



Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen



waldkrankenhaus  
ST. MARIEN

*...für den Menschen!*

**proCum Cert /**  
**KTQ - QUALITÄTSBERICHT**

**Krankenhaus: Waldkrankenhaus St. Marien gGmbH**

Institutionskennzeichen: 260950066

Anschrift: Rathsberger Str. 57, 91054 Erlangen

**Ist zertifiziert nach proCum Cert inklusive KTQ®**

**durch die KTQ®-akkreditierte Zertifizierungsstelle:**

**proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft**

**mit der Zertifikatnummer: 2010-0005-ERLA-11-K-002166**

**Gültigkeit vom: 28.06.2010**

**bis: 27.06.2013**

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.....	25
7 Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus.....	27
8 Verantwortung gegenüber der Gesellschaft.....	28
9 Trägerverantwortung.....	29

## 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 und die Deutsche Gesellschaft zur Zertifizierung von Managementsystemen (DQS).

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](http://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 und alternative Wohnformen.

Gesellschafter der KTQ® sind die Bundesärztekammer (BÄK), die Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Deutsche Pflegerat (DPR), der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e.V. (HB) und die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene<sup>1</sup>. 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, von Praktikern entwickelten Kriterien, die sich auf die Patientenorientierung, die Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit, das Informations- und Kommunikationswesen, die Führung und das Qualitätsmanagement der Einrichtung beziehen.

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

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

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

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

---

<sup>1</sup> zu diesen zählen: Verband der Ersatzkassen e. V., AOK-Bundesverband, BKK-Bundesverband, IKK-Bundesverband, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Die 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 **Waldkrankenhaus St. Marien gGmbH** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen - einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

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

Dr. med. G. Jonitz  
Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann  
Für die Spitzenverbände  
der Krankenkassen

Dr. med. B. Metzinger, MPH  
Für die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

Andreas Westerfellhaus  
Für den Deutschen Pflegerat

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](http://www.waldkrankenhaus.de) im Internet besuchen. Hier finden Sie neben zusätzlichen Informationen über unser Haus auch den Kontakt zu Ihrem jeweiligen Ansprechpartner.

Günther Brütting  
Geschäftsführer

# Die Kategorien

# 1 Patientenorientierung

KTQ:

## Rahmenbedingungen der Patientenversorgung

Die **Aufnahmeplanung** und entsprechende Einbestellung unserer Patienten erfolgt über die Sekretariate der jeweiligen Fachabteilung. 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](http://www.waldkrankenhaus.de)) ausgiebig informieren. Die Anfahrt ist gut ausgeschildert und das Haus auch mit öffentlichen Verkehrsmitteln sehr gut zu **erreichen**. Ein großes Parkhaus steht zur Verfügung. Im Eingangsbereich unseres Hauses befinden sich zwei Informationsstellen, wobei eine rund um die Uhr besetzt ist, um Patienten und Besuchern jederzeit Auskunft zu geben. Ein klar gegliedertes Wegeleitsystem weist unseren Patienten und Besuchern den Weg. Transportstühle stehen an beiden Eingängen bereit.

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 ermöglichen abteilungsspezifisch konkretisierte Anweisungen/Behandlungsprozeduren ein qualitätsgesichertes Vorgehen. Im Pflegebereich ist eine fachübergreifende Pflegestandardgruppe installiert, die sich regelmäßig trifft, um neue Standards zu erarbeiten und bestehende zu aktualisieren.

Aufnahme- und Aufklärungsgespräche dienen dazu, die **Patienten ausgiebig zu informieren und an der Behandlung zu beteiligen**. 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. Überall liegt unsere Patienteninfomappe aus, die über Tagesabläufe und Wichtiges informiert.

Die Räumlichkeiten, Ausstattung und **Serviceangebote** sind patientenorientiert. Patienten stehen u. a. eine Cafeteria, die Kapelle, viele Aufenthaltsräume und der Patientengarten zur Verfügung. In allen Wartebereichen werden Getränke und Zeitschriften angeboten. Die Patientenzimmer sind großzügig und hell gestaltet. Besuche sind innerhalb der großzügig ausgelegten Besuchszeiten oder nach Absprache möglich. Eine den Bedürfnissen und dem Gesundheitszustand jedes Einzelnen entsprechende **Ernährung** wird gewährleistet. Bei Besonderheiten, z.B. Allergien, wird die Diät- und Ernährungsberatung hinzugezogen. Täglich werden mittags und abends 3 Menüs angeboten (Vollkost, leichte Vollkost, vegetarisch), Wahlleistungspatienten können zusätzlich aus einem Menüplan mit 6 Hauptgängen wählen. Die Bestellung erfolgt durch das Pflegepersonal über ein Essenskartensystem, 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. Alle Fachabteilungen arbeiten bei Bedarf bei der Diagnostik und Behandlung unserer Patienten sehr eng und zeitnah zusammen. Bereits bei der stationären Aufnahme des Patienten wird ein Diagnostik- und Behandlungsplan erstellt und ggf. in fachrichtungsübergreifender bzw. konsiliarischer Zusammenarbeit konkretisiert. Eine besonders intensive **Kooperation** verschiedener Fachdisziplinen und Berufsgruppen besteht im Rahmen des zertifizierten Prostatakarzinomzentrums sowie in der Klinik für geriatrische Rehabilitation und innerhalb des Palliativteams.

### **Notfallaufnahme**

Unsere Notaufnahme ist auf der Intensivstation integriert, wodurch eine fachärztliche, fachrichtungsübergreifende Versorgung ermöglicht ist. Für die **Erstdiagnostik und Erstversorgung** steht dort ein Behandlungsteam rund um die Uhr zur Verfügung. Für die Patienten wird sowohl von ärztlicher als auch von pflegerischer Seite ein 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 Versorgung**

Eine **ambulante Regelbehandlung** findet überwiegend in den Privatambulanzen der Kliniken statt. **Ambulante diagnostische Eingriffe** finden regelmäßig in den Kliniken für Innere Medizin statt (z.B. Spiegelungen, Herzkatheteruntersuchungen). Die Orthopädische Universitätsklinik bietet zusätzlich zur Privatambulanz für alle 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 den Haupt-OP angebunden, d.h. die Funktionsabläufe während der OP unterscheiden sich nicht vom Ablauf stationärer Patienten. Die präoperative Vorbereitung (Indikationsstellung, Aufklärung, Befundsichtung) und ggf. auch die Nachsorge sind in die Ambulanzen des Haupthauses integriert. Patientenorientierung ist bei allen Abläufen oberste Prämisse, so können z.B. der Patient und die Begleitperson bis zum OP-Vorbereitungsraum und auch direkt anschließend im Aufwachraum zusammen sein.

### **Stationäre Versorgung**

Patienten, die zur stationären Aufnahme kommen, melden sich in unseren zentral gelegenen Aufnahmeräumen an. Dort erhalten sie mündliche und schriftliche Infor-

mationen zu ihrem Aufenthalt. Im EDV-Klinikinformationssystem werden die Patientendaten zentral erfasst und allen 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 enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Pflegekräften, Therapeuten und den Funktionsabteilungen in Absprache mit dem Patienten koordiniert. Die Anforderung von diagnostischen Untersuchungen und Maßnahmen erfolgt primär per EDV oder auf standardisierten Anforderungsformularen. Das ausgebaute Krankenhausinformationssystem verkürzt dabei den Informationsfluss erheblich. Die Anpassung oder Änderung des Behandlungsprozesses erfolgt durch die täglichen Visiten, durch die Koordination mit den beteiligten Berufsgruppen und durch den Patienten selbst.

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 und geriatrische Rehabilitation 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 hauseigenen Apotheke erstellt wird. Ein speziell qualifizierter schmerztherapeutischer Konsiliardienst unterstützt die Ärzte der Fachabteilungen bei Bedarf mit einer speziellen Schmerztherapie, so dass unsere Patienten nach einem schweren Eingriff oder bei chronischen Schmerzen möglichst schnell weitestgehend schmerzfrei sind.

In allen Fachabteilungen erfolgt eine durchdachte Planung der Einbestellungen und **Operationen/Eingriffe**. Der Facharztstandard und die OP-Bereitschaft sind rund um die Uhr gewährleistet. 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 für uns selbstverständlich.

Die täglichen **Visiten** sind ein elementarer Bestandteil der Patientenbehandlung. Die Patienten kennen den Zeitrahmen für die Visite und können sich in ihrer Tagesplanung darauf einstellen. Die Visiten werden von Ärzten und Pflegekräften gemeinsam durchgeführt, in verschiedenen Abteilungen 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.

Wir haben ein Konzept der Ambulanten OP-Vorbereitung entwickelt mit dem 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 OP-Indikation, OP-Terminvergabe, 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 Belegärzten und Konsiliarärzten erfolgt die poststationäre Weiterbetreuung in der Praxis.

**Teilstationäre** Behandlungsangebote sind für uns nicht relevant.

### **Übergang in andere Bereiche**

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 mit jedem Patient geführt, Angehörige werden bei Bedarf und auf Wunsch mit einbezogen. Bei der Entlassung werden alle 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 ausführlicher 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 reibungslose **kontinuierliche Weiterbetreuung** sicher, indem wir frühzeitig Kontakt mit dem Weiterbehandler aufnehmen und so früh wie möglich 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.

### **Sterben und Tod**

Wir legen großen Wert darauf, dass die **Sterbenden** in unserem Haus **angemessene Begleitung** erfahren und ihren Lebensweg in Würde und Hoffnung vollenden können. Sowohl ärztliche als auch 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. Unsere Klinikseelsorger 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 regelmäßig einmal im Monat statt. Auch unsere Ordensschwestern 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 Begleitung, Betreuung und Überwachung durch unsere qualifizierten Mitarbeiter der Stationen und des zentralen Patiententransportdienstes. Darüber hinaus erfahren unsere Patienten auf Wunsch **besondere Zuwendung und Präsenz** durch die Klinikseelsorge und die Ordensschwwestern. 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 Ermutigung und der Vermittlung von Zuversicht. Bei Bedarf steht immer 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 in der warmen Jahreszeit von Patienten und Besuchern viel genutzt. In den Patientenzimmern stehen alle modernen Medien zur Verfügung.

Der **seelsorglichen Begleitung** von Patienten und Angehörigen geben wir in unserem Haus einen hohen Stellenwert. Alle Mitarbeiter haben Verständnis für die Sorgen und Ängste der Patienten und deren Angehörigen und helfen **bei der Krankheitsbewältigung**. Darüber hinaus nehmen sich unsere Klinikseelsorger und Ordensschwwestern den Bedürfnissen der Patienten an. Gebete begleiten auf Wunsch unserer Patienten den Krankenhausaufenthalt. Bereits bei der Aufnahme werden die Patienten über die Angebote der Seelsorge informiert. Die Seelsorger besuchen regelmäßig die Patienten auf Station und bieten Hilfe und Gespräche an. Das vielfältige Gottesdienstangebot und das Angebot der Krankenkommunion / Krankensalbung steht allen offen. Alle Gottesdienste können auch im Patientenzimmer über den Fernseher empfangen werden.

**Patienten mit nicht christlichem kulturellen und religiösen 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 thematisiert. 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 gewährleisten eine optimale Versorgung. Darüber hinaus behandeln wir ausdrücklich auch Patienten mit besonderem sozialem Betreuungsbedarf wie z.B. Obdachlose.

Unsere Mitarbeiter sind für die **Behandlung und den Umgang mit 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 sind mit vielen farbenfrohen Bildern und Bastelarbeiten geschmückt, Spielsachen und Bücher sind reichlich vorhanden. Die räumlichen Gegebenheiten und die Ausstattung erfüllen besonders strenge Sicherheitsrichtlinien, die regelmäßig überprüft werden.

Die **Palliativbehandlung** erfolgt dezentral vornehmlich auf 2 Stationen mit onkologischem Schwerpunkt. Für die Beratung Angehöriger unheilbar Kranker bzgl. der **weiteren Betreuung** nach dem Krankenhausaufenthalt 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) sichert die Verzahnung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung.

## 2 Mitarbeiterorientierung

KTQ:

### Personalplanung

In den Bereichen des Hauses sind, 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 aktuellen Facharztquote von 55 % und einem Anteil examinierter Pflegekräfte von derzeit 95 % erfüllen wir unsere eigenen hohen Qualitätsanforderungen.

### Personalentwicklung

Wichtige Aufgabe aller Führungskräfte des Hauses ist die **Personalentwicklung**, d.h. die gezielte Unterstützung und Förderung der Mitarbeiter. Strukturierte Mitarbeitergespräche dienen dazu, Geleistetes gemeinsam zu reflektieren und berufliche Perspektiven abzustimmen. Fester Bestandteil dieser Gespräche ist die Planung der persönlichen **Weiterqualifizierung** des Mitarbeiters, so z.B. mithilfe von Fort- und Weiterbildungen. Die Analyse der Arbeitsaufgaben und die Erarbeitung von Stellenbeschreibungen dienen der Sicherstellung, dass jeder Mitarbeiter für seinen Aufgabenbereich entsprechend qualifiziert und am richtigen Platz innerhalb der Klinik eingesetzt ist. Im Organigramm des Krankenhauses ist die organisatorische Einordnung der Stelle klar geregelt, die Stellenbeschreibungen zeigen die erforderlichen Qualifikationen, die Aufgabenbeschreibungen und die Kompetenzen auf. Neubesetzungen von Stellen basieren auf dieser Grundlage.

Die **Einarbeitung neuer Mitarbeiter** 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 abteilungeigenes Weiterbildungscurriculum für Ärzte mit Einführung in Diagnostik und Behandlungsmethoden der Abteilung.

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.

Um eine hochwertige Patientenversorgung nach aktuellen Erkenntnissen zu ermöglichen, nehmen alle Mitarbeiter regelmäßig die Angebote der **Fort- und Weiterbildung** wahr. Die Angebote orientieren sich an den erforderlichen Qualifikationen der jeweiligen Tätigkeit, an den Bedürfnissen der Mitarbeiter und den Anforderungen des Betriebes. Berücksichtigt werden weiter gesetzliche Vorgaben und nach Möglichkeit die Wünsche der Mitarbeiter.

Zur Finanzierung der unterschiedlichen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen stellt

das Haus ausreichend Mittel zur Verfügung. Hierzu existieren abteilungsbezogene Fortbildungsbudgets, die von der jeweiligen Leitung verplant und abgerufen werden können.

Je nach Anforderung stehen drei verschiedene Schulungsräume für Fortbildungsveranstaltungen zur Verfügung. Fachzeitschriften für alle Bereiche werden zentral über einen Fachverlag koordiniert und geliefert. Zusätzliche abteilungsspezifische Literatur wird über den jeweiligen Chefarzt in den Bibliotheken zur Verfügung gestellt. Allen am EDV-Netz angemeldeten Benutzern ist der Zugang zum Intranet und Internet möglich.

### **Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern**

Orientierung im täglichen Umgang miteinander geben uns die Aussagen des Leitbildes sowie die aktuell 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. Notwendige Überstunden werden von den Vorgesetzten angeordnet und mit Freizeit abgegolten.

Alle Mitarbeiter sind aufgefordert, durch **Ideen und Vorschläge** ihren Arbeitsplatz positiv mit zu gestalten. **Wünsche**, Kritik und Anregungen von Mitarbeitern werden ebenfalls sehr 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.

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 gegenseitiges Feedback.

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 feierlicher Form in den Qualitätsbericht Waldkrankenhaus St. Marien gGmbH Erlangen

lichem Rahmen verabschiedet.

Die **Verbundenheit** unserer ehemaligen Mitarbeiter mit dem Haus **fördern** wir, indem wir sie z.B. zu Feiern und Jubiläen einladen. Auf Wunsch erhalten unsere Pensionäre die Mitarbeiterzeitung weiter.

In **persönlichen Krisen** stehen wir allen Mitarbeitern fürsorglich zur Seite. Das Gesprächsangebot der Seelsorger, der Krankenhausleitung, der MAV und insbesondere auch der Ordensschwwestern gilt jederzeit für alle 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 und den Seelsorgern.

## 3 Sicherheit

KTQ:

### Schutz- und Sicherheitssysteme

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 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 Aufklärung, Schulungen und praktische Übungen sollen in erster Linie Brände verhindert, aber auch das richtige Verhalten in einem Brandfall trainiert werden. In allen 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 und ein Beauftragter für Abfall sorgen dafür, 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.

Das Haus ist in den **Katastrophenschutz** gemäß Bayerischem Katastrophenschutzgesetz eingebunden und verfügt daher über einen Katastropheneinsatzplan, der die Aufgaben und Hilfestellungen des Hauses bei z.B. Massenverletzungen bzw. -vergiftungen oder dem Ausbruch gefährlicher Infektionskrankheiten im Detail festlegt. Es ist eine Krankenhauseinsatzleitung benannt, die im Katastrophenfall in Zusammenarbeit mit externen Krisenstäben sämtliche Hilfsmaßnahmen von einer Einsatzleitstelle aus koordiniert.

Der Katastropheneinsatzplan 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 Schulungen für die Mitarbeiter angeboten. Aktualisierungen erfolgen in Zusammenarbeit mit der Fachkraft für Arbeitssicherheit. Für eventuelle Stromausfälle haben wir ein leistungsstarkes Notstromaggregat, das einmal monatlich getestet wird.

### Patientensicherheit

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 für die Klinik für Geriatrie, Expertenstandard Sturz-

prophylaxe), Ausstattungen (z.B. kind- oder altengerecht), Vorgehensweisen (z.B. strukturierte Risiko- und Ressourcenerfassung und –bewertung in der Geriatrie) sowie Personalschlüssel und -qualifikationen unterstützen 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. Einheitliche Notfallausrüstung ist auf allen 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 Verantwortungsbereiche. Die Zuständigen arbeiten u.a. in der Hygienekommission zusammen und haben im gesamten Haus einzuhaltende 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, ein Fachpfleger für Krankenhaushygiene aber auch der Ärztliche Direktor, die Pflegedienstleitung und z.B. die Leitung der Hauswirtschaft. In den einzelnen Fachabteilungen sind zudem eine hygieneverantwortliche Pflegekraft sowie der jeweilige Ärztliche Leiter der Fachabteilung zuständig. Wir verfügen über eine zentrale Sterilgutversorgungsabteilung. Hier werden alle medizinischen Instrumente nach den neuesten Richtlinien hygienisch aufbereitet. In der Klinikküche werden die besonders strengen Hygienerichtlinien vollständig umgesetzt, dokumentiert und regelmäßig kontrolliert.

Wir sammeln mithilfe des eigenen und der externen Labore **hygienerelevante Daten**, die uns Aufschluss über den Hygienestatus im Haus geben. Oberstes Ziel dabei ist es, durch die fortlaufende Überprüfung dieser Informationen eine Gefährdung für Patienten und Mitarbeiter möglichst auszuschließen. Aus diesem Grund werden 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 hygienesichernde 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 allen Bereichen vor. Bei Hygienevisiten und Begehungen 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 Apothekerin und leitenden Ärzten der Fachabteilungen, klar geregelt. Die Beschaffung der Arzneimittel erfolgt über die hauseigene Apotheke, die eine Versorgung mit Arzneimitteln rund um die Uhr 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 alle Mitarbeiter im Intranet verfügbar. Ein umfassendes Qualitätssicherungssystem ist etabliert. 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 relevante 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 unmittelbar 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:

### **Informations- und Kommunikationstechnologie**

Durch die Vernetzung der Arbeitsplätze ist gewährleistet, dass alle Mitarbeiter rund um die Uhr auf die für sie wichtigen Daten zugreifen können und eine Mehrfacherfassung entfällt. Alle erfassten Daten bleiben auf der Datenbank gespeichert und können mit der entsprechenden Berechtigung zu Auswertungszwecken herangezogen werden. Datenverluste werden durch ein mehrstufiges Sicherungssystem vermieden. Eine Dienstvereinbarung sowie Richtlinien geben die Rahmenbedingungen für die **Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie** vor.

### **Patientendaten**

Für eine optimale Patientenversorgung ist es wichtig, dass entscheidende Informationen den Behandlern jederzeit zur Verfügung stehen. Nicht zuletzt deshalb haben wir die **Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten** klar **ge-regelt**. 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 jeder berechtigte Mitarbeiter schnell die benötigten Informationen. Auf jeder Station gibt es speziell geschulte Mitarbeiter, die die Dokumentationsqualität stichprobenartig überprüfen.

Bis auf die Patientenkurve, mitgebrachte Befunde und einzelne Dokumentationsbögen sind alle Patientendaten im EDV-Informationssystem hinterlegt und können so von jedem PC-Arbeitsplatz aus von berechtigten Mitarbeitern mittels Passwort eingesehen werden. Die Patientenakte befindet sich während des Klinikaufenthalts des Patienten auf Station, danach wird sie digital archiviert. Alle 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.

### **Informationsmanagement**

Eine **Information der Krankenhausleitung** ist gewährleistet. Wichtige Instrumente dabei sind das strukturierte Berichts- und 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 in Mitarbeitergesprächen oder mithilfe der Mitarbeiterbefragung die Möglichkeit, ihre Meinung gegenüber der Krankenhausleitung zu äußern.

Die regelmäßige und umfassende **Informationsweitergabe** 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 übersichtlich in einer Tabelle dargestellt. Darin sind für jede Besprechung u.a. Teilnehmer, Inhalt und Dauer erkennbar. 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: elektronische Patientenakte, Krankenhausinformationssystem, E-Mail, Intranet und Internet sind die

wesentlichen Medien.

### **Telefonzentrale und Empfang**

Den erfahrenen Mitarbeitern der Pforte/Information stehen zeitnah sämtliche Informationen (z.B. Telefonlisten, Organigramm, interne Termine/Veranstaltungen) zur Verfügung, so dass sie unter Beachtung des Datenschutzes Auskunft erteilen und Orientierungshilfe sowie weitere **Serviceleistungen** anbieten bzw. **organisieren** können. Über das vernetzte EDV-System sind aktuelle Patientendaten (Name, Vorname, Station, Zimmer) jederzeit abrufbar. Weitere Informationen (z.B. Dienstpläne des Hausdienstes / Bereitschaftsdienstes, Bereitschaftsdienste für EDV, Technik, Seelsorge) liegen in Papierform vor. Die Rufdienste beider OP-Abteilungen werden täglich aktualisiert.

### **Datenschutz**

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. In Gesprächen mit Patienten, Angehörigen oder beim Umgang mit Besuchern achten die Mitarbeiter darauf, dass Dritte ohne ausdrückliche Zustimmung des Patienten keine patientenbezogenen Informationen erhalten. Die Rechtevergabe auf Datenbanken erfolgt durch den Systemadministrator. Ein externer Zugriff auf das Datenetzwerk ist nur über einen gesicherten Zugang möglich.

## 5 Führung

KTQ:

### **Unternehmensphilosophie und -kultur**

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 Umsetzung des Leitbildes wird durch fortgesetzte Aktivitäten der Leitbildgruppe sichergestellt. Ausdruck unserer **Unternehmensphilosophie** sind die aktuell erarbeiteten Führungsleitlinien.

Die Krankenhausleitung sieht die unternehmensinterne Kommunikation mit und zwischen den Mitarbeitern als wesentliche **vertrauensfördernde Maßnahme** an. Die Mitarbeiter werden daher über das Geschehen im Haus informiert, z.B. in Besprechungen, per Rundschreiben, Intranet, Aushängen, in Mitarbeiterversammlungen und in der Mitarbeiterzeitung. 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 kann eine außerordentliche Sitzung kurzfristig einberufen werden.

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 einen katholischen und eine evangelische Krankenhauseelsorger/in sowie unsere Ordensschwestern berücksichtigt. Die Seelsorger sind eng in die Klinikorganisation eingebunden.

### **Strategie und Zielplanung**

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.

Im Rahmen des Wirtschaftsplanes, der jährlich zu erstellen und vom Aufsichtsrat zu genehmigen ist, wird ein Finanz- und Wirtschaftsplan erstellt. Der Finanzplan wird jeweils über einen Zeitraum von 5 Jahren erstellt. Im Finanzplan werden die kurzfris-

tigen und die einzelnen mittel- bzw. langfristigen Investitionen dargestellt und die Finanzierung in den folgenden Jahren geplant.

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 Ordensschwwestern, durch vielfältige ehrenamtliche Tätigkeiten sowie regelmäßige Spenden- und Sponsoringaktivitäten. Unser Haus ist seit Jahren in zahlreiche **Partnerschaften, Kooperationen** und Versorgungsnetzwerke integriert. Die Zusammenarbeit wird gepflegt und auch innerhalb des Hauses, z.B. durch unser Ambulatorium mit Ambulantom Operationszentrum, Facharztpraxen und weiteren Gesundheitsdienstleistern optimal verwirklicht. Zusätzlich bestehen Verträge zur integrierten Versorgung. Wir arbeiten ferner u.a. mit ambulanten und stationären Diensten sowie mit Selbsthilfegruppen zusammen.

### Organisationsentwicklung

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 jeden Mitarbeiter ersichtlich. Zusätzlich gibt es eine Geschäftsordnung für den Geschäftsführer. Dessen Vertretung wurde über die Erteilung von Prokura geregelt. Sämtliche Betriebsbeauftragte sind in einer Übersicht benannt. Bestellungsurkunden und Stellenbeschreibungen ergänzen die Festlegungen.

Für alle **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.

Darüber hinaus gibt es ein geregeltes **Projektmanagement**, über das alle Mitarbeiter Einfluss auf Festlegungen zu den unterschiedlichsten Themen nehmen können. Koordiniert werden Projekte von der QM-Steuerungsgruppe, d.h., es gibt Regeln für die Projektplanung, -durchführung und -kontrolle. Projektergebnisse werden durch die Krankenhausleitung geprüft und freigegeben. Soll eine Thematik nach Projektende kontinuierlich weiterbetreut werden, wird aus der Projekt- eine unbefristete Arbeitsgruppe.

**Innovationsmanagement** zeigt sich bei uns in dem Spannungsbogen aus der gezielten und geprüften Nutzung moderner Ideen und Methoden, ohne dabei auf bewährte Vorgehensweisen zu verzichten. Nachhaltigkeit und unsere christliche Tradition 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** besteht aus Planung und Umsetzung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen.

### Marketing

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. Über die Homepage des Hauses, Abteilungsfaltblätter, Veröffentlichungen in der lokalen Presse und im Bistumsblatt, diverse Veranstaltungen

gen ("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.

### **Risikomanagement**

Unser **Risikomanagement** ist berufsgruppenübergreifend (z.B. Fallbesprechungen, Zählkontrollen im OP) und -spezifisch (z.B. Prophylaxepflegestandards) geregelt. Seit 2009 nutzen wir zudem ein strukturiertes Melde- 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 und nach Möglichkeit abzustellen.

#### *proCum Cert:*

Die Grundsätze unserer **christlichen Unternehmenskultur** sind im Leitbild formuliert, z.B. "Unser Haus will den Kranken, die es aufsuchen, Hilfe auf der Höhe der Zeit leisten und dabei Ort sein und bleiben, an dem der Geist Jesu Christi das Handeln bestimmt und immer wieder neu Gestalt gewinnt." Alle unsere Mitarbeiter wissen um diese Zielsetzung und drücken dies in ihrer täglichen Arbeit aus. Unterstützt werden sie vor allem durch die Klinikseelsorger, unsere Ordensschwestern und Ehrenamtliche, die Patienten und Angehörigen beratend zur Seite stehen. Zur **Pflege der Unternehmenskultur** werden gemeinschaftsfördernde Veranstaltungen sowie innerbetriebliche Fortbildungen zu Themen mit christlich-spirituelltem Bezug angeboten.

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 nach 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. Notwendige Kündigungen führen wir **rücksichtsvoll** und **sensibel** in Zusammenarbeit mit der Mitarbeitervertretung durch. Würde betriebsbedingter Personalabbau einmal unvermeidbar sein, würde in erster Linie die natürliche Fluktuation genutzt.

Ein **besonderer Aspekt unseres klinischen Risikomanagements** ist die Kommunikation nach Zwischenfällen und Behandlungsfehlern sowie die damit verbundene Weiterentwicklung unserer Fehlerkultur. Eine interne, konstruktive Auseinandersetzung mit Fehlern und Konflikten ist bereits im Leitbild gefordert.

## 6 Qualitätsmanagement

KTQ:

### Qualitätsmanagementsystem

Bereits 1999 haben wir uns entschieden, ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem aufzubauen. 2004 und 2007 wurde dieses System erfolgreich überprüft und wir erhalten nun zum 3. Mal für weitere 3 Jahre das Qualitätszertifikat der KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) und der proCum Cert. Die **Organisation** unseres Qualitätsmanagements (QM) ist im QM-Organigramm festgelegt. Ein hauptamtlicher QM-Koordinator plant in Abstimmung mit der QM-Steuerungsgruppe sämtliche QM-Aktivitäten und koordiniert deren Umsetzung. In allen Abteilungen und Bereichen unseres Hauses sind insgesamt 26 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. 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 sämtlicher digital vorliegender Daten möglich ist.

### Befragungen

Besonders wichtig ist uns die Zufriedenheit unserer Patienten. Bis 2007 haben wir daher die Patientenzufriedenheit anhand einer kontinuierlichen Befragung selbst erhoben (jeweils für 3 Monate im Jahr) und ausgewertet. 2009 haben wir mit externer Unterstützung erstmals eine umfassende **Patientenbefragung** durchgeführt, so dass nun auch ein Benchmarking möglich ist. Diese wollen wir zukünftig alle 2 Jahre wiederholen, um Trends erkennen zu können. Die bereichsbezogene Auswertung der Ergebnisse erfolgt anhand eines Leitfadens zur Bearbeitung der Patientenbefragung. In der Klinik für geriatrische Rehabilitation ist zudem eine kontinuierliche Patientenbefragung etabliert.

Erstmalig wird in 2010 eine schriftliche **Einweiserbefragung** für alle Fachabteilungen mithilfe eines spezialisierten, bereits beauftragten Anbieters durchgeführt. Bei der Befragung werden alle ca. 600 Einweiser mit mindestens 5 Einweisungen im letzten Jahr mit der Bitte angeschrieben, einen klar strukturierten und bewusst überschaubar gehaltenen Fragebogen auszufüllen. Diese Befragung wollen wir zukünftig alle 4 Jahre wiederholen.

Ebenfalls alle 4 Jahre führen wir eine schriftliche **Mitarbeiterbefragung** durch, bei der alle durch die MAV vertretenen Mitarbeiter aufgefordert sind, einen 5-seitigen Fragebogen mit 17 Themenbereichen und ca. 100 Einzelfragen auszufüllen. Damit Datenschutz und Anonymität der Mitarbeiter umfassend gewährleistet sind, lassen wir auch diese Befragungen von einem spezialisierten Dienstleister auswerten und die Ergebnisse von diesem im Haus präsentieren.

### Beschwerdemanagement

Die Mitarbeiter sind für Fragen und Anliegen der Patienten offen. Zusätzlich steht unser Beschwerdemanager für **Patientenwünsche, -anregungen und -**

**beschwerden** zur Verfügung. Persönlich, über Meinungskarten oder über die Homepage nimmt er Patientenrückmeldungen entgegen und sorgt für eine schnelle Bearbeitung. Einmal jährlich wertet er alle Rückmeldungen getrennt nach Lob, Anregung und Beschwerde aus. Außerdem setzt sich ein ehrenamtlicher Patientenfürsprecher, der regulär einmal wöchentlich im Haus ist, für die Belange unserer Patienten ein.

### **Qualitätsrelevante Daten**

Wir **erheben und nutzen qualitätsrelevante Daten** mithilfe unseres EDV-Informationssystems möglichst umfassend, da diese aus unserer Sicht wichtige Informationen für die weitere Verbesserung der Behandlungs- und Versorgungsqualität enthalten. Die Verantwortung hierzu liegt bei den Chefärzten. 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 seit 2009 Interne Audits, bei denen hausweit und systematisch Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität durch die QM-Abteilung überprüft werden.

Unser Haus beteiligt sich in vollem Umfang an den vorgeschriebenen **Maßnahmen der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung**. Die Erfassung erfolgt komplett EDV-gestützt im Krankenhausinformationssystem. Alle geforderten Daten werden stets fristgerecht und anonymisiert an die Meldestelle überwiesen. Die Dokumentationsrate beträgt 100 Prozent. Die von der Landesstelle zurückgemeldeten Ergebnisse werden von der Controllingabteilung und von den Chefärzten analysiert und ausgewertet. Die Ergebnisse werden allen Mitarbeitern über das Intranet zugänglich gemacht.

Am Haus ist ferner ein Onko-Zert-zertifiziertes 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 Qualitätsmanagement, in die Betriebsorganisation eingebunden. Die Klinikseelsorger besuchen alle 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 Gottesdiensterlebens rund um die Uhr zur Verfügung. Für vertrauliche Einzelgespräche stehen die Büroräume unserer Klinikseelsorger bereit. Die Erreichbarkeit der **Seelsorger** ist rund um die Uhr **organisiert**. Beide Seelsorger haben eine Zusatzqualifikation für Klinikseelsorge und bilden sich kontinuierlich fort.

In unserem Haus geben wir Raum und Möglichkeit zum religiösen Innehalten, zu Gebet, Besinnung und Gottesdienst. Zusätzlich achten wir darauf, die kirchlichen Feste und Zeiten in unserem Haus entsprechend zu gestalten. Über unsere täglichen Gottesdienstangebote werden die Patienten durch das Seelsorgefaltblatt informiert. Alle Patienten erhalten die Möglichkeit, an den Gottesdiensten teilzunehmen, zusätzlich erfolgt die Übertragung in jedes Patientenzimmer. Die **Angebote unserer Seelsorge** richten sich auch an alle unsere Mitarbeiter. Besinnungstage und Seminare zur Vertiefung des christlichen Glaubens sowie Fortbildungsangebote mit spirituellem Inhalt werden den Mitarbeitern zusätzlich angeboten.

Die **Zusammenarbeit und Verbindung zu 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.

## 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 und gelebt wird. Diese Inhalte werden den Schülern in vielfältiger Weise nahe gebracht.

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 Homepage präsentiert.

Wir **fördern** und ermöglichen **ehrenamtliches bzw. bürgerschaftliches Engagement**. 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. Patientenfürsprecher, Besuchsdienste,.

## 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 erarbeitet. Die Vision lautet: "Wir wollen auch in Zukunft in der Trägerschaft der Franziskusschwestern von Vierzehnheiligen den Menschen, die sich uns als Patienten anvertrauen, medizinische und pflegerische Versorgung auf hohem technischen und menschlichen Niveau mit ausgezeichneter Qualität durch integrierte und leistungsbereite Mitarbeiter garantieren."

Unser Leitbild sowie das Leitbild des Trägers sind Selbstverpflichtung und Auftrag gleichermaßen: Getreu dem Grundgedanken des Ordens wird sich in seinen Einrichtungen besonders der Kranken und Hilfsbedürftigen gewidmet. Darüber hinaus gestaltet der Träger **Vorgaben für die Unternehmensführung** und das Wertemanagement im Haus mit. So werden 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 Chefarzten, Verwaltungsleitern, Pflegedienstleitern und Schulleitern, die Ernennung des Ärztlichen Direktors, die Erteilung und der Widerruf von Prokuren gehören zu den zustimmungspflichtigen Geschäften der Geschäftsführung. Die vorherige Zustimmung des Aufsichtsrates ist einzuholen.

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 sämtliche Corporate-Governance-Prinzipien berücksichtigt. So ist der Aufsichtsrat aktuell mit 5 Mitgliedern besetzt, die u.a. die erforderliche Sachkunde mitbringen und für 4 Jahre ehrenamtlich und unabhängig die **Aufsichtverantwortung** über die Geschäftsführung **wahrnehmen**.