



## KTQ - QUALITÄTSBERICHT

**Krankenhaus: Diakoniewerk München-Maxvorstadt**

**Institutionskennzeichen: 260910283**

**Anschrift: Heißstraße 22  
80799 München**

**Ist zertifiziert nach KTQ<sup>®</sup> mit der Zertifikatnummer: 2008 – 0126 K  
durch die DEKRA Certification GmbH KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle**

**Datum der Ausstellung: 17.11.2008**

**Gültigkeitsdauer: 16.11.2011**



## Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	7
1 Patientenorientierung im Krankenhaus.....	8
2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung .....	15
3 Sicherheit im Krankenhaus.....	19
4 Informationswesen .....	24
5 Krankenhausführung .....	27
6 Qualitätsmanagement .....	31

## Vorwort der KTQ®

Die KTQ-Zertifizierung ist ein spezifisches Zertifizierungsverfahren des Gesundheitswesens für die Bereiche Krankenhaus, Arztpraxen, Rehabilitationskliniken und Pflegeeinrichtungen. Getragen wird die KTQ® von der Bundesärztekammer (BÄK), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Deutschen Pflegerat (DPR) und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherungen<sup>1</sup>. Darüber hinaus wurde der Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschland e. V. (HB) mit Beginn des Routinebetriebes im „Niedergelassenen Bereich“ ebenfalls Gesellschafter der KTQ-GmbH. 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 wurden ausschließlich von Praktikern entwickelt und erprobt. Mit diesem spezifischen Zertifizierungsverfahren bietet die KTQ® den genannten Einrichtungen ein Instrument an, mit dem sie die Qualität ihrer Leistungen durch die Zertifizierung und die zu veröffentlichenden KTQ-Qualitätsberichte nach außen transparent darstellen können. Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen, von Praktikern entwickelten Kriterien, die sich auf die Patientenorientierung, die Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit, das Informationswesen, die Führung und das Qualitätsmanagement der Einrichtung beziehen.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen und von Krankenhauspraktikern entwickelten Kriterien, die sich auf die **Patientenorientierung, die Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit im Krankenhaus, das Informationswesen, die Krankenhausführung und das Qualitätsmanagement** der Einrichtung beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt.

---

<sup>1</sup> Zu diesen zählen: der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., der AOK-Bundesverband, der BKK Bundesverband, der IKK-Bundesverband, der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Bundesknappschaft, die See-Krankenkasse.

Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes Visitorenteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den Visitoren gezielt hinterfragt und durch Begehungen einzelner Krankenhausbereiche überprüft.

Auf Grund des positiven Ergebnisses der Selbst- und 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 die individuelle Einleitung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Beschreibung der insgesamt 72 Kriterien des KTQ-Kataloges. 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 Krankenhaus mit diesem Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen - einen umfassenden Überblick hinsichtlich seines Leistungsspektrums, seiner Leistungsfähigkeit und seines Qualitätsmanagements vermitteln kann.

Die Qualitätsberichte sind auch auf der KTQ-Homepage unter [www.ktq.de](http://www.ktq.de) abrufbar.

Dr. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

J. Wermes

Für die Spitzenverbände der  
Krankenkassen

Dr. med. B. Metzinger

Für die Deutsche Krankenhausgesellschaft

M.-L. Müller

Für den Deutschen Pflegeerrat

## Einleitung

Das Diakoniewerk München-Maxvorstadt ist das Kompetenzzentrum für Gesundheit, Wohlergehen und Pflege im Münchner Norden. Und das an einem ruhigen Standort in der Heißstraße 22, nahe der Kulturmeile mit den drei Pinakotheken und großzügigen Parkanlagen in der Maxvorstadt.

Unser Haus in München-Maxvorstadt wurde als „Diakonissenanstalt München“ im Jahre 1867 gegründet. Anfangs waren hier eine Station für Gemeindecrankenpflege, ein Pensionat für alte, allein stehende Menschen und eine Haushaltsschule für junge Mädchen untergebracht. Im zweiten Weltkrieg wurde das Areal der „Diakonissenanstalt“ zerstört und 1963 als Klinik mit 111 Betten wieder aufgebaut. Um die so genannte „Anstalts- und Gemeincediakonie“ mit den „2 Seiten der selben Medaille“ in Einklang zu bringen wurde ein Gemeindesaal mit Nebenräumen angebaut.

Heute gehören zum Diakoniewerk München-Maxvorstadt folgende Einrichtungen:

- Belegklinik mit 52 Betten (Anästhesie, Chirurgie, plastische Chirurgie, Gynäkologie, Hals-Nasen Ohren, Angiologie)
- Interdisziplinäres Zentrum für Schmerztherapie
- Geriatrie akut (Innere Hauptabteilung) mit 10 Betten
- Geriatrische Rehabilitation mit 42 Betten
- Seniorenbetreuung mit insgesamt 180 Betten in drei Abteilungen
- Ambulantes Therapiezentrum
- Berufsfachschule für Krankenpflegehilfe

Wir behandeln in unserer Klinik jährlich ungefähr 4000 Patienten in den oben aufgeführten Abteilungen. Hier stehen verschiedene Fachteams aus Ärzten, Pflegekräften, Therapeuten, Sozialdienst und Seelsorge für ein breites Behandlungsspektrum zur Verfügung. Großen Wert legen wir auf eine kontinuierliche Fortbildung für unsere Mitarbeiter und auf einen gezielten Einsatz unserer Finanzmittel in eine moderne medizinische Ausstattung. Derzeit entsteht ein neuer Krankenhausanbau.

In unserer angegliederten Berufsfachschule kann die einjährige Ausbildung zur Pflegefachhilfe absolviert werden.

Die kontinuierliche Verbesserung der Qualität ist ein grundlegendes Ziel und im Leitbild der Einrichtung verankert. Aus diesem Grunde wurde 2004 mit einem strukturierten Qualitätsmanagement begonnen, das sich seitdem stetig weiterentwickelt hat. Im letzten Jahr wurden Patienten- und Mitarbeiterbefragungen durchgeführt um daraus weitere Verbesserungspotentiale zu erarbeiten.

Damit die Betriebsabläufe funktionieren und Sie sich bei uns wohl fühlen arbeiten viele Servicedienste wie die hauseigene Technikabteilung, die Verwaltung, das Team der Küche und Hauswirtschaft in unserer Einrichtung.

Als Einrichtung der Diakonie orientiert sich unsere Arbeit am kranken und Hilfe suchenden Menschen, der seine unverlierbare Würde hat, die ihm von Gott verliehen ist. Wir wollen unsere Patienten sowie die Besucher in ihrer Ganzheitlichkeit wahrnehmen und neben der medizinischen Versorgung auch Rat und Hilfe in geistiger, seelischer und sozialer Hinsicht anbieten. Darin unterstützen uns die Krankenhausseelsorge und das Team des Sozialdienstes.

Mit diesem Qualitätsbericht erhalten Sie Einblick in unsere Arbeit in Medizin, Pflege und patientennahe Dienstleistungen und wir möchten Ihnen damit unser Streben nach Qualität transparent machen.

# 1 Patientenorientierung im Krankenhaus

## 1.1 Vorfeld der stationären Versorgung und Aufnahme

*Die Organisation im Vorfeld der stationären Aufnahme erfolgt patientenorientiert.*

### 1.1.1 Die Vorbereitungen einer stationären Behandlung sind patientenorientiert

*Das Krankenhaus gewährleistet im Vorfeld der stationären Versorgung eine an den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Angehörigen orientierte Organisation und Gestaltung.*

Terminvereinbarungen für eine Behandlung der Patienten kann unter Berücksichtigung individueller Wünsche durch Einweisung der Belegärzte, von niedergelassenen Ärzten oder einer vorversorgenden Klinik erfolgen. Die Einweisung in die geriatrische Rehabilitation muss durch die Krankenkasse genehmigt sein. Über Internet [www.diakoniewerk-muenchen.de](http://www.diakoniewerk-muenchen.de) können sich Patienten bereits im Vorfeld ihres Aufenthaltes Informationen über das Diakoniewerk einholen. Gerne geben wir auch telefonisch Auskunft. Die Klinik ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln sehr gut zu erreichen.

### 1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

*Innerhalb des Krankenhauses ist die Orientierung für Patienten und Besucher sichergestellt.*

Alle Mitarbeiter, besonders die des Empfangs und der Aufnahme stehen für Auskünfte zur Verfügung. Eine durchgehende Beschilderung ist für die Orientierung von Patienten und Besuchern vorhanden. Im Eingangsbereich bietet eine Übersichtstafel einen Gesamtüberblick über die Abteilungen, Belegärzte und jeweiligen Verantwortlichen. Für gehbehinderte oder geschwächte Patienten kann am Empfang ein Rollstuhl ausgeliehen oder Begleitung organisiert werden.

### 1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

*Die Aufnahme erfolgt koordiniert unter Berücksichtigung der Bedürfnisse von Patienten nach Information, angemessener Betreuung und Ausstattung.*

Die Aufnahme in die Belegklinik erfolgt in der administrativen Aufnahme, die der Geriatrie direkt auf Station. Im Wartebereich der Aufnahme sind ausreichend Sitzgelegenheiten und Getränkeautomaten vorhanden. Zum Aufbau eines Vertrauensverhältnisses stellen sich die Mitarbeiter namentlich vor. Über die Abläufe im Krankenhaus werden Patienten informiert und die weitere Behandlung wird mit ihnen besprochen und festgelegt. In der Geriatrie erhält jeder Patient ein persönliches Informationsblatt, in der Belegklinik gibt es eine Informationsmappe im Patientenzimmer.

### 1.1.4 Ambulante Patientenversorgung

*Die ambulante Patientenversorgung z. B. im Rahmen der Notfallambulanz, der Medizinischen Versorgungszentren (Psych.: der psychiatrischen Institutsambulanz), der Wiedereinbestellungsambulanz oder der Ermächtigungsambulanz (Uni.: Spezialambulanzen) verläuft koordiniert unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse.*

Die Versorgung von Notfallpatienten, die Hilfe suchen, ist rund um die Uhr gewährleistet, hat aber eine untergeordnete Bedeutung, weil das Diakoniewerk nicht an der allgemeinen Notfallversorgung beteiligt ist. Notfallpatienten unserer Belegärzte werden von ihnen persönlich versorgt und ggf. stationär aufgenommen. Im ambulanten Therapiezentrum können Patienten physikalische und physiotherapeutische Therapie und Fußpflege auf Rezept erhalten. Ambulante Operationen durch Belegärzte werden angeboten und Patienten durch kompetentes Personal versorgt.

## 1.2 Ersteinschätzung und Planung der Behandlung

*Eine umfassende Befunderhebung jedes Patienten ermöglicht eine patientenorientierte Behandlungsplanung .*

### 1.2.1 Ersteinschätzung

*Für jeden Patienten wird ein körperlicher, seelischer und sozialer Status erhoben, der die Grundlage für die weitere Behandlung darstellt.*

Die medizinische Ersteinschätzung der Patienten der Belegklinik erfolgt bereits in der Praxis des Belegarztes. Die Pflegeanamnese jedes Patienten erfolgt durch qualifiziertes Pflegepersonal. Zusätzlich führen die Assistenzärzte eine medizinisch-ärztliche Anamnese durch. Die Aufklärung für die Anästhesie findet in der Sprechstunde, telefonisch oder am Vortag auf Station statt. In der Geriatrie erfolgt die Aufnahme durch alle Fachbereiche (Arzt, Therapie, Pflege, Sozialdienst) mit standardisierten Dokumenten. Behandlungsführender Arzt ist immer ein Facharzt.

### 1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

*Vorbefunde werden soweit wie möglich genutzt und zwischen dem betreuenden Personal ausgetauscht.*

In der Patienteninformation, ausgehändigt durch die Belegarztpraxis, ist festgelegt welche Vorbefunde vom Patienten mitzubringen sind. Diese werden in der Patientenakte abgeheftet, um allen an der Behandlung Beteiligten zur Verfügung zu stehen. In der Geriatrie werden die Vorbefunde vom Sekretariat angefordert und kommen ebenso in die Patientenakten. Auf Vorbefunde früherer Aufenthalte kann über das Archiv und in der Geriatrie zusätzlich über EDV zugegriffen werden. Röntgenbilder stehen per EDV digital zur Verfügung.

### 1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

*Für jeden Patienten wird der umfassende Behandlungsprozess unter Benennung der Behandlungsziele festgelegt.*

In der Belegklinik ist in den Standards zu den einzelnen Operationen ein geregelter Ablauf vorgegeben. Die Mitarbeiter auf den Stationen wenden diese an. In der Geriatrie legt der behandlungsführende Oberarzt mit den anderen beteiligten Berufsgruppen den Behandlungsplan unter Berücksichtigung der Patientenwünsche fest, der sich an Behandlungsrichtlinien, die dem wissenschaftlichen Stand entsprechen, orientiert. Im Rahmen der täglichen Visite und Übergaben werden die Behandlungs- und Pflegeplanungen in beiden Bereichen dem jeweiligen Krankheitsverlauf angepasst.

### 1.2.4 Integration der Patienten in die Behandlungsplanung

*Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.*

Der festgelegte Behandlungsplan wird mit dem Patienten und auf dessen Wunsch mit weiteren Personen seines Vertrauens besprochen, Fragen dazu beantwortet und Entscheidungen des Patienten nach ausführlicher Aufklärung respektiert. Zudem werden die religiösen, kulturellen und sozialen Aspekte ebenso wie die persönlichen Wünsche und Ängste berücksichtigt. Für fremdsprachige Patienten stehen bei Verständigungsschwierigkeiten sprachkundige Mitarbeiter und in der Belegklinik mehrsprachige Aufklärungs- und Informationsbögen zur Verfügung.

## 1.3 Durchführung der Patientenversorgung

*Die Behandlung und Pflege jedes Patienten erfolgt in koordinierter Weise gemäß multiprofessioneller Standards, um bestmögliche Behandlungsergebnisse zu erzielen.*

### 1.3.1 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung

*Die Behandlung und Pflege jedes Patienten wird umfassend, zeitgerecht und entsprechend professioneller Standards durchgeführt.*

Die Behandlung und Pflege wird nach abteilungsinternen Standards und Leitlinien durchgeführt, denen die Richtlinien der einzelnen Fachgesellschaften zu Grunde liegen. Diese Standards und Leitlinien sind dem ärztlichen und pflegerischen Dienst zugänglich. Erfahrene Fachärzte steuern den Behandlungsverlauf in Zusammenarbeit mit allen beteiligten Berufsgruppen. Konsiliarärzte können bei Bedarf hinzugezogen werden.

### 1.3.2 Anwendung von Leitlinien

*Der Patientenversorgung werden Leitlinien mit, wo möglich, Evidenzbezug zugrunde gelegt.*

Für das Aufgabenspektrum des Diakoniewerks eigens erarbeitete Pflege- und Behandlungsstandards werden auf den jeweiligen Stationen von den Mitarbeitern angewandt. Sie stehen im Intranet den Mitarbeitern jederzeit zur Verfügung und sind verbindlich. Die Standards entsprechen den gültigen Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften. Die Aktualisierung erfolgt durch die Steuergruppen und die Abteilungsleitungen in Zusammenarbeit mit der Qualitätsbeauftragten des Hauses.

### 1.3.3 Patientenorientierung während der Behandlung

*Der Patient wird in alle durchzuführenden Behandlungsschritte und Maßnahmen der Versorgung einbezogen und seine Umgebung ist patientenorientiert gestaltet.*

Aufklärungsgespräche der Ärzte, Visiten und Informationen des Pflegepersonals gewährleisten die konsequente Einbeziehung des Patienten in durchzuführende Behandlungsschritte und Maßnahmen. Die Mitaufnahme von Angehörigen ist möglich. Die Mitarbeiter tragen Namensschilder und stellen sich den Patienten / Besuchern persönlich vor. In der Geriatrie hängen Teamposter mit Bildern der Mitarbeiter aus allen Berufsgruppen. Patienten / Besucher steht unser begrünter Innenhof und die Kapelle zur Verfügung, am Kulturprogramm des Seniorenbereichs kann teilgenommen werden.

### 1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

*Bei der Verpflegung werden die Erfordernisse, Bedürfnisse und Wünsche der Patienten berücksichtigt.*

Es wird eine abwechslungsreiche und schmackhafte Kost angeboten. Mittags kann zwischen drei Menüs ausgewählt werden, wovon eines vegetarisch ist. Patienten mit Wahlleistungen stehen täglich vier weitere Menüs zur Verfügung. Religiöse und kulturelle Aspekte sowie Diäten werden berücksichtigt. Eine Diätberatung durch geschultes Personal gehört zum Angebot. Sonderwünsche können zusätzlich mit der Küchenleitung abgesprochen werden. In der Geriatrie gibt es eine therapeutische Essensbegleitung für Patienten mit Schluckstörungen und eine darauf angepasste Kostform.

### 1.3.5 Koordinierung der Behandlung

*Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.*

In der Belegklinik wird bereits in der Belegarztpraxis die Koordination von Diagnostik und Therapie geplant und vorbereitet. In der Geriatrie wird nach der Erstuntersuchung durch den behandelnden Arzt die notwendige Diagnostik und Therapie geplant. Diagnostische Maßnahmen, die das Haus nicht anbietet, werden bei Konsiliarärzten durchgeführt. Es existiert eine Liste der entsprechenden Einrichtungen und Praxen. Der interne Patiententransport erfolgt durch die Mitarbeiter des Pflegedienstes.

### 1.3.6 Koordinierung der Behandlung: OP-Koordination

*Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.*

Die OP-Planung und Koordination liegt in der Verantwortung der OP-Leitung und kann, da sie über das EDV-System erfolgt, von den einzelnen Beteiligten jederzeit eingesehen werden. Die Zuteilung der OP-Kapazitäten erfolgt über einen OP-Wochenplan. Notfalloperationen werden in das laufende OP-Programm eingeschoben. Die strukturierte Ablauforganisation gewährleistet u.a. den rechtzeitigen Abruf der Patienten sowie geringe Wechselzeiten zwischen den Operationen. Eine OP-Bereitschaft ist durch Bereitschaftsdienste rund um die Uhr gewährleistet.

### 1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

*Die Behandlung des Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Patientenversorgung.*

Ärzte, Pflegepersonal sowie die weiteren Beteiligten arbeiten eng zusammen und tauschen Informationen über den Patienten aus. Die Belegärzte unterschiedlicher Fachrichtungen ziehen sich bei Bedarf kollegial als beratende Ärzte hinzu. In der Geriatrie werden regelmäßig (werktäglich und wöchentlich) interdisziplinäre Besprechungen durchgeführt. Interdisziplinäre Besprechungen mit Belegärzten gibt es im Einzelfall. Auch externe Konsiliarärzte werden bei Bedarf hinzugezogen.

### 1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

*Die Visitierung des Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Patientenversorgung.*

Visitenzeiten und der Ablauf sind abteilungsintern geregelt. In der Belegklinik führt der Belegarzt oder in Absprache der Hintergrunddienst (ebenso Facharzt) die Visite durch. Es findet entweder eine Begleitung oder eine Besprechung bei der Visitendokumentation mit dem Pflegepersonal statt. In der Geriatrie gibt es wöchentlich eine Chef- und Oberarztvisite mit Begleitung durch die zuständige Pflegekraft. Die Chefvisite ist eine Sprechstundenvisite, bei der alle beteiligten Berufsgruppen anwesend sind. Auf Wunsch des Patienten werden Angehörige / Betreuer einbezogen.

## 1.4 Übergang des Patienten in andere Versorgungsbereiche

*Die kontinuierliche Weiterversorgung des Patienten in anderen Versorgungsbereichen erfolgt professionell und koordiniert gesteuert unter Integration des Patienten.*

### 1.4.1 Entlassung und Verlegung

*Der Übergang in andere Versorgungsbereiche erfolgt strukturiert und systematisch unter Integration und Information des Patienten und ggf. seiner Angehörigen.*

In der Belegklinik ist bei den meisten Eingriffen der Entlassungstermin schon bei der Aufnahme bekannt. Die endgültige Entlassung wird durch Belegarzt in der Regel 1 Tag vorher dem Patienten und Pflegepersonal mitgeteilt. In der geriatrischen Rehabilitation ist der Entlassungstermin auch bei Verlängerung circa 10 Tage vorher bekannt. Sind Weiterbetreuung oder häusliche Versorgung vorgesehen, wird dies durch den Sozialdienst organisiert und mit Pflege / Therapie abgesprochen. Entlassungsgespräche werden in allen Abteilungen auf Wunsch auch mit Angehörigen geführt.

### 1.4.2 Bereitstellung kompletter Informationen zum Zeitpunkt des Überganges des Patienten in einen anderen Versorgungsbereich (Entlassung/ Verlegung u. a.)

*Das Krankenhaus sichert eine lückenlose Information für die Weiterbehandlung oder Nachsorge des Patienten.*

In der Belegklinik ist die Information durch das Belegarztsystem gegeben. Arztbriefe werden durch die Belegarztpraxen geschrieben. Bei Entlassung in andere Versorgungsbereiche / ambulanter Pflegedienst wird ein Kurzarztbrief sowie Pflegeverlegungsbericht mitgegeben. In der Geriatrie wird der vollständige Arztbrief mit allen erhobenen Befunden am Morgen des Entlassungstages dem weiterversorgenden Arzt übermittelt. Der Sozialdienst regelt die Informationsweitergabe an weiterversorgende Einrichtungen.

### 1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

*Vom Krankenhaus wird eine kontinuierliche Weiterbetreuung des Patienten durch Kooperation mit den weiterbetreuenden Einrichtungen bzw. Personen sichergestellt.*

In der Belegklinik werden Patienten in der Regel von ihrem Belegarzt weiter betreut, durch den auch der Kontakt zu Hausarzt und/oder Einrichtung erfolgt. Pflegerische Maßnahmen werden über den Pflegeverlegungsbericht weitergeleitet. Der Sozialdienst kann bei Fragen hinzugezogen werden. In der Geriatrie erstellt der Sozialdienst einen individuellen Hilfsplan, berät die Patienten über Weiterversorgungsmöglichkeiten und leitet diese auch ein. Durch eine enge Zusammenarbeit mit externen Beratern und Sanitätshäusern ist die umfassende Versorgung zusätzlich gesichert.

## 2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

### 2.1 Planung des Personals

*Durch die Personalplanung ist die kontinuierliche Bereitstellung einer angemessenen Anzahl an qualifizierten Mitarbeitern gesichert.*

#### 2.1.1 Planung des Personalbedarfes

*Die Planung des Personalbedarfes umfasst die Bereitstellung einer angemessenen Zahl an entsprechend qualifizierten Mitarbeitern.*

Die Personalplanung erfolgt bereichsbezogen in allen Berufsgruppen in Abstimmung mit den Abteilungsleitungen und dem Vorstand, damit in allen Bereichen die nötige Anzahl qualifizierter Mitarbeiter beschäftigt ist. Leistungsorientierte Berechnungsverfahren und Anhaltszahlen kommen zur Anwendung. Alle Mitarbeiter haben ein Jahresarbeitszeitkonto. So kann bei strukturellen Änderungen und Änderungen der Erlössituation zeitnah reagiert werden. Die Facharztquote beträgt beinahe 100 %, der Anteil an examinierten Pflegekräften (3-jähriger Ausbildung liegt) bei ca. 80%.

### 2.2 Personalentwicklung

*Die Personalentwicklung des Krankenhauses orientiert sich an den Bedürfnissen des Hauses und der Mitarbeiter.*

#### 2.2.1 Systematische Personalentwicklung

*Das Krankenhaus betreibt eine systematische Personalentwicklung.*

Unsere Mitarbeiter verfügen über die Qualifikation, die für die Erfüllung ihrer Aufgaben notwendig ist. Auch bei der Personalauswahl wird dies bereits berücksichtigt. Durch gezielte Maßnahmen wie Mitarbeitergespräche mit Zielvereinbarungen und interne und externe Fort- und Weiterbildungsangebote in den Bereichen unterstützen wir die Karriereplanung und passen die Kenntnisse und Fähigkeiten an sich verändernde Anforderungen an.

#### 2.2.2 Festlegung der Qualifikation

*Das Krankenhaus stellt sicher, dass Wissensstand, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiter den Anforderungen der Aufgabe (Verantwortlichkeiten) entsprechen.*

Die von uns geforderten Qualifikationen sind durch Stellenbeschreibungen festgelegt, die auch als Grundlage von Stellenausschreibungen dienen. In diesen sind das Anforderungsprofil, die Zielsetzung der Stelle, die organisatorische Einordnung und die Aufgabenbeschreibung mit Kompetenzen ausgeführt. Anhand eines standardisierten Leitfadens werden Mitarbeitergespräche in allen Bereichen geführt und dabei auch der Fortbildungsbedarf analysiert, geplant und erfasst.

### 2.2.3 Fort- und Weiterbildung

*Das Krankenhaus sorgt für eine systematische Fort- und Weiterbildung, die sowohl an den Bedürfnissen der Mitarbeiter als auch des Krankenhauses ausgerichtet ist.*

Im Rahmen der Fort- und Weiterbildungskonferenz, in der alle Berufsgruppen des Hauses vertreten sind, wird ein jährlicher Fortbildungskalender erarbeitet. Dieser wird in Papierform und im Intranet veröffentlicht. Neben fachlichen Fortbildungen werden Pflichtfortbildungen und Themen wie z.B. Kommunikation abgedeckt. Bei gesetzlichen oder sonstigen aktuellen Änderungen werden Fortbildungen für die entsprechenden Mitarbeiter angeboten. Zudem können Mitarbeiter bei Bedarf auch an externen Fort- und Weiterbildungen teilnehmen.

### 2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

*Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.*

Fort- und Weiterbildung wird gefördert. Das Diakoniewerk stellt hierfür ausreichend Mittel zur Verfügung. Die Mitarbeiter werden für Fortbildungen, die im Haus stattfinden freigestellt und die Kosten werden übernommen. Bei externen Fortbildungen wird die Kostenübernahme und Freistellung im Einzelfall je nach Entwicklungsbedarf der Einrichtung und Qualifizierungswünschen des Mitarbeiters geklärt und durch einen Weiterbildungsvertrag geregelt.

### 2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

*Für Mitarbeiter sind angemessene Fort- und Weiterbildungsmedien zeitlich uneingeschränkt verfügbar.*

Das Diakoniewerk verfügt über mehrere Besprechungsräume, in denen moderne Tagungstechnik zur Verfügung gestellt werden kann. Diese werden für Schulungen genutzt. Jedem Mitarbeiter steht die Möglichkeit offen Datenbanken und Informationsdienste des Internets und auch des Intranets zu nutzen. Eine aktuelle Liste von Fachzeitschriften ist vorhanden und diese können in den genannten Bereichen ausgeliehen werden. In den einzelnen Bereichen steht Fachliteratur zur Verfügung, die für die Mitarbeiter zugänglich ist.

### 2.2.6 Sicherstellung des Lernerfolges in angegliederten Ausbildungsstätten

*Angegliederte Ausbildungsstätten leisten eine Theorie-Praxis-Vernetzung und bereiten Mitarbeiter angemessen auf ihre Tätigkeiten im Rahmen der Patientenversorgung vor.*

Unserem Haus ist eine Berufsfachschule für Krankenpflegehilfe angegliedert. Die Theorie- Praxisvernetzung ist durch die gute Zusammenarbeit zwischen der Schulleitung, der Pflegedienstleitung und den jeweiligen Teams gewährleistet und wird durch den Einsatz von Mentoren und Praxisanleitern in den Bereichen gefördert. Regelmäßig finden Besprechungen zwischen Mentoren, Pflegedienst- und Bereichsleitungen und Schulleitung statt. Der Stand der Ausbildung wird durch schriftliche und praktische Leistungskontrollen überprüft sowie durch Gespräche begleitet und gefördert.

## 2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

*Mitarbeiterinteressen werden angemessen bei der Führung des Krankenhauses berücksichtigt.*

### 2.3.1 Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles

*Im Krankenhaus wird ein festgelegter und einheitlicher Führungsstil praktiziert, der die Bedürfnisse der Mitarbeiter berücksichtigt.*

Im Leitbild und in der Satzung des Diakoniewerks sind die Zusammenarbeit und das Verständnis in verbindlichen Grundsätzen zusammengefasst. Zwischen allen Ebenen soll eine offene und respektvolle Kommunikation erfolgen. Der Vorstand legt großen Wert darauf, dass die familiäre Situation mit den Arbeitsplatzanforderungen abgestimmt und gemeinsam individuelle Lösungen erarbeitet werden. Mitarbeiter werden in Planungen hierarchieübergreifend in Form von Projektgruppen einbezogen. Ein Konzept für Mitarbeitergespräche wird angewandt.

### 2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

*Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.*

Die Arbeitszeiten sind abteilungsspezifisch und richten sich nach den jeweiligen Anforderungen, den gesetzlichen und tarifvertraglichen Vorgaben. Jegliche Arbeitszeitregelung bedarf der Zustimmung der Mitarbeitervertretung. Verschiedene Varianten wie Wechselschicht, feste Arbeitszeiten, Ruf- und Bereitschaftsdienste sowie Gleitzeit kommen zum Einsatz. Die Mitarbeiter haben ein Jahresarbeitszeitkonto. Wünsche der Mitarbeiter werden soweit wie möglich in der Dienstplangestaltung berücksichtigt. Zudem werden unterschiedliche Teilzeitmodelle angeboten.

### 2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

*Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.*

Die Einführung neuer Mitarbeiter ist im Haus einheitlich geregelt. Jeder neue Mitarbeiter erhält am ersten Arbeitstag eine standardisierte Einführungsmappe mit allen notwendigen Informationen und einen Mitarbeiter als Mentor, wenn möglich mit Qualifikation, in der Einarbeitungsphase zur Seite gestellt. Zweimal jährlich findet ein verbindlicher Einführungstag statt. Durch den Laufzettel der Einführungsmappe ist sichergestellt, dass der Mitarbeiter jede Abteilung kennt. Zusätzlich gibt es abteilungsspezifische Einarbeitungskonzepte in einzelnen Bereichen.

### 2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

*Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zum Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden.*

Die Mitarbeiter können ihre Verbesserungsvorschläge jederzeit über den Vorgesetzten, persönlich oder in schriftlicher Form an den Vorstand richten. Im Beschwerdemanagement sind der Umgang mit Patienten- und Mitarbeiterbeschwerden mit Maßnahmen und Ansprechpartner einheitlich geregelt. 2007 wurde eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt, um die Zufriedenheit der Mitarbeiter zu erfassen und Verbesserungsmaßnahmen daraus abzuleiten.

## 3 Sicherheit im Krankenhaus

### 3.1 Gewährleistung einer sicheren Umgebung

*Das Krankenhaus gewährleistet eine sichere Umgebung für die Patientenversorgung.*

#### 3.1.1 Verfahren zum Arbeitsschutz

*Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum Arbeitsschutz angewandt, das insbesondere Sicherheitsaspekte am Arbeitsplatz, bei Mitarbeitern, im Umgang mit Gefahrstoffen und zum Strahlenschutz berücksichtigt.*

Für die Gewährleistung von Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten und Patienten sind folgende Fachkräfte benannt: Sicherheitsbeauftragter, Betriebsärztin, Hygienefachkraft und Strahlenschutzbeauftragter. Regelmäßig tagt der Arbeitssicherheitsausschuss als Entscheidungs- und Beratungsgremium. Betriebsanweisungen, die fortlaufend aktualisiert werden, liegen vor. Die Notfallversorgung sowie das Meldeverfahren bei Arbeitsunfällen sind geregelt und bekannt. Die Anforderungen zum Strahlenschutz und zu Gefahrstoffen werden beachtet.

#### 3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

*Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.*

Im Alarm- und Einsatzplan ist das Vorgehen im Brandfall geregelt und den Mitarbeitern bekannt. Hierin sind die Verantwortlichkeiten, der Ablauf und die durchzuführenden Maßnahmen definiert. Die Flucht- und Rettungswege sind im Haus vorschriftsmäßig beschildert. Brandschutzunterweisungen finden regelmäßig statt und sind für die Mitarbeiter verpflichtend. Die vorgeschriebenen Prüfintervalle der Brandmeldeanlage, Feuerlöscher etc. werden eingehalten.

#### 3.1.3 Verfahren zur Regelung von hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz

*Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung bei hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz angewandt.*

Die Bewältigung von externen und internen Notfallsituationen ist im Alarm- und Einsatzplan geregelt und ist in den Bereichen in einem Ordner sowie im Intranet für alle Mitarbeiter einsehbar. Für den Fall einer technischen Betriebsstörung existiert ein hausinterner Notfallplan, das den zeitnahen Einsatz der Haustechnik und der zuständigen Servicefirmen gewährleistet. Die technische Versorgungssicherheit ist außerhalb der regulären Dienstzeiten durch einen Rufbereitschaftsdienst sichergestellt. Einmal monatlich erfolgt ein Notstromtest durch die Technik.

### 3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

*Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.*

Das Notfallmanagement für hausinterne medizinische Notfälle ist standardisiert und die Verantwortlichkeiten geregelt. Im Falle eines Notfalls gibt es eine geregelte Notrufweiterleitung an festgelegte Mitarbeiter wie z.B. Ärzte, Pflegepersonal. In den Bereichen steht eine gewartete standardisierte Notfallausrüstung sichtbar und griffbereit zur Verfügung. Die Teilnahme an Schulungen ist für die patientennahen Mitarbeiter jährlich verpflichtend.

### 3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

*Für den Patienten wird eine sichere unmittelbare Umgebung gewährleistet und Maßnahmen zur Sicherung vor Eigen- und Fremdgefährdung umgesetzt.*

Es werden zahlreiche Maßnahmen zur Gewährleistung der Patientensicherheit umgesetzt. In der Belegklinik findet vor bzw. nach Operationen eine Betreuung und Überwachung durch ausgebildetes Pflegepersonal statt. Bei Kleinkindern ist die Aufnahme der Eltern möglich. In der Geriatrie werden Patienten, die einer besonderen Aufsicht bedürfen durch verschiedene Maßnahmen (z. B. diskretes Armband bei Weglaufgefährdung, Sturzprophylaxe) und die erhöhte Fürsorge der Mitarbeiter geschützt. Gefährdende Patienteneigenschaften sind schon Inhalt der Eingangsuntersuchungen.

## 3.2 Hygiene

*Im Krankenhaus wird ein systematisches, krankenhausesweit umgesetztes Verfahren zur effektiven Prävention und Kontrolle von Infektionen eingesetzt.*

### 3.2.1 Organisation der Hygiene

*Für die Belange der Hygiene ist sowohl die personelle Verantwortung als auch das Verfahren der Umsetzung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen krankenhausesweit geregelt.*

Den Mitarbeitern stehen für die fachkundige Bearbeitung des Aufgabengebiets Hygiene ein hygienebeauftragter Arzt sowie eine Hygienefachkraft zur Verfügung. Eine externe Hygienefirma ist zur Beratung beauftragt. In der Hygienekommission werden auftretende Probleme und Neuerungen besprochen und Maßnahmen festgelegt. Durch die Umsetzung hausinterner Hygienestandards, die zum Teil: im Intranet oder den jeweiligen Bereichen hinterlegt sind, wird die Erfüllung rechtlicher Vorgaben und die Berücksichtigung wissenschaftlicher Empfehlungen sichergestellt.

### 3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

*Für die Analyse hygienerelevanter Bereiche wie auch die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen werden krankenhausesweit hygienerelevante Daten erfasst.*

Die Hygienekommission legt die Verfahren zur Erfassung und Auswertung von hygienerelevanten Daten fest. Auch die zu berücksichtigenden Standards und Pläne werden hier diskutiert und Aktualisierungen verabschiedet. Meldepflichtige Erkrankungen nach Infektionsschutzgesetz werden den Gesundheitsbehörden falls erforderlich durch Hygienefachkraft mitgeteilt. Es gibt eine fachliche Zusammenarbeit mit der mikrobiologischen Abteilung unseres Labors. Für multiresistente Keime gibt es eine jährliche Statistik und daraus abgeleitete Maßnahmen.

### 3.2.3 Planung und Durchführung hygiesichernder Maßnahmen

*Hygiesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.*

Hygiesichernden Maßnahmen sind umfassend im Hygiene- und Isolierungsordner, die für alle Mitarbeiter einsehbar im Intranet hinterlegt sind, beschrieben. In der Küche und Sterilisation gibt es zusätzliche Hygieneordner vor Ort. Neben den gesetzlichen Vorgaben werden auch die Richtlinien und Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes berücksichtigt. Der Vermittlung der Inhalte der Ordner erfolgt im Rahmen von Pflichtfortbildungsveranstaltungen. Die Kenntnisnahme von Aktualisierungen müssen von jedem betroffenen Mitarbeiter unterschrieben werden.

### 3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

*Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.*

Die Richtlinien und Empfehlungen der Krankenhaushygiene sind im Hygienehandbuch umgesetzt. Es finden in allen Bereichen regelmäßige Begehungen durch die Hygienefachkraft mit Protokollierung statt. Neuerungen erfolgen durch Dienstanweisungen, die von den betroffenen Mitarbeitern unterschrieben werden müssen. Zudem werden sie in den Pflichtfortbildungen thematisiert. Die Krankenhausküche arbeitet nach einem branchenweit anerkannten Konzept (HACCP), das die hygienische Unbedenklichkeit der Speiserversorgung gewährleistet.

### 3.3 Bereitstellung von Materialien

*Vom Krankenhaus werden die für die Patientenversorgung benötigten Materialien auch unter Beachtung ökologischer Aspekte bereitgestellt.*

#### 3.3.1 Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten

*Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten.*

Die Regelung zur Bereitstellung von Arzneimittel, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten sind standardisiert und im Intranet für alle betroffenen Mitarbeiter einsehbar. Die Erstellung und Aktualisierung der festgelegten Arbeitsanweisungen wird durch die zuständige Kommission oder Arbeitsgruppe vorgenommen. Durch einen Versorgungsvertrag mit einer externen Apotheke ist der Arzneimittelbedarf sichergestellt. Blut und Blutprodukte werden über den Blutspendedienst des BRK bezogen. Medizinprodukte werden über die Hitlisten hausintern bestellt.

#### 3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

*Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.*

Die Anwendung von Medikamente erfolgt gemäß ärztlicher Verordnung. Dem ärztlichen Dienst steht den von der Arzneimittelkommission erstellte und kontinuierlich gepflegte Arzneimittelkatalog zur Verfügung. Nicht gelistete Arzneimittel sind auf Sonderbestellung gegen Unterschrift festgelegter Ärzte bei der externen Apotheke zeitnah erhältlich. Regelungen für die Anwendung von Arzneimitteln und ein Konzept für Betäubungsmittel sind vorhanden.

#### 3.3.3 Anwendung von Blut- und Blutprodukten

*Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Blut und Blutprodukten.*

Die Regelungen zum Einsatz von Fremdblut sowie die Festlegung von Verantwortlichkeiten sind in einem Handbuch definiert. Ein externer Transfusionsverantwortlicher und ein Qualitätsbeauftragter sind benannt, die die Umsetzung und Einhaltung der relevanten Gesetze, Leitlinien und Empfehlungen veranlassen. Eine Arbeitsgruppe Blutprodukte tagt regelmäßig, der unter anderem die transfusionsbeauftragten Ärzte angehören.

### 3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

*Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.*

In der Dienstanweisung für Medizinprodukte sind der Umgang und die Verantwortlichkeiten für technische und nicht-technische Medizinprodukte klar geregelt. Für alle Stationen und Bereiche sind Geräteverantwortliche benannt, die für den fehlerfreien Betrieb der Geräte verantwortlich sind und die Mitarbeiter in die Handhabung der Geräte einführen. Die Gebrauchsanweisungen werden beim Geräteakt des jeweiligen Gerätes aufbewahrt. Wartung und Instandhaltung der Medizingeräte erfolgt durch den technischen Dienst und durch Fachfirmen.

### 3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

*Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.*

Die Einsparung von Energie- und Wasserverbrauch wird durch Erneuerung von Anlagen sowie Optimierung der vorhandenen laufend verbessert. Für den Abfall existiert ein Abfallkonzept und dieser wird soweit wie möglich einer Verwertung zugeführt. Leere Gebinde werden zum Wiederbefüllen an die Lieferanten zurückgegeben. Der Einkauf führt Sammelbestellungen durch um die Anlieferung zu minimieren. Durch Großpackungen wird Verpackungsmaterial vermindert. Die Zentralküche verwendet nahezu ausschließlich Produkte aus der Region.

## 4 Informationswesen

### 4.1 Umgang mit Patientendaten

*Im Krankenhaus existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die Erfassung, Dokumentation und Verfügbarkeit von Patientendaten sicherstellt.*

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

*Eine hausinterne Regelung zur Führung und Dokumentation von Patientendaten liegt vor und findet Berücksichtigung.*

Die Patientendokumentation wird schriftlich auf standardisierten Formularen berufsübergreifend durchgeführt. In der Geriatrie wird zusätzlich eine elektronische Patientendatenbank der Arbeitsgemeinschaft für Geriatrie in Bayern geführt. Die Dokumentationspflicht ist Inhalt der Stellenbeschreibungen für Ärzte, Pflegepersonal und Therapeuten und für die Belegärzte ist dies in der Belegarztordnung geregelt. Der Zugriff, anhand der systematischen Archivierung ist für die Befugten gewährleistet. Das Röntgen verfügt über ein digitales Bildgebungsverfahren.

#### 4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

*Vom Krankenhaus wird eine vollständige, verständliche, korrekte, nachvollziehbare und zeitnahe Dokumentation von Patientendaten gewährleistet.*

Die Dokumentation von Patientendaten erstreckt sich auf ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen sowie auf Tätigkeiten des Sozialdienstes. Die Dokumentationspflicht ist Inhalt der Stellenbeschreibungen. Die Dokumentation erfolgt zeitnah und nachvollziehbar von jeder Berufsgruppe. Anhand von Stichproben wird dies durch Vorgesetzte regelmäßig überprüft. Alle an der Behandlung beteiligten Mitarbeiter haben Zugriff auf die Patientendaten.

#### 4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

*Im Krankenhaus existiert ein Verfahren, um den zeitlich uneingeschränkten Zugriff auf die Patientendokumentation zu gewährleisten.*

Alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Personen können, sofern sie berechtigt sind, jederzeit auf die elektronischen Patientendaten und die Patientenakte in Papierform in den jeweiligen Bereichen zugreifen. Dies gilt auch für das digitale Röntgenbildgebungsverfahren. Bei Verlegung innerhalb des Hauses wird eine neue Akte angelegt und die Akte aus der ersten Abteilung geht zur Einsichtnahme mit. Alte Akten aus früheren Aufenthalten können über die Patientenverwaltung angefordert werden. Die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen für Patientendaten werden eingehalten.

## 4.2 Informationsweiterleitung

*Im Krankenhaus existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die adäquate Weiterleitung von Informationen gewährleistet.*

### 4.2.1 Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Bereichen

*Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Informationsweitergabe innerhalb und zwischen verschiedenen Krankenhausbereichen.*

Die Informationsweitergabe innerhalb und zwischen den verschiedenen Krankenhausbereichen ist durch verschiedene Vorgehensweisen sichergestellt. Gremien, Kommissionen, Ausschüsse, Konferenzen, Besprechungen und Sitzungen mit festgelegten Teilnehmern und Protokollerstellung gewährleisten den regelmäßigen Informationsaustausch. Auf den Stationen ist dies durch die Visiten, Dienstübergaben und patientenbezogenen Besprechungen sichergestellt. Rundschreiben, das Mailsystem, das Intranet und Aushänge dienen dem Informationsfluss der Mitarbeiter.

### 4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

*Zentrale Auskunftsstellen im Krankenhaus werden mit Hilfe einer geregelten Informationsweiterleitung kontinuierlich auf einem aktuellen Informationsstand gehalten.*

Der Empfang ist die zentrale Auskunftsstelle unseres Hauses. Hier werden Patienten und Besucher freundlich und kompetent informiert. Die Einhaltung des Datenschutzes ist gewährleistet. Hier liegen alle erforderlichen Informationen in aktueller Form vor, eine elektronische Anbindung ist gewährleistet. Der Empfang ist gleichzeitig Telefonzentrale und gewährleistet eine sofortige Alarmierung im Falle einer technischen Störung oder Brandmeldung.

### 4.2.3 Information der Öffentlichkeit

*Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.*

Die Öffentlichkeit wird über unsere regelmäßig erscheinende Hauszeitung: "Der Durchblick" und unseren Internetauftritt [www.diakoniewerk-muenchen.de](http://www.diakoniewerk-muenchen.de) informiert. Patienten-Broschüren, mit allen wichtigen Informationen liegen in der Klinik und den Belegarztpraxen aus. In den örtliche Medien wird über Aktuelles des Diakoniewerkes berichtet und Werbung geschaltet. Am U-Bahnhof Theresienstraße hängt ein großes Informationsplakat unserer Einrichtung. Im Klinikführer der Firma „Anycare“ und im Deutschen Krankenhaus Adressbuch sind wir vertreten.

#### 4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

*Daten und Informationen insbesondere von Patienten werden im Krankenhaus durch verschiedene Maßnahmen geschützt. Vgl. entsprechende landesrechtliche Regelungen (Regelungen zum Datenschutz finden sich in den Landeskrankenhausgesetzen von Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Thüringen), in: Krankenhausrecht - Rechtsvorschriften des Bundes und der Länder, Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, 5. Auflage 1998; Ärztliche Berufsordnung.*

Der Datenschutz ist entsprechend dem Datenschutz geregelt. Schriftliche Anweisungen verpflichten die Mitarbeiter zu einem verantwortlichen Umgang mit Patientendaten. Pflichtfortbildungen finden regelmäßig statt. Ein Datenschutzbeauftragter ist bestellt. Der Zugriff auf Patientendaten ist entsprechend der gesetzlichen Vorgaben beschränkt und wird durch Vergabe von persönlichen Rechten der Mitarbeiter durch die EDV-Abteilung realisiert. Beim Aufnahmeprozess wird von den Patienten eine Datenschutzerklärung unterschrieben.

#### 4.3 Nutzung einer Informationstechnologie

*Im Rahmen der Patientenversorgung wird Informationstechnologie eingesetzt, um die Effektivität und Effizienz zu erhöhen.*

##### 4.3.1 Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie

*Die Voraussetzung für eine umfassende und effektive Nutzung der unterstützenden Informationstechnologie wurde geschaffen.*

Alle Bereiche des Hauses sind in das bestehende EDV-System integriert und es sind ausreichend PC-Arbeitsplätze vorhanden. Zur Nutzung werden Rechte durch die EDV-Abteilung an die Mitarbeiter vergeben. Auch Schulungen werden durch diese durchgeführt um eine ausreichende Qualifikation der Mitarbeiter zu erhalten. Die EDV-Systeme sind für die Berechtigten jederzeit verfügbar und durch die Unterbrechungsfreie Stromversorgung gegen Ausfälle abgesichert.

## 5 Krankenhausführung

### 5.1 Entwicklung eines Leitbildes

*Das Krankenhaus entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.*

#### 5.1.1 Entwicklung eines Leitbildes

*Das Krankenhaus entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.*

In dem 2005 fertig gestellten Leitbild sind die Werte und Ziele unserer Einrichtung verankert, die als verbindlicher Grundsatz das Handeln der Mitarbeiter bestimmen. Das Leitbild wurde in einer eigens dafür eingerichteten berufsgruppen- und hierarchieübergreifenden Arbeitsgruppe erarbeitet. Diese erhielt Vorschläge und Ideen von Mitarbeitern der einzelnen Abteilungen. Das Leitbild ist Bestandteil der Arbeitsverträge. Zudem wird es im Haus über verschiedene Medien kommuniziert.

### 5.2 Zielplanung

*Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und steuert die Umsetzung der festgelegten Ziele.*

#### 5.2.1 Entwicklung einer Zielplanung

*Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und nutzt diese für die Steuerung seiner Handlungen.*

Der Vorstand entwickelt die Zielplanung und Ausrichtung des Diakoniewerks in Zusammenarbeit mit den Abteilungen. Bei Bedarf werden externe Berater hinzugezogen. Das Ergebnis der Beratungen wird dem Verwaltungsrat vorgestellt und muss von diesem genehmigt werden. Danach erfolgt die Umsetzung in den entsprechenden Abteilungen.

#### 5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

*Die aktuelle Organisationsstruktur des Krankenhauses ist festgelegt unter Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten.*

Im Organigramm unserer Einrichtung ist die Organisationsstruktur visualisiert. Darin sind die hierarchischen Strukturen dargestellt und Funktionsträger namentlich benannt. Das Organigramm ist durch das Intranet und Aushänge für jeden Mitarbeiter einsehbar. Bei organisatorischen und personellen Veränderungen wird es zeitnah aktualisiert. Für Projektarbeit gibt es vorgeschriebene Strukturen. Die Mitarbeiter werden in Sitzungen und Teambesprechungen über die Ergebnisse informiert.

### 5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

*Die Krankenhausleitung entwickelt einen Finanz- und Investitionsplan und übernimmt die Verantwortung für dessen Umsetzung.*

Unter der Verantwortung des Vorstands wird ein Wirtschaftsplan und Jahresinvestitionsplan aufgestellt. Der Wirtschaftsplan muss vom Verwaltungsrat genehmigt werden. Für den Jahresinvestitionsplan geben die Abteilungsleitungen ihren Bedarf an den Vorstand weiter, der den Plan erstellt und mit der gesamten Krankenhausleitung bespricht und ggf. beschließt. Belegärzte bringen ihre Vorschläge über den leitenden Arzt, der Mitglied der Krankenhausleitung ist, ein. Im umfangreichen Berichtswesen werden laufende Soll / Ist-Vergleiche erstellt und zur Steuerung verwendet.

## 5.3 Sicherstellung einer effektiven und effizienten Krankenhausführung

*Das Krankenhaus wird effektiv und effizient geführt mit dem Ziel der Sicherstellung der Patientenversorgung.*

### 5.3.1 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Leitungsgremien und Kommissionen

*Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise von Leitungsgremien und Kommissionen, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.*

In einer Übersichtsmatrix sind alle Leistungsgremien, Kommissionen und Besprechungen mit Häufigkeit benannt. Ergebnisse werden protokolliert. Durch rechtzeitige Einladung mit Tagesordnung erfolgt die Vorbereitung. Erster Tagungsordnungspunkt ist die Durchsicht des Protokolls der vorherigen Sitzung um dieses zu genehmigen und die Umsetzungen der Beschlüsse zu überprüfen. Um Entscheidungswege zu sichern ist in allen Gremien und Kommissionen, die auf Grund von Gesetzen und Verordnungen zu bilden sind, mindestens ein Vertreter des Vorstands Mitglied.

### 5.3.2 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung

*Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.*

In der Geschäftsordnung der Krankenhausleitung sind die teilnehmenden Personen benannt und alle Fachbereiche der Klinik vertreten. Die Krankenhausleitung findet einmal monatlich statt, Protokoll wird geführt und eine Tagesordnung ist rechtzeitig festgelegt. Die Belegärzte erhalten das Protokoll nach Genehmigung als Aushang an ihrer Informationstafel. Die nachgeordneten Leitungsebenen erhalten die Informationen über die regelmäßig stattfindenden Leitungssitzungen.

### 5.3.3 Information der Krankenhausführung

*Die Krankenhausleitung wird regelmäßig über Entwicklungen und Vorgänge im Krankenhaus informiert und nutzt diese Informationen zur Einleitung verbessernder Maßnahmen.*

Wöchentlich finden mit den Linienvorgesetzten und Bereichsleitungen Besprechungen mit dem Vorstand statt. Hier werden alle relevanten Informationen ausgetauscht. Zudem gibt es das umfangreiche Berichtswesen, das regelmäßig einen Überblick über das Geschehen gibt. Der Vorstand und auch andere Mitglieder der Krankenhausleitung sind in die laufenden Projekte mit eingebunden. Der Vorstand nimmt einmal jährlich an Teamgesprächen der Mitarbeiter in den Bereichen teil. Auch die beiden Patientenbefragungen und die Mitarbeiterbefragung lieferten Informationen.

### 5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

*Die Krankenhausführung fördert durch geeignete Maßnahmen das gegenseitige Vertrauen und den gegenseitigen Respekt gegenüber allen Mitarbeitern.*

Vertrauensfördernde Maßnahmen zwischen dem Vorstand und den Mitarbeitern werden gemeinsam mit der Mitarbeitervertretung erarbeitet. Am Jahresende gibt es eine Planung mit Festlegung der Termine für das folgende Jahr. Der Vorstand nimmt an gemeinsamen Veranstaltungen teil. In der Hauszeitung und Rundschreiben werden regelmäßig aktuelle Informationen veröffentlicht. Die berufliche Weiterbildung wird externe Qualifikationsmaßnahmen wie Messen, Fachkongresse, Weiterbildungen gefördert. Andachten und Besinnungszeiten können während der Arbeitszeit besucht werden.

## 5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben

*Rechte und Ansprüche von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen werden krankenhausesweit respektiert und berücksichtigt.*

### 5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

*Im Krankenhaus werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt.*

Im Leitbild unserer Einrichtung betonen wir die Ausrichtung an den christlichen Werten. Im Verwaltungsrat ist ein Pfarrer der evangelisch-lutherischen Kirche vertreten, der auch den Arbeitskreis "Klinische Ethikberatung" leitet. Dieser trifft sich mindestens viermal jährlich und ist berufs- und hierarchieübergreifend besetzt. Unsere Klinikseelsorgerin besucht die einzelnen Bereiche und ist für Patienten, Angehörige ebenso wie für Mitarbeiter ansprechbar. Zudem wird sie auch auf Anforderung tätig. Hierzu gibt es ein Faltblatt mit Antwortformular.

#### 5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

*Im Krankenhaus werden Bedürfnisse sterbender Patienten und ihrer Angehörigen systematisch berücksichtigt.*

Sterbenden wird eine Unterbringung im Einzelzimmer ermöglicht und der Umgang ist durch persönliche Zuwendung geprägt. Auf Wunsch kann eine Begleitperson aufgenommen werden. Den Angehörigen wird ausreichend Zeit zur Verabschiedung gewährt. Seelsorger können in die Begleitung mit einbezogen werden. Vor allem in der Geriatrie werden Patientenverfügungen berücksichtigt. Zudem existiert eine Zusammenarbeit mit dem palliativ arbeitenden Christophoruspflegeverein.

#### 5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

*Im Krankenhaus gibt es Regelungen zum adäquaten Umgang mit Verstorbenen und deren Angehörigen.*

Es gibt einen Standard zum Umgang mit Verstorbenen, in dem auch die Angehörigen mit einbezogen sind. Ziel ist eine würdige Verabschiedung von den Verstorbenen zu ermöglichen. Durch angemessene zeitliche und räumliche Regelungen ist es möglich im Patientenzimmer oder der Aussegnungshalle Abschied zu nehmen. Dem Wunsch nach seelsorgerlicher Begleitung kann jederzeit nachgekommen werden. Auch Gläubigen anderer Religionen wird eine Abschiedsfeier im Rahmen des Möglichen gestattet.

## 6 Qualitätsmanagement

### 6.1 Umfassendes Qualitätsmanagement

*Die Krankenhausführung stellt sicher, dass alle Krankenhausbereiche in die Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements eingebunden sind.*

#### 6.1.1 Einbindung aller Krankenhausbereiche in das Qualitätsmanagement

*Die Krankenhausführung ist verantwortlich für die Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements.*

Das Qualitätsmanagement wird basierend auf dem Leitbild als Führungsaufgabe und somit als Bestandteil der Aufgaben aller Führungskräfte in Klinik und Verwaltung verstanden. Die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagement liegt in der Verantwortung der Steuerungsgruppe, in der der Vorstand sowie alle Leitungskräfte der verschiedenen Abteilungen vertreten sind. Organisation und Leitung dieser Gruppe hat die Qualitätsmanagementbeauftragte (Stabsstelle des Vorstands). Interdisziplinäre Qualitätszirkel bearbeiten Verbesserungspotentiale.

#### 6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

*Das Krankenhaus entwickelt, vermittelt und setzt Maßnahmen zur Erreichung von Qualitätszielen um.*

Das Leitbild bildet die Grundlage für die Planung der Qualitätsziele. Die Qualität der Leistungen soll kontinuierlich weiterentwickelt und verbessert werden. Das Arbeiten in Qualitätszirkeln, die hierarchie- und berufsgruppenübergreifend besetzt sind, sollen den Austausch fördern und das Verständnis für die Belange anderen Berufsgruppen stärken. Der Blick soll von der individuellen Arbeitssituation auf einen prozesshaften und ganzheitlichen Ansatz ausgeweitet werden. Die Umsetzung wird durch die Vorgesetzten mit Unterstützung der Qualitätsmanagements erreicht.

## 6.2 Qualitätsmanagementsystem

*Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.*

### 6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

*Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.*

Das Qualitätsmanagement (QM) wird als Führungsaufgabe und somit als Bestandteil der Aufgaben aller Führungskräfte angesehen. Ein hauptamtlich Verantwortlicher besetzt die Stelle des Qualitätsbeauftragten, eine Stabsstelle des Vorstands. Zudem gibt es vier Qualitätsberater in den verschiedenen Abteilungen, die teilweise für Qualitätsaufgaben freigestellt sind. In der Steuerungsgruppe, besetzt durch alle Führungskräfte sowie dem Vorstand, werden alle QM-relevanten Entscheidungen getroffen. Durch Qualitätszirkel sind Mitarbeiter eingebunden.

### 6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

*Im Krankenhaus werden regelmäßig und systematisch Methoden der internen Qualitätssicherung angewandt.*

Alle Aktivitäten der internen Qualitätssicherung sind darauf ausgerichtet, die Ergebnisse und Daten in einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu nutzen. Dazu werden vielfältige Methoden und Maßnahmen genutzt, wie z.B. Patienten- und Mitarbeiterbefragungen und regelmäßige Qualitätsarbeit in den Qualitätszirkeln, den KVP-Teams (kontinuierlicher Verbesserungsprozess). Die gesetzlichen Qualitätsberichte werden patienten- und kundenorientiert unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse der internen und externen Qualitätssicherung erstellt.

### 6.3 Sammlung und Analyse qualitätsrelevanter Daten

*Qualitätsrelevante Daten werden systematisch erhoben, analysiert und zu qualitätsverbessernden Maßnahmen genutzt.*

#### 6.3.1 Sammlung qualitätsrelevanter Daten

*Über die gesetzlich vorgeschriebene externe Qualitätssicherung hinaus werden qualitätsrelevante Daten systematisch erhoben und analysiert.*

Das Krankenhaus beteiligt sich an der gesetzlichen Dokumentation zur externen Qualitätssicherung (QS). Hier werden zusätzlich zu den gesetzlich vorgeschriebenen Daten auch noch die Qualitätsdaten zu Leistenhernien- und Appendektomieeingriffe erfasst. Weitere qualitätsrelevante Daten, wie z.B. der Barthel-Index, Infektionen durch multiresistente Keime werden analysiert. In der Geriatrie werden Patientendaten in der Patientendatenbank „Geridoc“ erfasst und vierteljährlich mit Benchmarkdaten ausgewertet.

#### 6.3.2 Nutzung von Befragungen

*Regelmäßig durchgeführte Patienten- und Mitarbeiterbefragungen sowie Befragungen niedergelassener Ärzte werden als Instrument zur Erfassung von Patienten- und Mitarbeiterbedürfnissen und zur Verbesserung der Patientenversorgung genutzt.*

Die Krankenhausleitung hat die Durchführung der Mitarbeiterbefragung und der Patientenbefragungen (getrennt nach Geriatrie und Belegklinik) veranlasst um die Wünsche und Anforderungen der Patienten und Mitarbeiter besser kennen zu lernen. Es wurden bei der Patientenbefragung bewusst zwei Befragungen durchgeführt, da so, bedingt durch die Verschiedenheit der Bereiche, die Validität der Ergebnisse besser gewährleistet wurde. Verbesserungspotentiale aus den Befragungen werden in den verschiedenen Arbeitsgruppen bearbeitet und Arbeitsaufträge erteilt.

#### 6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

*Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.*

Für das Beschwerdemanagement ist eine Beschwerdebeauftragte als Stabsstelle des Vorstandes benannt. Die Information der Patienten und Mitarbeiter geschieht über den Bogen "Ihre Meinung ist uns wichtig", der im Briefkasten am Empfang eingeworfen oder direkt den Mitarbeitern gegeben werden kann. Dieser Bogen wird beim Aufnahmeprozess an die Patienten verteilt. Erfolgt die Beschwerde nicht anonym wird sie im festgelegten Zeitraum bestätigt, Verbesserungspotentiale mit den betroffenen Mitarbeitern erarbeitet sowie umgesetzt und dem Beschwerdeführer rückgemeldet.

## 6.4 Externe Qualitätssicherung nach §137 SGB V

*Die Daten der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V werden systematisch erhoben und die Auswertungen zu qualitätsverbessernden Maßnahmen genutzt.*

### 6.4.1 Beteiligung an der externen Qualitätssicherung

*Das Krankenhaus beteiligt sich an den gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung.*

Das Krankenhaus beteiligt sich fristgemäß und vollumfänglich an allen gesetzlich vorgeschriebenen und praktisch umgesetzten Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung. Hierzu sind die technischen und personellen Verantwortlichkeiten geregelt. Auch über die gesetzlichen Verpflichtungen hinaus erfolgt die Teilnahme an weiteren qualitätssichernden Maßnahmen.

### 6.4.2 Umgang mit Ergebnissen der externen Qualitätssicherung

*Das Krankenhaus analysiert systematisch die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung und legt ggf. notwendige Konsequenzen fest.*

Die Ergebnisse der gesetzlichen und freiwilligen Qualitätssicherung werden an alle betroffenen Mitarbeiter, den Vorstand und das Qualitätsmanagement durch das Medizincontrolling weitergeleitet. Diese Daten werden mit den Verantwortlichen diskutiert und ggf. Maßnahmen eingeleitet. Die Veröffentlichung der Ergebnisse geschieht über den Qualitätsbericht, der auf der Homepage der Öffentlichkeit zugänglich ist.