



KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Asklepios Orthopädische Klinik Hohwald
Institutionskennzeichen:	261420011
Anschrift:	Hohwaldstraße 40 01844 Neustadt in Sachsen
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer: durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	2016-0032 KH WIESO CERT GmbH, Köln
Gültig vom:	26.07.2016
 bis:	25.07.2019
Zertifiziert seit:	27.09.2004

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	8
1 Patientenorientierung	9
2 Mitarbeiterorientierung	12
3 Sicherheit	14
4 Informations- und Kommunikationswesen	16
5 Führung	17
6 Qualitätsmanagement	19

Vorwort der KTQ®

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren ist ein spezifisches Zertifizierungsverfahren des Gesundheitswesens für die Bereiche Krankenhaus, Arztpraxen, MVZ, Pathologische Institute, Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Hospize, alternative Wohnformen und Rettungsdienstleistungen.

Gesellschafter der KTQ® sind die Bundesärztekammer (BÄK), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Deutsche Pflegerat (DPR) und die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹. Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

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

- Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit,
- das Informationswesen,
- die Führung des Krankenhauses und das
- Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

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

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



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

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

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009/2. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet 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 die **Asklepios Orthopädische Klinik Hohwald** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter <http://www.ktq.de/> abrufbar.

Dr. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung

Die Asklepios Orthopädische Klinik Hohwald ist Sachsens Fachkrankenhaus für Orthopädie und Rheumaorthopädie. In dem Akuthaus mit 105 Betten in landschaftlich einzigartiger Lage werden alle orthopädischen und rheumaorthopädischen Erkrankungen behandelt. Gesundheit, Erholung und Wohlbefinden für unsere Patienten sowie modernste Medizin und Ausstattung werden in der Asklepios Orthopädische Klinik Hohwald großgeschrieben.



Wir behandeln orthopädisch und rheumaorthopädisch erkrankte Patienten aller Altersklassen. Die stationäre Aufnahme eines Patienten erfolgt zur operativen oder konservativen Therapie, zu einer Spezialdiagnostik oder einer Kombination dieser Möglichkeiten.

Alle Zimmer verfügen über eine ansprechende, komfortable Einrichtung mit Fernseher und Telefon sowie ein eigenes Bad mit Dusche und WC. Unsere Patienten können die wunderschöne Umgebung und Ruhe der Klinik in den verglasten Wintergärten genießen.

Neben einer herausragenden medizinischen Versorgung und einem angenehmen Ambiente legen wir größten Wert auf erstklassigen Service.



Wir kooperieren mit niedergelassenen Orthopäden, mit denen wir seit Jahren vertrauensvoll zusammenarbeiten. Unsere Klinikärzte fahren in der Regel alle 4 Wochen in die Praxen und halten vor Ort Sprechstunden ab. In einer Praxis im Zentrum Dresdens wird die Sprechstunde sogar einmal wöchentlich durchgeführt. Hier besteht auch die Möglichkeit, die OP-Vorbereitung durchzuführen. Damit ersparen wir Patienten unnötige mehrfache Fahrten in die Klinik und können gleichzeitig so früh wie möglich ein Vertrauensverhältnis aufbauen.

Das Haus bildet seit mehreren Jahren in der eigenen Krankenpflegeschule junge Menschen zu Krankenschwestern und Krankenpflegern aus. Es trägt somit direkt zu Professionalität und Qualität in der Pflege bei.

2015 und 2016 hat es die Klinik hat es in die finale Focus-Krankenhausliste geschafft. Im Rahmen der EndoCert®-Initiative wurden für die Versorgung der Patienten mit einem künstlichen Hüft- oder Kniegelenk bundesweit einheitliche Kennzahlen und Qualitätskriterien aufgestellt. Wir haben diese Anforderungen erfolgreich erfüllt und sind nun seit 2014 ein zertifiziertes Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung.



Leistungsspektrum der Klinik

□ **Schwerpunkte der Fachabteilung Orthopädie:**

- **Endoprothetik** der unteren Extremitäten (Hüft-, Knie-, Sprunggelenk) und der oberen Extremitäten (Schulter-, Ellenbogen-, Hand- und Fingergelenke).
- **Rheumaorthopädie**
- **Fußchirurgie**
- **Arthroskopische Operationen** an Schulter-, Ellenbogen-, Hüft-, Knie- und Sprunggelenk.
- **Kreuzbandplastiken**
- **Knorpelzelltransplantationen**
- **Kinderorthopädische Versorgung**
- **Interdisziplinäre Wirbelsäulen Chirurgie** Skoliotherapie, Wirbelsäulen-chirurgie und minimalinvasive und neurochirurgische Wirbelsäulen-chirurgie
- **konservative Schmerztherapie**

□ **Schwerpunkte der Abteilung Anästhesie:**

- Anästhesieambulanz
- Postoperative Schmerztherapie
- Schmerztherapie bei nichtoperativen Patienten
- Anästhesieverfahren mit hohem Anteil an Regionalanästhesien
- Invasives und Noninvasives Monitoring
- Intensivstation

Außerdem sind in der Asklepios Klinik Hohwald noch folgende Einrichtungen vorhanden:

- Physiotherapie (auch als Ambulanz)
- Ergotherapie
- Sozialdienst
- Krankenpflegeschule in Kooperation mit dem IB Medizinische Akademie

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Die Klinik befindet sich inmitten eines Waldgebietes und ist daher nur mit Fahrzeugen erreichbar. Durch die weitläufige Beschilderung ist sie gut zu finden und es gibt einen öffentlichen Bustransfer. Für Patienten, Mitarbeiter und Besucher sind ausreichende kostenlose Parkmöglichkeiten vorhanden. Für Krankentransporte und Rollstuhlfahrer ist eine Liegendeinfahrt vorhanden. Die Patienten bekommen einen Termin zur stationären Aufnahme, wobei je nach Indikation noch eine prästationäre Vorstellung erfolgt. Mit der Einladung erhalten sie weitere Klinikinformationen.

1.1.2 Leitlinien

Ziel ist die Umsetzung standardisierter Abläufe in Medizin und Pflege zur Optimierung des Behandlungsverlaufes. Der Patient wird nach den gültigen Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften, Behandlungspfaden und nach ständig aktualisierten Experten- und Pflegestandards behandelt. Für die Aktualisierung gibt es festgelegte Verantwortliche sowie eine berufsgruppenübergreifende Arbeitsgruppe. Alle Regelungen werden einmal jährlich inhaltlich überprüft und sind allen Mitarbeitern über das Intranet zugänglich. Eine Überprüfung der leitlinienkonformen Behandlung erfolgt z.B. in den Visiten.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Informationsmaterial wird dem Patienten bereits im Vorfeld mit der Einladung ausgehändigt. Darüber hinaus bietet die Klinikhomepage umfangreiche Informationen rund um den Krankenhausaufenthalt. Bei Fragen geben auch gern alle Mitarbeiter der Klinik Auskunft. Bereits bei der ärztlichen und pflegerischen Anamnese werden Gewohnheiten und Wünsche der Patienten erfasst. Angehörige werden, wenn gewünscht in den Behandlungsprozess einbezogen. Der Patient wird über alle Behandlungsschritte vom Arzt und vom Pflegepersonal aufgeklärt. Der ständige Austausch mit dem Patienten stellt die gemeinsame Behandlungsplanung sicher.

1.1.4 Service, Essen und Trinken

Alle Zimmer verfügen über eine ansprechende, komfortable Einrichtung mit Fernseher, Telefon, Safe sowie ein eigenes Bad mit Dusche und WC mit barrierefreiem Zugang. Auf den Stationen existieren Aufenthaltsräume in Form von Wintergärten. Eine gesunde Ernährung für die Patienten trägt entscheidend zum Wohlbefinden und einer schnellen Genesung bei. Daher ist es unser Ziel, die Patienten mit einer abwechslungsreichen und schmackhaften Kost zu versorgen. Wahlessen und vegetarische Gerichte gehören zum täglichen Angebot, wobei individuelle Wünsche berücksichtigt werden.

1.1.5 Kooperationen

Eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung wird in der Klinik durch die Einbeziehung aller Berufsgruppen in den Behandlungsablauf sichergestellt. So finden z.B. interdisziplinäre Konferenzen und Visiten statt. Für Konsiliarität stehen interne und externe Konsiliare für alle Fachbereiche zur Verfügung. Im Interesse einer noch besseren Versorgungsqualität konnten wir uns in 2014 erfolgreich als Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung zertifizieren. Dieses Zentrum umfasst die Versorgung der Patienten mit künstlichen Hüft- und Kniegelenken sowie deren Wechsel.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die Notfallversorgung wird durch einen 24-stündigen Bereitschaftsdienst sichergestellt und durch den diensthabenden Oberarzt verantwortet. Der Facharztstandard ist somit jederzeit gewährleistet. Die Anmeldung der Patienten wird generell von der Rettungsleitstelle oder dem einweisenden Arzt per Telefon von der Rezeption entgegengenommen und an den diensthabenden Arzt weitergeleitet. Die Pflegeanamnese/-planung wird von der übernehmenden Station bei Übernahme erstellt. Der Kontakt zu den Einweisern erfolgt meist im persönlichen Gespräch am Telefon, über Kooperationspraxen und in Veranstaltungen.

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Die Diagnostik und Therapie erfolgt nach den Leitlinien der entsprechenden Fachgesellschaften, so wie nach den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Modernste Geräte wie MRT und CT stehen zur Verfügung. Die Klinik hält mehrere spezialisierte Sprechstunden vor, z.B. Fachambulanzen (Wirbelsäule, Füße etc.). Bei Patienten die von niedergelassenen Orthopäden überwiesen werden, wird bei telefonischer Terminvergabe um die Mitgabe von Vorbefunden gebeten. Zur Sicherung der optimalen Betreuung besteht eine enge Vernetzung zwischen ambulanten und stationären Bereich.

1.3.2 Ambulante Operationen

Die ambulanten Operationen werden bei der präoperativen Anamnese und Aufklärung organisiert und mit dem Patienten besprochen. Dazu stellen sich die Patienten in einer Sprechstunde vor, in welche sie im Vorfeld einbestellt werden. Vorbefunde bringt der Patient, wenn vorhanden, bereits in die Sprechstunde mit. Die Eingriffe werden im OP-Bereich der Klinik vorgenommen. Die Abschlussuntersuchung wird durch einen Facharzt durchgeführt und dokumentiert. Die Weiterversorgung erfolgt nach Absprache mit dem Niedergelassenen und den Informationen im Kurzbrief.

1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

In der ärztlichen Aufnahme erfolgt die Erhebung der Anamnese, welche in die Behandlungsplanung einfließen. In der Pflegeanamnese werden u.a. Gewohnheiten und Wünsche der Patienten erfragt, die bei der Pflege und Versorgung des Patienten berücksichtigt werden. Die notwendige Diagnostik und Behandlung wird durch den verantwortlichen Stationsarzt veranlasst und koordiniert. Der Patient wird über alle Behandlungsschritte umfassend aufgeklärt. Die interdisziplinäre Abstimmung der Therapie erfolgt durch Dokumentation, Visiten, Besprechungen und persönliche Rücksprachen.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Ziel der Kooperation ist eine optimale Patientenversorgung durch Abstimmung der Mitarbeiter aller Berufsgruppen. Die Behandlungs- und Therapieplanung erfolgt durch den behandelnden Arzt. Es werden interdisziplinäre Besprechungen/Visiten durchgeführt und patientenbezogene Absprachen zwischen den Abteilungen getroffen. Die therapeutischen Angebote sind bekannt und können zu festen Zeiten genutzt werden. Andere Therapien (z. B. Ergotherapie) werden individuell mit dem Patienten auf Station abgestimmt. Die Mitarbeiter werden über die Anwendung von Leitlinien der Fachgesellschaften und Standards informiert.

1.4.3 Operative Verfahren

Die OP-Säle der Klinik arbeiten nach einem für alle beteiligten Mitarbeiter verbindlichen OP-Plan, um eine möglichst hohe Saalauslastung zu erreichen. Zur Vorbereitung eines operativen Patienten liegt eine berufsgruppenübergreifende Checkliste vor. Alle Patienten werden über die OP und Anästhesie mittels Aufklärungsbögen aufgeklärt. Der Facharztstandard ist jederzeit gewährleistet. Zur Gewährleistung einer hohen Patientensicherheit im OP setzen wir eine Sicherheitscheckliste sowie Patientenarmbänder ein, um Eingriffs- und Patientenverwechslungen zu vermeiden.

1.4.4 Visite

Die Visite dient insbesondere dem persönlichen Gespräch zwischen Arzt und Patienten. Der Patient wird nach seinem Befinden befragt, der bisherige Behandlungsverlauf und die Planung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen besprochen. Mit der Umsetzung des Schmerzmanagements sind Schmerzschwestern/-pfleger auf den Stationen im Einsatz, die alle postoperativen Patienten laut Anordnung des Anästhesisten betreuen. Die Visitenzeiten werden in der Patienteninformationsmappe oder mündlich bekannt gemacht. Außerdem finden Pflegevisiten mit unserer Nachbarklinik statt.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Die Aufnahmen erfolgen schriftlich oder telefonisch durch niedergelassene Ärzte. Die Patienten erhalten mit ihren Termin zur stationären Behandlung einen prästationären Termin. An diesem Tag erfolgen Aufklärungen für Untersuchungen, Voruntersuchungen sowie notwendige Diagnostik und die gemeinsame Terminierung aller Maßnahmen. Die Einbestellung erfolgt über den Patientenservice und über Sprechstunden. Mit den involvierten Bereichen wie Ambulanz, Röntgen, Labor werden wiederum die Termine abgestimmt. In der Klinik werden keine teilstationären Behandlungen durchgeführt.

1.5.1 Entlassung

Patienten werden entweder nach Hause entlassen oder in den meisten Fällen direkt zur stationären Anschlussheilbehandlung verlegt. Jeder Patient wird im Entlassungsgespräch umfassend über die durchgeführte Versorgung sowie weiterführende Therapien informiert, insbesondere werden anstehende Nachsorgeuntersuchungen besprochen. Der Sozialdienst vereinbart mit Kostenträger und Rehaklinik die Weiterbehandlung. Jedem Patienten wird bereits bei seiner Entlassung aus der Klinik der Entlassbrief für den niedergelassenen Arzt oder Rehaklinik mitgegeben.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Patienten, die aus unserer Klinik entlassen werden, sollen eine entsprechende Pflege und Therapie in der nachfolgenden Einrichtung in gleichwertiger Qualität erhalten. Die komplette Organisation einer Anschlussheilbehandlung bei operativen Patienten übernimmt der Sozialdienst. Die Abstimmung mit z.B. niedergelassenen Ärzten, Rehakliniken und Pflegeeinrichtungen erfolgen im gegenseitigen Austausch, um die stationäre Weiterbetreuung optimal organisieren zu können. Der erforderliche Transportdienst wird in Absprache mit dem Patienten von der Station arrangiert.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Aufgrund des Klinikspektrums als orthopädische Fachklinik ist der Umgang mit sterbenden Patienten äußerst selten. Ziel ist die Betreuung des Patienten unter Berücksichtigung des religiösen, kulturellen und gesellschaftlichen Hintergrundes. Auf Wunsch des Patienten oder der Angehörigen wird ein Seelsorger frühzeitig hinzugezogen, um den Patienten in dieser Grenzsituation des Lebens zu begleiten. Ein entsprechender Standard stellt die fachkundige Betreuung und Begleitung der Sterbenden jederzeit sicher.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Ziel ist ein angemessener Umgang mit Verstorbenen und deren Angehörigen, um diesen eine würdevolle Möglichkeit zur Abschiednahme zu geben. Behandelnde Ärzte, Pflegekräfte und Psychologin stehen für Gespräche/Fragen zur Verfügung. Die Möglichkeit der Betreuung durch einen Seelsorger in unserer Klinik ist ebenfalls gewährleistet. Persönliche, kulturelle und religiöse Wünsche werden jederzeit berücksichtigt und respektiert. Angehörige können in einem von der Betriebsamkeit der Klinik getrennten Raum in ungestörter Atmosphäre Abschied nehmen.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Die systematische Berechnung und Planung des Personalbedarfs erfolgt jährlich unter Berücksichtigung des Leistungsspektrums. Bei veränderter Mitarbeiter- und/oder Budgetsituation erfolgt zeitnah eine Personalanpassung. Für die bestmögliche Betreuung der Patienten wird die fachärztliche sowie die pflegerische Besetzung durch die Dienstplangestaltung gewährleistet. Außerdem wurden Arbeitsbedingungen und Sozialleistungen geschaffen, die optimal auf die Bedürfnisse der Mitarbeiter abzielen. Der Betriebsrat wird bei Einstellungen einbezogen und dessen Zustimmung muss gegeben sein.

2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Die Klinik gibt den Mitarbeitern eine Zukunftsperspektive, indem sie diese entsprechend ihrer Fertigkeiten einsetzt und fördert sowie auf spezielle Weiterbildungswünsche gezielt eingeht. Aus den jährlichen Mitarbeitergesprächen leitet sich der persönliche Bedarf der einzelnen Mitarbeiter unter Berücksichtigung der Ressourcen ab. Wünsche und Ziele der Mitarbeiter werden erfasst und durch die Vorgesetzten geklärt, ob sie inhaltlich mit der Weiterentwicklung der Abteilung abgebildet sind. Mitarbeiterbefragungen geben ein Feedback auch über die Personalentwicklung.

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Für die Klinik existiert ein allgemeines Einarbeitungskonzept, welches generell für alle neuen Mitarbeiter angewendet wird. Darüber hinaus gibt es abteilungsspezifische Einarbeitungschecklisten. Jeder neue MA wird in der Einarbeitungsphase durch einen Mentor des jeweiligen Bereichs unterstützt. Der erste Arbeitstag ist der sogenannte Einarbeitungstag mit Klinikrundgang und Vorstellung des Arbeitsbereiches. Somit erhält der neue Mitarbeiter eine erste Möglichkeit, die Klinik kennenzulernen. Die Zufriedenheit mit der Einarbeitung wird anhand eines Fragebogens überprüft.

2.2.3 Ausbildung

In unserer angegliederten Berufsfachschule für Krankenpflege finden Erstausbildungen und Umschulungen für Pflegeberufe statt. Zur Evaluation der Lehre liegt das Krankenpflegegesetz zugrunde. Die Auswahl der Schüler erfolgt über ein Testverfahren. Die Schüler erhalten zu Beginn der Ausbildung einen Einsatzplan. Die Praxisbereiche werden in unserer Klinik sowie in kooperierenden Krankenhäusern durchlaufen. Es werden regelmäßige Prüfungen über den praktischen und theoretischen Wissensstand durchgeführt. Für die praktische Ausbildung sind Praxisanleiter festgelegt.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Die Klinik sorgt für eine systematische Fort- und Weiterbildung, die sowohl an den Bedürfnissen der Mitarbeiter als auch an denen der Klinik ausgerichtet sind. Der Bedarf an Fort- und Weiterbildungen wird in den jährlichen Mitarbeitergesprächen sowie im Rahmen der Zielplanung systematisch erfasst. Daraus wird dann ein jährliches zentrales Fortbildungsprogramm erstellt. Es wird zwischen internen und externen Angeboten ausgewählt. Eine Überprüfung der Zufriedenheit der Mitarbeiter mit den angebotenen Fortbildungen erfolgte in der Mitarbeiterbefragung.

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Der mitarbeiterorientierte Führungsstil ist im Leitbild der Klinik verankert und hat somit einen hohen Stellenwert. Die Führungskräfte verpflichten sich zu einem Arbeitsklima mit offener Kommunikation und Vorbildwirkung. Die Mitarbeiter werden in Arbeitsgruppen und Projekten zur Mitgestaltung der Krankenhausabläufe und -prozesse eingebunden. Mitarbeitergespräche werden von den Führungskräften 1x jährlich angeboten. Vielfältige Möglichkeiten im Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements werden angeboten.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Das Ziel ist es, die Zufriedenheit der Mitarbeiter mit den betrieblich notwendigen Arbeitszeiten unter Berücksichtigung der gesetzlichen, tariflichen und internen Vorgaben in Einklang zu bringen und gleichzeitig den Versorgungsauftrag zu gewährleisten. Mitarbeiterwünsche in Bezug auf individuelle Regelungen werden nach Möglichkeit berücksichtigt. Dafür steht ein EDV-Dienstplanprogramm zur Verfügung und wird in beinahe allen Bereichen der Klinik genutzt. Die Einhaltung der Arbeitszeiten wird durch die Fachvorgesetzten kontrolliert.

2.3.3 Mitarbeiter, -wünsche und -beschwerden

Die Regelungen zum Betrieblichen Vorschlagswesen und Beschwerdemanagement sollen die Mitarbeiter motivieren, Wünsche und Beschwerden zu äußern. Dabei werden die Ideen und Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der Versorgung/ Steigerung der Zufriedenheit von Mitarbeitern und Patienten genutzt. In unserer Klinik ist an zentraler Stelle ein "Lob- und Kummerkasten" angebracht, in den jeder Mitarbeiter mit oder ohne Absender Kritik oder Lob einwerfen kann. Die eingereichten Vorschläge werden im Intranet für alle Mitarbeiter transparent gemacht.

3 Sicherheit

3.1.1 Arbeitsschutz

Alle Maßnahmen des Arbeitsschutzes werden auf der Grundlage der bestehenden gesetzlichen Forderungen organisiert. Eine externe Fachkraft für Arbeitssicherheit berät die Geschäftsführung zu allen Fragen in Bezug auf Arbeits- und Gesundheitsschutz. Der Arbeitssicherheitsausschuss tagt 4x jährlich. In allen Bereichen sind die Dokumente zum Arbeitsschutz jederzeit zugänglich. Unterweisungen finden auf Grundlage eines Unterweisungsprogramms durch die Vorgesetzten statt. Medizinische Angebotsvorsorgeuntersuchungen werden von einer externen Betriebsärztin realisiert.

3.1.2 Brandschutz

Für die Umsetzung und Überprüfung des betrieblichen Brandschutzes ist der Brandschutzbeauftragte zuständig. Der vorbeugende Brandschutz umfasst in erster Linie Vorkehrungen zur Brandverhütung und die Sicherung der Fluchtwege und Notausgänge. Die gesamte Einrichtung ist mit aktuellen Flucht- und Rettungsplänen ausgestattet. Es sind zahlreiche technische Brandschutzeinrichtungen installiert, welche regelmäßigen Funktionsprüfungen unterzogen werden. Der Alarm- und Einsatzplan beinhaltet die dazugehörigen Brandschutzregelungen. Einmal jährlich erhält jeder Mitarbeiter eine Brandschutzunterweisung.

3.1.3 Umweltschutz

Zur Schonung unserer Umwelt ist Abfallvermeidung ein wichtiges Ziel der Klinik. Schon bei der Warenbestellung wird auf die Umweltverträglichkeit und die Recyclebarkeit geachtet. Abfallstoffe werden nach geltenden Richtlinien getrennt gesammelt. Im Umweltkonzept sind energiesparende Handlungsanweisungen sowie die Umweltziele definiert und im Intranet für alle Mitarbeiter zugänglich. Das Abfallwirtschaftskonzept beinhaltet Handlungsrichtlinien zur Abfallvermeidung und Anweisungen zur vorschriftsgemäßen Verwertung bzw. Entsorgung. Es ist ein Umweltschutzbeauftragter benannt.

3.1.4 Katastrophenschutz

Die Klinik ist im Katastrophenschutz des Freistaates Sachsen eingebunden. Es existiert ein Alarm- und Einsatzplan, in dem der Evakuierungs- und Räumungsplan der Klinik und weitere mögliche Schadenslagen, wie Brandfall, Bombendrohung, Überfall, Havarien usw. geregelt sind. Die Klinikleitung ist als Einsatzleitung benannt bei deren Abwesenheit der diensthabende Arzt. Jährlich wird der Alarm- und Einsatzplan auf Aktualität kontrolliert und mit dem Ordnungsamt der Stadt Neustadt, dem Landratsamt und der Rettungsleitstelle abgestimmt.

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Für hausinterne technische Notfälle gibt es Störmeldeeinrichtungen z.T. am Empfang und z.T. im Technikbereich. Nach Auslösen einer solchen Notfallmeldung wird über das weitere Vorgehen operativ entschieden und die betreffenden Personen oder Bereiche werden nach Plan informiert. Alle Regelungen sind im Intranet hinterlegt. Der Alarm- und Einsatzplan liegt am Empfang und in allen Bereichen vor. Er beinhaltet eine Handlungsanweisung für den Telefondienst, z. B. Alarmierungskette. Die Mitarbeiter werden jährlich zur Vorgehensweise bei hausinternen Notfällen unterwiesen.

3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Unsere Patienten sollen vor Eigen- und Fremdgefährdung unter Wahrung der Persönlichkeitsrechte geschützt werden. Unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben wurden Standards und Verfahrensanweisungen entwickelt. Es erfolgt bereits in der Anamnese eine umfassende Ermittlung und Dokumentation von Ressourcen und Pflegeproblemen, z.B. Einschätzung Sturzrisiko. Daraus werden entsprechende Präventionsmaßnahmen abgeleitet. Die Sicherheit in der Klinik ist auch durch spezielle Türschließmechanismen und einen nächtlichen Wachdienst gewährleistet.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

In der Klinik existiert ein standardisiertes Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement, welches in einem Konzept geregelt ist. Zur Sicherstellung einer zeitnahen Notfallversorgung zu allen Tageszeiten ist ein Notfalltelefon installiert, welches nur für Notfälle zur Verfügung steht. Standardisierte kleine Notfallkoffer und eine umfassende Notfallausrüstung werden vorgehalten, die in kurzen Abständen immer wieder überprüft werden. Reanimationsübungen finden jährlich durch Ärzte des Arbeitskreises Notfallmedizin im Hause statt.

3.2.3 Hygienemanagement

Verantwortlich für die Belange der Krankenhaushygiene ist die Hygienekommission. Es sind zwei hygienebeauftragte Ärzte und eine Hygienefachkraft benannt. Die Hygieneordnung liegt im Intranet vor und wird jährlich aktualisiert. Alle weiteren bereichsspezifischen Hygienepläne sind in der Hygieneordnung verankert. Die Überprüfung der Umsetzung von Hygienevorschriften erfolgt durch die Hygienefachkraft anhand von Checklisten in den jährlichen Begehungen. Die Küche und die Hausreinigung werden durch das Food Safety Institute GmbH betreut. Dieses kontrolliert die Bereiche 2x jährlich unangemeldet.

3.2.4 Hygienerrelevante Daten

Ziel ist es, umfassend und schnell meldepflichtige Infektionskrankheiten zu erfassen und an das Gesundheitsamt zu melden. Meldungen von zu erfassenden und zu meldenden Infektionen erfolgt schriftlich an die Hygienefachkraft anhand eines Infektionsmeldebogens. Der Meldeweg ist in der Hygieneordnung schriftlich geregelt. Der Umgang mit hygienerlevanten Daten und das Meldewesen bezüglich dessen für Infektionserkrankungen wurden in Risikoaudits bewertet. Die Klinik beteiligt sich am Modul der Krankenhausinfektionssurveillance Hand-KISS.

3.2.5 Infektionsmanagement

Ziele des Infektionsmanagements sind die Vermeidung des Auftretens und der Verbreitung von Infektionen sowie die Sicherstellung der Umsetzung von Verordnungen, Gesetzen (IFSG) und RKI-Richtlinien. Es gibt Pflichtweiterbildungen zur Händehygiene für alle Mitarbeiter, um einen hohen Kenntnisstand zu gewährleisten. Zusätzlich befinden sich Händedesinfektionsmittel-Spender mit viruswirksamen Händedesinfektionsmitteln in den Eingangsbereichen der Klinik. Die Besucher werden gebeten, sich die Hände zu desinfizieren. Die Überprüfung erfolgt in jährlichen Begehungen aller Bereiche und durch Umgebungsuntersuchungen gemäß Jahresplan.

3.2.6 Arzneimittel

Die Bereitstellung von Arzneimitteln erfolgt durch eine externe Lieferapotheke. Es sind feste Lieferzeiten festgelegt. Bei unvorhersehbarem Bedarf ist jederzeit die telefonische Anforderung bzw. Beratung sowie eine kurzfristige Lieferung durch die Apotheke möglich. Mind. 2x jährlich sowie bei Bedarf tagt die Arzneimittelkommission. Sie erstellt und aktualisiert die Arzneimittelliste. Es wird ein Arzneimittel-Therapie-Sicherheitscheck im Rahmen des Risikomanagements durchgeführt, um z.B. Wechselwirkungen von Arzneimitteln auszuschließen.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Es liegt ein Qualitätsmanagementsystem zum Umgang mit Blut und Blutprodukten vor. Ziel ist die Gewährleistung der höchstmöglichen Sicherheit für den Patienten bei der Behandlung mit Blut- und Blutprodukten. Die Organisation und Verantwortlichkeiten sind in einem entsprechenden Handbuch festgelegt und im Intranet für jeden Mitarbeiter hinterlegt. Es sind Transfusionsverantwortlicher und Transfusionsbeauftragte benannt. Es erfolgen jährliche Audits und Zusammenkünfte der Transfusionskommission.

3.2.8 Medizinprodukte

Ziel ist die Sicherstellung der Sicherheit, Eignung und Leistung aller Medizinprodukte sowie die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen. Die Abteilung Medizintechnik wird durch eine externe Firma geleitet. Im vorhandenen Organisationshandbuch Medizintechnik sind alle Abläufe beschrieben, die zum Betrieb von Medizintechnik beachtet werden müssen. Ein Medizintechniker überwacht alle zugehörigen Vorgänge. In allen Bereichen der Klinik sind Medizinprodukte-verantwortliche/-beauftragte schriftlich benannt. Alle Mitarbeiter besitzen einen Gerätepass.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1. Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Alle ärztlichen, pflegerischen und administrativen Bereiche haben im Rahmen ihrer Zuständigkeit Zugang zum Krankenhaus-Informations-System. Das System ist 24 h nutzbar und gegen Ausfälle gesichert. Regelmäßig erfolgt eine Datensicherung. Die Mitarbeiter der IT sind über Mobiltelefone während der Regelarbeitszeit jederzeit erreichbar. Anwenderwünsche werden auf Realisierbarkeit geprüft und nach Möglichkeit unter Berücksichtigung ökonomischer Aspekte umgesetzt. Die für die elektronische Patientenakte ausstehenden relevanten Prozesse werden sukzessive in das KIS integriert.

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Ziel ist die systematische Erfassung und Kommunikation aller relevanten Patientendaten, die Gewährleistung der Nachvollziehbarkeit und Transparenz der ärztlichen und pflegerischen Behandlung, die zeitnahe Verfügbarkeit aller Daten sowie die rechtliche Absicherung. Es gibt eine Musterkurve, die auf jeder Station vorhanden ist. Neue Mitarbeiter bzw. Azubis werden in der Pflege durch Praxisanleiter dazu eingearbeitet. Alle Abteilungen verfügen über eine aktuelle Handzeichenliste. Mittels Dokumentationsanalysen und in Pflegevisiten wird die ordnungsgemäße Führung der Patientenakte überprüft.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Es existiert für jeden Patienten eine Akte, die bei jedem Krankenhausaufenthalt weiter ergänzt wird. Dazu wird bei Aufnahme des Patienten die bereits vorhandene Akte aus dem Archiv angefordert, entsprechend der erneuten Behandlung aktualisiert und danach wieder archiviert. Alle, an der Behandlung Beteiligten (z.B. Pflegedienst, Therapeuten etc.) haben Zugriff auf die Patientenakte und dokumentieren zeitnah ihre Maßnahmen. Der uneingeschränkte Zugriff auf Patientenakten ist sichergestellt und in der Archivordnung geregelt. Ein digitales Archiv ist implementiert und digitalisierte Akten sind durch Berechtigte rund um die Uhr abrufbar.

4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Die Klinikleitung nutzt die unterschiedlichsten Besprechungen und Instrumente, um Informationen und wichtige Fakten zu erhalten. Grundlage der Information ist ein umfangreiches Berichtswesen. Dazu zählt z.B. Wirtschaftsplan und Einweiserstatistik. Außerdem stehen im Intranet wichtige Statistiken sowie Protokolle der Gremien für alle zur Einsicht bereit. So ist für die wesentlichen Bereiche eine unmittelbare Kontrolle und schnelle Reaktion möglich. Die Krankenhausleitung ist jederzeit für alle Mitarbeiter persönlich, telefonisch oder per E-Mail zu erreichen.

4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

Die Informationsweitergabe der Klinikleitung an alle Mitarbeiter erfolgt größtenteils über E-Mail und Intranet, um eine schnelle, aktuelle und umfassende Information sicherzustellen. Der Geschäftsführer informiert des Weiteren regelmäßig die Lokalpresse über aktuelle Neuigkeiten. Im Internet können sich Interessierte auf unserer Homepage über die verschiedenen Angebote informieren. Im Rahmen unseres Endoprothetikzentrums der Maximalversorgung finden mindestens einmal jährlich Patientendatenveranstaltungen statt. Die Öffentlichkeitsarbeit der Klinik ist Bestandteil der jährlichen Zielplanung.

4.4.1 Organisation und Service

Die zentrale Auskunftsstelle der Klinik ist die Rezeption im Empfangsbereich. Die Rezeptionsmitarbeiterinnen stellen eine freundliche und kompetente Information der Patienten und Besucher sicher. Es stehen ausreichend Sitzmöglichkeiten, Gepäckwagen und ein Rollstuhl zur Verfügung. Zur Erweiterung des Services für Patienten und Besucher wurde eine Vitrine im Wartebereich aufgestellt. Es werden darin Asklepios-Artikel zum Verkauf angeboten. Für alle neuankommenden Patienten ist die Begleitung auf Station über die Mitarbeiter des Patientenservice organisiert.

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Verantwortlich für den Datenschutz ist der Geschäftsführer, der zur Aufgabenerledigung eine Datenschutzbeauftragte schriftlich bestellt hat. Die Regelungen zum Datenschutz, insbesondere der Schutz von Patienten- und Mitarbeiterdaten, ist im Datenschutzhandbuch festgelegt. Dieses ist für alle Mitarbeiter verbindlich. Die Datenschutzbeauftragte führt jährliche protokollierte Datenschutzbegehungen in allen Bereichen der Klinik durch. Neue Mitarbeiter werden bei Einstellung zum Datenschutz aktenkundig belehrt.

5 Führung

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Grundlage für das klinikinterne Leitbild sind die Unternehmensgrundsätze des Trägers Asklepios Qualität-Innovation-soziale Verantwortung - "Gemeinsam für Gesundheit". Das Klinikleitbild unserer Klinik wurde in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern gemeinsam entwickelt, um einen breit akzeptierten Orientierungsrahmen zur Weiterentwicklung der Klinik zu schaffen. Das Leitbild steht für jeden Mitarbeiter im Intranet zur Verfügung und hängt im Eingangsbereich sowie in allen Arbeitsbereichen aus. Außerdem ist es auf der Homepage und in den Patienteninformationsmappen hinterlegt.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Ziel ist die Erhöhung der Motivation und der Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter zur Verbesserung der Leistung. Grundlage ist das Klinikleitbild und die Führungsgrundsätze. Der mitarbeiterorientierte Führungsstil wird dadurch erreicht, dass die Mitarbeiter in größtmöglichem Umfang einbezogen, umfassend informiert und in strategische Planungen einbezogen werden. Zahlreiche Maßnahmen wurden in enger Abstimmung mit dem Geschäftsführer und dem Betriebsrat umgesetzt z.B. Betriebsjubiläen, Mitarbeitergespräche oder Kinderweihnachtsfeier.

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Ethische Überlegungen, was die Würde und Respekt vor dem Leben betrifft, sind Bestandteil unseres Klinikleitbilds. Für ethische Fragestellungen wurde eine Kooperationsvereinbarung mit einer Klinik in der Nähe und deren Ethikbeirat geschlossen. Ein Vertreter der Krankenhausseelsorge ist im Bedarfsfall als Ansprechpartner bei ethischen Problemstellungen verfügbar. Während der Behandlung nehmen wir kulturelle, religiöse oder weltanschauliche Sichtweisen ernst und gehen individuell auf den Patienten ein.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Die Zielplanung dient als strategisches Steuerungsinstrument und legt die jährliche Unternehmensstrategie fest. Außerdem soll damit die wirtschaftliche und zielgruppenorientierte Ausrichtung der Leistungsstruktur der Klinik unter medizinisch-qualitativen Gesichtspunkten aufgezeigt werden. Zu den Inhalten der Zielplanung gibt es entsprechende Vorgaben. Ein wichtiger Grundsatz ist eine gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit allen externen Partnern. Die Geschäftsführung engagiert sich hierbei persönlich um gute Beziehungen.

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Mit der Wahrnehmung der gesellschaftlichen Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen verbessern wir die Wirtschaftlichkeit der Klinik durch Leistungssteigerung und Kostensenkung. Die Auswahl medizinischer und nichtmedizinischer Kooperationspartner erfolgt nach definierten Kriterien. Darüber hinaus arbeiten wir mit niedergelassenen Ärzten in Kooperationspraxen zusammen, um eine bessere Patientenorientierung zu erreichen. Weiterhin fördern wir Maßnahmen der Prävention in einer evangelischen Kindertagesstätte und Grundschule für eine gesunde Lebensweise.

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Voraussetzung für schnelle Entscheidungswege ist eine effektive Organisationsstruktur, die im Organigramm der Klinik mit Benennung aller Funktionsträger geregelt ist. Ziel ist es, dem Zusammenwirken aller Beteiligten der Klinik einen strukturierten organisatorischen Rahmen zu geben, um somit eine effiziente und für alle Mitarbeiter transparente Organisations- und Hierarchiestruktur festzulegen. Die Organisationsstruktur wird den aktuellen Erfordernissen stetig angepasst, z.B. Neustrukturierung im Wirbelsäulenbereich.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Die Arbeitsweise aller Kommissionen und Gremien einschließlich der Aufgaben, Mitglieder, Besprechungsintervall und Kompetenzen sind in den Geschäftsordnungen sowie in der Besprechungsmatrix geregelt. Damit sind die Grundlagen für eine effiziente und zielorientierte Gremienarbeit sichergestellt. Monatlich trifft sich die Klinikleitung zu Leitungssitzungen, in denen wirtschaftliche, medizinische und unternehmenspolitische Fragen erörtert und Festlegungen getroffen werden. Die Ergebnisse werden den Mitarbeitern auf den vorhandenen Informationswegen transparent gemacht.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

Die Ziele des Innovations- und Wissensmanagements sind es, die Behandlung der Patienten auf den neusten wissenschaftlichen Stand zu leisten und somit Wettbewerbsvorteile zu schaffen. Das Leistungsspektrum sowie Behandlungsmethoden in der Klinik werden ständig erweitert. In der jährlichen Zielplanung werden zunächst die medizinischen Ziele weiterentwickelt und neu definiert. Auf der Grundlage dessen werden notwendige bauliche und personelle Veränderungen, einschließlich erforderlicher Kooperationen geplant. Als Zugang zu Wissensressourcen steht den Mitarbeitern die zentrale Asklepios-Plattform zur Verfügung.

5.4.1 Externe Kommunikation

Alle Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit sind im Konzept Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Klinik zusammengefasst. Ziel ist die langfristige Pflege und Förderung der Beziehungen zur Öffentlichkeit. Neuigkeiten werden auf der Webseite der Klinik, in der Lokalpresse und in Artikeln in der Zeitschrift "Asklepios Team" veröffentlicht. Zusätzlich steht eine kostenlose Servicehotline bereit. Ein strukturierter Kontakt zu Einweisern gestaltet sich z. B. durch Gründung von Kooperationspraxen, Teilnahme unserer Ärzte an Sprechstunden, Klinikpräsentation mittels Werbespot in den Wartezimmern bei niedergelassenen Ärzten.

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Die Klinik hat ein Risikomanagementsystem aufgebaut und etabliert. Dabei geht es darum alle Unternehmensbereiche darauf zu überprüfen ob es Risiken gibt, diese zu identifizieren, analysieren und zu bewerten. Ein anonymes Fehlermeldesystem ist eingerichtet und funktioniert mit einem softwaregestützten Meldewesen. Das Meldeformular ist auf der Startseite des Intranets sofort verfügbar. Die Mitarbeiter sind über die Möglichkeit der Meldung eines Fehlers und unerwünschten Ereignisses informiert. Überprüft wird das Risikomanagement jährlich in internen Audits sowie in Risikoaudits.

6 Qualitätsmanagement

6.1.1. Organisation

Die Klinik hat sehr umfangreiche Strukturen für das Qualitätsmanagement geschaffen. Grundlage des QM-Systems der Klinik ist das Asklepios Modell für Integriertes Qualitätsmanagement, welches den kontinuierlichen Verbesserungszyklus abbildet. Steuerungsorgan des Qualitätsmanagements ist eine berufsübergreifende Lenkungsgruppe. Sie berät, entscheidet über Methode, Vorgehensweise und Planung der Qualitätsmanagementaktivitäten. Das Qualitätsmanagement wird seit vielen Jahren in der Klinik aktiv gelebt und alle MA sind engagiert in die Prozesse eingebunden.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Die Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozesse sind in einer Prozesslandkarte dargestellt. Im Mittelpunkt des Gesamtprozesses stehen unsere Kunden. Dies sind primär die Patienten, aber auch z.B. Kostenträger, Einweiser, Mitarbeiter und Kooperationspartner. Patientenaufnahme, -behandlung und -entlassung sind Kernprozesse und unterliegen damit der kontinuierlichen Verbesserung durch fortlaufende Überprüfung und Optimierung. Die Erstellung der Prozesse erfolgt bereichsübergreifend mit den Mitarbeitern. Prozesse werden unter Beteiligung der Mitarbeiter, die im Prozess arbeiten, erstellt.

6.2.1 Patientenbefragung

Zur Überprüfung der Zufriedenheit der Patienten und Berücksichtigung der Interessen der Befragten wird sowohl eine kontinuierliche interne Patientenbefragung als auch im Abstand von 3 Jahren eine externe Befragung durchgeführt. Die Befragungen erfolgen schriftlich mittels strukturiertem Fragebogen. Infos über die aktuellen Auswertungsergebnisse sind für alle Mitarbeiter der Klinik per Intranet einzusehen. Für die Patienten und Besucher stehen die aktuellen Ergebnisse an der Infotafel vor dem Restaurant, in den Wartebereichen und auf der Homepage zur Verfügung.

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Ziel dieser Befragungen ist die Ermittlung der Zufriedenheit der Einweiser, Lieferanten und externer Einrichtungen sowie das Erkennen von Abweichungen um mögliche Maßnahmen zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung einzuleiten. Konzernweit erfolgt eine einheitliche Befragung der Einweiser im 3-Jahres-Rhythmus in Zusammenarbeit mit einem externen Institut. Für die anderen externen Partner wurden die Fragebögen innerhalb der QM-Lenkungsgruppe erstellt und freigegeben. Über die Ergebnisse werden alle Beteiligten per Infopost informiert.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Die MA-Befragung erfolgt 3-jährlich und wird durch ein externes Befragungsinstitut durchgeführt. Es werden konzernweit einheitliche Fragebögen verwendet, um die Ergebnisse einem Benchmark unterziehen zu können. Darin enthalten sind z. B. Fragen nach der Kommunikation, Fortbildung, Umgang mit Kollegen und Vorgesetzten usw. Der Betriebsrat ist in den gesamten Prozess (Planung, Durchführung, Ergebnispräsentation) involviert. Die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung werden in den Belegschaftsversammlungen präsentiert und im Intranet allen Mitarbeitern zugänglich veröffentlicht.

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Patientenwünsche und Patientenbeschwerden stellen für die Klinik ein wichtiges Potential zur Steigerung der Qualität in der Patientenversorgung dar. Für die Sicherstellung des strukturierten Vorgehens bei Beschwerden existiert das Beschwerdemanagementkonzept. Kontinuierlich haben alle Patienten die Möglichkeit, Beschwerden oder Anregungen über den Beschwerdebogen oder das Personal an die Klinikleitung weiterzugeben. Für die Umsetzung des Verfahrens ist eine Beschwerdemanagerin als Koordinator und Ansprechpartner verantwortlich.

6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Qualitätsrelevante Daten sind identifiziert, Erhebungsmethoden sind eingeführt und werden kontinuierlich verfeinert. Die sich daraus ergebenden strategischen Maßnahmen fließen in den QM-Maßnahmenplan und die Zielplanung ein. Qualitätsrelevante Daten werden von den Verantwortlichen für ihre jeweiligen Bereiche erhoben. Über das Kennzahlensystem sind Trendaussagen möglich, um Optimierungsbedarfe systematisch ableiten zu können. Außerdem sind Schwellwerte für die erfassten Kennzahlen festgelegt und bei Über- oder Unterschreitung erfolgt laut Berichtswesen eine Meldung an die jeweiligen Verantwortlichen.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Die Klinik beteiligt sich an den gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung. Die Umsetzung dieser Vorgaben wird mit dem Einsatz der IT erleichtert. Alle erforderlichen Daten werden durch die behandelnden Ärzte erfasst. Die Dokumentationsrate liegt bei 100 %. Alle Ergebnisse werden in der Klinikleitung besprochen und ausgewertet. Besteht Handlungsbedarf, werden alle beteiligten Mitarbeiter einbezogen. Ein Vergleich der Daten erfolgt anhand des strukturierten Qualitätsberichtes und dem Asklepios Ergebnisqualitätsberichtes.

6.1.1 Organisation