



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Havelland Kliniken GmbH	
Institutionskennzeichen:	261200538	
Anschrift:	Klinik Nauen	Klinik Rathenow
	Ketziner Straße 21	Forststraße 45
	14641 Nauen	14712 Rathenow
Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer: durch die KTQ-GmbH	2018-0050 KHVN	
Gültig vom:	29.06.2018	
 bis:	28.06.2021	

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	7
1. Patientenorientierung	8
2. Mitarbeiterorientierung	12
3. Sicherheit - Risikomanagement	14
4. Informations- und Kommunikationswesen	18
5. Unternehmensführung	20
6. Qualitätsmanagement	23

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 Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR).

Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

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

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

der Einrichtung beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung haben sich die Krankenhäuser zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes Visitorenteam eine externe Prüfung der Krankenhäuser – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

Während der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren[®] gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtungen überprüft.

Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurden den Krankenhäusern die KTQ-Zertifikate verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

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

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

Wir freuen uns, dass die **Havelland Kliniken in Nauen und Rathenow** 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 abrufbar.

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die Deutsche Krankenhausgesellschaft

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

F. Wagner

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung



HAVELLAND KLINIKEN GMBH

HAVELLAND KLINIKEN UNTERNEHMENSGRUPPE

Die Havelland Kliniken Unternehmensgruppe als Kompetenzzentrum für Medizin, Gesundheit und Pflege in der Region unterhält Einrichtungen verschiedener Versorgungsstufen unter gemeinsamer Trägerschaft. Zum Ausbau vernetzter Strukturen innerhalb der Unternehmensgruppe, zur Standardisierung von Regelungen und Prozessbeschreibungen mit übergreifender Geltung sowie zur Weiterentwicklung eines einheitlichen „QM-Verständnisses“, haben sich die Einrichtungen einer vernetzten Verbundzertifizierung nach dem KTQ Verfahren gestellt.

Die Zusammenarbeit mit anderen Gesellschaften der Unternehmensgruppe – der Wohn- und Pflegezentrum Havelland GmbH, der Medizinisches Dienstleistungszentrum Havelland GmbH, der Gesundheitszentrum Premnitz GmbH, der Gesundheitservicegesellschaft Havelland, dem Rettungsdienst* des Landkreises, der Sozialen Betreuungsgesellschaft Havelland mbH und der Ausbildungszentrum Gesundheit und Pflege Havelland GmbH – ermöglicht eine wirksame Koordination der Aktivitäten. Weitere Kooperationen existieren in den Bereichen der Radiologie, des Labors und der medizinischen Zentren sowie zu niedergelassenen Ärzten, Sozialstationen, Pflegeheimen und Hospizen.

Die Havelland Kliniken GmbH bildet den betrieblichen Kern der Havelland Kliniken Unternehmensgruppe. Ihr Auftrag besteht im Angebot einer hochwertigen und umfassenden medizinischen Versorgung für die regionale Bevölkerung. Neben stationären und ambulanten Leistungen gehören hierzu zahlreiche Beratungsdienste, Sprechstunden, vor- und nachstationäre Angebote und die Notfallversorgung.

Im Lauf der letzten 20 Jahre ist aus zwei kleinen städtischen Krankenhäusern schrittweise ein Konzern entstanden, der heute als größter Arbeitgeber der Region gesundheitsspezifische Dienstleistungen bündelt. Zu den vorgehaltenen Disziplinen und Fachabteilungen gehören Kliniken für Innere Medizin, Chirurgie, Traumatologie und Orthopädie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Anästhesie und Intensivmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Urologie und Geriatrie. Eine umfangreiche Funktionsdiagnostik, die Physiotherapie, psychoonkologische Betreuung, der Sozialdienst, Labor und die Apotheke ergänzen das Profil eines modernen Gesundheitskonzerns.



In medizinischen Zentren - Brust-, Kontinenz- und Beckenboden-, Prostatakarzinom-, Trauma-, Adipositas- und MIC Zentrum - können die Patienten spezielle Versorgungsangebote in Anspruch nehmen. Das Havelländische Netzwerk Gesunde Kinder und die Agentur für bürgerschaftliches Engagement runden das Leistungsportfolio ab.

Die Havelland Kliniken GmbH ist an zahlreichen regionalen Netzwerken, Kooperationen und Arbeitsgemeinschaften beteiligt. Unter dem Dach der Unternehmensgruppe sieht sie sich in der Verantwortung, andere Anbieter auf dem Gesundheitsmarkt für gemeinsame Projekte zu gewinnen, um den Nutzen für die Patienten zu optimieren. Ein Konzept zur ambulanten spezialisierten Palliativversorgung wurde von der Havelland Kliniken GmbH maßgeblich gestaltet. Im sozialen Bereich liegen Schwerpunkte beim Angebot von Schuluntersuchungen sowie bei der Betreuung von Familien über das Netzwerk Gesunde Kinder und über die Beteiligung am Demografieprojekt des Landkreises.

* Nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

Angesichts des demografischen Strukturwandels besteht für die Havelland Kliniken GmbH als einem der wichtigsten Arbeitgeber im Landkreis eine besondere Verantwortung in der Bereitstellung beruflicher Perspektiven für Menschen aller Altersgruppen in der Region.

Seit 2016 unterhält die Unternehmensgruppe ein eigenes Ausbildungszentrum. Daneben kooperieren die Kliniken mit Ausbildungseinrichtungen und Schulen. Die betriebliche Personalentwicklung ist darauf ausgelegt, neue qualifizierte Mitarbeiter zu gewinnen und die Beschäftigten langfristig an ihr Unternehmen zu binden.



Die Havelland Kliniken GmbH ist laut Landeskrankenhausplan eine Klinik mit zwei Standorten. Die Klinik Nauen ist ein kompetentes medizinisches Zentrum für moderne und zeitgemäße Diagnostik und Therapie. Als Krankenhaus mit dem Status der Regelversorgung ist sie Anlaufpunkt für die Bevölkerung im östlichen Teil des Landkreises Havelland und im Berliner Umkreis. Für die ambulante und stationäre Behandlung stehen in acht Fachkliniken 357 Betten und tagesklinische Plätze zur Verfügung. Ferner gehören als Funktionsabteilungen die Funktionsdiagnostik, das Herzkatheter Labor, die Radiologie, Physiotherapie und das Labor sowie eine Apotheke zur Klinik.

Die Fachkliniken können diverse Eingriffe vornehmen, ohne dass ein stationärer Aufenthalt nötig ist. Die behandelten Patienten gehen ohne Übernachtung noch am Tag des Eingriffs nach Hause. Die Notfallversorgung ist jeden Tag rund um die Uhr geöffnet, um in dringenden Fällen zu helfen. Ein Hubschrauberlandeplatz auf dem Gelände ermöglicht die schnelle Aufnahme von Unfallopfern und bei Bedarf die Verlegung von Patienten in eine geeignete Spezialklinik.

Eine ruhige Parkanlage umgibt die Klinik Nauen und weitere angrenzende Gebäude der Unternehmensgruppe. Der Neubau der Klinik Nauen wurde am 1. Mai 1998 von der damaligen Gesundheitsministerin Regine Hildebrandt eingeweiht.

Die Klinik Rathenow als zweiter Standort der Havelland Kliniken GmbH ist zuständig für die medizinische Versorgung der Bevölkerung im westlichen Teil des Landkreises Havelland und angrenzender Landkreise. Sie ist ausgestattet als medizinisches Zentrum für moderne Diagnostik und Therapie der Regelversorgung. Für ambulante und stationäre Behandlung stehen in einem modernisierten Gebäudekomplex 185 Betten und tagesklinische Plätze in sieben Fachkliniken zur Verfügung. Ferner gehören als Funktionsabteilungen die Funktionsdiagnostik, die Radiologie, Physiotherapie und das Labor sowie eine Apotheke zur Klinik. Auch am Standort Rathenow werden ambulante Eingriffe vorgenommen und eine Notfallversorgung steht täglich rund um die Uhr zur Verfügung.

1885 erbaut, kann die Klinik Rathenow auf eine über 130-jährige Geschichte zurückblicken. Aufgrund ihrer künstlerisch-historischen und städtebaulichen Bedeutung wurde die Gesamtanlage der Klinik (ehemals Paracelsus Krankenhaus Rathenow) 1992 in das Verzeichnis für Denkmalpflege des Brandenburgischen Landesamtes eingetragen. Eine großzügige und gepflegte Parkanlage umgibt die Klinik. Zwei Innenhöfe bieten Patienten und Besuchern weitere Rückzugsmöglichkeiten.

Die beiden Krankenhäuser der Havelland Kliniken GmbH haben sich entschlossen, ihr Qualitätsmanagement einer Bewertung nach dem Standard der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen im Verbund zu unterziehen. Dadurch wollen sie ihren Anspruch unterstreichen, als ein in die Havelland Kliniken Unternehmensgruppe integrierter Krankenhausbetrieb ein einheitliches und qualitativ erstrangiges Leistungsprofil anzubieten.



Die KTQ-Kategorien

1. Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Die Erreichbarkeit der Kliniken ist für den Individual- und Öffentlichen Nahverkehr, auch für Patienten mit Behinderungen, an den Standorten gegeben. Es stehen ausreichend Parkplätze zur Verfügung. Es existiert eine umfassende Ausschilderung sowie ein Wegeleitsystem auf dem Gelände und innerhalb der Einrichtungen. Die elektive Aufnahmeplanung und -vorbereitung erfolgt prozess- und patientenorientiert in Abstimmung mit den einweisenden Ärzten. Es gibt ein strukturiertes Patientenaufnahmesystem. Patienten und Angehörige können sich über Print- und Onlinemedien über die Aufnahmemodalitäten informieren. In den Kliniken gibt es ambulante Sprechstunden sowie ein abteilungsübergreifendes Belegungsmanagement für elektive und Notfälle.

1.1.2 Leitlinien und Standards

Leitlinien sind jederzeit verfügbar und werden in den Behandlungspfaden, Verfahrensanweisungen und Prozessbeschreibungen umgesetzt. Für jede Fachabteilung existieren Behandlungsstandards, es gibt Pflegerichtlinien und -standards, relevante Expertenstandards sind etabliert. In allen klinischen Bereichen erhalten die Mitarbeiter per Internet Informationen zu neuen Publikationen und können auf ein webbasiertes Medienportal für Fachliteratur zugreifen. Geplante Abweichungen von Leitlinien, Behandlungspfaden und Standards werden in der patientenbezogenen Dokumentation erfasst, ungeplante Abweichungen mit negativem Behandlungsergebnis werden in den M+M-Konferenzen bzw. im CIRS ausgewertet.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Richtschnur ist das Leitbild der Klinik. Patientenverfügungen, Vollmachten und Betreuungsstatus werden im Behandlungsprozess berücksichtigt. Die Aufklärung erfolgt mittels standardisierten, der sprachlichen Herkunft des Patienten angepassten Aufklärungsformularen. Die Klinik hat eine Psychoonkologin und arbeitet eng mit Selbsthilfegruppen zusammen. Kontakte zu Seelsorgern, Patientenfürsprechern und Beratungsdiensten können jederzeit vermittelt, ein Ethikkomitee hinzugezogen werden. Patientenschulungen bei speziellen Krankheitsbildern werden regelmäßig und in unterschiedlichen Medienformen angeboten.

1.1.4 Ernährung und Service

Zur Ausstattung gehören u.a. elektrische Betten, verschließbare Schränke und Sanitärbereiche in jedem Zimmer. Für Patienten stehen Cafeteria, Park, Frisör und Bibliothek sowie zuschlagspflichtig weitere Serviceleistungen zur Verfügung. In Nauen gibt es 2 Komfortzimmer. Die Mahlzeiten werden von qualifizierten Mitarbeitern gemäß der angeordneten Kostform zubereitet und verteilt. Ein HACCP Konzept ist etabliert. Qualifizierte Beratung erfolgt durch eine Ernährungsmedizinerin, Diätassistentin und Diabetesberaterin. Der Ernährungsstatus bei Aufnahme wird durch ein systematisches Assessment erfasst.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die Notfallversorgung ist rund um die Uhr gewährleistet, sie ist im zertifizierten Traumazentrum integriert. Das Personal ist speziell ausgebildet. Es existieren Standards zum Vorgehen bei den häufigsten Krankheitsbildern sowie Regelungen für die strukturierte Übergabe vom Rettungsdienst, der in die Unternehmensgruppe integriert ist. Die Aufnahmebereitschaft wird in Abstimmung zwischen den Fachabteilungen gewährleistet. Für die Ersteinschätzung wird Facharztniveau garantiert, der Erstkontakt durch dreijährig examiniertes Pflegepersonal ist obligatorisch. Die Aufnahme erfolgt nach einer systematischen Triageung. Die sichere Identifikation wird durch Patientenarmbänder gewährleistet. Das Entlassungsmanagement der Klinik gilt auch in der Notfallversorgung.

1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung

Die ambulanten Versorgungsangebote entsprechen dem regionalen Bedarf. Die Spezial- Service- und Indikationssprechstunden werden in Nauen durch die Zentralambulanz koordiniert, in Rathenow durch das ambulante OP Zentrum. Das ambulante Portfolio umfasst Angebote aus fast allen Fachabteilungen. Weitere Schwerpunkte sind die Netzwerke gesunde Kinder, die ambulante Palliativversorgung sowie die integrative Versorgung adipöser Patienten. Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung sind sowohl personell als auch organisatorisch abgesichert.

1.3.2 Ambulante Operationen

Die Klinik verfügt über ein ambulantes OP-Zentrum mit spezialisiertem Personal und moderner Ausstattung. Die Abläufe vom Erstkontakt bis zur Nachsorge mit postoperativer Schmerztherapie sind geregelt und entsprechen dem geforderten Standard. Notwendigkeit und Umfang präoperativer Untersuchungen sind nach den Vorgaben der Fachgesellschaften im Belegungsstatut festgelegt. Ein standortübergreifendes OP Management ist etabliert. Alle Behandlungsschritte werden dokumentiert, eine detaillierte Information weiterbehandelnder Ärzte ist gewährleistet.

1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung

Behandlungsstandards, Leitlinien und vorstationäre Therapieempfehlungen bestimmen die Planung aller diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Die Aufklärung erfolgt umfassend und rechtskonform. Neben klinischen Parametern und ärztlicher Anamnese gehören pflegerische und Sozialanamnese, Risiko einschätzung und die Erfassung persönlicher Lebensumstände zur Behandlungsplanung. Es werden Tumorkonferenzen unter Einbeziehung niedergelassener Ärzte, berufsgruppenübergreifende Stations- und Fallbesprechungen und interdisziplinäre Visiten durchgeführt. Es besteht ein Angebot durch die Psychoonkologie. Das Konsiliarwesen ist standardisiert und EDV-basiert auf Facharztniveau.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Diagnostik und Therapie erfolgen nach abteilungsinternen Standards bzw. Leitlinien der Fachgesellschaften und werden in Absprache mit dem zuständigen Chef-/Oberarzt individualisiert. Die Pflegequalität wird durch Richtlinien und Standards gesichert. In der Geriatrie bilden Assessments die Grundlage der Therapieplanung. Ein Konzept zur Schmerzbehandlung sowie ein Schmerzdienst sind etabliert, Arzneimittelkonsile können eingeholt werden. Komplikationen werden im CIRS dokumentiert und kommuniziert. Es gibt standardisierte Prophylaxen zur Vermeidung von Komplikationen. Eine multiprofessionelle Koordination z.B. in Visiten, Fallbesprechungen, Assessments ist jederzeit gegeben. Der Facharztstandard wird durchweg garantiert. Maßnahmen zur freiwilligen externen Qualitätssicherung werden durchgeführt.

1.4.3 Operative Prozesse

Indikationsstellung und OP Planung erfolgen durch die jeweilige Fachabteilung. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die perioperativen Prozesse sind im OP- und im Belegungsstatut geregelt. Für Notfälle werden die Kapazitäten bereitgehalten. Die Patientensicherheit ist durch Handlungsanweisungen gewährleistet, Risiko-Audits werden durchgeführt. Patientenidentifikationsarmbänder sind eingeführt, die OP Feldmarkierung erfolgt standardisiert, die Überprüfung durch eine umfassende Checkliste.

1.4.4 Visite

Die täglichen Visiten sind als wichtiges Instrument der Behandlung fest in den stationären Tagesablauf integriert. Betreuende Pflegekräfte nehmen an den Visiten teil. Bei Bedarf werden weitere an der Therapieplanung beteiligte Berufsgruppen, Spezialisten sowie Konsiliarärzte hinzugezogen. Wöchentlich finden Ober- und Chefarztvisiten statt. Alle während der Visiten gewonnenen Erkenntnisse und Anordnungen sind Bestandteil der Behandlungsdokumentation. Hierzu wird ein neuer Dokumentationsbogen entwickelt.

1.5.1 Entlassungsprozess

Es existiert eine Anweisung zur strukturierten Entlassung, die sich an gesetzlichen Bestimmungen sowie am Expertenstandard Entlassungsmanagement orientiert. Die Entlassungsplanung beginnt am Aufnahmetag und wird in Abhängigkeit vom Behandlungsfortschritt systematisch präzisiert. Dokumentierte Entlassungsgespräche sind obligatorisch, für die Erstellung der Arztbriefe wurden Zeitfenster festgelegt. Versorgungslücken bei der Mitgabe von Medikamenten und Beschaffung von Heil- und Hilfsmitteln sind so ausgeschlossen. Es erfolgt eine qualifizierte Beratung durch den Sozialdienst. Die Entlassung in regional nachsorgende Einrichtungen erfolgt über einen gemeinsamen Pflegeüberleitungsbogen.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung

Die Gewährleistung der individuellen Bedürfnisse sterbender Patienten und ihrer Angehörigen regelt eine Richtlinie. Die Unterbringung in Einzelzimmern ist selbstverständlich, Angehörige erhalten jederzeit Zu-

gang. In Rathenow gibt es 2 Palliativzimmer, alle Maßnahmen sind auf die Vermeidung von Schmerzen ausgerichtet. Das regionale Netzwerk Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung wird regelhaft genutzt. Es bestehen Kooperationen mit Hospizen und Palliativstationen, hochwertige Qualifikationsangebote sichern das fachliche Niveau.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

In den Kliniken existieren Handlungsanweisungen zum Umgang mit verstorbenen Patienten. Ein dem Geschehen angemessenes Vorgehen ist durch das Leitbild geboten. Den Angehörigen wird die Abschiednahme in ruhiger Atmosphäre ermöglicht. Die technischen und organisatorischen Vorkehrungen zur Feststellung des Todes, Aufbewahrung, Dokumentation, Übergabe des Eigentums sowie die Übernahme durch den Bestatter entsprechen den gesetzlichen Vorschriften.

2. Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Personalbedarf

Der Personalbedarf wird auf Grundlage des jährlichen Wirtschaftsplans festgelegt. Zur Kalkulation werden Besetzungspläne, geplante Leistungen, aber auch die Personalintensität und die Kostenentwicklung herangezogen. Die Planung erfolgt nach Dienstarten, unter Federführung des zuständigen Fachbereichs und Einbeziehung des Betriebsrates. Ein Personalcontrolling ermöglicht fortlaufende Steuerung und ggf. unterjährige Anpassung bei veränderter Bedarfslage. Strukturierte Eingliederungsgespräche unter Teilnahme der Betriebsärztin und dem -rat sind etabliert. Das neu geschaffene Recruiting soll die Effizienz und Effektivität der Akquise verbessern, um Personalbedarfe besser bedienen zu können.

2.1.2 Personalentwicklung

Die Konzeption zur Personalentwicklung ist ausgerichtet an den Unternehmenszielen und den ermittelten Qualifikationserfordernissen. In Mitarbeitergesprächen erfolgt ein strukturierter Abgleich zwischen persönlichen Interessen und betrieblichen Prioritäten. Ein Aus- und Fortbildungszentrum steuert die Prozesse. Fach- und Führungskarrieren werden gezielt gefördert. Die Führungsbildung ist wesentlicher Bestandteil der Qualifizierungspolitik. Zu den Maßnahmen langfristig angelegter Personalentwicklung unter Beachtung des regionalen demografischen Wandels gehören attraktive Angebote für Berufseinsteiger und differenzierte Optionen zur Arbeitsorganisation für ältere Beschäftigte. Mit einem Traineeprogramm werden akademische Absolventen auf eine Führungsposition vorbereitet.

2.1.3 Einarbeitung

Die Grundlage für eine solide Einarbeitung neuer Mitarbeiter bildet ein Einarbeitungskonzept. Neue Mitarbeiter werden während der Einarbeitungsphase intensiv betreut. Die Fortschritte werden in Checklisten dokumentiert und in Zwischengesprächen reflektiert. Innerhalb der Einarbeitung finden zudem regelmäßige Rückmeldegespräche statt. Stellenbeschreibungen liegen vor. Regelmäßig werden Begrüßungstage für neue Mitarbeiter veranstaltet, bei denen auch Vertreter der Geschäftsführung zugegen sind. Führungskräften wird ein gefördertes individuelles Coaching im Rahmen der Übernahme von Leitungsfunktionen (z.B. Chefärzte) angeboten.

2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

In Kooperation mit einer Krankenpflegeschule werden Schüler nach einem vorgegebenen Curriculum von qualifizierten Praxisanleitern betreut. Die Lernerfolge werden regelmäßig evaluiert. Die Bewertungen der Praxiseinsätze und die Noten werden erfasst. Die Kliniken bieten auch die akademische Pflegeausbildung an. Dem gestiegenen Ausbildungsbedarf wird mit einer höheren Kapazität und durch die Freistellung einer Ausbildungsbeauftragten Rechnung getragen. Die Klinik ist akademisches Lehrkrankenhaus und stellt einen Mentor zur Verfügung. Ein regelmäßiges Fortbildungsprogramm existiert, besonders wichtige The-

men sind als Pflichtveranstaltungen ausgewiesen. Die Teilnahmequoten werden ermittelt. Zur Auswertung des Feedbacks werden strukturierte Rückmeldebögen verwendet.

2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance

Die Arbeitszeitregelungen sehen verschiedene Modelle als Bereitschaftsdienst- bzw. Gleitzeitmodelle sowie Schicht- und Wechselschichtbetrieb vor. Die Arbeitsgruppe zur Personalentwicklung trifft sich regelmäßig, um Belange von Arbeitgeber und -nehmern in Einklang zu bringen. Dienstpläne werden durch die Vorgesetzten elektronisch erstellt. Im Bereich der Pflege existiert ein Wunschbuch. Die Ärztlichen und die Pflegedirektoren haben Leserechte in den Dienstplänen, um Einfluss auf den Ressourceneinsatz zu nehmen. Anfallende Mehrarbeitsstunden unterliegen einem ständigen Monitoring. Belastungsanalysen für Ruf- und Bereitschaftsdienste werden durchgeführt. Eine Betriebsvereinbarung zur Arbeitszeitwirtschaft und Dienstplangestaltung regelt das Verfahren ausführlich.

2.1.6 Ideenmanagement

Das betriebliche Vorschlagswesen wird durch eine paritätisch besetzte Kommission unterstützt, eingereichte Vorschläge werden anhand einer Bewertungsmatrix ggf. prämiert und im Intranet transparent gemacht. Alle Mitarbeiter haben die Möglichkeit das Rückmeldesystem auch anonym zu nutzen, welches standardisiert auf der Basis einer Betriebsanweisung durchgeführt wird. Die Formulare dazu sind an verschiedenen Stellen im Krankenhaus frei zugänglich. Es kann Kritik geübt, Lob erteilt oder eine Anregung gegeben werden. Für die Bearbeitung sind Fristen festgelegt.

3. Sicherheit - Risikomanagement

3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements

Die Verantwortung für das klinische Risikomanagement hat die Geschäftsführung an die Ärztliche Direktion delegiert. Eine Mitarbeiterin klinisches Qualitäts- und Risikomanagement ist benannt. Im Rahmen des Qualitätsmanagementkonzepts hat die Krankenhausleitung Ziele und Methoden festgelegt. Maßnahmen aus durchgeführten Audits werden beschlossen und in der Lenkungsgruppe nachverfolgt. Peer Review Verfahren geben wichtigen externen Input.

3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung

Die Gewährleistung der Patientensicherheit genießt in der Organisation aller stationären Abläufe höchste Priorität. Die Vorschriften zur Personaleinsatzplanung garantieren eine kontinuierliche Betreuung durch qualifiziertes Personal. Zur pflegerischen und ärztlichen Anamnese gehört eine Analyse des individuellen Risikoprofils. Es existiert ein Pflegestandard zur Sturzprophylaxe in Anlehnung an den Expertenstandard. Die Regelungen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen implizieren eine genaue Abwägung zwischen dem Schutzgebot und dem Recht auf individuelle Freiheit. Patienten mit Sicherheitsdefiziten werden gezielt angeleitet. Es werden Hilfsmittel eingesetzt, die eine gefahrfreie Mobilisation und sichere Transfers ermöglichen.

3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement

Das Verfahren bei Feststellung einer Indikation zur kardiopulmonalen Reanimation ist in einer Arbeitsanweisung beschrieben. Dazu gehören alle Aspekte von der Meldung, Erstversorgung, Einsatz des Reanimationsteams bis zur Einleitung der Transporte zu den intensivtherapeutischen Abteilungen. Die Schulungen sind als Pflichtfortbildungen ausgewiesen, die theoretischen Inhalte und praktischen Übungen werden nach den Leitlinien der Fachgesellschaft vermittelt. Das Equipment in Notfallkoffern und –wagen ist standardisiert und wird regelmäßig überprüft. Unabhängig von der Tageszeit ist die sofortige und maximale Versorgung garantiert.

3.1.4 Organisation der Hygiene

Der Hygieneplan gibt die gesetzlichen Grundlagen vor. Die Verantwortung für die Hygiene ist in einem Organigramm dargestellt. Der Ärztliche Direktor wird unterstützt von der Hygienefachkraft, vom beratenden Hygieniker sowie von der -kommission. Die Kliniken verfügen über hygienebeauftragte Ärzte, Pflegekräfte, die regelmäßig zu aktuellen Themen geschult werden und mit der Hygienefachkraft eng zusammen arbeiten. Begehungen und Schulungen werden in festgelegten Intervallen durchgeführt. Die Abläufe in der Sterilgutaufbereitung unterliegen einem strengen Qualitätssicherungsverfahren. Das HACCP Konzept in der Küche gewährleistet eine qualitätsgerechte Speisenversorgung.

3.1.5 Hygienerrelevante Daten, Infektionsmanagement

Hygienerrelevante Daten werden erfasst und zur Optimierung prophylaktischer Maßnahmen und therapeutischer Standards genutzt. Analysen zu Erregern und Resistenzen werden differenziert nach Fachabteilungen erstellt, die Ergebnisse in der Hygienekommission analysiert. Die Klinik nimmt an verschiedenen KISS Modulen teil. Daten werden an das Referenzzentrum übermittelt. Die Hybase Software wurde beauftragt, welche die Erfassung der Daten unterstützt. Im Hygieneplan sind Maßnahmen zum Umgang mit speziellen Infektionserregern festgelegt. Diese beschreiben Schutz- und Isolierungs- sowie Vorsichtsmaßnahmen bei Operationen, Untersuchungen und Verlegung bzw. Entlassung. Die Merkblätter werden regelmäßig überarbeitet. Ein Leitfaden zum Vorgehen bei multiresistenten Erregern ist erarbeitet. Schulungen zum Hygiene- und Infektionsmanagement sind obligatorisch.

3.1.6 Arzneimittel

Der Umgang mit Arzneimitteln ist geregelt und orientiert sich an den Vorgaben der Apothekenbetriebsordnung. Arzneimittel werden bedarfsgerecht unter Verantwortung des Apothekers ausschließlich durch die Apotheke beschafft. Für die Bestellung, Beschaffung, Vergabe und Dokumentation von Sonderanforderungen und Betäubungsmitteln liegen detaillierte Anweisungen vor. In den Praxen sind Verantwortliche für den Sprechstundenbedarf zuständig, in der Arbeitsmedizin auch für Impfstoffe. Eine Arzneimittelkommission ist bestellt, die über Umfang und Auswahl der Arzneimittel befindet. Die Beschlüsse sind verbindlich. Im Rahmen turnusmäßiger Begehungen wird der korrekte Umgang mit Arzneimitteln überprüft. Zur Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit betreuen Stationsapotheker Projekte auf den Stationen.

3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin

Im Handbuch Anwendung von Blutprodukten sind alle zum Umgang mit Blutkomponenten Verantwortlichen sowie Maßnahmen zur Qualitätssicherung geregelt. Mitarbeiter werden unterwiesen. Benannt sind Transfusionsqualitätsbeauftragte, eine Verantwortliche und mehrere Transfusionsbeauftragte. Die Transfusionskommission tagt nach Geschäftsordnung. Ein Look Back Verfahren ist etabliert. Es garantiert die Nachvollziehbarkeit jeder Transfusion von der Anordnung über Bestellung, Lieferung, Kontrolle bis zur Anwendung einschließlich der begleitenden Dokumentation.

3.1.8 Medizinprodukte

In den Betriebsanweisungen zur Handhabung von Medizinprodukten sind Verantwortliche, Einweisungen, Probestellungen, Beschaffungsvorgänge und Stilllegungen festgelegt. Es gibt regelmäßig Pflichtfortbildungen. Medizinprodukteverantwortliche und -beauftragte sind benannt. Gerätepässe, Gebrauchsanweisungen und Einweisungsnachweise liegen vor und werden regelhaft aktualisiert. Die Einhaltung technischer Kontroll- und Wartungsintervalle wird durch die Medizintechnik gewährleistet. Der zweimal jährlich tagende Medizinprodukteausschuss ist Schnittstelle zwischen den Beauftragten der klinischen Bereiche und den Verantwortlichen der Medizintechnik.

3.2.1 Arbeitsschutz

Die betrieblichen Regularien zur Gewährleistung der Arbeitssicherheit sind nach gesetzlichen Vorgaben definiert. Ein Arbeitssicherheitsausschuss ist etabliert, die Geschäftsordnung geregelt. Eine qualifizierte Fachkraft für Arbeitssicherheit ist bestellt, zusätzlich gibt es Sicherheitsbeauftragte und Ersthelfer. Gefährdungsbeurteilungen für Arbeitsplätze, Betriebsanweisungen für gefährdende Tätigkeiten und Gefahrstoffe sowie ein Gefahrstoffkataster liegen vor. Arbeitsschutzunterweisungen sind als Pflichtfortbildungen ausgewiesen. Aus Begehungen, Unfallanalysen und veränderten Gefahrenpotenzialen wird Schulungsbedarf abgeleitet.

3.2.2 Brandschutz

Beratung, Aufsicht und Fortbildung zum Brandschutz werden von einer Tochtergesellschaft der Unternehmensgruppe wahrgenommen. Alle Regelungen zum Brandschutz, wie z.B. Meldepläne, Erstmaßnahmen und Sammelpunkte sind im Intranet im Organisationshandbuch veröffentlicht. Es wurde ein Brandschutzbeauftragter bestellt. Flucht- und Rettungswege sind gekennzeichnet. Schulungen und praktische Übungen sind als Pflichtveranstaltungen deklariert. Bei den Brandverhütungsschauen sowie bei der Planung und Bewertung von Notfall- und Evakuierungsübungen hat sich die enge Zusammenarbeit mit den örtlichen Feuerwehren bewährt.

3.2.3 Datenschutz

Zur wirksamen Umsetzung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen nutzt die Geschäftsführung externe Fachexpertise. Es wurde eine externe Datenschutzbeauftragte bestellt, die die konzeptionellen Grundlagen entwickelt und sowohl Leitung als auch Mitarbeiter berät. Eine Betriebsanweisung zur Gewährleistung datenschutzrechtlicher Aspekte liegt vor. Protokollierte Begehungen werden durchgeführt. Datenschulungen sind als Pflichtfortbildungen gekennzeichnet. Im Datenschutzhandbuch werden sämtliche Aktivitäten dokumentiert.

3.2.4 Umweltschutz

In der BSC festgelegte Umweltziele zu Wasser und Energie sind durch Referenzwerte des Siegels Energieparendes Krankenhaus definiert. Die Teilnahme an den Projekten Klimamanager für Kliniken BUND, E-Mobilität und Arbeitskreis Krankenhausökologie sollen der Identifizierung weiterer Optimierungsmaßnahmen zur Energieeinsparung und Emissionsreduzierung dienen. Eine Betriebsanweisung legt fest, dass bei Beschaffung und Investitionen ökologische Aspekte wie der Produktlebenszyklus zu berücksichtigen sind. Ein umweltorientiertes Abfallmanagement ist etabliert.

3.2.5 Katastrophenschutz

Die Kliniken sind in die regionale Organisation des Katastrophenschutzes eingebunden. Im Krankenhauseinsatzplan sind Maßnahmen beschrieben, die bei internem und externem Schadensereignis greifen. Der Ablauf von der Alarmierung bis zur Beseitigung der Gefahrenlage bei Bränden, technischen Betriebsstörungen, Bombendrohungen und Evakuierungen ist geregelt. Die Aufgaben des Diensthabenden Leiters, der Krankenhauseinsatzleitung und des Einheitsführers der Behörde sind definiert. Die Auswertung von Übungen wird gemeinsam von den Oberärzten der Notfallversorgung, der Fachkraft für Sicherheit und den Verantwortlichen der beteiligten Institutionen vorgenommen.

3.2.6 Ausfall von Systemen

Für den Umgang mit nichtmedizinischen Notfallsituationen liegen im Krankenhauseinsatzplan konkrete Pläne vor. Bei Ausfall der Primärversorgung werden über die Gebäudeleittechnik redundante Versorgungskreise in Betrieb genommen. So steht ein leistungsfähiges Notstromaggregat zur Verfügung. Die IT Infrastruktur wird durch ein Notfallkonzept gesichert. Rufbereitschaften gewährleisten den zügigen Support. Störungsmeldungen laufen bei den Informationsdiensten auf und werden an die Haustechnik oder den Bereitschaftsdienst vermittelt. Zur Überwachung und Identifizierung von konkreten Risiken und zur Festlegung von geeigneten präventiven Instandhaltungsmaßnahmen wird eine Software genutzt.

4. Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Der Ausbau der IT Systeme ist Teil der strategischen Planung. Das IT Organisationshandbuch bildet mit Leitlinien zu IT Organisation, Datensicherungskonzept, Schutzbedarfsfeststellung und Notfallkonzept den Rahmen. Kernstück ist das elektronische Krankenhausinformationssystem. Dazu kommen ein IT gestütztes Dokumentationssystem in der Intensivmedizin, die digitalisierte OP Planung sowie telemedizinische Anbindungen zwischen den Standorten und zu anderen Kliniken für radiologische Diagnostik, teleneurologische Konsile und Tumorkonferenzen. Supportprozesse wie die Warenwirtschaft oder Dienstplanung werden ebenfalls unter Softwarenutzung abgewickelt. Die Praxen sind an das zentrale Netz angebunden. Durch spezielle Software werden Praxen und Ambulante Pflege in ihrer Netzwerkstruktur und dem Datensystem unterstützt.

4.2.1 Klinische Dokumentation

Die Dokumentation von Patientendaten, Aktenführung und Archivierung sind in Anweisungen geregelt. Die Mitarbeiter werden darüber bei der Einarbeitung sowie in fortlaufenden Schulungen unterrichtet. Ziel ist die Sicherstellung einer sachlich richtigen, nachvollziehbaren und jederzeit verfügbaren Dokumentation aller Behandlungsabläufe und klinischen Beobachtungen. In der Ambulanten Pflege werden regelmäßige Pflegevisiten durchgeführt, um mögliche Mängel schnell zu beheben.

4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

Die Verfügbarkeit von Patientendaten ist durch Regeln zur Dokumentation und Archivierung sowie Entnahme von Akten gesichert. Elektronisch gespeicherte Daten sind nach Berechtigungskonzept jederzeit abrufbar. Es gibt ein Rückverfolgungssystem bei Entnahme von Akten durch berechtigte Personen. Modernste Bildübertragungssysteme ermöglichen die Kooperation mit verschiedenen Kliniken. Tumorkonferenzen, neurologische Konsile und Radiologiebesprechungen finden über ein Videokonferenzsystem statt. In den Praxen ist die Herausgabe von Akten an Externe schriftlich geregelt, die zeitnahe Verfügbarkeit der Daten ist durch die elektronische Akte gewährleistet.

4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Zur zeitnahen und umfassenden Information wurde ein detailliertes Berichtswesen etabliert. Besprechungen der Gremien und der Teams werden protokolliert. Die Berichtspflichten der Vorgesetzten an die Krankenhausleitung sind in Führungsrichtlinien und Stellenbeschreibungen definiert. Das Controlling beinhaltet sowohl klinische Kennzahlen als auch Indikatoren aus dem betriebs- und personalwirtschaftlichen Bereich. Ausgewählte Indikatoren z.B. aus der Infektionssurveillance oder der Mitarbeiterbefragung werden externem Benchmark unterzogen.

4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Die Pflichten zur Information ergeben sich aus Organigrammen, der Richtlinie für Führungskräfte und Stellenbeschreibungen. In den Geschäftsordnungen sind Festlegungen zur Protokollierung und Informationsweiterleitung getroffen. Für interne und externe Information genutzte Medien wie Website, Patienteninfobroschüren, Mitarbeiterzeitung, Intranet und Email sowie Flyer und Aufklärungsmaterialien sind an den jeweiligen Zielgruppen orientiert. Ein Corporate Design ist eingeführt, es unterstreicht die strategische Ausrichtung als führender regionaler Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen. In der Ambulanten Pflege werden mobile Erfassungsgeräte genutzt.

5. Unternehmensführung

5.1.1 Philosophie/Leitbild

Die Philosophie der Unternehmensgruppe ist geprägt von einem sich ständig entwickelnden Leistungsspektrum. Dazu wurde ein Unternehmenskonzept erarbeitet, das auf der Basis von Vision und Mission zu einem unternehmensweit gültigen Leitbild geführt hat, welches in operativen Handlungsanweisungen, u. a. Führungsgrundsätzen, eine konkrete Ausformulierung erfuhr. An der Erarbeitung und Fortentwicklung des Leitbildes sind Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen und Hierarchieebenen beteiligt. Das Leitbild wird internen und externen Zielgruppen über verschiedene Medien vermittelt. Die erarbeiteten Grundsätze werden über Masterpläne, Wirtschafts- und Jahresarbeitspläne aktuell untersetzt und realisiert.

5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Ziele vertrauensbildender Maßnahmen sind die Förderung der Mitarbeiterzufriedenheit und die Identifikation mit dem Unternehmen. Das Expertenwissen aus unterschiedlichen Ebenen wird bei strategischen Planungen gezielt genutzt. Fach- und Führungskarrieren werden gefördert. Hierzu gibt es Zielvereinbarungen in den Mitarbeitergesprächen sowie ein Führungskräftebildungsprogramm. Die Mitarbeitervertretung wird bei allen mitbestimmungspflichtigen Fragen einbezogen. Ein unternehmensweites Vorschlagswesen inklusive eines Prämierungssystems wurde etabliert. Die Förderung der betrieblichen Wiedereingliederung ist geregelt. Es werden Mitarbeitersprechstunden der Geschäftsführung sowie eine anonyme telefonische Sozial- und Gesundheitsberatung angeboten.

5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Im Leitbild sind die Werte für die Grundhaltung aller Mitarbeiter formuliert. Die Sicherstellung der angemessenen Berücksichtigung ethischer Fragestellungen im klinischen und betrieblichen Alltag ist Führungsaufgabe. Es existiert ein einrichtungsübergreifendes Ethikkomitee für ethische Fragestellungen im Klinik- und Pflegealltag sowie zur Information und Beratung aller Kollegen. Die Mitarbeiter werden über die Tätigkeit des Ethikkomitees informiert. Richtlinien zum Umgang mit Sterbenden sowie zum Selbstbestimmungsrecht von Patienten werden umgesetzt.

5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Das Marketing hat einen hohen strategischen Stellenwert im Masterplan. Ein einheitliches Leitbild und Corporate Design wurden entwickelt, die Corporate Identity soll nun öffentlich umgesetzt, ein Corporate Branding angestrebt werden. Ziel ist eine stabile Positionierung am Markt und Etablierung der Unternehmensgruppe als Marke. Zu den Maßnahmen im Bereich Öffentlichkeitsarbeit gehören u. a. Kontaktpflege zu Kooperationspartnern, Pressearbeit, Engagement bei regionalen Veranstaltungen und Gestaltung von Informationsmaterialien unter Berücksichtigung externer Zielgruppen. Es existiert ein Jahresarbeitsplan. Flankierend ist eine Pressesprecherin tätig. Regelungen zum Umgang mit Krisen und Störfällen sind in

einer Anweisung hinterlegt. Ein Krisenstab ist etabliert. Eine umfassende Information der Öffentlichkeit stellt das Jahrespressegespräch dar.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung

Die Strategie basiert auf Vision, Mission und Leitbild und ist in Masterplänen präzisiert. Jährlich wird ein Wirtschaftsplan erstellt, der die Personal-, Finanz- und Investitionsplanung unter Berücksichtigung des Leistungsspektrums enthält. Die Steuerung erfolgt über den Jahresarbeitsplan und die BSC, in welcher Zieldaten und Maßnahmen benannt sind. Die Beteiligung der leitenden Mitarbeiter an der Planung ist durch jährliche Klausurtagungen sowie die Budgetverantwortung sichergestellt. Wichtige Kennzahlen der Zielerreichung werden durch das Reporting generiert. Eine quartalsweise Kostenträgerrechnung für die einzelnen Abteilungen ist etabliert. Ein Frühwarnsystem in Form eines Risikomanagement Handbuchs wird vorgehalten. Ein Benchmarking medizinischer und wirtschaftlicher Daten kann durch strategische Kooperationen und der Teilnahme an freiwilligen Qualitätsinitiativen betrieben werden.

5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement

Grundlage des Risikomanagement ist das Risikomanagement Handbuch, das auch die Planung vorbeugender Maßnahmen gegen betriebswirtschaftliche Risiken regelt. Eine Risikomatrix und ein Frühwarnsystem wurden etabliert, um Markt-, Leistungs- und finanzwirtschaftliche Risiken frühzeitig erkennen und gegensteuern zu können. Die Erstellung wirtschaftlich relevanter Planungen erfolgt zum Jahresende und wird dem Aufsichtsrat zur Freigabe vorgelegt. Dem Wirtschaftsplan angegliedert ist jeweils eine BSC als Steuerungsinstrument strategischer Ziele, die abgeleitete Maßnahmen sowie Kennzahlen und Zielwerte enthält. Ergänzend zum kaufmännischen Risikomanagement ist eine Matrix des klinischen Risikomanagement im Aufbau. Eine Stabsstelle ist zuständig für die Bereiche Compliance und Innenrevision und als Antikorruptionsbeauftragte berufen. Eine Richtlinie zu Corporate Governance wurde erstellt.

5.2.3 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Aus dem im Leitbild festgelegten Auftrag ist die aktive Zusammenarbeit mit Partnern im Gesundheitswesen besonders wichtig. Die Partner werden sorgfältig ausgewählt, um den angestrebten Qualitätsstandard sicherzustellen. Es gibt Kooperationen in den Bereichen Radiologie, Labor, medizinische Zentren, Sozialstationen, Pflegeheime und Hospiz, Netzwerk Gesunde Kinder und Selbsthilfegruppen. Die Kliniken engagieren sich durch personelle Mitwirkung und Sponsoring bei sozialen und kulturellen Projekten. Für Schüler werden Praktikumsstellen, Bewerbungstrainings und der jährliche Zukunftstag angeboten. Leitende Mitarbeiter sind in regionalen bzw. überregionalen Netzwerken engagiert. Im gesundheitspolitischen Bereich engagiert sich das Unternehmen in Arbeitskreisen des Landkreises aus Kliniken, Behörden, Rettungsdiensten, Feuerwehr und Pflegeeinrichtungen sowie im Demografieprojekt und regionalen Gesundheitskonferenz. Der Ausbau der Palliativmedizin hat besonderen Stellenwert.

5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

Die Aufbauorganisation ist für alle Bereiche durch Geschäftsordnungen geregelt und in Organigrammen dargestellt. Ein Jahresplaner mit Regelterminen wird erstellt. In den Führungsrichtlinien werden Kompetenzen und Zuständigkeiten der vier betrieblichen Führungsebenen bestimmt. Unter dem Aspekt der Effizienzverbesserung fanden Um- und Neustrukturierungen im Bereich der Geschäftsführung, Verwaltung und Pflege statt. Die Organigramme der hausintern benannten Beauftragten sind im Intranet zugänglich. Die Koordination der Gremienarbeit obliegt der Krankenhausleitung, den Fachbereichsleitern sowie den speziell Beauftragten. Befristet werden Projektgruppen eingerichtet. Das Projektmanagement ist in einer Richtlinie geregelt.

5.3.2 Innovation und Wissensmanagement

Innovation, Effektivität und Effizienz der Organisation sind wesentliche Ziele im Leitbild und in den Managementgrundsätzen. Durch Reflektion der Qualität und Wirtschaftlichkeit, Beobachtung des Marktes und Erfahrungsaustausch mit anderen Anbietern werden Chancen und Nischen ermittelt. Die Realisierung geplanter Innovationen erfolgt in Projekten. Zielvorgaben, Ressourcen und Zeitpläne werden definiert. Die konkreten Innovationsvorhaben basieren auf der strategischen Zielplanung. Notwendige Ressourcen werden in den Wirtschaftsplan eingestellt. Neue Versorgungsansätze werden bedarfsorientiert unter Berücksichtigung der Besonderheiten in den Fachdisziplinen erschlossen (z. B. Geriatrie, Adipositaschirurgie). Weitere Innovationen ergeben sich aus regionalen Kooperationen (Demografieprojekt). Wissenschaftliche Arbeiten von Mitarbeitern werden gefördert, um das betriebliche Know How zu verbessern. Die digitale Bereitstellung von Informationen wurde erheblich ausgebaut.

6. Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Ein zielorientiertes QM System ist implementiert, das sich am Prinzip der kontinuierlichen Verbesserung orientiert. In einem Konzept sind Qualitätspolitik, -instrumente und -ziele festgelegt, erforderliche Strukturen benannt und in einem Organigramm visualisiert. Durch eine auf Basis einer Geschäftsordnung agierende QM Lenkungsgruppe wird die Einbindung aller Bereiche in die Qualitätsarbeit sichergestellt. Ein QM Berichtswesen und ein Projektmanagement sind etabliert, QM Schulungen für Mitarbeiter werden regelmäßig angeboten. In den Praxen und der Ambulanten Pflege ist je eine QM Beauftragte benannt.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung

Zentrale Prozesse sind in einer Prozesslandkarte dargestellt. Betriebliche und klinische Abläufe sowie Schnittstellen sind detailliert arbeitsteilig geregelt. Im Bereich der Mitarbeiterführung sind Grundsätze und Vorgaben definiert. Sicherheitsrelevante Workflows sind beschrieben. Die IT gestützte Prozessdarstellung und -analyse im zentralen QM wird schrittweise ausgebaut. Ein geregeltes Verfahren zur Dokumentenlenkung wird umgesetzt. In jeder Fachklinik sind die wichtigsten Krankheitsbilder als Behandlungsstandards, die klinischen Prozesse der Fachzentren in QM Handbüchern hinterlegt. Ein unternehmensweit ausgebautes Intranet unterstützt die Prozessgestaltung.

6.2.1 Patientenbefragung

Pro Monat wird eine festgelegte Anzahl von Patienten durch eine externe Interviewerin unter Verwendung eines standardisierten Fragebogens befragt und aus den Ergebnissen Maßnahmen abgeleitet. Die Ergebnisse werden nach Kliniken und Dienstarten differenziert und Periodenvergleiche sowie ein Klinikranking zwischen den Standorten dargestellt. Durch Abfrage der klassischen Cluster ist ein tendenzieller Vergleich mit anderen Häusern möglich. Das Thema Wünsche und Beschwerden von Patienten findet in unternehmensweit durchgeführten Schulungen zu Service- und Dienstleistung Berücksichtigung. In den Praxen der MDZ erfolgt mindestens jährlich über einen Monat eine strukturierte Patientenbefragung.

6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Befragungen von Einweisern und nachbehandelnden Einrichtungen erfolgen mittels Fragebögen. Diese werden mit externer Unterstützung ausgewertet und die Ergebnisse im Unternehmen kommuniziert. Durch einen Klinikletter werden Einweiser über aktuelle Themen informiert. In den Zentren sind ebenfalls Befragungen Externer etabliert. In der Tochtergesellschaft werden regelmäßig Lieferantenaudits durchgeführt. Eine Datenbank zur Lieferantenbewertung wurde entwickelt.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Mitarbeiterbefragungen wurden als personalspezifisches Instrument in das QM- und Personalentwicklungskonzept integriert. Intervalle und Methoden sind abgestimmt mit dem Betriebsrat festgelegt. In regelmäßigen Abständen wird das BGW Betriebsbarometer als Standardbefragung eingesetzt. Hinzu kommen partielle Befragungen u.a. zur Gesundheitsförderung oder im Rahmen der Imageanalyse. Die Ergebnisse werden im Intranet und über die Mitarbeiterzeitung publiziert und zur Optimierung personalwirtschaftlicher Planungen genutzt. Eine Arbeitsgruppe erarbeitet und überwacht die Maßnahmen. Die letzte Mitarbeiterbefragung fand im September 2017 statt.

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

Zur kontinuierlichen und zielgerichteten Verbesserung der Arbeit werden Rückmeldungen verschiedener Zielgruppen eingeholt, die namentlich oder anonym übermittelt werden können. Das Rückmelde- und Beschwerdesystem ist im QM Konzept integriert und in einer Betriebsanweisung festgeschrieben. Die Bearbeitungsfristen sind geregelt. Es liegen Auswertungstabellen sowie gesonderte Formulare zur Erfassung mündlicher Beschwerden vor. Ergebnisse der Auswertung werden im Intranet und in der Mitarbeiterzeitung publiziert. Ein betriebliches Vorschlagswesen ist implementiert, eingereichte Vorschläge werden im Intranet veröffentlicht.

6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren

Das Berichtswesen umfasst Indikatoren aus Routinedaten und weitere Kennzahlen. Daten zu Hygiene, Transfusionswesen, Pflege, Wartezeiten, Vorkommnissen, Personalentwicklung und Ressourceneinsatz werden statistisch aufbereitet und genutzt. Jährlich wird ein medizinischer Qualitätsbericht herausgegeben. Teilnahmen an verschiedenen Registern (z.B. Herzinfarktregister), und daraus resultierende Datenerfassungen sind etabliert. Für alle Abteilungen werden Kennziffern auf Basis von Indikatoren erhoben. Es erfolgt eine jährliche Auswertung der Pflegekomplikationen Sturz und Dekubitus. Die auf Routinedaten basierende Auswertung der Ergebnisse nach den Kriterien der Initiative Qualitätsmedizin erfolgt 2x jährlich. Peer Review Verfahren werden an den Klinikstandorten durchgeführt. Die Daten der externen Qualitätssicherung werden fortlaufend erhoben und ausgewertet.