



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen



proCum Cert-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 6.0_2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Waldkrankenhaus St. Marien gGmbH
Institutionskennzeichen:	260950066
Anschrift:	Rathsberger Str. 57 91054 Erlangen
Ist zertifiziert nach proCum Cert inklusive KTQ[®] mit der Zertifikatnummer:	2016-0005-ERLA-11-K-002166
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft, Frankfurt am Main
Gültig vom:	28.06.2016
 bis:	27.06.2019
Zertifiziert seit:	28.06.2004

Inhaltsverzeichnis

<i>Vorwort der proCum Cert</i>	3
Vorwort der KTQ®	4
Vorwort der Einrichtung.....	6
Die Kategorien	7
1 Patientenorientierung	8
2 Mitarbeiterorientierung	12
3 Sicherheit	14
4 Informations- und Kommunikationswesen	16
5 Führung.....	17
6 Qualitätsmanagement	19
7 Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus	21
8 Verantwortung gegenüber der Gesellschaft.....	22
9 Trägerverantwortung.....	23

Vorwort der proCum Cert

Die proCum Cert GmbH ist eine eigenständige konfessionelle Zertifizierungsgesellschaft, die von der katholischen und der evangelischen Kirche, namentlich durch den Katholischen Krankenhausverband Deutschlands (KKVD) und den Deutschen Evangelischen Krankenhausverband (DEKV) ins Leben gerufen wurde.

Gesellschafter der proCum Cert sind neben den genannten Krankenhausverbänden die beiden christlichen Wohlfahrtsverbände Caritas (DCV) und Diakonie (DWdEKD) sowie deren Versicherungsdienst Ecclesia.

Als Kooperationspartner der KTQ® war die proCum Cert an der Entwicklung des KTQ-Manuals beteiligt. Als zugelassene Zertifizierungsstelle der KTQ® ist sie berechtigt, Krankenhäuser in dem vorgesehenen Verfahren mit dem KTQ-Zertifikat auszuzeichnen.

Das kombinierte pCC-KTQ-Zertifikat geht in seinen Anforderungen über die hinaus, die im KTQ-Manual beschrieben sind. Ziel der proCum Cert ist, christliche Werte in das Qualitätsmanagement einzubeziehen und in der Organisation zu verankern. Hierfür wurden 24 weitere Qualitätskriterien formuliert, die es in dem KTQ-Manual mit seinen derzeit 63 Kriterien nicht gibt.

Das KTQ-Manual ist vollumfänglicher Bestandteil des proCum Cert-Anforderungskataloges. Um das pCC-KTQ-Zertifikat zu erhalten, muss das Krankenhaus sowohl die Erfüllung aller Voraussetzungen für das KTQ-Zertifikat, als auch die Erfüllung der zusätzlichen proCum Cert-Anforderungen nachweisen.

Dieser Nachweis ist dem Krankenhaus gelungen, daher wurde es von der proCum Cert mit dem kombinierten pCC-KTQ-Zertifikat ausgezeichnet.

Der vorliegende Qualitätsbericht ist während der dreijährigen Gültigkeitsdauer des Zertifikates über die Internetseite www.proCum-Cert.de allgemein zugänglich.

Hedwig Semmusch

Geschäftsführung
proCum Cert GmbH

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, alternative Wohnformen und Rettungsdienstleistungen.

Gesellschafter der KTQ® sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹, 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,
- die Sicherheit
- das Informations- und Kommunikationswesen,
- die Führung 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.

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

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren® gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Krankenhausbereiche überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Mit dem KTQ-Qualitätsbericht werden umfangreiche, durch die Fremdbewertung validierte, Informationen über das betreffende Krankenhaus in standardisierter Form veröffentlicht.

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009.2. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet 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 das **Waldkrankenhaus St. Marien in Erlangen** 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. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und
Pflegkassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

wir danken Ihnen für Ihr Interesse an unserem KTQ-/pCC-Qualitätsbericht.

Im Zeitalter stetig wachsenden Kostendrucks auf die Teilnehmer des Gesundheitssystems ist es immer wichtiger, ein besonderes Augenmerk auf die medizinische Qualität zu richten. Insbesondere für die Patienten ist es wichtig, die qualitative Komponente der Leistungserbringung transparent zu gestalten. Aber auch den Leistungserbringern selbst bietet sich hierdurch die Möglichkeit, sich im Feld der Mitbewerber zu positionieren und den Qualitätsvorsprung herauszustellen.

Mit unserem Qualitätsbericht möchten wir Ihnen unser Haus, unseren Dienstleistungscharakter und auch unser Qualitätsmanagement näher bringen. Qualitätsmanagement wird im Waldkrankenhaus St. Marien groß geschrieben. So haben wir uns bereits im Jahr 2004 als erstes freigemeinnütziges Krankenhaus in Bayern nach KTQ und proCum Cert (pCC) zertifizieren lassen. Seitdem entwickeln wir unser Qualitätsmanagement kontinuierlich weiter.

Wir danken allen Patientinnen und Patienten für das entgegengebrachte Vertrauen und unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, weil sie stets das Wohl und die Genesung unserer Patienten im Auge haben.

Ziel unserer Arbeit ist es, im Interesse der Patienten eine kontinuierliche Verbesserung der Behandlungsergebnisse zu erreichen. Dazu gehört eine ständige Qualitätsverbesserung im personellen und medizinisch-technischen Bereich.

Gleichzeitig möchten wir unseren Patienten den Klinikaufenthalt durch ein freundliches Klima und ein ansprechendes Ambiente so angenehm wie möglich gestalten, um auch auf diesem Wege den Genesungsprozess zu fördern.

Wir wünschen Ihnen beim Lesen unseres Qualitätsberichts viel Freude und freuen uns, wenn wir Sie davon überzeugen können, dass Sie bei uns im Waldkrankenhaus St. Marien in den besten Händen sind.

Auf den folgenden Seiten möchten wir Ihnen unsere Leistungen und Angebote näher vorstellen. Sollten Sie zusätzliche Informationen benötigen, stehen Ihnen die Mitarbeiter des Waldkrankenhaus St. Marien gerne zur Verfügung.

Sollten Sie vertiefende Fragen haben, können Sie uns unter unserer Adresse **www.waldkrankenhaus.de** im Internet besuchen. Hier finden Sie neben zusätzlichen Informationen über unser Haus auch den Kontakt zu Ihrem jeweiligen Ansprechpartner.

Udo Kunzmann
Geschäftsführer

Die Kategorien

1 Patientenorientierung

KTQ:

Die **Aufnahmeplanung** und entsprechende Einbestellung unserer Patienten erfolgt über die Sekretariate der jeweiligen Fachabteilung, wobei die Belegung der Stationen größtenteils zentral koordiniert wird. Durch die enge Zusammenarbeit mit den einweisenden Ärzten fließen mitgebrachte Untersuchungsbefunde in die Behandlung ein. Viele der Untersuchungen können wir bereits vor dem eigentlichen Aufenthalt durchführen, so dass wir direkt nach der stationären Aufnahme mit der Behandlung beginnen können. Im Vorfeld des Krankenhausaufenthaltes können sich unsere Patienten auf unserer Homepage (www.waldkrankenhaus.de) informieren. Die **Erreichbarkeit** mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist gut und die Anfahrt ist gut ausgeschildert. Ein großes Parkhaus steht zur Verfügung. Im Eingangsbereich unseres Hauses befinden sich zwei Informationsstellen, wobei eine rund um die Uhr besetzt ist, um Patienten und Besuchern jederzeit Auskunft zu geben. Ein Weegeleitsystem weist unseren Patienten und Besuchern den Weg.

Die Chefärzte koordinieren, steuern und sichern im Auftrag der Krankenhausleitung die Behandlung der Patienten, um bestmögliche Behandlungsergebnisse zu erzielen. Die medizinische und pflegerische Versorgung orientiert sich dabei an den aktuellen, wissenschaftlich bestätigten **Leitlinien** des jeweiligen Berufsstandes und der jeweiligen Fachrichtung. Zudem unterstützen abteilungsspezifisch konkretisierte Behandlungsprozeduren ein qualitätsgesichertes Vorgehen. Insbesondere im Zuge des Aufbaus weiterer Zentren entstehen berufsgruppenübergreifende Leitlinien. Eine fachübergreifende Pflegestandardgruppe trifft sich regelmäßig, um Standards zu er- bzw. die bestehenden ca. 90 Standards zu überarbeiten.

Die **Information und Beteiligung des Patienten** erfolgt in umfassenden Aufnahme- und Aufklärungsgesprächen. Patienten erhalten eine objektive, verständliche, angemessene und umfassende Information in einer ruhigen Atmosphäre. Bei fremdsprachigen Patienten sorgen wir für Übersetzungsmöglichkeiten und nehmen Rücksicht auf kulturelle Unterschiede. Zudem wollen wir so Wünsche, Ängste und Bedürfnisse der Patienten ermitteln, um sie entsprechend berücksichtigen zu können. Bei Aufnahme wird der Patient über seine zuständigen Ansprechpartner informiert. Untersuchungsergebnisse, Verlauf und Prognose werden durch den verantwortlichen Arzt während der Visiten oder im persönlichen Gespräch zeitnah erläutert. Auf Wunsch des Patienten werden dabei Angehörige oder weiterbehandelnde Ärzte einbezogen. In den Patientenzimmern und Wartebereichen liegt unsere Patienteninfomappe aus, die u.a. über Tagesabläufe und Ansprechpartner informiert. Räumlichkeiten, Ausstattung und **Service** sind patientenorientiert. Den Patienten stehen u.a. eine Cafeteria, die Kapelle, viele Aufenthaltsräume und der Patientengarten zur Verfügung. In den Wartebereichen werden Getränke und Zeitschriften vorgehalten. Die Patientenzimmer sind großzügig und hell gestaltet. Besuche sind innerhalb der großzügigen Besuchszeiten oder nach Absprache möglich. Unsere neue Premium-Station bietet Ausstattung und Service auf gehobenem Hotelniveau.

Eine den Bedürfnissen und dem Gesundheitszustand jedes Einzelnen entsprechende Ernährung (**Essen und Trinken**) wird gewährleistet. Bei Besonderheiten, z.B. Allergien, wird die Diät- und Ernährungsberatung hinzugezogen. Täglich werden mittags und abends 3 Menüs angeboten (Vollkost, leichte Vollkost, vegetarisch), Wahlleistungspatienten können zusätzlich aus einem Menüplan mit 6 Hauptgängen wählen. Die Bestellung erfolgt durch Stationsassistenten bzw. Pflegepersonal über ein modernes Menübestellsystem, wobei auf Wünsche des Patienten Rücksicht genommen wird. Religiöse und kulturelle Aspekte werden berücksichtigt.

Die berufsgruppen- und abteilungsübergreifende Zusammenarbeit ist zentraler Bestandteil unserer hohen Behandlungsqualität. Die Fachabteilungen arbeiten bei Bedarf bei der Diagnostik und Behandlung unserer Patienten zusammen. Bereits bei der stationären Aufnahme des Patienten wird ein Diagnostik- und Behandlungsplan erstellt und ggf. in fachrichtungsübergreifender bzw. konsiliarischer Zusammenarbeit konkretisiert. Besonders intensive **Kooperationen** verschiedener Fachdisziplinen und Berufsgruppen bestehen im Geriatrie-Zentrum sowie im Rahmen des zertifizierten, erweiterten Prostatakarzinomzentrums und des neuen Endoprothetik-Zentrums.

Seit Ende 2013 erfolgt die **Erstdiagnostik und Erstversorgung** von Notfallpatienten in unserer neu etablierten zentralen Notaufnahme. Dort steht ein eingespieltes und erfahrenes Behandlungsteam rund um die Uhr zur Verfügung. Für die Patienten wird sowohl von ärztlicher als auch von pflegerischer Seite ein ausführlicher körperlicher, seelischer und sozialer Status erhoben und in den standardisierten Anamnesebögen dokumentiert. Die Angaben dienen dazu, Diagnostik und Therapie patientenorientiert abzustimmen und weitere Maßnahmen zu veranlassen, z.B. die Verlegung auf eine interistische Normalstation oder eine andere Fachabteilung. Der Facharztstandard ist dabei gewährleistet.

Ambulante Diagnostik und Behandlung findet überwiegend in den Privatambulanzen der Kliniken bzw. in den Kliniken für Innere Medizin statt (z.B. Spiegelungen, Herzkatheteruntersuchungen). Die Orthopädische Universitätsklinik bietet zusätzlich zur Privatambulanz für die Patienten eine Reihe von Spezialsprechstunden (z.B. Muskel-, Skoliose-, Rheumasprechstunde) an. Chirurgische Krankheitsbilder werden auf Zuweisung niedergelassener Ärzte im Rahmen der chirurgischen Ambulanz abgeklärt. Neben der chirurgischen Privatsprechstunde gibt es eine Struma- und eine Hernien-Sprechstunde.

Externe Vorbefunde werden bereits bei der Einbestellung angefordert und von den Patienten zur Behandlung mitgebracht. Hausinterne Vorbefunde können von den behandelnden Ärzten rund um die Uhr über unser EDV-Klinikinformationssystem eingesehen bzw. im Zentralarchiv angefordert werden.

Ambulante Operationen werden nur von den Hauptabteilungen des Hauses durchgeführt. Die präoperative Vorbereitung (Indikationsstellung, Aufklärung, Befundsichtung) und die postoperative Nachsorge sind in die Ambulanzen des Hauses integriert. Ambulante Patienten werden am OP-Tag vorwiegend auf einer Kurzliegerstation versorgt. Die perioperativen Prozessabläufe entsprechen im Wesentlichen denen der stationären Patienten. Patientenorientierung und -sicherheit ist bei den Abläufen oberste Prämisse, so können z.B. der Patient und die Begleitperson bis zur OP-Schleuse und auch direkt anschließend im Aufwachraum zusammen sein.

Patienten, die zur stationären Aufnahme kommen, melden sich in unseren zentral gelegenen Aufnahmeräumen an. Dort erhalten sie mündliche und schriftliche Informationen zu ihrem Aufenthalt. Im EDV-Klinikinformationssystem werden die Patientendaten zentral erfasst und den an der Behandlung Beteiligten zugänglich gemacht. Die anschließende Aufnahme auf der Station erfolgt durch den zuständigen Arzt und die Pflegekraft nach einem klar strukturierten Aufnahmeprozess, wobei auf die Bedürfnisse des Patienten besondere Rücksicht genommen wird. Die **stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung** wird durch die Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Pflegepersonal, Therapeuten und den Funktionsabteilungen in Absprache mit dem Patienten koordiniert. Die Anforderung von diagnostischen Untersuchungen und Maßnahmen erfolgt grundsätzlich per EDV. Das EDV-System verkürzt dabei den Informationsfluss erheblich. Die Anpassung oder Änderung des Behandlungsprozesses erfolgt kontinuierlich durch die täglichen Visiten und durch die Koordination mit den beteiligten Berufsgruppen. Die Schritte des Behandlungsprozesses werden berufsgruppenübergreifend und zeitnah in der Patientenakte dokumentiert.

In unserem Haus wird eine hochwertige Behandlung durchgeführt, wobei viele Berufsgruppen am Erfolg der **therapeutischen Prozesse** mitwirken. So sind die Physiotherapeuten z.B. für die Mobilisation nach einer Operation zuständig. Sie arbeiten dabei nach mit den Ärzten der Fachabteilungen abgestimmten Standards. Das Geriatrie-Zentrum verfügt über ein eigenes Physiotherapie-Team, das konzeptionell in die Gesamttherapie eingebunden ist.

Die medikamentöse Therapie basiert unter Berücksichtigung der vorhandenen externen und eigenen Leitlinien auf der hausinternen Arzneimittelliste, die in Zusammenarbeit mit der Krankenhaus-Apotheke erstellt wird. Ein speziell qualifizierter schmerztherapeutischer Dienst unterstützt die Ärzte der Fachabteilungen bei Bedarf bei einer speziellen Schmerztherapie, so dass unsere Patienten nach einem schweren Eingriff oder bei chronischen Schmerzen schnell weitestgehend schmerzfrei sind.

Operative Verfahren/Eingriffe werden durch den OP-Manager gemäß OP-Statut mithilfe eines EDV-Tools geplant. Der Facharztstandard und die OP-Bereitschaft sind rund um die Uhr gewährleistet. Die Patientenvorbereitung auf Station erfolgt anhand von Standards. Für die meisten Eingriffe gibt es standardisierte und abgestimmte Konzepte aller beteiligten Berufsgruppen (Anästhesie, OP-Pflege, Operateure). Die Lagerung erfolgt i.d.R. durch die OP-Pflege gemäß abgestimmten Lagerungsstandards, bei schwierigen Lagerungen gemeinsam mit dem Operateur. Die Nachbetreuung in den Aufwachräumen bzw. auf Intensivstation liegt im Verantwortungsbereich der Anästhesie. Eine enge Kooperation der Berufsgruppen bei der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Eingriffe ist Alltag und erhöht die Patientensicherheit.

Die tägliche **Visite** ist ein elementarer Bestandteil der Patientenbehandlung. Die Patienten kennen den Zeitrahmen für die Visite und können sich in ihrer Tagesplanung darauf einstellen. Visiten werden i.d.R. von Ärzten und Pflegekräften gemeinsam durchgeführt, teilweise sind weitere Berufsgruppen (z.B. Krankengymnastik, Sozialdienst) einbezogen. Zielsetzung ist ein gegenseitiger Informationsaustausch, u.a. zur Abstimmung der weiteren Behandlungsschritte. Der Patient soll sich dabei gut informiert und in die Planungen integriert fühlen. Störungen während der Visite werden weitestgehend vermieden.

Unser Konzept der ambulanten OP-Vorbereitung hat zum Ziel, dass ein wachsender Anteil an Patienten bereits am Aufnahmetag operiert werden kann und so nicht unnötig lange im Krankenhaus liegen muss. Hierzu gehört u.a. die **prästationäre** Abklärung der Operationsindikation, die Terminvergabe für die Operation, operative und anästhesiologische Aufklärung, präoperative Diagnostik sowie die Pflegeanamnese.

In der Chirurgie und Orthopädie erfolgt die **poststationäre** Wiedereinbestellung nach bestimmten

Operationen regulär. In der Urologie und den Inneren Abteilungen wird ein Nachsorgetermin einzel-fallbezogen vereinbart. Bei Patienten von Kooperationsärzten erfolgt die poststationäre Weiterbetreu-ung in der Praxis. Durch den gut etablierten Ärztering sind wir sehr gut mit den sich beteiligenden Arztpraxen vernetzt.

Teilstationäre Behandlungsangebote sind für uns nicht relevant.

Die **Entlassung** eines Patienten wird frühzeitig geplant, besprochen und in die Wege geleitet, damit eine adäquate soziale und medizinische Nachbetreuung des Patienten sichergestellt ist. Hierzu erforderliche Maßnahmen wie z.B. die Information weiterbetreuender Stellen, Anmeldung von Patienten-fahrten, Erstellung der Verlegungsberichte und Arztbriefe, Sicherstellung der häuslichen Versorgung, werden entsprechend frühzeitig durchgeführt. Ein Entlassungsgespräch wird geführt, Angehörige wer-den bei Bedarf und auf Wunsch mit einbezogen. Bei der Entlassung werden die für die weitere Be-treuung des Patienten notwendigen Unterlagen bereitgestellt (u.a. Arztbrief bzw. Verlegungsbrief, Pflegebericht) und dem Patienten mitgegeben. Zusätzlich wird dem weiterbehandelnden Arzt ein Arzt-brief zugesendet.

Bereits bei der Aufnahme eines Patienten sowie fortlaufend während der Behandlung klären wir ab, ob ein Patient nach dem Klinikaufenthalt von einer anderen Einrichtung weiterbetreut werden sollte bzw. muss (z.B. Unterbringung in einem Pflegeheim oder ambulante Krankenversorgung). Ist dies der Fall, stellen wir eine **kontinuierliche Weiterbetreuung** sicher, indem wir frühzeitig Kontakt mit dem Weiterbehandler aufnehmen und den Entlassungszeitpunkt abstimmen. Der Sozialdienst unterstützt dabei die verlegenden Stationen, berät die Patienten bzw. Angehörigen, vermittelt die weitere Versor-gung des Patienten und nutzt die teilweise intensiven persönlichen Kontakte mit weiterbetreuenden Einrichtungen für die weitere Planung der Versorgung.

Wir legen großen Wert auf einen angemessenen **Umgang mit sterbenden Patienten**. Ärztliche und pflegerische Mitarbeiter begleiten die Sterbenden und beziehen die Angehörigen mit ein. Die Bedürf-nisse der Patienten stehen dabei an erster Stelle. Wir sorgen für eine ruhige Atmosphäre, damit das Abschiednehmen der Angehörigen in Ruhe möglich ist. Seelsorger sind ständig erreichbar und wer-den auf Wunsch zu den Sterbenden gerufen. Sie begleiten den Sterbenden und dessen Angehörigen bei seinem Abschied. Das Sakrament der Krankensalbung wird auf Wunsch jederzeit gespendet. Ökumenische Krankensalbungsgottesdienste finden einmal im Monat statt. Auch unsere Ordens-schwestern leisten gerne eine zeitlich flexible Sterbebegleitung.

Der angemessene und respektvolle **Umgang mit Verstorbenen** und deren Angehörigen hat einen hohen Stellenwert in unserem Haus. Der Pflegestandard "Versorgung von Verstorbenen und der Um-gang mit den Angehörigen" unterstützt die Pflegenden bei allen relevanten Themen. Wunschgemäß können sich Angehörige entweder auf der Station oder später im Abschiedsraum in Ruhe vom Verstorbenen verabschieden. Hier können auch Aussegnungen vorgenommen werden. Die Mitarbeiter der Patientenaufnahme unterstützen die Angehörigen bei Fragen rund um die Beerdigung. I.d.R. fin-det jährlich eine Mitarbeiterschulung zum Thema "Sterbe- und Trauerbegleitung" statt.

proCum Cert:

Unsere Patienten können sich jederzeit sicher und geborgen fühlen. Abhängig von den individuellen Bedürfnissen erfolgt die Betreuung und Begleitung im Haus durch unsere qualifizierten Mitarbeiter der Stationen und des zentralen Patientenfahrdienstes. Darüber hinaus gewährleisten die Klinikseelsorge und die Ordensschwwestern auf Wunsch besondere Zuwendung und Präsenz für Patienten.

Unser Ziel ist es, Patienten und Angehörige verständlich und ausführlich über Erkrankung, Diagnostik, Therapie und Pflege zu informieren und immer ein offenes Ohr für sie zu haben. Die verschiedenen Visiten dienen in allen Fachabteilungen der Information über den Patienten, aber auch der Kommuni-kation mit dem Patienten, dem Abbau von Ängsten, der Ermunterung und der Vermittlung von Zuver-sicht. Bei Bedarf steht immer ein kompetenter Ansprechpartner zur Verfügung.

Um den Aufenthalt so angenehm und kurzweilig wie möglich zu gestalten, bieten wir unseren Patien-ten ein vielfältiges Angebot. Die Cafeteria lädt zum Verweilen ein, überall gibt es schöne Aufenthalts-räume. Die Krankenhauskapelle als Ort der Stille, Ruhe und Besinnung ist durchgängig geöffnet. Der Patientengarten wird insbesondere in der warmen Jahreszeit von Patienten und Besuchern viel und gerne genutzt. In den Patientenzimmern stehen moderne Unterhaltungs- und Kommunikationsmedien zur Verfügung.

Die Berücksichtigung der spirituellen bzw. religiösen Dimension der Krankheitsbewältigung hat in un-serem Haus einen hohen Stellenwert. Die Mitarbeiter haben Verständnis für die Sorgen und Ängste der Patienten und deren Angehörigen. Auch unsere Klinikseelsorger und Ordensschwwestern begleiten

auf Wunsch unsere Patienten während ihres Krankenhausaufenthaltes. Bereits bei der Aufnahme werden die Patienten über die Angebote der Seelsorge informiert. Die Seelsorger sind täglich im Haus und besuchen die Patienten auf Station und bieten Hilfe bzw. Gespräche an. Das Gottesdienstangebot und das Angebot der Krankenkommunion / Krankensalbung stehen Allen offen. Die Gottesdienste können auch im Patientenzimmer über den Fernseher empfangen werden.

Patienten mit nicht christlichem kulturellem und religiösem Hintergrund begegnen wir mit viel Sensibilität und Respekt. Durch regelmäßige entsprechende Schulungen erweitern wir unser Wissen und bauen eventuelle Unsicherheiten ab. Zudem liegt ein Handbuch Religionen vor, das als Leitfaden für Mitarbeiter speziell in Krankenhäusern dient und die wichtigsten Religionen und Weltanschauungen vorstellt. Für die gelingende Kommunikation mit fremdsprachigen Patienten stehen uns Kommunikationsmaterialien in diversen Sprachen und Dolmetscher zur Verfügung. Auf Wunsch vermitteln wir auch gerne den Besuch von Geistlichen anderer Religionen.

Aufgrund entsprechender Behandlungskonzepte und qualifizierter Mitarbeiter sind wir auch auf die Behandlung und Betreuung von besonderen Personengruppen eingerichtet. Hierzu gehören Patienten mit einem erhöhten Betreuungs- und Zuwendungsbedarf wie Demente, Patienten mit schwerer Behinderung, Patienten auf den Intensivstationen, Tumorpatienten und Sterbende. Berufsgruppenübergreifende Therapiekonzepte, z.B. im Geriatrie-Zentrum und auf der Intensivstation, gewährleisten eine optimale Versorgung. Zudem behandeln wir ausdrücklich auch Patienten mit besonderem sozialem Betreuungsbedarf wie z.B. Obdachlose, mittellose ausländische Patienten und Flüchtlinge.

Unsere Mitarbeiter der entsprechenden Stationen sind für die Berücksichtigung der besonderen Erfordernisse bei der Behandlung von Kindern gut qualifiziert und geschult. Sie gehen in besonderer Weise auf unsere kleinen Patienten ein, versuchen Ängste abzubauen und ermöglichen eine sehr enge Einbeziehung der Eltern. So kann z.B. ein Elternteil mit aufgenommen werden und so ständig bei seinem Kind sein. Spielsachen sind in vielen Wartebereichen, in der Cafeteria und auf der Station 1 vorhanden. Die Cafeteria hat Comics und Kinderlektüre im Angebot. Für Kinder gibt es spezielle Menüs und einen eigenen Speiseplan. Durch die Kooperation mit der Kinderklinik der Uniklinik steht bei Bedarf rund um die Uhr eine Versorgung auf Uniklinik-Niveau zur Verfügung.

Die Behandlung unheilbar Kranker erfolgt dezentral vornehmlich auf den Stationen mit onkologischem Schwerpunkt. Dort sind in Palliativmedizin ausgebildete Ärzte und Pflegekräfte sowie Psychologen, die Physiotherapie, der Sozialdienst, die Seelsorge und Ernährungsberatung für die Sicherstellung einer Weiterbetreuung von Palliativpatienten zuständig. Insbesondere der Sozialdienst hat engen Kontakt zu ambulanten (Hausarzt, ambulante Pflegedienste, ambulanter Hospizdienst, Ernährungsteam, ambulanter Schmerzdienst, Pfarrgemeinde) und stationären (Hospiz, Pflegeheime, Palliativstation der Uniklinik) Weiterbetreuern. Ein hauseigenes Ethikkomitee steht kurzfristig zur Beratung zur Verfügung.

2 Mitarbeiterorientierung

KTQ:

In allen Bereichen des Hauses sind ausreichend und gut qualifizierte Mitarbeiter beschäftigt, um eine hochwertige Patientenversorgung bei angemessenen Arbeitsbedingungen leisten zu können. Bei der **Planung des Personalbedarfs** werden diverse Kennzahlen und Erfahrungswerte der Deutschen bzw. Bayerischen Krankenhausgesellschaft sowie des Bayerischen Kommunalen Prüfungsverbandes berücksichtigt. Mit einer Facharztquote über 50 % und einem Anteil examinierter Pflegekräfte von konstant rund 98 % erfüllen wir unsere eigenen, hohen Qualitätsansprüche.

Wichtige Aufgabe der Führungskräfte des Hauses ist die **Personalentwicklung**, d.h. die gezielte Förderung der Mitarbeiter. Mitarbeitergespräche dienen dazu, Geleistetes gemeinsam zu reflektieren und berufliche Perspektiven abzustimmen. Bestandteil dieser Gespräche ist die Planung der weiteren **Qualifizierung** des Mitarbeiters z.B. mithilfe von Fort- und Weiterbildungen. Die Analyse der Arbeitsaufgaben und die Erarbeitung von Stellenbeschreibungen dienen der Sicherstellung, dass die Mitarbeiter für ihren Aufgabenbereich entsprechend qualifiziert und am richtigen Platz innerhalb der Klinik eingesetzt sind. Stellenbeschreibungen zeigen die erforderlichen Qualifikationen, die Aufgabenbeschreibungen und die Kompetenzen auf. Die für die zertifizierten Zentren geltenden Sollvorgaben bzgl. der Qualifikation / Fachweiterbildung werden erfüllt.

Die Einarbeitung von Mitarbeitern erfolgt in allen Berufsgruppen durch Zuordnung des neuen Mitarbeiters zu erfahrenen Teammitgliedern. Neue Mitarbeiter erhalten bei Dienstantritt eine Einführungsmappe mit wesentlichen Informationen über das Haus (einschließlich Leitbild). Grundlage für die Einarbeitung sind schriftliche Abteilungskonzeptionen, Einarbeitungschecklisten sowie Verfahrensanweisungen. Hinzu kommt ein abteilungeigenes Weiterbildungscurriculum für Ärzte mit Einführung in Diagnostik und Behandlungsmethoden der Abteilung. Zweimal im Jahr findet zudem ein zentraler Einführungstag für neue Mitarbeiter statt.

Die angegliederte Berufsfachschule für Krankenpflege erstellt für jedes **Ausbildungsjahr** einen Lernzielkatalog in Zusammenarbeit mit den Praxisanleitern/Mentoren. Die Leitung der Berufsfachschule ist für den theoretischen Teil und die Einteilung in der Praxis verantwortlich. Die Pflegedienstleitung ist für die Qualifikation der Praxisanleiter/Mentoren sowie deren Freistellung verantwortlich. Ausbildungsziele werden bei einem gemeinsamen Mentoren- und Praxisanleitertreffen besprochen. Die Schüler können ihre Ausbildung auf mehreren Ebenen bewerten.

Um eine hochwertige Patientenversorgung nach aktuellen Erkenntnissen zu ermöglichen, nehmen die Mitarbeiter regelmäßig die Angebote der **Fort- und Weiterbildung** wahr. Die Angebote orientieren sich an den erforderlichen Qualifikationen der Mitarbeiter, Anforderungen des Hauses, gesetzlichen Vorgaben und nach Möglichkeit den Wünschen der Mitarbeiter.

Zur Finanzierung der Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen stellt das Haus ausreichend Mittel zur Verfügung.

Je nach Anforderung stehen drei modern ausgestattete Schulungsräume zur Verfügung. Fachzeitschriften für die Bereiche werden zentral über einen Fachverlag koordiniert und geliefert. Zusätzliche abteilungsspezifische Literatur wird über den jeweiligen Chefarzt zur Verfügung gestellt. Den Mitarbeitern ist jederzeit der Zugang zum Intranet und Internet möglich.

Orientierung im täglichen Umgang miteinander geben uns die Aussagen des Leitbildes sowie die trägerweit erarbeiteten Führungsleitlinien. Neben einem **mitarbeiterorientierten Führungsstil** erwarten wir insbesondere von unseren Führungskräften Teamorientierung, Transparenz, Verlässlichkeit und Nachhaltigkeit. Um die bestmöglichen Entscheidungen zum Nutzen des Hauses treffen zu können, beteiligen wir qualifizierte Mitarbeiter aktiv an unseren Planungen z.B. durch die Einbindung in Projekt- und Arbeitsgruppen.

Bei der **Planung der Arbeitszeiten** werden die Arbeitsvertragsrichtlinien der Caritas sowie die **gesetzlichen Regelungen zur Arbeitszeit** berücksichtigt und eingehalten. Die Arbeitszeiten in der Pflege basieren auf einem 3-Schichtsystem. In den weiteren Bereichen gibt es Kernarbeitszeiten und ggf. Bereitschafts- oder Rufdienst. Der jeweilige Rahmendienstplan gibt die Arbeits- und Ruhezeiten vor. Dienstpläne werden hausweit per EDV erstellt; Arbeitszeiten elektronisch erfasst.

Die **Mitarbeiter** sind aufgefordert, durch **Ideen und Vorschläge** ihren Arbeitsplatz positiv mit zu gestalten. **Wünsche**, Kritik und Anregungen von Mitarbeitern werden ebenfalls ernst genommen. So werden **Mitarbeiterbeschwerden** durch den Vorgesetzten, die Mitarbeitervertretung oder direkt die Krankenhausleitung entgegen genommen und bearbeitet. Eine Möglichkeit der anonymen Rückmeldung bietet die extern unterstützte Mitarbeiterbefragung. Neu sind ein hausweites Vorschlagswesen inkl. Prämierung sowie ein EDV-Tool zur strukturierten Bearbeitung und Auswertung von Vorschlägen und Mitarbeiterbeschwerden.

proCum Cert

Flexible Arbeitszeiten und Schichtmodelle sowie die Möglichkeit der Teilzeitbeschäftigung werden angeboten, um einerseits Arbeitsüberlastung zu verhindern und andererseits Familie und Beruf besser miteinander zu vereinbaren. Unsere Fürsorgepflicht für die Mitarbeiter nehmen wir auch dadurch wahr, dass die Arbeitsplätze der Mitarbeiter gesundheitsfördernd geplant und ausgestattet sind. Im Auftrag der Krankenhausleitung koordinieren und überwachen die Betriebsärztin sowie die Fachkraft für Arbeitssicherheit sämtliche Maßnahmen der Gesundheitsprävention und beraten die Mitarbeiter. Ein betriebliches Gesundheitsmanagement ist mit vielen Angeboten etabliert.

Durch Lob und Anerkennung im Arbeitsalltag motivieren wir einander, uns entsprechend unseren Fähigkeiten zu engagieren. Mitarbeitergespräche geben dem Mitarbeiter und dem Vorgesetzten Raum für anlassfreie Rückmeldungen.

Jubiläen oder Verabschiedungen von langjährigen Mitarbeitern werden angemessenen gefeiert, um den Mitarbeitern unsere Wertschätzung zu vermitteln. Mitarbeiter, die in den Ruhestand treten, werden am letzten Tag mit einem Präsent bzw. in feierlichem Rahmen verabschiedet.

Die Verbundenheit unserer ehemaligen Mitarbeiter mit dem Haus fördern wir, indem wir sie z.B. zu Feiern und Jubiläen einladen. Zudem gibt es eine Feier speziell für unsere Ehemaligen. Auf Wunsch erhalten viele unserer Pensionäre die Mitarbeiterzeitung weiter.

In persönlichen Krisen stehen wir den Mitarbeitern fürsorglich zur Seite. Das Gesprächsangebot der Seelsorger, der Krankenhausleitung, der Mitarbeitervertretung und insbesondere auch der Ordensschwester gilt jederzeit ("Politik der offenen Tür") für die Mitarbeiter. Darüber hinaus bieten wir fachliche und organisatorische Hilfe zur Krisenbewältigung an (z.B. zinsloser Gehaltsvorschuss, vorübergehende Unterkunft im Personalwohnhaus, Sonderurlaub) oder vermitteln auf Wunsch entsprechende Kontakte z.B. zur Schuldnerberatung oder zu Selbsthilfegruppen.

Als kirchliches Krankenhaus sehen wir unseren Auftrag darin, die Mitarbeiter nicht nur fachlich zu schulen, sondern auch soziale sowie christlich-ethische Kompetenzen zu vermitteln und zu fördern. Fort- und Weiterbildung schließt daher auch das Angebot und die Nutzung von Besinnungstagen, Seminaren und Gesprächsrunden zur Klärung und Vertiefung des christlichen Glaubens und christlicher Tradition mit ein. Darüber hinaus erfolgt eine stete Sensibilisierung bzgl. Empathie- und Kommunikationsfähigkeit im Austausch mit Führungskräften, dem Ethikkomitee und den Seelsorgern. Durch die Mitgliedschaft im Klinikverbund "Klinik-Kompetenz-Bayern" stehen uns zudem hausübergreifende Fortbildungsmöglichkeiten zur Verfügung.

3 Sicherheit

KTQ:

Die Bereiche "Arbeitsmedizin" und "Arbeitssicherheit" werden durch externe Fachleute koordiniert. Die Verfahren zum **Arbeitsschutz** sowie die Versorgungs- und Meldewege bei Arbeitsunfällen sind geregelt. Neben der Fachkraft für Arbeitssicherheit und der Betriebsärztin sind die hauseigene Apotheke, das Hygieneteam, die Beauftragten für Strahlenschutz, Transfusionswesen und für Abfall für die Umsetzung der Bestimmungen zum Arbeitsschutz verantwortlich. Schulungen und betriebsärztliche Untersuchungen werden im erforderlichen Umfang regelmäßig durchgeführt. Die Unfallquote ist deutlich geringer als in anderen deutschen Krankenhäusern.

Die Regelungen zum **Brandschutz** sind Bestandteil des internen Katastrophen-Einsatzplanes. Die Vorgaben werden mit der Fachkraft für Arbeitssicherheit, der Feuerwehr und den zuständigen Behörden abgesprochen. Durch stete Aufklärung, Schulungen und praktische Übungen sollen in erster Linie Brände verhindert, aber auch das richtige Verhalten in einem Brandfall trainiert werden. In den Gebäuden der Klinik gibt es deutlich gekennzeichnete Feuerlöscher, Aushänge zum Verhalten im Brandfall sowie aktuelle Flucht- und Rettungswegepläne.

Umweltschutz ist bereits im Leitbild verankert. Ein qualifizierter Betriebsbeauftragter für Abfall und Umweltschutz unterstützt, dass mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen sorgsam umgegangen wird. Im Rahmen der Beschaffung von Gütern werden neben wirtschaftlichen Gesichtspunkten auch ökologische Anforderungen (z.B. geringer Schadstoffgehalt, Abfallvermeidung, Recyclingfähigkeit) berücksichtigt, wobei Abfallvermeidung und sachgerechte Entsorgung im Mittelpunkt stehen. Im Rahmen von Baumaßnahmen werden energiesparende Maßnahmen realisiert, z.B. Photovoltaik-Anlage, Blockheizkraftwerk mit Kraftwärmekopplung.

Das Haus ist in den **Katastrophenschutz** gemäß Bayerischem Katastrophenschutz-Gesetz eingebunden und verfügt daher über einen Katastrophen-Einsatzplan, der die Aufgaben und Hilfestellungen des Hauses bei z.B. Massenverletzungen oder dem Ausbruch gefährlicher Infektionskrankheiten festlegt. Es ist eine Krankenhauseinsatzleitung benannt, die im Katastrophenfall in Zusammenarbeit mit externen Krisenstäben die Hilfsmaßnahmen von einer Einsatzleitstelle aus koordiniert. 2014 hat das Haus erfolgreich an einer großen Katastrophenschutzübung des Landkreises teilgenommen.

Der Katastrophen-Einsatzplan enthält auch Regelungen für hausinterne, **nichtmedizinische Notfallsituationen** wie z.B. Brand, Explosion, Gasaustritt, Bombendrohung. Entsprechende personelle Verantwortlichkeiten sowie Handlungsanweisungen für den Telefondienst sind geregelt. Aktualisierungen erfolgen in Zusammenarbeit mit der Fachkraft für Arbeitssicherheit. Viermal im Jahr werden Schulungen für die Mitarbeiter angeboten. Für eventuelle Stromausfälle haben wir ein neues, noch leistungsstärkeres Notstromaggregat, das einmal monatlich getestet wird.

Der Sicherheit und dem **Schutz unserer Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung** fühlen wir uns in besonderem Maße verpflichtet. Entsprechende Regelungen und Konzepte (z.B. Konzeption des Geriatrie-Zentrums, Expertenstandard Sturzprophylaxe), Ausstattungen (z.B. kind- oder altengerecht), Vorgehensweisen (z.B. strukturierte Risiko- und Ressourcenerfassung und -bewertung, Patientenidentifikationsarmbänder) sowie Personalschlüssel und -qualifikationen gewährleisten die Umsetzung entsprechender Sicherheitsbedürfnisse und Aufsichtspflichten. So werden die Patienten z.B. von einer zuständigen Pflegekraft betreut (Bereichspflege), wodurch infolge des engen Patientenkontakts eine bessere Einschätzung der Patienten gegeben ist.

Wir haben ein klar geregeltes, professionelles **medizinisches Notfallmanagement**. Ein Notfallteam steht rund um die Uhr zur Verfügung und ist schnell am Einsatzort. Einheitliche Notfallausrüstung ist auf den Stationen vorhanden, so dass Soforthilfemaßnahmen unmittelbar eingeleitet werden können. Die in regelmäßigen Zyklen stattfindenden Reanimationsfortbildungen umfassen sowohl die Wiederholung der theoretischen Grundlagen als auch ein ausführliches Praxistraining. Die rund 20 Termine pro Jahr werden über die innerbetriebliche Fortbildung organisiert und in Verantwortung der Klinik für Narkosemedizin durchgeführt.

Für das **Hygienemanagement** in unserem Haus gibt es klare Verantwortungsbereiche. Die Zuständigen arbeiten u.a. in der Hygienekommission zusammen und haben Hygienepläne erarbeitet. Diese enthalten neben Aussagen zur Organisation des Hygienemanagements u.a. auch Vorgaben für Informationswege, über die mögliche hygienische Mängel bzw. Fehlverhalten gemeldet werden sollen. Wichtige Ansprechpartner in Sachen Hygiene sind zwei Hygienefachkräfte und der Stellvertreter der hygienebeauftragten Ärzte, aber auch der Ärztliche Direktor, die Pflegedienstleitung und z.B. die Leitung der Hauswirtschaft. In allen Fachabteilungen sind zudem Hygienebeauftragte Ärzte und Hygienebeauftragte Pflegekräfte benannt und entsprechend qualifiziert. Wir verfügen über eine zentrale Sterilgutversorgungsabteilung. Hier werden die medizinischen Instrumente nach den neuesten Richtli-

nien hygienisch aufbereitet.

Wir sammeln mithilfe des eigenen und der externen Labore ständig **hygienerelevante Daten**, die uns Aufschluss über den Hygienestatus im Haus geben. Oberstes Ziel dabei ist es, durch die fortlaufende Überprüfung dieser Informationen eine Gefährdung für Patienten und Mitarbeiter möglichst auszuschließen. Aus diesem Grund werden EDV-gestützt diverse Statistiken erstellt, von den Experten der Hygienekommission ausgewertet und den verantwortlichen Mitarbeitern vorgestellt.

Um Infektionen zu vermeiden, frühzeitig zu erkennen und umgehend zu bekämpfen, ergreifen wir hygiesichernde Maßnahmen und haben ein sogenanntes **Infektionsmanagement** aufgebaut. Wichtig ist dabei die Einhaltung der Vorgaben für die Desinfektion, Isolierung, Entsorgung und das Melden von Infektionen an die Hygieneexperten des Hauses. Entsprechende Arbeitsanweisungen/Hygienepläne liegen in den Bereichen vor. Bei eigenen und externen Begehungen, u.a. zusammen mit dem Gesundheitsamt, wird die Einhaltung der Vorschriften überprüft und die Mitarbeiter vor Ort bezüglich des hygienischen einwandfreien Verhaltens geschult.

Die Bereitstellung von **Arzneimitteln** ist durch die Arzneimittelkommission, bestehend aus Apothekenleitung, Vertretern der hygienebeauftragten Ärzte und leitenden Ärzten der Fachabteilungen, geregelt. Die Beschaffung der Arzneimittel erfolgt über die hauseigene Apotheke, die eine Versorgung mit Arzneimitteln sicherstellt.

Die Arzneimittelkommission erstellt eine verbindliche Arzneimittelliste, die auch Anforderungs- und Lagerungsmodalitäten regelt. Die Lagerhaltung auf Station wird im Rahmen von Begehungen durch die Apotheke geprüft. Die richtige Anwendung und der Umgang mit Arzneimitteln sind in Leitfäden und Pflegestandards geregelt.

Zum Umgang mit **Blut, Blutkomponenten und Plasmaderivaten** gibt es ein "Qualitätsmanagementhandbuch Transfusionswesen", das vom Transfusionsverantwortlichen des Hauses erstellt wurde und regelmäßig aktualisiert wird. Es ist für die Mitarbeiter im Intranet verfügbar. Ein umfassendes Qualitätssicherungssystem ist etabliert. In den transfundierenden Abteilungen sind entsprechend qualifizierte Transfusionsbeauftragte benannt. Die Dokumentation erfolgt nach den Bestimmungen des Transfusionsgesetzes und der Richtlinien sowohl in der Patientenakte als auch EDV-gestützt im Blutdepot. Rückverfolgungen vom Hersteller zum Empfänger und umgekehrt sind somit jederzeit möglich.

Die Anwender von **Medizinprodukten** erhalten für die relevanten Geräte eine Einweisung, die im Medizinproduktebuch und im Gerätepass des Mitarbeiters dokumentiert wird. Die Erfassung sowie die Überprüfung, Wartung und ggf. Reparatur der Medizingeräte wird durch die hauseigene Medizintechnik durchgeführt bzw. koordiniert. Vorkommnisse mit Medizingeräten werden an die beauftragten Personen gemeldet. Die Anwendung von aktiven und nichtaktiven Medizinprodukten erfolgt stets entsprechend der Zweckbestimmung und den Vorgaben des Herstellers.

4 Informations- und Kommunikationswesen

KTQ:

Durch die Vernetzung der aktuell ca. 450 EDV-Arbeitsplätze ist gewährleistet, dass die Mitarbeiter jederzeit auf die für sie wichtigen Daten zugreifen können. Erfasste Daten bleiben hausintern gespeichert und können zu Auswertungszwecken herangezogen werden. Die Daten sind durch ein mehrstufiges Sicherungssystem vor Verlust geschützt. Eine Dienstvereinbarung sowie Richtlinien geben die Rahmenbedingungen für **Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie** vor.

Für eine optimale Patientenversorgung ist es wichtig, dass entscheidende Informationen den Behandlern schnell und bei Bedarf auch bereichsübergreifend zur Verfügung stehen. Daher haben wir die **Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten** klar **geregelt**. Der Behandlungsverlauf, Anordnungen und ihre Durchführung sowie Ergebnisse von Untersuchungen liegen zunehmend in EDV-Form vor. Aktuell bereiten wir die komplette Umstellung auf eine elektronische Patientenakte vor. Auf den Stationen gibt es speziell geschulte Mitarbeiter, die die Dokumentationsqualität stichprobenartig überprüfen.

Derzeit integrieren wir auch die Patientenkurve in das EDV-Informationssystem. So können berechnete Mitarbeiter ab 2016 von jedem Computer-Arbeitsplatz aus auf alle erforderlichen Patientendaten zugreifen. Seit 2007 wird die Patientenakte digital archiviert. Die vorher in Papierform archivierten Patientenakten können per EDV-Anforderung vom zentralen Archiv direkt bestellt werden. Die **Verfügbarkeit von Patientendaten** ist somit rund um die Uhr für berechnete Mitarbeiter gewährleistet. Eine umfassende und zeitnahe **Information der Krankenhausleitung** ist gewährleistet. Wichtige Instrumente dabei sind das strukturierte Controlling und Reporting sowie das umfassende Besprechungswesen, wobei jeweils festgelegt ist, wer welche Informationen in welchem Turnus bzw. wann in welcher Form der Krankenhausleitung bzw. einzelnen Mitgliedern vorlegen soll. Mitarbeiter haben z.B. in Mitarbeitergesprächen oder mithilfe der Mitarbeiterbefragung die Möglichkeit, ihre Meinung gegenüber der Krankenhausleitung zu äußern.

Die regelmäßige und umfassende **Informationsweitergabe (intern/extern)** innerhalb sowie zwischen den Abteilungen und Berufsgruppen ist eine Grundlage für eine gute Patientenversorgung und erfolgreiche Zusammenarbeit. Die Vielzahl der seit langem etablierten Besprechungen haben wir deshalb in einer Übersicht zusammengefasst, die für jede Besprechung u.a. Teilnehmer, Inhalt und Dauer darstellt. Außerdem haben wir festgelegt, dass die Ergebnisse der meisten Besprechungen schriftlich in einem Protokoll festgehalten werden. Zum schnellen, direkten Informationsaustausch nutzen wir zunehmend auch die Vorzüge der EDV: Krankenhausinformationssystem, WLAN-vernetzte Pflege- und Visitenwagen, E-Mail, Intranet und Internet.

Den erfahrenen und geschulten Mitarbeitern der rund um die Uhr besetzten Pforte/Information stehen die notwendigen Informationen (z.B. EDV-Telefonverzeichnis, Organigramm, interne Termine/Veranstaltungen) im Intranet zur Verfügung, so dass sie fundiert Auskunft erteilen und Orientierungshilfe sowie weitere **Serviceleistungen** anbieten bzw. **organisieren** können. Über das vernetzte EDV-System sind aktuelle Patientendaten (Name, Station, Zimmer) abrufbar. Weitere Informationen (z.B. Bereitschaftsdienstpläne der Ärzte, Bereitschaftsdienste für EDV, Technik, Seelsorge) liegen in Papierform vor. Die Rufdienstpläne der OP-Mitarbeiter werden täglich aktualisiert.

Neue Mitarbeiter müssen eine Erklärung zur Schweigepflicht und zum Umgang mit Patientendaten unterschreiben. Sie werden persönlich oder in Gruppen durch den entsprechend qualifizierten Datenschutzbeauftragten unterwiesen und erkennen die gesetzlichen bzw. kirchlichen sowie hauseigenen **Regelungen zum Datenschutz** mit ihrer Unterschrift an. Die Rechtevergabe auf Datenbanken erfolgt durch den Systemadministrator. Ein externer Zugriff auf das Datennetzwerk ist nur mit entsprechender Software und Berechtigung möglich.

5 Führung

KTQ:

Bereits 2004 haben wir in einer berufsgruppen-, hierarchie- und abteilungsübergreifenden Arbeitsgruppe ein **Leitbild** erarbeitet und eingeführt, das seitdem die Grundsätze für "Unser Miteinander in der Dienstgemeinschaft" verbindlich definiert. Zu den Grundsätzen gehören gegenseitige Achtung, rücksichtsvoller Umgang miteinander, Transparenz bei Entscheidungen, Motivation durch Lob und Anerkennung, sachlicher Umgang mit Fehlern und Kompromissbereitschaft bei Konflikten. Bestandteil des Leitbildes ist ferner der Abschnitt "Unser Weg in die Zukunft", der die Basis unserer Vision darstellt, die 2009 verabschiedet wurde. Die Umsetzung des Leitbildes wird durch fortwährende Aktivitäten der Leitbildgruppe unterstützt. Ausdruck unserer **Unternehmensphilosophie** sind zudem die trägerweit geltenden Führungsleitlinien.

Die Krankenhausleitung sieht die unternehmensinterne Kommunikation mit und zwischen den Mitarbeitern als wesentliche **vertrauensbildende und -fördernde Maßnahme** an. Die Mitarbeiter werden daher umfassend und zeitnah über das Geschehen im Haus informiert: Besprechungen, Rundschreiben, monatliche "Geschäftsführer-Information", Intranet, Aushänge, Mitarbeiterversammlungen, halbjährliche Mitarbeiterzeitung usw. Die Zusammenarbeit mit der Mitarbeitervertretung basiert auf gegenseitiger, regelmäßiger und anlassbezogener Information sowie **vertrauensvoller Zusammenarbeit**. Mitarbeiter werden in Projekt- und Arbeitsgruppen an der Weiterentwicklung des Hauses beteiligt. Die Dienstgemeinschaft wird durch zahlreiche Feiern und Betriebsausflüge gefördert.

Zur professionellen Berücksichtigung **ethischer Fragestellungen** wurde 2001 ein hauseigenes Ethikkomitee gegründet. Es ist berufsgruppenübergreifend besetzt und tagt mindestens alle zwei Monate. Eine Satzung regelt Aufgaben und Arbeitsweise. Das Ethikkomitee steht Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern in schwierigen Fragen und Problemen bzw. ethischen Konfliktsituationen beratend zur Seite - in dringenden Angelegenheiten auch kurzfristig.

Unser Ethikverständnis ist untrennbar mit der christlichen Grundüberzeugung des Ordens und mit den Grundsätzen der katholischen Kirche verbunden. **Weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse** der Patienten, Angehörigen und Mitarbeiter werden daher in vielfältiger Weise insbesondere durch die katholische und evangelische Krankenhauseelsorge sowie unsere Ordensschwestern berücksichtigt. Die Seelsorger sind in die Klinikorganisation eingebunden. **Kulturelle Angebote** und damit verbundene **Aufgaben** werden durch die Stabstelle für Öffentlichkeitsarbeit sowie die Konventleiterin koordiniert.

Der Orden als Träger des Hauses hat die Sicherstellung unseres Versorgungsauftrages als freige-meinnütziges, katholisches Krankenhaus als übergeordnetes Ziel definiert. Sowohl im Leitbild des Trägers als auch im Leitbild des Hauses sind entsprechende Zielvorgaben verbindlich festgelegt. Der Geschäftsführer und die Krankenhausleitung sind für die **Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung** verantwortlich. Dies geschieht u.a. in Klausurtagungen mithilfe externer Moderation.

Ein Finanz- und Wirtschaftsplan wird jährlich erstellt und durch den Aufsichtsrat genehmigt. Im Finanzplan werden die kurzfristigen und die einzelnen mittel- bzw. langfristigen Investitionen dargestellt. Eine Kostenstellenrechnung ist etabliert.

Die **gesellschaftliche Verantwortung** des Hauses ist bereits in unserem Leitbild verankert. Gesellschaftliches Engagement der Klinik und unserer Mitarbeiter zeigt sich u.a. in Form des Freundeskreises der Ordensschwestern, durch vielfältige ehrenamtliche Tätigkeiten sowie regelmäßige Spenden- und Sponsoringaktivitäten.

Unser Haus ist seit Jahren in zahlreiche **Partnerschaften und Kooperationen** sowie medizinische Zentren und Versorgungsnetzwerke integriert. Zusammen mit Arztpraxen und Gesundheitsdienstleistern der Region haben wir den gut etablierten Ärzterring Waldkrankenhaus St. Marien gegründet. Zudem sind wir Mitglied in einem Verbund bayerischer Krankenhäuser (Klinik-Kompetenz-Bayern, kurz KKB). Wir arbeiten ferner u.a. mit ambulanten und stationären Diensten sowie mit Selbsthilfegruppen zusammen.

Die **Organisationsstruktur** des Hauses ist in einem Organigramm übersichtlich abgebildet und somit nachvollziehbar **festgelegt**. Die Kombination aus Linien- und Stabdiagramm zeigt die Zuständigkeiten im Haus, benennt die aktuellen Funktionsträger und ist über das Intranet für die Mitarbeiter ersichtlich. Zusätzlich gibt es eine Geschäftsordnung für den Geschäftsführer. Dessen Vertretung wurde über die Erteilung von Prokura geregelt. Betriebsbeauftragte sind in einer Übersicht benannt. Bestellungsurkunden und Stellenbeschreibungen ergänzen die Festlegungen.

Für die **Führungsgremien** gibt es jeweils Geschäftsordnungen, in denen u.a. Zielsetzung und Arbeitsweise festgelegt sind, um eine **effektive und effiziente Arbeitsweise** zu gewährleisten. Damit

Beschlüsse und Aufträge an die weiteren Mitarbeiter gegeben werden können, wird über jedes Treffen ein übersichtliches Protokoll erstellt. Bei der nächsten Sitzung wird die Umsetzung der Beschlüsse und Arbeitsaufträge überprüft. Für die Treffen stehen mehrere mit moderner Tagungstechnik ausgestattete Schulungs- und Besprechungsräume zur Verfügung.

Das Expertenwissen und kreative Potenzial unserer Mitarbeiter nutzen wir u.a. in Projekten, die durch ein geregeltes Projektmanagement koordiniert werden. Das heißt, es gibt Vorgaben für die Projektplanung, -durchführung und -kontrolle. Projektergebnisse werden durch die Krankenhausleitung geprüft und freigegeben. Soll eine Thematik nach Projektende kontinuierlich weiterbetreut werden, wird aus der Projekt- eine unbefristete Arbeitsgruppe.

Innovationsmanagement zeigt sich bei uns in dem Spannungsbogen aus der gezielten und geprüften Nutzung moderner Ideen und Methoden, ohne dabei auf bewährte Vorgehensweisen zu verzichten. Nachhaltigkeit und unsere christliche Tradition sind für uns ein hohes Gut. Dies bedingt, Wissen der Klinik zu bewahren und stetig auszubauen, um unseren hohen im Leitbild verankerten Leistungs- und Qualitätsanspruch realisieren zu können. Das **Wissensmanagement** in der Klinik geht daher über die Planung und Umsetzung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen der einzelnen Berufsgruppen weit hinaus: z.B. gezielte Vernetzung, Einbindung externer Expertise.

Seit 2004 gibt es eine Stabstelle "Koordination Öffentlichkeitsarbeit", die direkt dem Geschäftsführer untersteht und für die **externe Kommunikation**, d.h. Information der Öffentlichkeit zuständig ist. Unter anderem über die Website des Hauses, Abteilungsfaltblätter, Veröffentlichungen in der lokalen Presse und im Bistumsblatt, diverse Veranstaltungen ("Tag der offenen Tür", Arzt-Patienten-Seminare etc.) sowie durch den Klinik-Informationen-Kanal (Patienten-TV) werden die interessierte Öffentlichkeit und (potenzielle) Patienten ausführlich informiert. Zudem ist die Klinik bei Wikipedia und Facebook präsent.

Unser **Risikomanagementsystem** ist berufsgruppenübergreifend (z.B. Fallbesprechungen, Standard Patientensicherheit im OP, Patientenidentifikationsarmbänder) und -spezifisch (z.B. Prophylaxepflegestandards) **aufgebaut**. Seit 2009 nutzen wir ein strukturiertes Erfassungs- und Auswertungsverfahren für kritische Ereignisse (insbesondere Beinahe-Vorkommnisse) im Sinne eines CIRIS (Critical Incident Reporting System), bei dem freiwillige und ggf. anonyme Meldungen der Mitarbeiter durch eine Arbeitsgruppe im Hinblick auf mögliche Fehlerursachen analysiert werden. Ziel ist es dabei, diese Ursachen zu identifizieren, nach Möglichkeit abzustellen und so das System **weiterzuentwickeln**, d.h. noch sicherer zu machen.

Ein strukturiertes Berichtswesen und Controlling ist die Basis unseres finanziellen Risikomanagements.

proCum Cert:

Die Grundsätze unserer christlichen Unternehmenskultur sind im Leitbild formuliert, das bereits 2003 entwickelt wurde. Unsere Mitarbeiter wissen um die Zielsetzung und drücken dies in ihrer täglichen Arbeit aus. Unterstützt werden sie vor allem durch die beiden Klinikseelsorger, unsere Ordensschwester und Ehrenamtliche, welche Patienten und Angehörigen beratend zur Seite stehen. Zur Pflege der christlichen Unternehmenskultur werden gemeinschaftsfördernde Veranstaltungen sowie Fortbildungen zu Themen mit christlich-spirituellen Bezug angeboten. Die Mitarbeitervertretung, eine Leitbildgruppe und ein Ethikkomitee sind gut im Haus etabliert.

Unsere Werteorientierung wird auch im Rahmen der Suche und Einstellung von Mitarbeitern berücksichtigt. Es wird Wert darauf gelegt, dass neue Mitarbeiter das christliche Profil des Hauses mittragen und stärken. Stellenanzeigen enthalten daher regulär einen Verweis auf unsere christliche Trägerschaft und die Anforderung, dass die Bewerber diese Werte mittragen müssen. Die Vorauswahl und das Vorstellungsgespräch orientieren sich an den Stellenprofilen, die sich wiederum an den Werten und Anforderungen des Betriebes orientieren.

Als Arbeitgeber in christlicher Trägerschaft haben wir eine besondere soziale Verantwortung in der Personalführung. Die Beschäftigung Behinderter, Älterer und die Weiterbeschäftigung von Mitarbeitern, die die bisher an sie gestellten Anforderungen nicht mehr voll erfüllen können, ist Teil unseres Auftrages und Alltags. Ein betriebliches Eingliederungsmanagement ist etabliert. Notwendige Kündigungen führen wir rücksichtsvoll und ethisch sensibel in Zusammenarbeit mit der Mitarbeitervertretung durch. Betriebsbedingter Personalabbau wurde bisher erfolgreich vermieden.

Ein besonderer Aspekt unseres umfassenden Risikomanagements ist die interne und externe Kommunikation nach Zwischenfällen und Behandlungsfehlern sowie die damit verbundene Weiterentwicklung unserer Fehlerkultur. Bei der Kommunikation mit betroffenen Patienten und Angehörigen orientieren wir uns an den Empfehlungen unseres Versicherers sowie des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit. Unsere Ärzte sind diesbezüglich geschult. Eine interne, konstruktive Auseinandersetzung mit Fehlern und Konflikten ist bereits im Leitbild gefordert. Ein Konzept zur Krisenkommunikation, d.h. der gezielten, professionellen Information der Öffentlichkeit, ist vorhanden.

6 Qualitätsmanagement

KTQ:

Bereits 1999 haben wir uns entschieden, ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem aufzubauen. 2004, 2007, 2010 und 2013 wurde dieses System erfolgreich überprüft und wir erhalten nun zum 5. Mal für weitere 3 Jahre die Qualitätszertifikate der KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) und der proCum Cert.

Die **Organisation** unseres Qualitätsmanagements (QM) ist in einem Organigramm festgelegt. Zwei hauptamtliche QM-Beauftragte planen in Abstimmung mit der QM-Steuerungsgruppe und der Krankenhausleitung QM-Aktivitäten und koordinieren deren Umsetzung. In den Abteilungen und Bereichen unseres Hauses sind jeweils interne Qualitätsberater benannt und ausgebildet, die die Durchdringung und Akzeptanz in ihrem Arbeitsbereich unterstützen sollen.

Zur Darstellung wesentlicher Prozesse, Abläufe und Verfahren nutzen wir Prozess-/ Ablaufbeschreibungen und Verfahrensanweisungen. Im Geriatrie-Zentrum gibt es eine sog. Prozesslandkarte. Bisherige Zielsetzung ist es, insbesondere wesentliche oder fehleranfällige Prozesse zu regeln. **Prozessgestaltung und -optimierung** findet im Wesentlichen im Rahmen der Projektarbeit statt. Ein Krankenhausinformationssystem und ein sogenanntes Datawarehouse sind etabliert, wodurch eine **Vernetzung** digital vorliegender Daten möglich ist.

Besonders wichtig ist uns die Zufriedenheit unserer Patienten. Die bis 2013 durchgeführte zweijährliche Stichprobenbefragung wurde daher Ende 2015 durch eine kontinuierliche **Patientenbefragung** ersetzt. Ein hausübergreifender Vergleich der Ergebnisse im Rahmen des bereits erwähnten bayerischen Klinikverbundes (KKB) ist erstmals für 2016 vorgesehen. Neu ist zudem eine stichprobenartige Befragung von Angehörigen Verstorbener durch die Seelsorge.

Zusätzlich gibt es bereichsspezifische Patientenbefragungen in den zertifizierten, medizinischen Zentren. Diese sollen sukzessive in der hausweiten Befragung aufgehen.

Bei der **Befragung externer Einrichtungen** fokussieren wir uns auf unsere Einweiser. Alle 3 Jahre führen wir daher eine Einweiserbefragung für alle Fachabteilungen durch. Bei der letzten Befragung 2013 wurden 178 Vieleinweiser mit der Bitte angeschrieben, einen differenzierten, mehrseitigen Fragebogen auszufüllen. Die Ergebnispräsentation erfolgte durch den externen Anbieter. Detaillierte fachabteilungsbezogene Auswertungen sind über ein Online-Portal generierbar. Die nächste Befragung ist für 2016 ebenfalls im Rahmen des bayerischen Klinikverbundes KKB vorgesehen.

Ebenfalls alle 3 Jahre führen wir eine schriftliche **Mitarbeiterbefragung** durch, bei der alle durch die Mitarbeitervertretung vertretenen Mitarbeiter aufgefordert sind, einen 5-seitigen Fragebogen mit 17 Themenbereichen und ca. 100 Einzelfragen auszufüllen. Damit Datenschutz und Anonymität der Mitarbeiter gewährleistet sind, lassen wir auch diese Befragungen von einem spezialisierten Dienstleister auswerten und die Ergebnisse von diesem im Haus präsentieren. Bei der letzten Befragung 2014 war der externe Anbieter zudem in die bereichsbezogene Analyse und Maßnahmenableitung eingebunden.

Alle Mitarbeiter sind für Fragen und Anliegen der Patienten und Angehörigen offen. Zusätzlich stehen unsere beiden Beschwerdemanager für **Patientenwünsche, -anregungen und -beschwerden** zur Verfügung. Persönlich, telefonisch, über die Meinungskarten oder über die Website nehmen sie Rückmeldungen von Patienten, Angehörigen und Externen entgegen und sorgen für eine schnelle Bearbeitung. Namentlich bekannte Beschwerdeführer bekommen eine Rückmeldung. Einmal jährlich werten die Beschwerdemanager alle Rückmeldungen getrennt nach Lob, Anregung und Beschwerde statistisch aus.

Darüber hinaus setzt sich ein ehrenamtlicher Patientenführsprecher, der regulär einmal wöchentlich im Haus ist, für die Belange unserer Patienten ein.

Wir **erheben und nutzen qualitätsrelevante Daten** mithilfe unseres EDV-Informationssystems, da diese wichtige Informationen für die weitere Verbesserung der Behandlungsqualität enthalten. Hausinterne Auswertungen erfolgen durch das Qualitätsmanagement und das Medizincontrolling, welche direkt dem Geschäftsführer unterstehen. Zudem sind wir seit 2015 Mitglied bei der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und verpflichten uns demzufolge u.a. zur Veröffentlichung definierter Kennzahlen zwecks Benchmark.

Neben kennzahlengestützten statistischen Auswertungen (z.B. Sturzstatistik, Dekubitusraten) nutzen wir auch problemorientierte Projektgruppen / Qualitätszirkel zur Qualitätsverbesserung. Im Rahmen von internen Audits überprüfen und bewerten die beiden QM-Beauftragten zusammen mit geschulten Co-Auditoren Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Unser Haus beteiligt sich in vollem Umfang an den vorgeschriebenen **Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung**. Zur **Methodik**: Die Datenerfassung erfolgt im elektronischen

Krankenhausinformationssystem. Die geforderten Daten werden fristgerecht und anonymisiert an die Meldestelle überwiesen. Die Dokumentationsrate beträgt bei allen Modulen 100 Prozent. Die von der Landesstelle zurückgemeldeten Ergebnisse werden vom Medizincontrolling und von den Chefarzten analysiert und ausgewertet. Die Ergebnisse werden den Mitarbeitern im Intranet zugänglich gemacht. Am Haus sind ferner ein zertifiziertes, erweitertes Prostatakarzinomzentrum sowie ein ebenfalls zertifiziertes Endoprothetikzentrum eingebunden. Im Rahmen der Initiative Qualitätsmedizin erfolgen sog. Peer-Reviews.

7 Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus

proCum Cert:

Die Seelsorge an unserem Krankenhaus wird im Wesentlichen durch die beiden katholischen und evangelischen Klinikseelsorger wahrgenommen. Die Klinikseelsorge ist in unserem Haus fest integriert und hat einen hohen Stellenwert. Die Seelsorger sind direkt dem Geschäftsführer zugeordnet und durch aktive Mitarbeit in verschiedenen Gremien (u.a. Leitbildgruppe, Ethikkomitee), bei Veranstaltungen und im Qualitätsmanagement in die Betriebsorganisation eingebunden. Die Klinikseelsorger besuchen die Stationen regelmäßig und stehen in stetem Kontakt zu den Ärzten und Pflegekräften.

Unsere christliche Trägerschaft und Ausrichtung wird auch bei strukturellen Rahmenbedingungen wie der Ausgestaltung unseres Hauses spürbar. Mit unserer sehr schön gestalteten Krankenhauskapelle steht Mitgliedern aller Konfessionen ein Raum des Gebetes, der Ruhe und des gemeinsamen Gottesdienstes rund um die Uhr zur Verfügung. Für vertrauliche Einzelgespräche stehen die Büroräume unserer Klinikseelsorger bereit. Die Erreichbarkeit der Seelsorger ist rund um die Uhr organisiert. Beide Seelsorger haben eine Zusatzqualifikation für Klinikseelsorge und bilden sich kontinuierlich fort. In unserem Haus geben wir Raum und Möglichkeit zum (religiösen) Innehalten, zu Gebet, Besinnung und Gottesdienst. Zusätzlich ist es uns wichtig, die kirchlichen Feste und Zeiten in unserem Haus entsprechend zu gestalten. Über unsere täglichen Gottesdienstangebote werden die Patienten durch das Seelsorgefaltblatt, Durchsagen im Haus und Aushänge informiert. Patienten wird es aktiv ermöglicht, an den Gottesdiensten teilzunehmen; zusätzlich erfolgt die Übertragung in die Patientenzimmer. Unsere Angebote der Seelsorge richten sich auch an unsere Mitarbeiter. Besinnungstage und Seminare zur Vertiefung des christlichen Glaubens sowie Fortbildungsangebote mit spirituellem Inhalt werden den Mitarbeitern zusätzlich angeboten.

Die Verbindung und Zusammenarbeit mit Kirchengemeinden ist durch die besondere Stellung unserer Klinikseelsorger gegeben, die zwei Kirchengemeinden zugeordnet sind. Zusätzlich suchen und pflegen wir die Verbindung mit den ansässigen Kirchengemeinden mit gemeinsamen Aktionen und die Einladung zu Begegnungsmöglichkeiten. Die Klinikseelsorger stellen auf Wunsch des Patienten den Kontakt zur Heimatgemeinde her. Von den verschiedenen Kirchengemeinden kommen auf Wunsch Besuchsdienste im Auftrag der Pfarrgemeinde ins Haus und unterstützen die Patienten.

8 Verantwortung gegenüber der Gesellschaft

proCum Cert:

Als Ausbildungseinrichtung übernehmen wir Verantwortung für die Ausbildung junger Menschen, die wir durch gezielte Anleitung und Betreuung in fachlicher und persönlicher Hinsicht fördern. Unsere Berufsfachschulen für Krankenpflege bzw. Pflegehilfe legen besonderen Wert darauf, dass die christliche Grundeinstellung des Hauses im Rahmen der Ausbildung vermittelt, er- und gelebt wird. Die entsprechenden Inhalte werden den Schülern in vielfältiger Weise im und außerhalb des Unterrichts nahe gebracht, z.B. durch ein Seminar im Mutterhaus des Ordens.

Unser Haus arbeitet mit vielen regionalen und überregionalen Ausbildungseinrichtungen zusammen und bietet zudem eine Vielzahl von Praktikumsmöglichkeiten an. Die möglichen Ausbildungen und Praktika in unserem Haus werden auf unserer Website vorgestellt.

Wir fördern und ermöglichen ehrenamtliches bzw. bürgerschaftliches Engagement. Ein Freundeskreis der St. Franziskusschwestern ist etabliert. Das Haus unterstützt seit Jahren mindestens ein Patenkind in Peru, für das wir jährlich das Schulgeld bezahlen. Mitarbeiter spenden selbst und organisieren Aktionen, um weitere Spenden von Dritten zu ermöglichen, z.B. für die Erdbebenopfer in Nepal. Der Klinikbesuchsdienst ist seit Jahren in unserem Haus integriert. Ehemalige Mitarbeiter und Ordensschwestern übernehmen ebenfalls ehrenamtliche Aufgaben innerhalb des Hauses, z.B. Patientenführer, Besuchsdienste, Patiententransport zur Kapelle bis hin zur Sterbebegleitung. Ehrenamtliche haben feste Ansprechpartner im Haus und erhalten für ihre Tätigkeit die nötigen Ressourcen und Unterstützung.

9 Trägerverantwortung

proCum Cert:

Wir führen Klausurtagungen unter Mitwirkung des Trägers durch, in deren Rahmen wir Festlegungen für die zukünftige strategische Ausrichtung des Hauses treffen, z.B. die konsequente Bildung von bzw. Beteiligung an medizinischen Zentren. Im Rahmen der 1. Klausurtagung 2009 wurden unsere Vision und 14 daraus abgeleitete Ziele/Vorgaben erarbeitet. Die Vision lautet: "Wir wollen auch in Zukunft in der Trägerschaft der Franziskusschwestern von Vierzehnheiligen den Menschen, die sich uns als Patienten anvertrauen, medizinische und pflegerische Versorgung auf hohem technischen und menschlichen Niveau mit ausgezeichneter Qualität durch integrierte und leistungsbereite Mitarbeiter garantieren."

Unser Leitbild sowie das Leitbild des Trägers sind Selbstverpflichtung und Auftrag gleichermaßen: Getreu dem Grundgedanken des Ordens wird sich in seinen Einrichtungen besonders der Kranken und Hilfsbedürftigen gewidmet. Darüber hinaus gestaltet der Träger Vorgaben für die Unternehmensführung und das Wertemanagement im Haus mit. So wurden z.B. die Führungsleitlinien durch die Ordensleitung offiziell in Kraft gesetzt und in ihrem Auftrag in den Einrichtungen eingeführt. Es ist Entscheidung und ausdrückliche Erwartung des Trägers, eine Zertifizierung nach proCum Cert aufrecht zu erhalten. Dieser Anspruch ist im Leitbild des Trägers verankert.

Der Träger nimmt Personalverantwortung bei der Besetzung von Leitungspositionen wahr. Leitungspositionen werden durch ein abgestuftes Verfahren in Übereinstimmung mit den Zielen und Vorgaben des Trägers vergeben. Der Abschluss und die Auflösung von Verträgen mit Chefarzten, Verwaltungsleitern, Pflegedienstleitern und Schulleitern, die Ernennung des Ärztlichen Direktors, die Erteilung und der Widerruf von Prokuren gehören zu den zustimmungspflichtigen Geschäften der Geschäftsführung. Die vorherige Zustimmung des Aufsichtsrates ist einzuholen. Der Geschäftsführer selbst ist nach Vorschlag des Aufsichtsrates durch die Gesellschafterversammlung zu benennen bzw. abzurufen.

Im Gesellschaftsvertrag sind die Organe der Gesellschaft - Gesellschafterversammlung, Aufsichtsrat und Geschäftsführung - festgelegt. Die Gesellschafterversammlung betraut den Aufsichtsrat gemäß Gesellschaftsvertrag mit der Aufsicht über die Geschäftsführung. Daher hat der Aufsichtsrat mit Zustimmung der Gesellschafterversammlung eine Geschäftsordnung für den Geschäftsführer erlassen. Die Gesellschafterversammlung hat wiederum eine Geschäftsordnung für den Aufsichtsrat erlassen, die die Corporate-Governance-Prinzipien berücksichtigt. So ist der Aufsichtsrat aktuell mit 6 Mitgliedern besetzt, die u.a. die erforderliche Sachkunde mitbringen und für 4 Jahre ehrenamtlich und unabhängig die Aufsichtsverantwortung über die Geschäftsführung wahrnehmen. Die Gesellschafterversammlung erfolgt mindestens einmal jährlich. Fünfmal jährlich finden protokollierte Aufsichtsratssitzungen statt.