



KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Sächsische Schweiz Klinik Sebnitz
Institutionskennzeichen:	261420033
Anschrift:	Dr. - Steudner-Straße 75 b 01855 Sebnitz
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer: durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	2016-0006 KH WIESO CERT GmbH, Köln
Gültig vom:	13.03.2016
 bis:	12.03.2019
Zertifiziert seit:	22.03.2004

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	6
1 Patientenorientierung	7
2 Mitarbeiterorientierung	10
3 Sicherheit	12
4 Informations- und Kommunikationswesen	14
5 Führung	16
6 Qualitätsmanagement	18

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 Rettungsdiensteinrichtungen.

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 Visitorenteam 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 **Sächsische Schweiz Klinik Sebnitz** 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 Sächsische Schweiz Klinik liegt am Rande des Elbsandsteingebirges in der bekannten Seidenblumenstadt Sebnitz etwa 45 km von der Landeshauptstadt Dresden entfernt. Die Sächsische Schweiz ist als Naturpark sowohl nationalen als auch internationalen Naturliebhabern als Kletter- und Wanderparadies bekannt. Kleine Museen und historische Plätze vermitteln Interessantes und Wissenswertes zur Geschichte. Die Stadt Sebnitz verfügt über ein umfangreiches Kunst-, Kultur- und Sportangebot. Zahlreiche private Gesundheitsbäder runden das Angebot ab.

Das ehemalige Kreiskrankenhaus Sebnitz nahm am 01.04.1996 seinen Betrieb auf und befindet sich seit dem 01.01.1999 als Sächsische Schweiz Klinik Sebnitz im Verbund der Asklepios Kliniken. Es verfügt über 160 Betten, die auf die Abteilungen Innere, Chirurgie, Gynäkologie und Intensivmedizin verteilt sind. Den operativen Fachdisziplinen stehen drei Operationssäle zu Verfügung, in denen allgemein-, unfall- und gefäßchirurgische sowie gynäkologische Operationen durchgeführt werden. Die Mitarbeiter des Hauses sind am Rettungsdienst des Kreises beteiligt; durch die Ausstattung mit modernstem medizinischen Gerät, fachlichen Know-how sowie der Existenz eines Hubschrauberlandeplatzes auf dem Klinikgelände ist eine adäquate Notfallbehandlung jederzeit gewährleistet. Die Patienten sind ausschließlich in Ein- und Zwei-Bett-Zimmern mit Telefon und Fernsehen sowie eigener Nasszelle mit Dusche und WC untergebracht.

Jährlich kommen ca. 6.000 Patienten zur stationären und ca. 10.000 Patienten zur ambulanten Behandlung in die Sächsische Schweiz Klinik Sebnitz. Mehr als 200 Mitarbeiter sind im Haus beschäftigt.

Ausführliche Angaben zu unserem Leistungsspektrum und unserer Klinik können Sie in dem folgenden KTQ-Qualitätsbericht nachlesen bzw. besuchen Sie uns gerne auf unserer neu gestalteten Internetseite unter www.asklepios.com/sebnitz.

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Auf der Homepage der Sächsischen Schweiz Klinik Sebnitz ist die Lage der Klinik, die Wegbeschreibung sowie das Leistungs- und Serviceangebot zu finden. Die Klinik ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln und durch weitläufige Beschilderung gut erreichbar. Es stehen ausreichend kostenlose Parkplätze bereit. Auch im Haus ist ein Wegeleitsystem installiert, bei dem sich an allen wichtigen Punkten Hinweisschilder befinden. Die ständige Aufnahmefähigkeit von Patienten wird durch eine koordinierte Organisation gewährleistet.

1.1.2 Leitlinien

Die Patientenbehandlung in der Sächsischen Schweiz Klinik Sebnitz erfolgt unter Berücksichtigung der neuesten medizinischen und pflegerischen Standards und Richtlinien. Leitlinien dienen als Orientierungshilfen, um die juristische Handlungssicherheit sicherzustellen. Bei der Erstellung ärztliche und pflegerische Standards werden die Leitlinien der Fachgesellschaften zugrunde gelegt. Die Umsetzung der Leitlinien und der hauseigenen Standards werden bei jedem Patienten individuell dokumentiert und überprüft. Im Einzelfall begründet kann von den Vorgaben abgewichen werden mit entsprechender Dokumentation.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Patienten und Besucher erhalten gewünschte Informationen auf der Webseite, am Empfang der Klinik sowie in einer in jedem Patientenzimmer ausliegenden Informationsmappe. Die Orientierung wird durch ein optisch ansprechendes Beschilderungssystem und entsprechend geschultes Personal erleichtert. Für Fragen stehen alle im Haus arbeitenden Mitarbeitern zur Verfügung. Ressourcen und Wünsche des Patienten werden durch gezieltes Erfragen bei der Aufnahme, Visite, sowie in Einzelgesprächen und der Pflegeanamnese erfasst. Jeder Patient wird über alle Behandlungsschritte umfassend vom verantwortlichen Personal aufgeklärt. Die Patienten und auf Wunsch der Patienten auch deren Angehörige werden in die Behandlungsplanung mit eingebunden.

1.1.4 Service, Essen und Trinken

Das Krankenhaus verfügt über 1- und 2-Bettzimmer mit Sanitäranlagen. Außerdem stehen für Privatpatienten und Selbstzahler 3 VIP-Zimmer mit LAN-Internetanschluss zur Verfügung. Darüber hinaus können sich die Patienten im Empfangsbereich der Klinik in das W-LAN-Netz der Klinik einloggen. Alle Zimmer sind mit TV-Geräten und Radio ausgestattet. Die Patienten werden bereits bei der Aufnahme nach individuellen Bedürfnissen befragt. Die Versorgung der Patienten mit Nahrungsmitteln erfolgt über die im Haus befindliche Cateringfirma, welche zur Unternehmensgruppe gehört. Die Bestellung erfolgt über ein elektronisches System, so dass jeder Patient die für sein Krankheitsbild optimale Kostform erhält, wobei individuelle Wünsche berücksichtigt werden. Die Reinigung des Hauses und der Patientenzimmer wird durch eine auf die Belange von Krankenhäusern spezialisierte Firma, welche ebenfalls der Unternehmensgruppe angehört, vorgenommen. So ist ein sehr hoher Reinigungsstandard gewährleistet. Um das Krankenhaus herum sind parkähnliche Grünflächen mit ausreichend Sitzgelegenheiten vorhanden.

1.1.5 Kooperationen

Die Sächsische Schweiz Klinik Sebnitz pflegt umfangreiche Kooperationen und Partnerschaften, um das Leistungsangebot für die Patienten zu optimieren. Die Qualität der Patienten-Versorgung wird in der Klinik maßgeblich durch die Einbeziehung aller Berufsgruppen in den Behandlungsablauf geprägt. So finden z.B. interdisziplinäre Fallbesprechungen und Visiten statt. Ein fest etabliertes Konsiliarwesen sichert, dass auch alle abzuklärenden Nebendiagnosen, welche den Patientenaufenthalt und die Heilung beeinflussen, von entsprechendem Fachpersonal diagnostiziert und therapiert werden.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die Notfallambulanz der Klinik ist rund um die Uhr mit qualifiziertem Personal besetzt. Alle Fachabteilungen stellen die ärztliche Betreuung der ankommenden Patienten sicher, wobei der Facharztstandard stets gewährleistet ist. In Kooperation mit der zentralen Rettungsleitstelle werden notwendig gewordene Weiterverlegungen koordiniert. Der Notarzt übergibt den Patienten direkt an den diensthabenden Arzt und die diensthabenden Pflegekraft. Vorbefunde des Patienten werden nach Möglichkeit genutzt, um unnötige Doppeluntersuchungen zu vermeiden.

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Die Diagnostik und Therapie erfolgt nach vorhandenen Leitlinien der entsprechenden Fachgesell-

schaften, sowie nach den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Bei Patienten von niedergelassenen Ärzten wird bei telefonischer Terminvergabe um Mitgabe von Vorbefunden gebeten. Die Verlaufsdokumentation erfolgt in standardisierten Verlaufsbögen. Zur Sicherung der optimalen Betreuung existiert eine enge Vernetzung zwischen den Fachambulanzen und dem stationärem Bereich.

1.3.2 Ambulante Operationen

Die Durchführung ambulanter OPs orientiert sich an der "Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren". Die ambulante OP wird bereits bei der präoperativen Anamnese und Aufklärung organisiert und besprochen. Die entsprechende Dokumentation erfolgt nach den Vorgaben der Richtlinie. Jeder Patient erhält einen Kurzbrief mit Empfehlungen zur Weiterversorgung für den niedergelassenen Arzt.

1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Zur stationären Diagnostik und Behandlungsplanung wird in der Sächsischen Schweiz Klinik Sebnitz nach den allgemein gültigen diagnosebezogenen Standards und Leitlinien der Fachgesellschaften verfahren. Patienten werden von Beginn des stationären Aufenthaltes an in die Diagnostik- und Behandlungsplanung einbezogen. Im Rahmen der ärztlichen Aufnahme erfolgt die Erhebung der Anamnese. In der Pflegeanamnese werden Bedürfnisse und Wünsche der Patienten erfragt (z.B. Körperpflege). Die notwendige Diagnostik und Behandlung wird durch den verantwortlichen Stationsarzt veranlasst. Er bestimmt die Art der Durchführung, sowie die Dringlichkeit und passt den weiteren Behandlungsverlauf an die Ergebnisse der Diagnostik an. Die interdisziplinäre Abstimmung der Therapie erfolgt durch Dokumentation, Visiten, Besprechungen und persönliche Rücksprachen.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Für die Behandlung wird mit dem verantwortlichen Facharzt und zuständiger Pflegekräfte ein abgestimmter Plan diagnostischer Maßnahme und ein koordinierter Behandlungs- und Therapieplan festgelegt. Die Therapie und Pflegemaßnahmen erfolgen nach Leitlinien. In der Visite wird mit dem Patienten eine Überprüfung aller notwendigen Behandlungsschritte durch das multiprofessionelle Behandlungsteam vorgenommen. Neue Festlegungen werden unter anderem in berufsgruppenübergreifenden Besprechungen unter Hinzuziehung von Fachpersonal anderer Abteilungen getroffen. Die Patientenaufklärung erfolgt umfassend; Aufklärungsbögen liegen in den gängigsten Sprachen vor

1.4.3 Operative Verfahren

Es ist oberstes Ziel aller Beteiligten, die Patienten unter optimalen Bedingungen zu operieren. Der OP-Bereich der Klinik arbeitet nach erstellten und für alle beteiligten Mitarbeiter verbindlichen OP-Plänen. Diese Pläne berücksichtigen alle personellen und technischen Ressourcen, um geplante und Notfalloperationen in optimaler Reihenfolge mit geringen Wechselzeiten und für den Patienten geringen Wartezeiten zu realisieren. Für die Zeit außerhalb des regulären OP-Programms sind alle Voraussetzungen für die OP-Bereitschaft vorhanden. Ein OP-Sicherheitscheckliste nach den Kriterien der WHO wird in der Sächsischen Schweiz Klinik bei jedem operativen Eingriff verwendet.

1.4.4 Visite

Diagnostische und therapeutische Maßnahmen werden während der Visiten reflektiert, der Behandlungsverlauf wird überprüft und bei Bedarf angepasst. Visitenzeiten werden in allen stationären Bereichen als Aushang oder mündlich bekannt gemacht. Die Visite dient insbesondere dem persönlichen Gespräch zwischen Arzt und Patienten. Manche Visiten finden aber auch multiprofessionell statt. Der Patienten wird nach seinem Befinden befragt, der bisherige Behandlungsverlauf und die Planung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen besprochen. Pflegevisiten werden regelmäßig durchgeführt.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Die Terminvergabe für prä- und teilstationäre Maßnahmen erfolgt über die Chefarztsekretariate mittels telefonischen Kontakts mit dem niedergelassenen Arzt bzw. dem Patienten selbst. Die involvierten Bereiche wie Ambulanz, Radiologie und/oder Station werden durch die Chefarztsekretariate informiert. Weiterversorgende Einrichtungen werden durch den Sozialdienst informiert.

1.5.1 Entlassung

Das Krankenhaus sichert eine lückenlose Information für die Weiterbehandlung oder Nachsorge des Patienten. Der Arzt und die Pflegekräfte führen ein Entlassungsgespräch. Wenn es erforderlich ist, organisiert die Sozialarbeiterin eine Weiterbetreuung. Jedem Patienten wird bei seiner Entlassung aus der Klinik ein Kurzarztbrief für seinen Hausarzt mitgegeben. Dieser enthält alle Informationen für die Fortführung der begonnenen Therapien. Für Entlassung in Pflegeeinrichtungen oder den häuslichen Bereich mit Versorgung durch ambulante Pflegedienste wird ein Überleitungsformular benutzt

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Vom Krankenhaus wird eine kontinuierliche Weiterbetreuung des Patienten durch Kooperation mit den weiterbetreuenden Einrichtungen sichergestellt. Der Sozialdienst ermittelt nach ärztlicher Anordnung zusammen mit den Pflegekräften gemeinsam mit dem Patienten und ggf. dessen Angehörigen den Nachsorge- und Beratungsbedarf. Die Entlassung und Weiterbetreuung werden durch den Sozialdienst und der Pflege vorbereitet, wobei eine Abstimmung mit den Patienten, ggf. dessen Angehörigen sowie allen externen (z.B. nachbehandelnder Arzt, stationäre Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Sanitätshäuser, Apotheken) und internen Beteiligten (verantwortlicher Arzt und Pflegekräfte sowie Therapeuten) erfolgt. Alle medizinischen und pflegerischen Daten, die für die Weiterbehandlung notwendig sind, werden schriftlich oder persönlich übermittelt.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Der Umgang mit sterbenden Patienten ist in der Klinik durch qualifiziertes Personal auf hohem Niveau abgesichert. Der sterbende Patient wird in seiner Gesamtsituation wahrgenommen und betreut. Die Pflege und Behandlung erfolgt unter Berücksichtigung der kulturellen Besonderheiten. Dabei werden Wünsche respektiert, die sich u.a. aus den Lebensumständen bzw. Konfessionen ergeben. Die Klinik stellt bei Bedarf Sitzwachen, Einzelzimmer und Beratung der Angehörigen zur Verfügung. Der Sozialdienst der Klinik hält Kontaktadressen z. B. über Institutionen vor, die Sterbebegleitung von Angehörigen anbieten, bereit Auch die Hinzuziehung von Seelsorgern ist möglich. Patientenverfügungen werden, soweit der Inhalt der klinischen Situation entspricht, berücksichtigt.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Beim Umgang mit Verstorbenen wird darauf geachtet, dass die Würde und Individualität des Verstorbenen soweit als möglich gewahrt wird und ein sensibler Umgang mit den Hinterbliebenen gewährleistet ist. Ein angemessener Abschied für Angehörige von den verstorbenen Patienten wird ermöglicht. Einfühlungsvermögen in die Situation der Hinterbliebenen und ein sehr hohes Maß an Professionalität in der Beratung der Angehörigen über die nächsten Schritte sowie Unterstützung wird durch die Klinik angeboten. Eine seelsorgerische Betreuung kann auf Wunsch vermittelt werden.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Der Personalbedarf wird im Rahmen der Zielplanung, welche mit der Konzerngeschäftsführung abgestimmt wird, unter Berücksichtigung der strategischen Festlegungen und Ausrichtungen geplant. Die Klinik verfügt über einen Stamm hochqualifizierten Fachpersonals, welches durch eingerichtete Steuermechanismen zielgerichtet und je nach Bedarf eingesetzt wird. Durch statistische Erhebungen z. B. der Fallzahl, der Betten- oder der OP-Auslastung wird die Personalstärke den sich ändernden Bedingungen ständig angepasst.

2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Die Personalentwicklung der Sächsischen Schweiz Klinik Sebnitz orientiert sich am Leistungsprofil und Bedarf der einzelnen Fachbereiche. Es wird darauf geachtet, dass stets eine ausreichende Anzahl von qualifizierten Mitarbeitern zur Verfügung steht. Die systematische Personalentwicklung liegt im Verantwortungsbereich der jeweiligen Leitungskräfte in Zusammenarbeit mit der Personalabteilung und ist Inhalt der jährlichen Zielplanungen. Eine Betriebsvereinbarung regelt die Durchführung jährlicher Mitarbeiter-Vorgesetztengespräche, die auch dazu genutzt werden, die Wünsche der Mitarbeiter zu ihren beruflichen Entwicklungen zu ermitteln. Die in der Klinik tätigen Mitarbeiter üben entsprechend ihrer Qualifikation und der für ihren Arbeitsplatz geltenden Vorschriften ausschließlich Tätigkeiten aus, zu denen sie berechtigt sind.

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter gibt es ein Einarbeitungskonzept. Mit der Einstellung erhält jeder neue Mitarbeiter der Klinik einen Laufzettel, mit welchem er in allen Bereichen der Klinik vorstellt wird. Somit hat er die Möglichkeit von Anfang an die Bereiche kennenzulernen und sich den neuen Kollegen vorzustellen. Er bekommt so bereits wichtige Hinweise für seine neue Tätigkeit und die Möglichkeit, die Klinik kennenzulernen. Als Mentoren für die Einarbeitung sind die jeweiligen Vorgesetzten eingesetzt. Diese führen mit den Mitarbeitern während der Einarbeitungsphase regelmäßig Gespräche und müssen nach Ablauf der Probezeit eine Einschätzung anfertigen. Die Bereiche verfügen über eigene Einarbeitungschecklisten.

2.2.3 Ausbildung

Die Klinik verfügt nicht über eine eigene angegliederte Ausbildungsstätte. Die Auszubildenden der Pflegeberufe werden in der Partnerklinik in Hohwald unterrichtet. Entsprechend dem Ausbildungsprogramm wird in jeden Fall gewährleistet, dass die Auszubildenden ihre Pflichteinsätze in jeder Fachrichtung absolvieren. Die Theorie-Praxis-Vernetzung ist durch einen monatlichen Informationsaustausch zwischen Schulleitung und Pflegedienstleitung sichergestellt. Die praktische Ausbildung wird durch qualifizierte Mitarbeiter gewährleistet.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Die Fort- und Weiterbildung wird auf die Bedürfnisse der Sächsischen Schweiz Klinik Sebnitz abgestimmt. Alle Mitarbeiter der Klinik haben die Möglichkeit, an internen- und externen Fortbildungsmaßnahmen teilzunehmen. Wünsche der Mitarbeiter werden immer für das kommende Jahr in den Weiterbildungsplan eingearbeitet. Jede Abteilung verfügt über ein eigenes Budget für Fort- und Weiterbildung. Sich kurzfristig ergebender Bedarf an Weiterbildungen wird situativ geprüft und nach Möglichkeit umgesetzt. Pflichtfortbildungen (Z.B. im Bereich der Hygiene und Reanimation) finden für alle Mitarbeiter kontinuierlich statt. Des Weiteren haben die Mitarbeiter Zugriff auf Fachliteratur / umfangreiche Online-Bibliothek.

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Unsere Führungskräfte pflegen einen kooperativen Führungsstil. Die Mitarbeiter der Klinik haben die Möglichkeit sich durch eigene Ideen und Vorschläge in das Unternehmen einzubringen. Die Führungskräfte arbeiten partnerschaftlich und ergebnisorientiert zusammen. Die gemeinsamen Anstrengungen dienen sowohl dem Wohle der Mitarbeiter als auch der erfolgreichen Entwicklung des Hauses, wobei der Patient im Mittelpunkt aller Handlungen steht.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Die Arbeitszeitregelungen in der Sächsischen Schweiz Klinik Sebnitz entsprechen den gültigen arbeitszeitrechtlichen und tariflichen Vorschriften. Die Arbeitszeiten werden in verschiedenen Arbeitszeitmodellen geregelt. Für die Mitarbeiter besteht die Möglichkeit, ihre Wünsche in Absprache mit ihren Vorgesetzten zur Dienstplangestaltung anzumelden. Soweit die betrieblichen Belange dies zulassen, werden diese auch umgesetzt. Die Erfassung der tatsächlichen Arbeitszeit erfolgt durch das Zeiterfassungssystem.

2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Mitarbeiterwünsche und -beschwerden werden im Rahmen der jährlichen Mitarbeiter-Vorgesetzten-Gespräche aufgenommen. Darüber hinaus können die Mitarbeiter jederzeit Ihre Ideen, Wünsche und Sorgen ihren Führungskräften mitteilen. Des Weiteren können Mitarbeiterwünsche und Beschwerden der Mitarbeiter über das in der Klinik eingerichtete Beschwerdemanagement eingereicht werden. Auch über die regelmäßig stattfindenden Mitarbeiterbefragungen werden die Mitarbeiterwünsche und -sorgen erfasst. Ein betriebliches Vorschlagswesen ist eingerichtet; hier können die Mitarbeiter ihre Ideen und Vorschläge zur Verbesserung der Arbeitsabläufe und -bedingungen sowie der Qualität der Patientenbetreuung einbringen.

3 Sicherheit

3.1.1 Arbeitsschutz

Die Geschäftsleitung hat eine externe Fachkraft für Arbeitssicherheit berufen. Der Arbeitssicherheitsausschuss tagt regelmäßig. Die vertraglich an die Einrichtung gebundene Arbeitsmedizinerin ist ebenfalls Mitglied des Ausschusses. Es existiert ein Meldeverfahren zur Weiterleitung von Unfällen und Verletzungen sowie von Beinahevorkommnissen. Die Einhaltung der Arbeitssicherheit ist schriftlich geregelt. Arbeitsplatzbeurteilungen liegen für alle Arbeitsplätze vor. Die Entscheidung über die Beschaffung von Gefahrstoffen erfolgt durch fachlich geeignete Personen über den Einkauf bzw. die Apotheke. Es sind Strahlenschutzbeauftragte benannt.

3.1.2 Brandschutz

Die Geschäftsleitung hat einen Brandschutzbeauftragten bestellt, dieser ist für Maßnahmen zum Brandschutz verantwortlich. Eine Brandschutzordnung ist vorhanden. Die brandschutztechnischen Anlagen der Klinik unterliegen ständiger Kontrolle. Die Flucht- und Rettungswege sind ausgeschildert und allen Mitarbeiter bekannt. Die Flucht- und Rettungswegpläne sowie das Verzeichnis aller Hydranten und Steigleitungen liegen für den Einsatzfall vor. Mit den Mitarbeitern der örtlichen Feuerwehr wird jährlich eine Brandschutzbegehung durchgeführt. Bei den Hausbegehungen des Geschäftsführers wird ebenfalls die Einhaltung des Brandschutzes kontrolliert. Des Weiteren besteht ein Schulungskonzept für Brandschutzunterweisungen.

3.1.3 Umweltschutz

Bei der Inbetriebnahme der Klinik wurden Energiespar- und Abfallvermeidungsaspekte in alle Abläufe integriert. Mülltrennung und -vermeidung sind einige Maßnahmen des Umweltschutzkonzeptes. Die Abfalltrennung ist über einen Abfallentsorgungsplan geregelt. Aufgrund der Verbrauchszahlen werden geeignete Schritte zu gezielten Energieeinsparmaßnahmen eingeleitet.

3.1.4 Katastrophenschutz

In der Sächsischen Schweiz Klinik Sebnitz liegt ein Alarm- und Einsatzplan für in- und externe Gefahrensituationen vor. Das Verfahren ist für alle Mitarbeiter im Managementhandbuch und in den Papierordnern in den Abteilungen einsehbar.

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Für nichtmedizinische Notfallsituationen läuft jede Störung in der Rezeption auf, die an den diensthabenden Haustechniker gemeldet wird. Dieser entscheidet über die Wichtigkeit und Notwendigkeit der Reparatur bzw. weiterer Schritte. 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

Die Sicherheit der Patienten ist durch die Anwesenheit von qualifiziertem Personal in allen Funktions- und Fachbereichen gewährleistet. Es erfolgt eine umfassende Ermittlung und Dokumentation von Ressourcen und Pflegeproblemen bei der Anamnese. Durch intensive Krankenbeobachtung und ärztliche Diagnostik ist es möglich, vom Patienten ausgehende Gefahren festzustellen. Daraus können Maßnahmen zum Schutz des Patienten bzw. anderen Patienten abgeleitet werden. Notwendige Sicherheitsmaßnahmen werden schriftlich in der Patientendokumentation fixiert. Für die Überwachung von beispielsweise verwirrten Patienten wurden Sicherheitsvorkehrungen getroffen. Generell gilt, dass Patienten mit einem hohen (Selbst-)Gefährdungspotenzial unter Einhaltung gesetzlicher Bestimmungen intensiver überwacht werden. Angehörige werden in die Betreuung von Demenzkranken und selbstgefährdeten Patienten mit eingebunden. Es werden in der Klinik Patientenarmbänder verwendet.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Auf allen Stationen und in den Funktionsbereichen befinden sich zur Erstversorgung akut lebensbedrohlicher Zustände Notfallkoffer, in denen sich geeignete Medikamente sowie Intubations-, Beatmungs- und Infusionstechnik nach vorgegebener Checkliste befinden, sowie Automatisierter Externer Defibrillator (AED). Jede Notfallausrüstung wird in festgelegtem Turnus sowie nach jedem Einsatz auf Vollständigkeit und Funktionalität überprüft. Ein zentrales Reanimationsteam befindet sich rund um die Uhr in Bereitschaft. Die Informationen über das Vorliegen medizinischer Notfälle werden durch eine entsprechende Notrufnummer an die betreffenden Mitarbeiter weitergeleitet. Das Personal wird regelmäßig im Reanimationstraining geschult.

3.2.3 Hygienemanagement

In der Sächsischen Schweiz Klinik wird ein Verfahren zur effektiven Prävention und Kontrolle von Infektionen eingesetzt. Die Hygieneordnung enthält alle Handlungsanweisungen zur hygienischen Arbeitsweise. Die Hygienefachkraft kontrolliert durch verschiedene Maßnahmen und Daten die Einhaltung der Hygieneordnung. Infektionen werden erfasst, ausgewertet und bei bestimmten Häufungen entsprechende Maßnahmen eingeleitet. Jährliche Schulungen und die persönliche Präsenz der Hygienefachkraft stellen dies sicher. Die Hygienefachkraft erarbeitet die für die Einrichtung gültigen Richtlinien auf den Grundlagen der Empfehlungen und Richtlinien des Robert-Koch-Institut und der aktuellen Länderhygieneverordnung. Desinfektionspläne hängen in allen Bereichen gut sichtbar aus.

3.2.4 Hygienerrelevante Daten

Es werden für die Intensivstation und im operativen Bereich Statistiken zu hygienerlevanten Daten erstellt. Zusätzlich erfasst die Hygienefachkraft die in der Entlassungsdiagnose verschlüsselten Dekubiti und gefäßkatheterbedingten Infektionen. Eine Überprüfung der Symptomatikkontrollen erfolgt in den täglichen Visiten. Die Stationsärzte und die Pflegekräfte informieren bei gehäuftem Auftreten von meldepflichtigen Infektionen die Hygienefachkraft. Diese informiert sich vor Ort und gibt die Information an den zuständigen hygienebeauftragten Arzt weiter. Die Hygienefachkraft informiert weiterhin den leitenden Chefarzt und in Absprache das Gesundheitsamtes.

3.2.5 Infektionsmanagement

Die Planung hygiesichernder Maßnahmen im Umgang mit Infektionserregern ist in schriftlichen Regelungen festgelegt. Für Infektionserkrankungen sind u.a. Isolationsanforderungen, Schutzausrüstung, Zimmerkennzeichnung, Desinfektionsmaßnahmen sowie Maßnahmen zur Schlussdesinfektion geregelt. Es befinden sich Händedesinfektionsmittel-Spender in den Eingangsbereichen der Stationen und am Haupteingang. Die Hygienefachkraft kontrolliert im Rahmen von Begehungen die Umsetzung der Regelungen und schult bedarfs- und situationsbezogen die Mitarbeiter.

3.2.6 Arzneimittel

Arzneimittel werden in jedem Arbeitsbereich vorgehalten. Die ärztliche Anordnung jedes Medikaments wird in der Patientenakte dokumentiert und unterschrieben. Die Klinik verfügt über einen Bereitschaftsdienst im Fuhrpark, der aus dem Notfalldepot der Lieferapotheke zu jeder Zeit dringend benötigte Medikamente beschafft. Die Klinik hat einen Kooperationsvertrag mit der Apotheke des Klinikums Dresden-Johannstadt für die im Haus benötigten Medikamente. Die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln ist durch die Abteilung Materialwirtschaft und kooperierende Sanitätshäuser gesichert.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Die Grundlagen für den Umgang mit Blut und Blutprodukten in der Klinik bilden das Transfusionsgesetz und das entsprechende transfusionsmedizinische QM-Handbuch. Diese Vorschriften muss jeder Mitarbeiter, der mit diesen Produkten während seiner Arbeit in Berührung kommt, kennen und die Kenntnis durch seine Unterschrift dokumentieren. Neue Mitarbeiter erhalten entsprechende Hinweise mit ihren Einstellungspapieren. Für den Umgang mit Transfusionen wurde ein Transfusionsverantwortlicher sowie Transfusionsbeauftragte ernannt. Ein Qualitätsbeauftragter Hämotherapie wurde ebenfalls benannt, welcher u.a. jährlich Audits durchführt

3.2.8 Medizinprodukte

Die Anwendungen von Medizinprodukte sind schriftlich geregelt. Dazu sind die zur Umsetzung notwendigen Verantwortlichkeiten festgelegt worden. Die lückenlose Einweisung aller Anwender in die Geräte wird sichergestellt und dokumentiert. Alle technischen Medizinprodukte werden von der Medizintechnik betreut.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Das EDV-System der Klinik ist umfassend extern (z.B. durch Firewalls) und intern (z.B. durch Sicherheitsrichtlinien) geschützt. Alle ärztlichen, pflegerischen und administrativen Bereiche haben im Rahmen ihrer Zuständigkeit Zugang zum Krankenhaus-Informationssystem. Das System ist 24 h nutzbar und gegen Ausfälle gesichert. Regelmäßig erfolgt eine Datensicherung. Der Serverraum erfüllt die Anforderungen des Brandschutzes und der Datensicherheit.

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Zur Dokumentation der Patientendaten und aller Maßnahmen und Ergebnisse benutzt die Klinik ein standardisiertes Dokumentationssystem. Mit diesem System arbeitenden Mitarbeiter der Einrichtungen sind entsprechend geschult und verfügen über verbindliche Handlungsanweisungen. Teilweise erfolgt die Befundübermittlung in der Klinik bereits über die EDV. Mitarbeiter oder sachkundige Dritte haben jederzeit Zugriff auf die für sie im Zusammenhang mit der Behandlung wichtigen Daten. Maßnahmen, die mit der Diagnostik, Behandlung und Pflege der Patienten in der Klinik zusammenhängen, werden eindeutig in den Patientenakten dokumentiert. Vor Archivierung der Akten wird überprüft, ob alle notwendigen Unterlagen vollständig und plausibel sind.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Nach der Entlassung des Patienten werden alle Daten und Befunde im Archiv in einer Hängekartei archiviert. Es existiert ein Verfahren, das den ständigen Zugriff auf diese Akten von berechtigten Mitarbeitern gewährleistet. Ein Teil der Patientenakten ist im sogenannten Altarchiv ausgelagert. Über erteilte Berechtigungen und den klinikeigenen Fahrdienst ist auch hier der zeitnahe Zugriff gesichert. Weiterhin werden Daten über das stetig erweiterte EDV-System archiviert und stehen z.B. für den Fall einer wiederholten Patientenaufnahme sofort zur Verfügung. Durch ein Entleihsystem werden die entliehenen Patienten-Akten genau dokumentiert.

4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Über zahlreiche Informationsquellen erhält die Krankenhausleitung kontinuierlich Bericht zum Ist-Stand (z.B. Monatsberichte, Protokolle, persönliche Teilnahme an Gremien, Jour-Fixe-Termine). Die Kommunikationsstruktur ist in einer Besprechungsmatrix dargestellt. Fachzeitschriften, Newsletter der Fachverbände, Pressemitteilungen und Mitteilungen der Krankenhausgesellschaften werden nach Verteilersystem durch das Sekretariat des Geschäftsführers den Abonnenten zugestellt. Pressemitteilungen und wichtige Mitteilungen werden zudem im Intranet veröffentlicht und sind jedem Mitarbeiter jederzeit zugänglich.

4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

Der Internetauftritt beinhaltet u.a. Informationen über das Leistungsangebot, Wahlleistungsmöglichkeiten, Veranstaltungstermine sowie spezielle Ansprechpartner. Direkte Mitteilungsmöglichkeiten für Patienten und Angehörige sind ersichtliche (Telefon und E-Mail). Es besteht ein persönlicher und telefonischer Kontakt der Klinikärzte mit den niedergelassenen Kollegen. Über das Informationsblatt "KlinikAktuell" erfahren die einweisenden Kollegen über Neuigkeiten der Klinik. Der Geschäftsführer informiert des Weiteren regelmäßig die Lokalpresse über aktuelle Neuigkeiten. Informationen und Entscheidungen, die das Mitwirken mehrerer Personen oder verschiedener Berufsgruppen bedingen, werden über Besprechungen realisiert. Weiterhin besteht die Möglichkeit der schriftlichen Informationsweitergabe (intern/extern) über die Hauspost, E-Mail bzw. Intranet. Die zentrale Auskunftsstelle der Klinik ist der Empfang.

4.4.1 Organisation und Service

Die Mitarbeiter der Rezeption haben Zugriff auf wesentliche Informationen. Sie bedienen die Telefonzentrale und leiten eingehende Anrufe weiter. Telefonanrufe, die nicht sofort entgegengenommen werden können, werden auf eine Tonbandansage weitergeleitet. Besuchern und Patienten weisen die Mitarbeiter der Rezeption gern den Weg innerhalb der Klinik. Die Mitarbeiter werden zu Themen wie zum Umgang mit Kunden geschult. Im Bereich der Rezeption und Patientenaufnahmen stehen ausreichend Sitzmöglichkeiten, ein öffentliches Telefon, ein Rollstuhl sowie Getränke für Besucher zur Verfügung. Zur Erweiterung des Services für Patienten und Besucher wurde eine Vitrine mit Asklepios-Artikel im Empfangsbereich aufgestellt.

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

In der Sächsischen Schweiz Klinik in Sebnitz ist ein umfangreiches Datenschutzhandbuch in Kraft gesetzt, welches alle datenschutzrelevante Regelungen beinhaltet. Ziel ist die höchste Sicherheit bei dem Umgang mit sensiblen Daten, insb. der Patientendaten und Beschäftigtendaten. Es sind entsprechende Zugriffsrechte auf die Daten festgelegt. In der Klinik ist durch die Geschäftsführung ein externer Datenschutzbeauftragter bestellt worden. Die Mitarbeiter sind zur Schweigepflicht verpflichtet und müssen dies durch Unterschrift belegen. Die Schweigepflicht ist Bestandteil des Arbeitsvertrages.

5 Führung

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

In Anlehnung an das Leitbild "Gemeinsam für Gesundheit" der Asklepios-Gruppe hat die Geschäftsleitung der Klinik den Gedanken an ein klinikeigenes Leitbild umgesetzt und alle Mitarbeiter in die Erarbeitung einbezogen. Das Leitbild wurde bei der Erstellung jedem Mitarbeiter ausgehändigt und jeder neue Mitarbeiter erhält dies mit seinen Einstellungsunterlagen. Das Klinikleitbild gibt den Mitarbeitern Anregungen für das tägliche Handeln am Arbeitsplatz. Das Leitbild ist im Managementhandbuch abgebildet und hängt in verschiedenen Bereichen im Haus aus. Zuletzt wurde das Leitbild 2015 überarbeitet, wobei jeder Mitarbeiter die Gelegenheit bekam, Änderungsvorschläge einzubringen.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Die Geschäftsführung der Klinik sorgt für ein vertrauensvolles, offenes Arbeitsklima. Allen Mitarbeitern stehen Möglichkeiten der Meinungsäußerung und der Ausübung von Kritik zur Verfügung. Ein Beschwerdemanagement ist etabliert. Auch der Betriebsrat ist ein ständiger Ansprechpartner der Mitarbeiter. Jährlich werden Vorgesetzten-Mitarbeitergespräche mit den Vorgesetzten angeboten.

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

In der Sächsischen Schweiz Klinik Sebnitz werden Entscheidungen zu ethischen Problemstellungen kollegial unter Einbeziehung des Patienten und deren Angehörigen getroffen. 2006 wurde ein Ethikbeirat gegründet, welcher zur Aufgabe die Beratung von Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern hat. Zum Angebot seelsorgerischer Betreuung stehen auf allen Stationen Informationen in der Patienteninformationsmappe für zur Verfügung. Ethische Probleme liegen im Verantwortungsbereich der Ärzte, Pflegekräfte und der Sozialarbeiterinnen. Die Mitarbeiter sind für die Patienten und Angehörigen direkte Ansprechpartner.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Die jährlich mit den Abteilungsleitungen gemeinsam erstellte Jahreszielplanung enthält alle für das kommende Jahr relevanten Kriterien, die für die Steuerung der Wirtschaftlichkeit und Konkurrenzfähigkeit der Klinik notwendig sind. So kann das Bestehen der Klinik am Markt strategisch gesichert werden. Die Planung der baulichen und medizintechnischen Rahmenbedingungen richtet sich nach dem medizinischen Leistungsspektrum und -umfang. In der Planung wird die individuelle Situation der Klinik (z.B. Leistungsportfolio sowie Entwicklungen im Einzugsgebiet) berücksichtigt sowie aktuelle Entwicklungen der Gesundheitspolitik einbezogen. Alle Zuarbeiten im Hinblick auf Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung werden vom Geschäftsführer zu einem Gesamtzielplan zusammengefasst und gegenüber der Konzerngeschäftsführung der Asklepios Kliniken GmbH verteidigt.

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Die Sächsische Schweiz Klinik Sebnitz identifiziert sich stark mit dem lokalen und regionalem Umfeld und versteht sich als Teil desselbigen. Der Aufbau und die Pflege von Partnerschaften im Rahmen der Ausübung gesellschaftlicher Verantwortung konzentrieren sich daher wesentlich auf die lokalen und regionalen Strukturen. Grundlage aller durch die Klinik geschlossenen Kooperationsverträge ist die Erstellung von Kosten-Nutzen-Analysen einerseits sowie die Zielerreichung andererseits. Mit dem Abschluss von konzernweiten Verträgen wird eine steigende Wertschöpfung erzielt. Neben der Budgetorientierung und Risikoteilung tragen Weiterbildungsmöglichkeiten und stete Qualitätsmessungen zur Maximierung der Wertschöpfung bei. Ebenso sind humanen Arbeitsbedingungen sowie Einhaltung sozialer Standards grundsätzlich.

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

In der Klinik ist eine klare Organisationsstruktur festgelegt. Ein Organigramm mit Benennung aller Kliniken, Stationen, Abteilungen und Stabsstellen liegt vor und kann von jedem Mitarbeiter im Managementhandbuch eingesehen werden. Die Koordination der Gremien und Kommissionen erfolgt u.a. durch deren Geschäftsordnungen sowie durch Regelungen zum Informationsmanagement. Eine Besprechungsmatrix liegt vor. Ansprechpartner für Patienten, Angehörige, Mitarbeiter und externe Partner sind festgelegt und auf verschiedenen Arten veröffentlicht, z.B. Flyer, Aushänge und Internet.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise der Führungsgremien, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt. Die Krankenhausleitung trifft sich in verschiedenen Gremien mit unterschiedlichen Aufgaben und Befugnissen im festgelegten Turnus. In der Besprechungsmatrix und den jeweiligen Geschäftsordnungen der Gremien sind die Strukturen von Besprechungen sowie deren Protokollierung, der Informationsaustausch, die Regelmäßigkeit der Arbeitstreffen sowie Personen und Verantwortlichkeiten geregelt. Für beauftragte Projekte wird eine Projektleitung benannt, welche gegenüber der Krankenhausleitung bzw. QM-Lenkungsausschuss berichtspflichtig ist.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

In Vorbereitung auf die Zielplanung erfolgt die Zuarbeit durch die Bereiche. Diese diskutieren in den Teambesprechungen die bisher erreichten Ziele und ableitbare neue Ziele, Anregungen bzgl. neuer Konzepte und Verfahren werden mit aufgenommen. Für die Mitarbeiter bestehen umfangreiche Informationsmöglichkeiten durch Intranet, Internetzugang, E-Mail, Online- Literatur und Fachbibliothek. Mitarbeiter werden angeregt, durch Fortbildungen und Visitationen bzw. Hospitationen, neue Ablaufstrukturen und Behandlungsmethoden kennen zu lernen. Neue Erkenntnisse und Weiterbildungsinhalte werden in Besprechungen weitervermittelt und in der Prozessoptimierung berücksichtigt.

5.4.1 Externe Kommunikation

Neuigkeiten werden auf der Webseite und in der Lokalpresse veröffentlicht. Einweisende Ärzte erhalten den Newsletter "KLINIK Aktuell". Informationsbroschüren der Fachabteilungen und deren spezifische Leistungen liegen in der Klinik aus und werden über niedergelassene Ärzte der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Verantwortlich für die Veröffentlichungen ist der Geschäftsführer. Ein neuer Imagefilm ist z.Zt. in Arbeit. Die Homepage der Klinik wurde neu gestaltet.

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Die Klinik hat ein Risikomanagementsystem aufgebaut und etabliert. Die Zielsetzungen umfassen abteilungs- und berufsgruppenübergreifende Instrumente. Im Rahmen des medizinischen Risikomanagements ist ein CIRS (Meldesystem von Beinahe-Vorkommnissen) und eine Beschwerdemanagement eingeführt. Es werden regelmäßig Risikoaudits und Fallbesprechungen durchgeführt und Schadensfallanalysen vorgenommen. Im finanziellen Risikomanagement sind u.a. neben dem Liquidationsplan auch Frühwarnsysteme hinterlegt.

6 Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation

In der Klinik existiert ein Qualitätsmanagementsystem. Es gibt eine Qualitätsmanagementbeauftragte, welche als Stabsstelle dem Geschäftsführer direkt unterstellt ist. Ein berufsgruppenübergreifender QM-Lenkungsausschuss unter dem Vorsitz des Geschäftsführers ist etabliert, welcher alle wesentlichen Verbesserungsmaßnahmen koordiniert. Arbeits- und Projektgruppen werden eingesetzt. Weitere Instrumente sind u.a. regelmäßige Selbstbewertungen, externe und interne Audits, Befragungen und Analysen mit Benchmark.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Um einen Kreislauf ständiger Planung, Umsetzung, Überprüfung und Verbesserung im Sinne einer hochwertigen Patienten-Versorgung sicherzustellen, hat sich unsere Klinik entschieden, alle erforderlichen Strukturen zur Einführung und Etablierung eines QM-Systems zu schaffen. Das Asklepiosmodell für ein Integriertes QM, welches für alle Asklepioskliniken gilt und Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung beinhaltet, bildet dazu die Grundlage. Zentrales Gremium ist der QM-Lenkungsausschuss. Eine Prozessoptimierung berücksichtigt den sogenannten PDCA-Zyklus, einen Kreislauf mit stetiger Verbesserung.

6.2.1 Patientenbefragung

Ein wichtiges Instrument des Qualitätsmanagements sind Patientenbefragungen, um die Bedürfnisse der Patienten zu ermitteln und die Patientenzufriedenheit zu steigern. Seit 2005 findet in der Klinik eine kontinuierliche Patientenbefragung statt. Hier erhält jeder Patient mit seinen Aufnahmepapieren einen Fragebogen zur Zufriedenheit. Somit ist sichergestellt, dass jeder Patient die Möglichkeit hat, über seine Zuarbeit aktiv zur Verbesserung der Patientenversorgung beizutragen. Alle Daten werden erfasst und halbjährlich im QM-Lenkungsausschuss ausgewertet. Alle Mitarbeiter können die Auswertungsergebnisse der Patientenbefragung jederzeit im Managementhandbuch abrufen. Des Weiteren beteiligt sich die Klinik alle drei Jahre an einer Stichprobenbefragung, welche durch ein externes Unternehmen valide durchgeführt und nach wissenschaftlichen Standards statistisch ausgewertet wird, wobei der Datenschutz verpflichtend eingehalten wird. Als Mitgliedsklinik des Internetportal www.qualitätskliniken.de sind die Ergebnisse auch für die breite Öffentlichkeit einsehbar und mit anderen Kliniken vergleichbar.

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Zur Überprüfung der Zufriedenheit der niedergelassenen Ärzte werden regelmäßig Einweiserbefragungen durchgeführt. Die Befragung ist ein Teil der Einweiserbindung. Informationen über die Auswertungsergebnisse erhalten die Mitarbeiter der Klinik per Managementhandbuch, sowie die externen Partner und Einweiser über den Newsletter und der Informationsbroschüre der Klinik "KLINIK aktuell". Die Ergebnisse werden zudem in dem Portal Qualitätskliniken.de veröffentlicht.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Die Mitarbeiterbefragung erfolgt alle drei Jahre. Sie wird durch ein externes Befragungsinstitut durchgeführt. Hierbei werden gemeinsam mit der Mitarbeitervertretung erarbeitete standardisierte und mehrfach erprobte Fragebögen verwendet. Darin enthalten sind unter anderem Fragen nach der Zufriedenheit der Gestaltung und Lage des Arbeitsplatzes, Betriebsklima, Informationspolitik, Vergütung und Motivation durch den Arbeitgeber. In den Vorgaben zu der Befragung ist ein Anonymitätskonzept enthalten. Die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung werden den Mitarbeitern in den Belegschaftsversammlungen präsentiert und im Managementhandbuch 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. Das Beschwerdeverfahren steht allen Besuchern und Angehörigen zur Verfügung. Im Managementhandbuch ist ein Verfahren zum Umgang mit Beschwerden beschrieben. Es ist ein zentraler Ansprechpartner benannt. Jeder Patient kann demnach stets seine Wünsche und Beschwerden bis zur Klinikleitung weiterleiten lassen. Das Ziel des Beschwerdemanagements ist, die Klärung noch während der Behandlung in der Sächsischen Schweiz Klinik herbeizuführen, damit der Patient zufrieden entlassen wird.

6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Durch die verantwortlichen Mitarbeiter der Klinik werden qualitätsrelevante Daten erhoben. Dabei handelt es sich um Leistungskennzahlen, ökonomische Kennzahlen und Kennzahlen, welche direkt innerhalb des Themenfeldes Patientenversorgung erhoben werden, wie spezielle Komplikationen, Hygienesdaten oder Sturz- und Dekubitusstatistiken. Diese Daten werden zentral ausgewertet und als Grundlage für Verbesserungsmaßnahmen im jeweiligen Arbeitsbereich benutzt nachdem sie auf Abteilungs- oder Bereichsebene mit den Mitarbeitern kommuniziert worden sind. In definierten Abständen werden Patienten-, Einweiser- und Mitarbeiter-Befragungen durchgeführt. Außerdem werden durch die permanente interne Patientenbefragung und das Beschwerdemanagement weitere Daten klinikintern ermittelt.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Die Klinik beteiligt sich an der gesetzlich vorgeschriebenen Methodik und den Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung. Über ein EDV-Programm werden die Daten an die zuständigen Stellen gemeldet. Die Klinik hat eine Dokumentationsrate von nahezu 100 Prozent. Die Chefarzte, der Geschäftsführer und die QMB prüfen den Rücklauf der Daten und leiten entsprechende Verbesserungen daraus ab. Extern wird ein Teil der Daten über den gesetzlichen Qualitätsbericht veröffentlicht. Zusätzlich werden alle erhobenen Indikatoren auf dem Internetportal www.qualitätskliniken.de dargestellt. Die Jahresauswertungen der Landesärztekammer werden intern für alle Mitarbeiter zugänglich in das Managementhandbuch gestellt.