedert. Der Unterricht und die Praxiseinsätze an allen Berufsfachschulen erfolgen gemäß der jeweiligen Ausbildungsordnung im vorgegebenen Umfang. Der Lernerfolg wird durch eine enge Verflechtung zwischen theoretischer Ausbildung und praktischen Einsätzen sichergestellt. Qualifizierte

Lehrkräfte an den Schulen sowie geschulte Praxisanleiter für die Pflege gewährleisten 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 vielen Bereichen an.

### Fort- und Weiterbildung

Der Bedarf an Fort- und Weiterbildung wird jährlich entsprechend der strategischen Auslegung 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 gezielten Qualifizierung ihrer Beschäftigten. Alle Vorgesetzten führen jährlich mit ihren Beschäftigten Mitarbeitergespräche, halten die Ergebnisse fest und planen neue Ziele für das kommende Jahr. Zur Information über aktuelle Themen sind Fachzeitschriften abonniert und werden über Verteilerlisten übermittelt. Es stehen separate Seminar- und Veranstaltungsräume mit Medienausstattung zur Verfügung. Fachbibliotheken sind in den einzelnen Abteilungen vorhanden und werden laufend erweitert und aktualisiert.

### Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Ein mitarbeiterorientierter Führungsstil ist in den Unternehmensgrundsätzen verankert. Regeln zur Kommunikation und Information, zu Zielvereinbarungen, zum teamorientierten Arbeiten und zur Förderung und Beurteilung von Beschäftigten sind festgelegt. Zusammen dienen sie als transparenter Maßstab zur Bewertung des Handelns der Führungskräfte. Als Ergänzung können die Beschäftigten bei Mitarbeiterbefragungen Wünsche und Auffälligkeiten äußern. Diese Ergebnisse werden systematisch erfasst und besprochen sowie Maßnahmen geplant und umgesetzt. In verschiedenen Ebenen werden qualifizierte Mitarbeiter in strategische Entscheidungen eingebunden. In einigen Bereichen erfolgt der Einsatz von Zukunftswerkstätten, um gemeinsam nach Problemlösungsansätzen zu suchen und Maßnahmen festzulegen. Übertarifliche Leistungen werden angeboten, Gesundheitsförderung ist ein wichtiger Baustein.

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

Entsprechend der dienstlichen Erfordernisse, gesetzlichen 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.

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

Die Beschäftigten aller Standorte haben u.a. in gemeinsamen Teambesprechungen mit dem Vorstand, in Mitarbeitergesprächen 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 hausübergreifende Verbesserungsmanagement steht den Beschäftigten ebenfalls für Kritik und Anregungen zur Verfügung. Im betrieblichen Vorschlagswesen werden gute Vorschläge mit Prämien bis zu 25 000 € belohnt.

## **Sicherheit**

### **Arbeitsschutz**

Es werden die gesetzlichen Vorgaben zum Arbeitsschutz, die Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaft und sonstiger Vorschriften umgesetzt. Gefährdungsanalysen, Hygienepläne und entsprechende Prozessbeschreibungen liegen aktuell vor. Die Fachkraft für Arbeitssicherheit und der arbeitsmedizinische Dienst gewährleisten die Umsetzung der Gebote. Sie werden dabei von den Sicherheitsbeauftragten der Abteilungen unterstützt.

### **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 gut sichtbar ausgehängt und werden regelmäßig aktualisiert. Die Beschäftigten erhalten regelmäßige Brandschutzunterweisungen, Brandschutzhelfer werden jährlich geschult.

### **Umweltschutz**

Ein Konzept zum Umweltschutz wurde gemeinsam mit einem externen Berater erarbeitet und wird nach und nach umgesetzt. Eine energetische Sanierung ist an allen Standorten erfolgt, moderne Anlagentechniken reduzieren den Energieverbrauch. Alle Maßnahmen werden ständig auf Wirksamkeit und Verbesserung

von Fachleuten des Hauses in einer Arbeitsgruppe überprüft und angepasst.

### **Katastrophenschutz**

Das DONAUISAR Klinikum ist in den Katastrophenschutz nach Landesrecht eingebunden. Für verschiedene Gefahrenlagen ist in einem Alarm- und Einsatzplan die Vorgehensweise pro Standort beschrieben. Für den hausinternen Ausfall von technischen Systemen liegen Beschreibungen, Alarmierungswege und Ausfallskonzepte vor. Eine jährliche Überprüfung der Pläne findet durch eine Arbeitsgruppe statt.

### **Nichtmedizinische Notfallsituationen**

Für den Ausfall technischer Anlagen (z.B. Heizanlage, Telefonanlage) sind 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.

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

Die Sicherheit an den Standorten wird sowohl durch technische Standards als auch durch klare Regelungen bei gefährdeten Patienten gewährleistet. Bei Kindern und Demenzpatienten sind besondere Festlegungen 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 viele Beschäftigte weiter. Diese wirken mit Kommunikationsmaßnahmen gezielt z. B. auf aggressive Patienten ein. Besondere Bereiche (z.B. OP, Intensivstation) werden durch technische Maßnahmen Zutritts geschützt.

### **Medizinisches Notfallmanagement**

Der Umgang mit medizinischen Notfallsituationen ist für alle Standorte schriftlich geregelt. Ein rund um die Uhr erreichbares Reanimationsteam mit einheitlicher Rufnummer steht an allen Standorten zur Verfügung. Die jährliche Teilnahme an Notfalltrainings mit praktischen Übungen ist für die Beschäftigten verpflichtend vorgeschrieben. An allen Stationen ist die Notfallausrüstung vor Ort, in jedem Stockwerk oder in greifbarer Nähe steht mindestens ein Defibrillator zur Verfügung.

### **Hygienemanagement**

Die Verantwortlichkeiten über die Hygiene sind in der Satzung der Hygienekommission dokumentiert. Diese tagt zweimal jährlich und regelt mit protokollierten Beschlüssen das Vorgehen zu allen Hygienefragen. Die Hygienekommission ist dem Vorstand und die Stabsstelle Hygiene direkt dem Ressortleiter Medizin

und Pflege unterstellt. Speziell ausgebildete Fachkräfte setzen zusammen mit hygienebeauftragten Ärzten und Pflegekräften, einem Infektiologen, einem Mikrobiologen und den Abteilungsleitern die Hygienerichtlinien um.

### **Hygienerrelevante Daten**

Meldepflichtige und erworbene Erkrankungen werden erfasst, an die Stabsstelle Hygiene weitergeleitet und in regelmäßigen Berichten ausgewertet. Durch tägliche Erfassung der Daten und die Auswertung durch eine EDV-Software ist in Kooperation mit den Fachabteilungen ein schnelles Reagieren bei Auffälligkeiten gewährleistet. Ein Vergleich mit dem nationalen Referenzzentrum findet statt. Die Ergebnisse führen im Bedarfsfall zu Änderungen in den Abläufen (z. B. Änderung des Aufnahmescreenings).

### **Infektionsmanagement**

Alle hygienesichernden Maßnahmen sind in einer berufsgruppenübergreifenden Leitlinie beschrieben und im Intranet einsehbar. Basis für die Inhalte der Leitlinie sind immer die jeweils gültigen Vorgaben und Richtlinien der Fachinstitute (z.B. Robert Koch Institut). Regelmäßige Schulungen und Begehungen sichern den Kenntnisstand der Beschäftigten. Interne Überprüfungen durch die Hygienefachkraft sowie externe Kontrollen in Zusammenarbeit mit Instituten und Ämtern sind ein wesentlicher Bestandteil der hygienischen Qualitätssicherung aller Standorte. Alle Bereiche werden durch die Hygienefachkraft regelmäßig und auch unangemeldet überprüft. In kontinuierlichen internen Schulungen und dem standortübergreifenden "Hygienetag", zu dem auch Interessenten von extern eingeladen sind, werden aktuelle Themen der Hygiene vorgestellt. Die Sterilgutaufbereitung, die Reinigung und Speisenversorgung unterliegen besonderen Standards.

### **Arzneimittel**

Die eigene zertifizierte Apotheke gewährt eine sachgemäße Herstellung von Produkten sowie eine geregelte Belieferung aller Bereiche an den Standorten. Es bestehen konkrete Anweisungen zum Umgang mit Betäubungsmitteln und Zytostatika. Der Arzneimittelbestand wird in der Arzneimittelkommission festgelegt und durch die Apotheke bevorratet. Eine kontinuierlich aktualisierte Arzneimittelliste liegt elektronisch vor. Die Apotheke steht beratend bei Fragen zur Arzneimitteltherapie zur Verfügung. Eine korrekte Lagerung der Arzneimittel vor Ort ist in allen Bereichen gewährleistet und wird über Begehungen durch Apotheker regelmäßig überprüft. Für mögliche Risiken bei der Verabreichung von Medikamenten sind gesonderte Regelungen getroffen.

### **Blutkomponenten und Plasmaderivate**

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 hausübergreifende 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 innerhalb von systematischen Begehungen überprüft, ob alle Vorgaben eingehalten sind. Im anschließenden Bericht werden die Ergebnisse zusammengeführt und ein Trendverlauf abgeleitet.

### **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.

## **Informations- und Kommunikationswesen**

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

In allen Bereichen der Standorte werden einheitliche Softwaresysteme eingesetzt. Die vorgesehenen Regelungen sind inkl. der Regelungen bei Ausfall eines Systems schriftlich fixiert. Die Beschäftigten sind entsprechend geschult, die Zugriffsrechte sind festgelegt. Die EDV-Abteilung steht persönlich beratend und über ein Störmeldemodul zur Verfügung. Außerhalb der Regelarbeitszeit ist eine Rufbereitschaft eingerichtet. Übergreifendes Ziel ist die elektronische Patientenakte. Um dieses Ziel zu erreichen, sind viele Projekte am Laufen oder sind bereits umgesetzt. Es werden z.B. Untersuchungen digital angefordert, der dazugehörige Befund elektronisch erstellt und direkt in die digitale Krankengeschichte übernommen. Die digitale Archivierung ist eingeführt.

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

Die Dokumentation der Patientendaten erfolgt von allen Beschäftigten in einem einheitlichen Dokumentationssystem über alle Standorte. Ein Teil der Doku-

mentation ist noch papiergestützt, wird aber zunehmend digitalisiert. Die Regelungen zur Dokumentation sind in einer Dienstanweisung fixiert und stellen somit eine geregelte und vollständige Dokumentation sicher. Die einheitliche Aktenführung wird über weitere Regelungen gesichert. Entsprechend dieser Vorgaben werden alle relevanten Informationen eines Patienten von den beteiligten Beschäftigten vollständig, korrekt und zeitnah schriftlich festgehalten. Eine Überprüfung der Dokumentation z. B. auf Vollständigkeit, Lesbarkeit etc. ist durch Aktenaudits gewährleistet. Ggf. werden Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet.

### **Verfügbarkeit von Patientendaten**

Die elektronische Krankengeschichten und Befunde sind den Beschäftigten 24 Stunden unter Beachtung der Datenschutzregelungen verfügbar. Durch die Vernetzung aller Bereiche und Standorte ist der Zugriff auf elektronisch gespeicherte Daten wie Entlassungsbriefe und Befunde aus Voraufenthalten besonders schnell möglich. Nach Entlassung der Patienten wird der nachversorgende Arzt und ggf. die Pflegeeinrichtung zeitnah über den Aufenthalt und die geplante Weiterversorgung informiert. Der Nationale Expertenstandard Entlassung ist eingeführt.

### **Information der Krankenhausleitung**

Der Vorstand und die Ressortleiterkonferenzmitglieder werden über alle internen Vorgänge und kritischen Abweichungen durch zahlreiche regelmäßige schriftliche Berichte und durch ein systematisches Besprechungswesen benachrichtigt. Sie leiten gemeinsam mit den Verantwortlichen rechtzeitig Korrekturmaßnahmen ein.

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

Das Informationswesen ist in der Geschäftsordnung klar geregelt. Inhalte und Themen können sowohl die Informationsweitergabe zur Patientenbehandlung, als auch organisatorische und qualitätssichernde Aspekte sein. Entsprechende Protokoll- und Verteilungsregelungen 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 immer in persönlichen Gesprächen, Broschüren, Flyern oder der Homepage über ihr Krankheitsbild bzw. organisatorische Fragestellungen zu informieren. Für Verbesserungsvorschläge stehen ein Verbesserungsmanagement und ein Patientenfürsprecher zur Verfügung.

### **Organisation und Service**

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 oder Stationen gegeben.

Die Eingangsbereiche sind ansprechend gestaltet. Die jeweiligen zentralen Patientenaufnahmen (ZPA) haben eine hausübergreifende Funktion bei Notfallsituationen. Die Beschäftigten verfügen über alle notwendigen Informationen (z.B. Rufbereitschaften, Alarmierungspläne) und sind geschult, im Bedarfsfall die notwendigen Maßnahmen einzuleiten.

### **Regelungen zum Datenschutz**

Die Regelungen zum Datenschutz sind in verschiedenen Dienstanweisungen beschrieben. Ein hausinterner Datenschutzbeauftragter ist als Ansprechpartner benannt und gewährleistet die Umsetzung und Überprüfung der Vorgaben wie z.B. den Umgang mit Mitarbeiter- und Patientendaten, die Berechtigung und Benutzung von Intra- und Internet, aber auch die Datenübermittlung an externe Dienstleister. Die Beschäftigten sind zur Einhaltung des Datenschutzes geschult. Die Einhaltung der Regelungen wird in Datenschutzaudits durch externe Experten überprüft und entsprechende Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet.

## **Führung**

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

Als Leitgedanke dient allen Beschäftigten der Standorte 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 groß geschrieben. Als zentrale Richtlinie im Umgang miteinander wurden Unternehmensgrundsätze mit fünf Säulen durch Beschäftigte entwickelt. Dieses Leitbild stellt eine Orientierung für die Zusammenarbeit und eine Herausforderung für die Führungskräfte dar. Das Leitbild ist über eine Broschüre und im Intranet einsehbar.

### **Durchführung vertrauensbildender und –fördernder Maßnahmen**

Das Leitbild ist gleichzeitig als Führungsgrundsatz zu verstehen. 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. jährliche Mitarbeitergespräche, ein unabhängiges Ethikkomitee, 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 etc. sind vereinbart.



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

Als zentrales Element zur Behandlung ethischer Fragen ist ein Ethikkomitee eingerichtet. Es dient allen Beschäftigten als vertraulicher Ansprechpartner bei Problemsituationen im Alltag und wird zur Konsensfindung innerhalb von ethischen Fallbesprechungen beratend hinzugezogen. Die Mitglieder des Ethikkomitees treffen sich in monatlichen Abständen und erarbeiten auch grundsätzliche ethische Empfehlungen zum Umgang mit weltanschaulichen und religiösen Bedürfnissen. Alle Beschäftigten der Standorte werden zur Teilnahme eingeladen. 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.

### **Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung**

Die strategische Zielplanung des DONAUISAR Klinikums wird alle fünf Jahre unter Einbeziehung aller Führungskräfte neu ausgerichtet und entwickelt. Interne und externe Rahmenbedingungen werden dabei berücksichtigt (z.B. Einhaltung von Gesetzen, Innovationen, Patientenwünsche, Marktanteile). Zweimal im Jahr werden die Zielplanungen reflektiert und ggf. aktualisiert. Übergeordnetes Ziel ist derzeit, das DONAUISAR Klinikum zu einem überregionalen Gesundheitszentrum weiterzuentwickeln. Daraus leiten sich zahlreiche Projekte ab (z.B. Eröffnung zusätzlicher Abteilungen, Zentrenbildung usw.), die in berufs- und hierarchieübergreifenden Projektgruppen abgearbeitet werden. Die Beschäftigten werden über den Sachstand durch Protokolle im Intranet, Artikel in der Mitarbeiterzeitung u.ä. informiert. Für die Umsetzung der Zielplanungen werden jährlich Finanz- und Investitionspläne erstellt und deren Einhaltung innerhalb zahlreicher Berichte überwacht. Die Abteilungen verfügen über Budgets zum eigenverantwortlichen Agieren innerhalb des Leistungsspektrums. Durch das Controlling erfolgt anhand festgelegter Kennzahlen ein Soll- Ist-Abgleich und damit eine kontinuierliche Bewertung der Budgets. Führungskräfte und Beschäftigte werden über die wirtschaftliche Situation in Teambesprechungen durch den Vorstand, über Berichte durch die Stabsstelle Controlling und über das Intranet informiert.

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

Nachhaltige Partnerschaften und Kooperationen mit Interessensgruppen (z.B. andere Kliniken, Praxen etc.) werden verstärkt ausgebaut und im Sinne einer Win-Win-Situation in Kooperationsverträgen schriftlich fixiert. Die Öffentlichkeitsarbeit wird maßgeblich von der Stabsstelle für Qualitätsmanagement und Öffentlichkeitsarbeit und der Arbeitsgruppe Marketing ge-

plant und betreut. Fortlaufend werden die Interessen und Bedürfnisse der kooperierenden Ärzte und Einweiser 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 zahlreiche Eckpunkte gesetzt. Erreichte Ziele sind dabei z.B. die Mitgliedschaft in Förder- und Hilfsvereinen, die Unterstützung des Krebs-sportvereins.

### **Festlegung einer Organisationsstruktur**

Die Organisation und die Verantwortlichkeiten innerhalb des DONAUISAR Klinikums sind in der Geschäftsordnung klar geregelt. In deren Anhängen sind die standortbezogenen und -übergreifenden Strukturen in Organigrammen, Statuten und Aufgabenverteilungsplänen dargestellt. Alle Informationen sind im Intranet für die Beschäftigten verfügbar. Für die Patienten, Angehörigen und Beschäftigten sind Ansprechpartner zu allen wichtigen Themen benannt und im Intranet, Internet und der Patientenbroschüre veröffentlicht. Vertretungsregelungen sind schriftlich fixiert und finden Anwendung.

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

Um eine effektive Arbeitsweise in Fachgremien und Kommissionen sicherzustellen, sind die Verantwortlichkeiten und Aufgabengebiete in der Geschäftsordnung und den dazugehörigen Anhängen dargestellt und im Intranet abgebildet. Die Tätigkeiten der Kommissionen sind in eigenen Satzungen geregelt. Ergebnisse und Maßnahmen aus den Sitzungen werden von den Führungskräften 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 Beschäftigten weitergeleitet und die Umsetzung kontrolliert.

### **Innovation und Wissensmanagement**

Die Beschäftigten haben die Möglichkeit ihre Wünsche und Innovationen im Rahmen des betrieblichen Vorschlagwesens einzubringen. Gute Vorschläge werden mit Prämien belohnt. Zusätzlich arbeiten zahlreiche 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. Viele Spezialisten wie z.B. Fachpflegekräfte, Fachärzte etc. stehen den Patienten und Beschäftigten mit ihrem spezifischen Wissen beratend zur Seite.



### **Externe Kommunikation**

Der Umgang mit der Öffentlichkeitsarbeit wird maßgeblich von der Stabsstelle für Qualitätsmanagement und Öffentlichkeitsarbeit 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. sichergestellt. Für die Kommunikation mit der Presse sind spezifische Regelungen erstellt. Die Ergebnisse regelmäßiger Befragungen unterstützen die Öffentlichkeitsarbeit.

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

Das Risikomanagement des DONAUISAR Klinikums ist auf zwei sich überschneidende Säulen aufgebaut. Sowohl für das medizinische als auch für das wirtschaftliche Risikomanagement sind Kennzahlen festgelegt, die im Sinne eines „early warning System“ verwendet werden. Durch fortlaufende Berichtswesen ist der Vorstand immer über die aktuelle Lage informiert und kann entsprechend steuern. Alle potentiellen Risiken werden über speziell entwickelte Methoden identifiziert und hinsichtlich der Häufigkeit und Schwere beurteilt, geeignete Maßnahmen abgeleitet und bearbeitet. Beim wirtschaftlichen Risikomanagement wurde ein Risikokatalog entwickelt, dieser bildet alle finanziellen Risiken eines Unternehmens ab. Beim klinischen Risikomanagement geht es v. a. um die Sicherheit der Patienten und dem Einsatz von Instrumenten zur Risikominimierung. Die Säulen bilden die Ergebnisse aus dem CIRS-System (Beinahe-Fehler), aus Zwischenfallkonferenzen, aus der Aufarbeitung von Haftpflichtschäden, aus der externen Qualitätssicherung (BQS/IQM), dem generellen Verbesserungsmanagement (Beschwerde-, Vorschlags-, Befragungswesen) und aus den Risikoaudits. Die Fälle werden rückblickend analysiert und für die Zukunft Optimierungsmöglichkeiten erarbeitet.

cherung gebildet. Das QM setzt gemeinsam mit den dezentralen Verantwortlichen und Abteilungsleitern zahlreiche Verbesserungsprojekte um. Die Öffentlichkeitsarbeit steuert insbesondere die Durchführung von Befragungen bei allen Interessensgruppen. Das Risikomanagement führt Risikoaudits und -analysen durch, plant Maßnahmen und steuert die Bearbeitung. Im Medizincontrolling werden gesetzliche Vorgaben (Transfusionsmedizin, BQS) für medizinische Bereiche kontrolliert und ggf. Maßnahmen geplant und abgeleitet. Die abteilungs- und berufsgruppenübergreifenden Arbeitsgruppen QM-Live, Marketing, Kultur Plus unterstützen dabei das QMÖ. Aufgabe dieser Gruppen ist die Identifikation von Problemen und die Unterstützung bei Projekten.

### **Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung**

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 in Abstimmung mit den Abteilungsleitern, dies wird durch das QM koordiniert. 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 benötigten Instrumente werden vom QM entwickelt und zur Verfügung gestellt und geschult. Um eine geregelte Dokumentenlenkung und Prozesszuordnung zu gewährleisten, ist eine Lenkungssoftware implementiert, die vom QM verwaltet wird. Regelmäßige Überprüfungen, Auswertungen und Verbesserungen im Dokumentenmanagement sind dabei selbstverständlich.

## **Qualitätsmanagement**

### **Organisation**

Das QM des DONAUISAR Klinikums steuert maßgeblich die dynamische Entwicklung des Hauses und trägt somit zur Organisations- und Unternehmensentwicklung bei. Die Stabsstelle für Qualitätsmanagement und Öffentlichkeitsarbeit (QMÖ) ist als zentrale Einrichtung etabliert und direkt dem Vorstand unterstellt. Die Säulen der Stabsstelle werden über das QM, das Risikomanagement, die Öffentlichkeitsarbeit, das Medizincontrolling und die externe Qualitätssi-

### **Patientenbefragung, Mitarbeiterbefragung, Befragung externer Einrichtungen**

Um die Zufriedenheit aller Kunden zu ermitteln, werden diese fortlaufend innerhalb der Patienten-, Einweiser und Mitarbeiterbefragung 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 Pilotbereichen befragt. 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 gewährleistet. Alle 2 Jahre haben die Mitarbeiter die Möglichkeit einer schriftlichen Beurteilung ihrer Arbeitsumgebung und der Vorgesetzten. 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 jederzeit ihrem Vorgesetzten mitteilen. Zudem können sie mindestens zweimal pro Jahr direkt mit dem Vorstand in den regelhaften Teambesprechungen in Kontakt treten. Ein Ombudsmann steht für alle Standorte zur Verfügung.

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

Das strukturierte Beschwerde- und Verbesserungsmanagement ist in der Sicherheitskultur des DONAUISAR Klinikums etabliert. 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 Beschwerdetelefon geäußert werden. Zudem stehen flächendeckend in allen Bereichen der Standorte speziell 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 selbstverständlich durch Unterstützung des zentralen Verbesserungsmanagements, welches von der Stabsstelle Qualitätsmanagement und Öffentlichkeitsarbeit verwaltet wird. Die Ergebnisse fließen gemeinsam mit den Befragungsergebnissen in die strategische Zielsetzung des Hauses ein. Ein hohes Maß an Patientensicherheit wird durch verschiedene untereinander verknüpfte Meldesysteme aus dem Risikomanagement erreicht. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit wird umgesetzt.

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

Die interne Qualitätssicherung wird durch Erhebung von unterschiedlichen Kennzahlen gesteuert. In einer nach EFQM-Kriterien aufgebauten Kennzahlenmatrix werden unterschiedliche Messgrößen für das DONAUISAR Klinikum zusammengefasst. Dadurch ist gewährleistet, dass zur Führung nicht nur finanzielle Ergebnisse als Maßstab dienen, sondern auch Kunden-, Mitarbeiter- und gesellschaftsbezogene Ergebnisse gleichermaßen betrachtet und bewertet werden. Die erhobenen Daten generieren sich sowohl durch vorgeschriebene Qualitätskontrollen (z.B. im Bereich des Labors, der Hygiene) als auch in regelhaften internen Audits und Begehungen 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. Diese Routinedaten werden über externe Benchmarks (BQS/IQM) mit anderen Kliniken verglichen und Maßnahmen abgeleitet. Die Qualitätsziele der einzelnen Abteilungen werden in Absprache mit dem Abteilungsleiter und dem Vorstand auf Basis der hausübergreifend gültigen Zielen entwickelt und in persönlichen Zielvereinbarungen mit den Abteilungsleitern schriftlich festgelegt.

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

Das DONAUISAR Klinikum beteiligt sich in vollem Umfang an den Maßnahmen der externen Qualitätssicherung. Für jede Abteilung ist für die Erhebung und Überprüfung der Kennzahlen ein beauftragter Arzt benannt. In monatlichen, abteilungsinternen Besprechungen werden durch diesen Arzt die Ergebnisse sowie eventuelle Abweichungen allen Kollegen der Abteilung präsentiert. Bei sich wiederholenden Abweichungen außerhalb der Zielwerte werden gezielt und systematisch Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet. Durch die Vergleichbarkeit des extern, durch die Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung (BAQ) zur Verfügung gestellten Datenmaterials ist eine landes- und bundesweite Bewertung und Einordnung der Ergebnisse durch die Abteilungsverantwortlichen und den Vorstand möglich. So können die Ergebnisse des DONAUISAR Klinikums im Vergleich zu denen anderer Krankenhäuser eingeordnet und ggf. überlegt werden, wie man noch besser werden kann. Zudem werden Routinedaten ausgeleitet und über die Initiative Qualitätsmedizin (IQM) mit anderen Kliniken verglichen. In kollegialen Gesprächen zwischen den Vertretern IQM und den Chefärzten, werden verbesserungsfähige Prozesse und Verfahren besprochen und reorganisiert.