



waldkrankenhaus
ST. MARIEN

...für den Menschen!

proCum Cert-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 6.0_2009.2 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Waldkrankenhaus St. Marien gGmbH Erlangen
Institutionskennzeichen:	260950066
Anschrift:	Rathsberger Straße 57 91054 Erlangen
Ist zertifiziert nach proCum Cert inklusive KTQ[®] mit der Zertifikatnummer:	2013-0005-ERLA-11-K-002166
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft, Frankfurt am Main
Gültig vom:	28.06.2013
bis:	27.06.2016

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der proCum Cert	3
Vorwort der KTQ®	4
Vorwort der Einrichtung	6
Die Kategorien	7
1 Patientenorientierung	8
2 Mitarbeiterorientierung	14
3 Sicherheit	17
4 Informations- und Kommunikationswesen	20
5 Führung.....	22
6 Qualitätsmanagement	26
7 Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus	28
8 Verantwortung gegenüber der Gesellschaft.....	29
9 Trägerverantwortung.....	30

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 akkreditierte 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.

Mathias Bojahr

Geschäftsführer
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), der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) und der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e. V. (HB). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

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

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

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

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

Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

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

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet im zweijährigen Turnus den strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass das **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 <http://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 Pflegeerrat

Dr. med. M. Vogt

Für den Hartmannbund

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 Qualitätsmanagementberichts 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 teilweise zentral koordiniert wird. Durch die enge Zusammenarbeit mit den einweisenden Ärzten fließen die mitgebrachten Untersuchungsbefunde in die Behandlung ein. Viele der Untersuchungen können wir bereits vor dem Aufenthalt ambulant 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) ausgiebig informieren. Die **Erreichbarkeit** mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist sehr gut und die Anfahrt ist gut ausgeschildert. Ein großes, erweitertes 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 Wegeleitsystem weist unseren Patienten und Besuchern den Weg.

Die Chefarzte 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. Im Pflegebereich ist eine fachübergreifende Pflegestandardgruppe installiert, die sich regelmäßig trifft, um Standards zu er- bzw. 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 über Tagesabläufe und Wichtiges informiert.

Räumlichkeiten, Ausstattung und **Service** sind patientenorientiert. 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. 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 morgens und abends 3 Menüs angeboten (Vollkost, leichte Vollkost, vegetarisch), Wahl-

leistungspatienten 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 Rahmen des zertifizierten, erweiterten Prostatakarzinomzentrums, in der Klinik für Geriatrie sowie innerhalb des Palliativteams.

Unsere Notaufnahme ist auf der Intensivstation integriert, wodurch eine fachärztliche, fachrichtungsübergreifende Versorgung unterstützt wird. Für die **Erstdiagnostik und Erstversorgung** steht dort 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 internistische 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. Die Erwachsenenambulanz der Urologie befindet sich in den Räumen der Uniklinik.

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

Ambulante Operationen werden für alle Fachbereiche bis auf wenige technisch begründete Ausnahmen im Ambulanten Operationszentrum durchgeführt. Es ist strukturell und personell an die Haupt-Operationsfachabteilung angebunden, das heißt die Funktionsabläufe während der Operation unterscheiden sich nicht vom Ablauf stationärer Patienten. Ein OP-Statut regelt Details. Die präoperative Vorbereitung (Indikationsstellung, Aufklärung, Befundsichtung) und ggf. auch die Nachsorge sind in die Ambulanzen des Haupthauses integriert. Patientenorientierung und -sicherheit ist bei den Abläufen oberste Prämisse, so können z.B. der Patient und die Begleitperson bis zum OP-Vorbereitungsraum 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 Klinikinformationssystem werden die Patienten-

daten 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 primär per EDV. Das EDV-System verkürzt dabei den Informationsfluss erheblich. Die Anpassung oder Änderung des Behandlungsprozesses erfolgt kontinuierlich durch die täglichen Visiten, durch die Koordination mit den beteiligten Berufsgruppen und durch den Patienten selbst. Die Schritte des Behandlungsprozesses werden berufsgruppenübergreifend und zeitnah in der Krankenakte 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. Die Klinik für Geriatrie 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. In den operierenden Fachabteilungen ist jeweils ein Beauftragter für die Organisation verantwortlich und benannt. Die operative Intensivstation liegt im Verantwortungsbereich der Anästhesie, wodurch die Aufnahmekapazität bereits beim Erstellen der OP-Pläne berücksichtigt werden kann. 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 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 verstanden und akzeptiert fühlen. Störungen während der Visite werden weitestgehend vermieden.

Unser erweitertes und optimiertes 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 Operations-Indikation, 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 einzelfallbezogen vereinbart. Bei Patienten von Kooperationsärzten erfolgt die poststationäre Weiterbetreuung in der Praxis. Durch den neu gegründeten Ärztering sind wir noch besser mit umliegenden 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 Patientenfahrten, Erstellung der Verlegungsberichte und Arztbriefe, Sicherstellung der häuslichen Versorgung, werden entsprechend frühzeitig durchgeführt. Ein Entlassungsgespräch wird geführt, Angehörige werden bei Bedarf und auf Wunsch mit einbezogen. Bei der Entlassung werden die für die weitere Betreuung des Patienten notwendigen Unterlagen bereitgestellt (u.a. Arztbrief bzw. Verlegungsbrief, Pflegebericht) und dem Patienten mitgegeben. Zusätzlich wird dem weiterbehandelnden Arzt ein Arztbrief 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 Versorgung 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 Bedürfnisse 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 werden 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. Krankensalbungsgottesdienste finden einmal im Monat statt. Auch unsere Ordensschwester leisten gerne eine zeitlich unbegrenzte 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 Umgang mit den Angehörigen“ unterstützt die Pflegenden bei dem Umgang mit Verstorbenen. Wunschgemäß kann sich vom Verstorbenen entweder auf der Station oder später im Abschiedsraum verabschiedet werden. Hier können auch Aussegnungen vorgenommen werden. Die Mitarbeiter der Patientenaufnahme unterstützen die Angehörigen bei Fragen rund um die Beerdigung.

proCum Cert:

Unsere Patienten sollen sich jederzeit sicher und geborgen fühlen. Abhängig von den

individuellen Bedürfnissen erfolgt daher 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 Visiten dienen einerseits der Information über den Patienten, aber auch der Kommunikation mit dem Patienten, dem Abbau von Ängsten, der Ermunterung und der Vermittlung von Zuversicht. Bei Bedarf steht ein kompetenter Ansprechpartner zur Verfügung.

Um den Aufenthalt so angenehm und kurzweilig wie möglich zu gestalten, bieten wir unseren Patienten ein vielfältiges Angebot. Die Cafeteria lädt zum Verweilen ein, überall gibt es schöne Aufenthaltsräume. 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 unserem Haus einen hohen Stellenwert. Die Mitarbeiter haben Verständnis für die Sorgen und Ängste der Patienten und deren Angehörigen. Auch unsere Klinikseelsorger und Ordensschwwestern nehmen sich den Bedürfnissen der Patienten an. Gebete begleiten auf Wunsch unsere Patienten beim Krankenhausaufenthalt. 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 vielfältige 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 Seminare und Gesprächsrunden erweitern wir unseren Horizont und bauen Unsicherheiten und Berührungsängste 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 eine Reihe von Kommunikationsmaterialien und Dolmetschern zur Verfügung. Auf Wunsch vermitteln wir auch gerne den Besuch von Geistlichen anderer Religionen.

Aufgrund unserer räumlichen und personellen Gegebenheiten 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. Entsprechende Therapiekonzepte, z.B. in der Klinik für Geriatrie und auf den Intensivstationen, gewährleisten eine optimale Versorgung. Darüber hinaus behandeln wir ausdrücklich auch Patienten mit besonderem sozialem Betreuungsbedarf wie z.B. Obdachlose.

Unsere Mitarbeiter der Kinderstation sind für die **Berücksichtigung der besonderen Erfordernisse bei der Behandlung von Kindern** bestens 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. Die Räume der Kinderstation sind mit vielen farbenfrohen Bildern und Bastelarbeiten geschmückt, Spielsachen und Bücher sind reichlich vorhanden. Die räumlichen Gegebenheiten und die Ausstattung erfüllen dort besonders strenge Sicherheitsrichtlinien, die regelmäßig überprüft werden. Müssen Kinder länger bei uns bleiben, erhalten sie täglich Schulunterricht durch speziell ausgebildete Lehrer.

Die Behandlung unheilbar Kranker erfolgt dezentral vornehmlich auf 2 Stationen mit onkologischem Schwerpunkt. Für die **Sicherstellung einer Weiterbetreuung von Palliativpatienten** ist das gesamte multiprofessionelle Palliativteam (Ärzte, Pflegedienst, Psychologe, Musiktherapeut, Physiotherapie, Sozialdienst, Seelsorge, Ernährungsberatung) zuständig. Ein enger Kontakt seitens des Palliativteams zu ambulanten Weiterbetreuern (Hausarzt, ambulante Pflegedienste, ambulanter Hospizdienst, Ernährungsteam, ambulanter Schmerzdienst, Pfarrgemeinde) unterstützt die Verzahnung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Ein hauseigenes Ethikkomitee steht kurzfristig zur Beratung zur Verfügung.

2 Mitarbeiterorientierung

KTQ:

In den Bereichen des Hauses sind ausreichend, 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 mehr als 85 % erfüllen wir unsere eigenen Qualitätsanforderungen.

Wichtige Aufgabe der Führungskräfte des Hauses ist die **Personalentwicklung**, d.h. die gezielte Förderung der Mitarbeiter. Strukturierte Mitarbeiterjahresgespräche 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 **Einarbeitung von Mitarbeitern** erfolgt in den verschiedenen Berufsgruppen durch Zuordnung 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 abteilungseigenes Weiterbildungscurriculum für Ärzte mit Einführung in Diagnostik und Behandlungsmethoden der Abteilung. Neu ist ein zentraler Einführungstag für neue Mitarbeiter.

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 jeweili-

gen Chefarzt zur Verfügung gestellt. Den am EDV-Netz angemeldeten Benutzern ist 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. Die Möglichkeit der anonymen Rückmeldung bietet die Mitarbeiterbefragung.

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 befindet sich im Aufbau.

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

Jubiläen oder Verabschiedungen von langjährigen Mitarbeitern werden angemessen 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. 2010 haben wir erstmals eine Feier speziell für unsere Ehemaligen mit großem Erfolg veranstaltet. 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 Ordensschwestern gilt jederzeit ("Politik der offenen Tür") für die Mitarbeiter. Darüber hinaus bieten wir fachliche und organisatorische **Hilfe** 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 zusätzliche 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, die Hygieneabteilung, 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 Regelungen zum **Brandschutz** sind Bestandteil des internen Katastropheneinsatzplanes. 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 als ein für uns wichtiges Anliegen festgeschrieben. Ein Umweltschutzbeauftragter / ein Beauftragter für Abfall 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 Katastrophenschutzgesetz eingebunden und verfügt daher über einen Katastrophen-Einsatzplan, der die Aufgaben und Hilfestellungen des Hauses bei z.B. Massenverletzungen bzw. -vergiftungen 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.

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. Viermal pro Jahr werden die Mitarbeiter geschult und unterwiesen. Aktualisierungen erfolgen in Zusammenarbeit mit der Fachkraft für Arbeitssicherheit. Für eventuelle Stromausfälle haben wir ein leistungsstarkes 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 der Klinik für Geriatrie, Expertenstandard Sturzprophylaxe), Ausstattungen (z.B. kind- oder altengerecht), Vorgehensweisen (z.B. struk-

turierte Risiko- und Ressourcenerfassung und -bewertung) 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 Termine 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 unser hygieneverantwortlicher Arzt und zwei Hygienefachkräfte, aber auch der Ärztliche Direktor, die Pflegedienstleitung und z.B. die Leitung der Hauswirtschaft. In den einzelnen 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 Richtlinien hygienisch aufbereitet.

Wir sammeln mithilfe des eigenen und der externen Labore ständig **hygienerrelevante 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 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 hygienisch einwandfreien Verhaltens geschult.

Die Bereitstellung von **Arzneimitteln** ist durch die Arzneimittelkommission, bestehend aus Apothekenleitung, Hygienebeauftragtem Arzt 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 Lagerungs- und Anforderungsmodalitäten 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 beschrieben.

Zum Umgang mit **Blut, Blutkomponenten und Plasmaderivaten** gibt es ein "Qualitätsmanagementhandbuch Transfusionswesen", das vom Transfusionsverantwortlichen des Krankenhauses 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 patientenbezogen in der Krankenakte (Rückverfolgung zum Spender) als auch produktbezogen im Blutdepot (Rückverfolgung zum Empfänger).

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 entsprechend der Zweckbestimmung und den Vorgaben des Herstellers.

4 Informations- und Kommunikationswesen

KTQ:

Durch die Vernetzung der Arbeitsplätze ist gewährleistet, dass die Mitarbeiter rund um die Uhr auf die für sie wichtigen Daten zugreifen können. Die erfassten Daten bleiben in der Datenbank 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 zur Verfügung stehen. Nicht zuletzt deshalb haben wir die **Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten** klar geregelt. Der Behandlungsverlauf, Anordnungen und ihre Durchführung sowie Ergebnisse von Untersuchungen werden in den dafür vorgesehenen Formblättern niedergeschrieben bzw. liegen in EDV-Form vor. Durch den festgelegten Aufbau der Patientenakte und das übersichtliche EDV-Informationssystem findet der Mitarbeiter schnell die benötigten Informationen. Auf den Stationen gibt es speziell geschulte Mitarbeiter, die die Dokumentationsqualität stichprobenartig überprüfen.

Bis auf die Patientenkurve, mitgebrachte Befunde und einzelne Dokumentationsbögen sind die Patientendaten im EDV-Informationssystem hinterlegt und können so von jedem Computer-Arbeitsplatz aus von Mitarbeitern eingesehen werden. Die Patientenakte befindet sich während des Klinikaufenthalts des Patienten auf Station, danach wird sie digital archiviert. Die in der Vergangenheit 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 berechtigte Mitarbeiter gewährleistet.

Eine umfassende und zeitnahe **Information der Krankenhausleitung** ist gewährleistet. Wichtige Instrumente dabei sind das strukturierte Berichtswesen und Controlling sowie das umfassende Besprechungswesen, wobei jeweils festgelegt ist, wer welche Informationen in welchem Abstand 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 Pflegewagen, E-Mail, Intranet und Internet.

Den erfahrenen und geschulten Mitarbeitern der Pforte/Information stehen zeitnah

notwendige Informationen (z.B. Telefonnummern-Datenbank, Organigramm, interne Termine/Veranstaltungen) 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, Vorname, Station, Zimmer) abrufbar. Weitere Informationen (z.B. Dienstpläne des Hausdienstes / Bereitschaftsdienstes, Bereitschaftsdienste für EDV, Technik, Seelsorge) liegen in Papierform vor. Die Rufdienste beider OP-Bereiche werden täglich aktualisiert.

Neue Mitarbeiter müssen eine Erklärung zur Schweigepflicht und zum Umgang mit Patientendaten unterschreiben. Sie werden persönlich oder in Gruppen durch den 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, 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 monatlich. 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.

Das Ethikverständnis im Waldkrankenhaus St. Marien 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 in vielfältiger Weise insbesondere durch die katholische und evangelische Krankenhausseelsorge sowie unsere Ordensschwesterinnen 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 Gesellschafter des Krankenhauses hat als übergeordnetes Ziel die Sicherstellung unseres Versorgungsauftrages als freigemeinnütziges, katholisches Krankenhaus. 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 jährlichen Klausurtagungen mithilfe externer Moderation.

Im Rahmen des Wirtschaftsplanes, der jährlich zu erstellen und vom Aufsichtsrat zu

genehmigen ist, wird ein Finanz- und Wirtschaftsplan erstellt. Im Finanzplan werden die kurzfristigen und die einzelnen mittel- bzw. langfristigen Investitionen dargestellt. Eine Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung 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, Kooperationen**, medizinische Zentren und Versorgungsnetzwerke integriert. Zusammen mit Arztpraxen der Region haben wir den Ärzterring Waldkrankenhaus St. Marien gegründet. Zudem sind wir Mitglied in einem Verbund bayerischer Krankenhäuser (Klinik-Kompetenz-Bayern). Wir arbeiten ferner u.a. mit ambulanten und stationären Diensten zusammen sowie mit Selbsthilfegruppen.

Die **Organisationsstruktur** des Hauses ist in einem Organigramm übersichtlich und nachvollziehbar abgebildet bzw. **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 Empfehlungen 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 Projektgruppe 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 ist 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.

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) und -spezifisch (z.B. Prophylaxepflegestandards) **aufgebaut**. Seit 2009 nutzen wir zudem ein strukturiertes Erfassungs- und Auswertungsverfahren für kritische Ereignisse (Vorkommnisse und insbesondere Beinahe-Vorkommnisse) im Sinne eines CIRS (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**.

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 Ordensschwwestern und Ehrenamtliche, welche Patienten und Angehörigen beratend zur Seite stehen. Zur **Pflege der Unternehmenskultur** werden gemeinschaftsfördernde Veranstaltungen sowie innerbetriebliche Fortbildungen zu Themen mit christlich-spirituellem Bezug angeboten. Eine Leitbildgruppe und ein Ethikkomitee sind etabliert.

Unsere christliche Werteorientierung wird 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 freigemeinnütziger, christlicher Trägerschaft haben wir eine besondere **soziale Verantwortung** unseren Mitarbeitern gegenüber. Die Beschäftigung Behinderter, Älterer und die Weiterbeschäftigung von Mitarbeitern, die die bisher an sie gestellten Anforderungen nicht mehr erfüllen können, ist Teil unseres Auftrages und Alltags. Ein betriebliches Eingliederungsmanagement ist etabliert. Notwendige Kündigungen führen wir **rücksichtsvoll** und **sensibel** in Zusammenarbeit mit der Mitarbeitervertretung durch. Betriebsbedingter Personalabbau wird erfolgreich vermieden.

Ein **besonderer Umsetzungsaspekt unseres klinischen 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 der Schweizer Stiftung für Patientensicherheit sowie des deut-

schon Aktionsbündnisses. 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 und 2010 wurde dieses System erfolgreich überprüft und wir erhalten nun zum 4. 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. Ein hauptamtlicher QM-Koordinator plant in Abstimmung mit der QM-Steuerungsgruppe und Krankenhausleitung QM-Aktivitäten und koordiniert deren Umsetzung. In den Abteilungen und Bereichen unseres Hauses sind ca. 25 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. In der Klinik für Geriatrie 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. Wir führen daher alle 2 Jahre mit externer Unterstützung eine umfassende, hausweite **Patientenbefragung** durch. Die Auswertungen enthalten jeweils einen Zeitvergleich und externe Vergleichszahlen. So können wir Trends erkennen und uns mit anderen Krankenhäusern vergleichen. Zudem sind die Ergebnisse nach Bereichen / Stationen segmentiert. Bei der deutschlandweiten Befragung der Barmer und AOK 2012 waren wir das beste Haus der Region mit 91% Weiterempfehlung (Durchschnitt: 82%). Zusätzlich gibt es bereichsspezifische Patientenbefragungen in der Klinik für Geriatrie, im Ambulanten Operationszentrum und im Prostatakarzinomzentrum.

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 2010 wurden alle ca. 600 Einweiser mit mindestens 5 Einweisungen im Vorjahr mit der Bitte angeschrieben, einen klar strukturierten und bewusst überschaubar gehaltenen Fragebogen auszufüllen. Die aktuelle Einweiserbefragung führen wir im Rahmen des Klinikverbunds Klinik-Kompetenz-Bayern durch.

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 2010 betrug die Rücklaufquote 58%. Zudem fand eine einmalige themenspezifische Befragung im Vorfeld der Einführung des betrieblichen Gesundheitsmanagements

statt.

Die Mitarbeiter sind für die Fragen und Anliegen der Patienten und Angehörigen offen. Zusätzlich steht unser Beschwerdemanager für **Patientenwünsche, -anregungen und -beschwerden** zur Verfügung. Persönlich, telefonisch, über die Meinungskarten oder über die Website nimmt er Rückmeldungen von Patienten, Angehörigen und Externen entgegen und sorgt für eine schnelle Bearbeitung. Namentlich bekannte Beschwerdeführer bekommen eine Rückmeldung. Einmal jährlich wertet der Beschwerdemanager alle Rückmeldungen getrennt nach Lob, Anregung und Beschwerde statistisch aus. Außerdem setzt sich ein ehrenamtlicher Patientenführer, 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 aus unserer Sicht wichtige Informationen für die weitere Verbesserung der Behandlungs- und Versorgungsqualität enthalten. Die Verantwortung hierzu liegt bei den Chefarzten. Zusätzlich erfolgt eine abteilungsübergreifende Auswertung durch die Controllingabteilung, die dem Geschäftsführer untersteht. In unserem Haus werden vielfältige Methoden der internen Qualitätssicherung eingesetzt. Dazu gehören neben kennzahlengestützten statistischen Auswertungen (z.B. Befragungen, Sturzstatistik) auch problemorientierte Projektgruppen bzw. Qualitätszirkel. Besondere Bedeutung haben Interne Audits, bei denen hausweit und systematisch Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität durch die Qualitätsmanagementabteilung überprüft und bewertet werden, mit dem Ziel, das gesamte Qualitätsmanagement-System kontinuierlich zu verbessern.

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 über das Intranet zugänglich gemacht.

Am Haus ist ferner ein Onko-Zert-zertifiziertes, erweitertes Prostatakarzinomzentrum eingebunden.

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 wie Leitbildgruppe, Ethikkomitee und im Qualitätsmanagement in die Betriebsorganisation eingebunden. Die Klinikseelsorger besuchen die Stationen regelmäßig und stehen in ständigem Kontakt zu den ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern.

Wir sind eine Einrichtung in christlicher Trägerschaft und Ausrichtung. Dies 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**. Die Seelsorger haben eine Zusatzqualifikation für Klinikseelsorge bzw. für Beratungs- und Telefonseelsorge und bilden sich kontinuierlich fort.

In unserem Haus geben wir Raum und Möglichkeit zum religiösen Innehalten, zu Gebet, Besinnung und Gottesdienst. Zusätzlich achten wir darauf, 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. Die Patienten erhalten die Möglichkeit, an den Gottesdiensten teilzunehmen, zusätzlich erfolgt die Übertragung in die Patientenzimmer. Die **Angebote unserer 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. Die Berufsfachschule für Krankenpflege an unserem Haus legt 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 eine Vielzahl von Praktikumsmöglichkeiten an. Die möglichen Ausbildungen in unserem Haus werden auf unserer Website präsentiert.

Wir **fördern** und ermöglichen **ehrenamtliches bzw. bürgerschaftliches Engagement**. Ein Freundeskreis der St. Franziskusschwestern ist etabliert. Das Haus unterstützt seit Jahren drei Patenkinder in Peru, für die wir jährlich das Schulgeld bezahlen. Mitarbeiter spenden selbst und organisieren Aktionen, um weitere Spenden von Patienten und Besuchern zu ermöglichen. Der Klinikbesuchsdienst ist seit Jahren in unserem Haus integriert. Ehemalige Mitarbeiter und überwiegend Ordensschwestern übernehmen 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.

9 Trägerverantwortung

proCum Cert:

Wir führen jährlich bis zweijährlich Klausurtagungen unter **Mitwirkung des Trägers** durch, in deren Rahmen wir Festlegungen für die zukünftige **strategische Ausrichtung des Hauses** treffen. 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 ausgezeichnete 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 anzustreben und 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 Chefärzten, 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. abzuwählen.

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 7 Mitgliedern besetzt, die u.a. die erforderliche Sachkunde mitbringen und für 4 Jahre ehrenamtlich und unabhängig die **Aufsichtverantwortung** über die Geschäftsführung **wahrnehmen**.