



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie, Großschweidnitz
Institutionskennzeichen:	261400938
Anschrift:	Dr.-Max-Krell-Park 41 02708 Großschweidnitz
Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer:	2015-0014 KH
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche
Gültig vom:	04.03.2015
bis:	03.03.2018

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	7
1 Patientenorientierung	8
2 Mitarbeiterorientierung	11
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 und alternative Wohnformen und Rettungsdienstleistungen.

Gesellschafter der KTQ[®] sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR). 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 Kommunikations- und 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.

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

Dieser 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 den strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass das **SKH Großschweidnitz** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter www.ktq.de abrufbar.

Dr. med. 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



Das Sächsische Krankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie Großschweidnitz ist ein modern geführtes Krankenhaus in Trägerschaft des Freistaates Sachsen.

Im Jahr 1902 wurde die Einrichtung als Sächsische Heil- und Pflegeanstalt Großschweidnitz gegründet. Die im Pavillonstil errichteten Häuser werden von einer ansprechenden Parkanlage umgeben.

Die in den letzten Jahren erfolgte Sanierung der Stationen und der gesamten Krankenhausanlage bietet den Patienten sehr gute Bedingungen für eine Genesung.

Am Standort Großschweidnitz werden die folgenden Fachdisziplinen vorgehalten:

- Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik mit 206 Betten
- Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie mit 58 Betten
- Neurologie mit 35 Betten
- Forensik mit 80 Betten

Ergänzt wird das Angebot mit 15 tagesklinischen Plätzen für Patienten mit gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern, 5 tagesklinischen Plätzen für Neurologie und 6 tagesklinischen Plätzen für Kinder und Jugendliche mit psychiatrischen Krankheitsbildern, sowie einem Familienhaus.



Zur besseren regionalen und gemeindenahen Versorgung psychiatrischer Patienten sind in den letzten Jahren weitere Tageskliniken entstanden:

- 20 tagesklinische Plätze für Erwachsene in Löbau
- 20 tagesklinische Plätze für Erwachsene in Hoyerswerda
- 20 tagesklinische Plätze für Erwachsene in Weißwasser
- 10 tagesklinische Plätze für Kinder und Jugendliche in Görlitz
- 10 tagesklinische Plätze für Kinder und Jugendliche in Hoyerswerda
- 10 tagesklinische Plätze für Kinder und Jugendliche in Weißwasser



In allen Kliniken werden die Patienten von multiprofessionellen Teams betreut und umfassend versorgt.

Eine psychiatrische Institutsambulanz und neurologische Ambulanzen ergänzen die stationäre und teilstationäre Versorgung.



Im Mittelpunkt unserer Tätigkeit steht die ganzheitliche Betrachtung und Versorgung der Patienten, unabhängig von sozialer Herkunft, Weltanschauung oder Nationalität. Im Krankenhaus- und Pflegeleitbild wurde das Ziel unserer täglichen Arbeit, die Steigerung der Qualität, festgeschrieben.

Weitere Informationen zum Sächsischen Krankenhaus Großschweidnitz finden Sie unter: www.skh-grossschweidnitz.de

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das Krankenhaus gewährleistet im Vorfeld der stationären Versorgung eine an den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Angehörigen orientierte Organisation und Gestaltung. Über die Aufnahmeplanung werden Patienten und Angehörige detailliert informiert. Die Umsetzung des Belegungsmanagements erfolgt durch die Mitarbeiter gemäß den krankenhausinternen Planungen. Es berücksichtigt Notfallpatienten, die fachliche Zuordnung sowie den Schweregrad der Erkrankung. Die Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel ist direkt gegeben. Eine gute Ausschilderung im Ort und Parkplätze auf sowie neben dem Gelände sind vorhanden. Jede Station hat zur besseren Erreichbarkeit eine eigene Anfahrt. Die Orientierung im Gelände wird durch ein farblich gestaltetes Wegeleitsystem sichergestellt. Dazu sind an der Pforte und auf den Stationen Lagepläne vorhanden, zudem sind große Informationstafeln mit der Darstellung des Geländes aufgestellt.

1.1.2 Leitlinien

Um eine optimale Behandlungsqualität zu gewährleisten, kommen die in Kliniken wissenschaftlich anerkannten Leitlinien der Fachgesellschaften, Experten- und Pflegestandards sowie hausinterne Leitlinien zum Einsatz. Zur Gewährleistung einer optimalen Versorgung werden diese regelmäßig auf Aktualität überprüft

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Die Wahrung und Achtung der Patientenrechte jeglicher Art wird gewährleistet. Alle erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen inkl. der Aufklärung zu Risiken werden mit dem Patienten und, wenn gewünscht und erforderlich, auch mit Angehörigen oder Betreuern besprochen. Patientenverfügungen werden berücksichtigt. Informationsmaterialien über das Leistungsspektrum liegen aus. Bei Notwendigkeit kann auf interne und externe Dolmetscher sowie Gebärdendolmetscher zurückgegriffen werden.

1.1.4 Service, Essen und Trinken

Patienten und Angehörige werden im Aufnahmegespräch hinreichend über Serviceangebote informiert, jeder Patient erhält eine Infomappe. Die Ausstattung der Patientenzimmer ist je nach Behandlungsschwerpunkt unterschiedlich gestaltet. Es gibt Einzel-, Zwei- und Dreibett-Zimmer mit behindertengerechten Nasszellen, Rufanlage, Telefon und Fernsehen. Alle Zimmer und Nasszellen sind barrierefrei zu erreichen. Spezielle Farbkonzepte zur Orientierung existieren in der Gerontopsychiatrie und auf der Station für geistig behinderte Menschen. Auf jeder Station stehen Räume für Gespräche zur Verfügung. Jede Station hat außerdem Speise- und Therapie- sowie Besucherräume. Bei der Versorgung mit Essen und Trinken stehen unseren Patienten drei Wahlessen sowie Sonderkost zur Verfügung. Außerdem werden durch die Diätassistentin Gruppen- und Einzelgespräche, sowie kontinuierlich Ernährungsberatungen durchgeführt. Zur Berücksichtigung kultureller, religiöser und krankheitsbedingter Aspekte werden z.B. vegetarische Kost, schweinefleischfreie Kost, Allergie - Kost sowie spezielle Patientenwunschkost angeboten.

1.1.5 Kooperationen

Das Ziel ist es, eine optimale Diagnostik, Therapie und Pflege zu gewährleisten. Dazu wird ein hoher Abstimmungsbedarf zwischen allen Berufsgruppen erforderlich. Wöchentliche multiprofessionelle Teamsitzungen der Stationen und Röntgenbesprechungen/Schmerzkonferenzen sowie wöchentliche Ärztekonzferenzen und interdisziplinäre Fallbesprechungen sichern die regelmäßige Kooperation aller an der Behandlung Beteiligten. Außerdem finden noch weitere Besprechungen des therapeutischen Teams statt. Alle Untersuchungen werden mit der elektronischen Patientenakte angefordert und abgestimmt. Ärzte, Pflege, Therapeuten, Funktionsdienst und Sozialdienst nehmen an den Teamsitzungen teil.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Das Krankenhaus gewährleistet jederzeit die Aufnahme von Notfallpatienten mit einer adäquaten medizinischen und pflegerischen Versorgung. 24 Stunden sind jeweils ein psychiatrischer und neurologischer Arzt im Haus und je Fachgebiet ist ein ärztlicher Hintergrunddienst erreichbar. Das Belegungsmanagement ist auf die Aufnahme von Notfällen ausgerichtet. Die notfallmäßige Versorgung erfolgt jeweils durch einen Stationsarzt bzw. den Bereitschaftsdienst. Dieser legt die Erstversorgung fest und veranlasst bei Notwendigkeit die stationäre Aufnahme.

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Vor- und Nachbehandlung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Patienten, sowie kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten, können auf Wunsch über die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) ambulant abgesichert werden. In der Neurophysiologischen Ambulanz werden im Krankenhaus Untersuchungen der Funktionsabteilung Neurophysiologie für ambulante Patienten durchgeführt. Zur Behandlungskontinuität werden Spezialsprechstunden (z.B. Multiple-Sklerose-Sprechstunde, Schmerzambulanz) angeboten. Notfälle können jederzeit ambulant vorgestellt werden.

1.3.2 Ambulante Operationen

In unserer Klinik werden keine ambulanten Operationen durchgeführt.

1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Der Ablauf der Aufnahme umfasst die Anmeldung, den Empfang des Patienten auf der Station, die Unterbringung, den ärztlichen und pflegerischen Erstkontakt mit Anamnese und Untersuchung. Damit beginnt die Informationssammlung für die Diagnostik und Therapie. Diese wird durch festgelegte Behandlungsleitlinien und Pflegestandards gestützt. Jeder neu aufgenommene Patient wird innerhalb von 24 Stunden einem Facharzt des entsprechenden Fachgebiets vorgestellt. Multiprofessionelle Teams sichern in regelmäßigen Teambesprechungen eine interdisziplinäre Abstimmung sowie geplante Abläufe. Die Patienten werden über die weitere individuelle Planung informiert.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die Umsetzung der geplanten therapeutischen Maßnahmen wird durch diagnosebezogene Behandlungsleitlinien, Experten- und Pflegestandards gewährleistet. Neben der Diagnostik wird ein multiprofessioneller und individueller Therapieplan erstellt. Der Wille des Patienten wird bei erhaltener Entscheidungsfähigkeit grundsätzlich respektiert, Patientenvollmachten werden ansonsten beachtet. In die Therapieplanung werden die gerichtlich bestellten Betreuer, die Vorsorgebevollmächtigten bzw. die Sorgeberechtigten mit einbezogen. Die Behandlung des Patienten erfolgt im multiprofessionellen Team. Dazu finden regelmäßig Visiten, Teamsitzungen und Fallbesprechungen statt.

1.4.3 Operative Verfahren

In unserer Klinik werden keine operativen Verfahren durchgeführt.

1.4.4 Visite

In unserem Haus existiert ein Visiten- und Pflegevisitenkonzept. Es erfolgen wochentags Stationsarztvisiten, wöchentliche Oberarzt- und Kurvenvisiten, Chefarztvisiten laut festgelegtem Plan, weiterhin Pflegevisiten und Wundvisiten. In der Neurologie werden auch am Wochenende regelmäßig Visiten durchgeführt, in der Psychiatrie/KJPP bei Notwendigkeit und bei Problempatienten. Grundsätzlich werden in der Psychiatrie Einzelvisiten durchgeführt.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Im Rahmen der diagnosebezogenen Indikationsstellung finden DGPPN-Leitlinien (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde), DGN-Leitlinien (Deutsche Gesellschaft für Neurologie) und DGKJP-Leitlinien (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie) Beachtung. Die Entlassung wird geplant und dem Patienten bei der Visite mitgeteilt. Pflegepersonal und Sozialdienst regeln die Entlassungsformalitäten.

Um das Ziel, zum Zeitpunkt des Überganges des Patienten in einen anderen Versorgungsbereich die benötigten Informationen bereitzustellen, zu erfüllen, wird der Kurz-Arztbrief unmittelbar an den weiterbehandelnden Arzt übermittelt.

1.5.1 Entlassung

Der Zeitpunkt der Entlassung liegt in der ärztlichen Verantwortung, sie erfolgt unter Berücksichtigung verbindlicher Kommunikationsstrukturen wie Visiten, Fallkonferenzen und Einzelgesprächen. Von ärztlicher und pflegerischer Seite wird mit jedem Patienten ein Entlassungsgespräch geführt. Die Feststellung des Entlassungsstatus erfolgt durch die Pflege, wird in der elektronischen Patientenakte (EPA) dokumentiert und bei Notwendigkeit wird der weiterbehandelnden Einrichtung ein Pflegeüberleitungsbogen zur Verfügung gestellt. Es werden Termine bei nachbehandelnden Ärzten geplant, die Medikamentenversorgung gesichert und ein Transport bestellt. Bei Suchtpatienten werden Informationen an nachbehandelnde Einrichtungen und sozialpsychiatrische Dienste (Begegnungsstätten, Suchtberatungsstellen, ambulante Arbeitstherapieeinrichtungen) gegeben. Jedem Patienten wird ein Kurzarztbrief ausgestellt.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Im Rahmen einer frühzeitigen Abklärung des Weiterversorgungsbedarfs steht der Sozialdienst telefonisch in Kontakt mit ambulanten Pflegediensten und anderen sozialen Einrichtungen. Durch Selbsthilfegruppen sowie Kontakt- und Beratungsstellen wird eine Zusammenarbeit gewährleistet. Die Hauptnachsorge erfolgt über die Psychiatrische Institutsambulanz oder neurologische Ambulanzen. Am Entlassungstag stehen die notwendigen Informationen wie Kurzarztbrief bzw. endgültiger Arztbrief, Pflegeüberleitungsbogen, verordnete Medikamente etc. zur Verfügung und werden dem Patienten ausgehändigt.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Ziel ist es, eine angemessene Atmosphäre zum Abschiednehmen herbeizuführen und die Wünsche der Patienten/ Angehörigen zu berücksichtigen. Es erfolgt eine interdisziplinäre Sterbebegleitung mit den Angehörigen, bei Bedarf unter psychologischer Supervision, um ein menschenwürdiges, möglichst schmerzfreies Sterben zu ermöglichen und eine ethische Sterbebegleitung zu gewährleisten. Religiöse/ kulturelle Aspekte und Patientenverfügungen werden individuell berücksichtigt.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

In aller Stille und unter Wahrung der Würde werden verstorbene Patienten versorgt. Dabei werden religiöse bzw. kulturelle Wünsche des Verstorbenen bzw. der Angehörigen berücksichtigt und einbezogen. Der Verstorbene bleibt zunächst in seinem Krankenzimmer oder im Abschiedsraum und seine Angehörigen können persönlich in Ruhe und Würde Abschied nehmen. Eine psychologische/ seelsorgerische Betreuung wird ihnen angeboten.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Die systematische Planung des Personalbedarfs erfolgt auf der Grundlage der Budgetverhandlungen, hieraus wird jährlich der Stellenplan für alle Berufsgruppen erarbeitet. Die Berechnung erfolgt nach vorgegebenen Kennzahlen im Zusammenhang mit dem vorhandenen Budget. Dabei wird eine optimale Anzahl an qualifizierten Mitarbeitern sichergestellt, um eine bestmögliche Betreuung der Patienten zu gewährleisten. Nach Anpassung auf das vorhandene Budget wird die Personalplanung in den Wirtschaftsplan aufgenommen, durch die Krankenhausleitung sowie den Träger bestätigt und den Abteilungs- / Klinikleitungen bekannt gegeben. Bei veränderten Budgetsituationen werden Ausgaben ebenfalls situativ angepasst. Kennzahlen, wie die Personalausfallquote oder die Fluktuationsrate, werden durch die Personalabteilung erhoben und für jede Berufsgruppe zur Verfügung gestellt.

2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Das Personalentwicklungskonzept beschreibt alle Entwicklungsschritte, wie Einstellung, Planung, Förderung und Verabschiedung der Mitarbeiter. Mitarbeitergespräche werden durchgeführt. Regelungen zur Unterstützung bei Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung existieren im Personalentwicklungskonzept. Stellenbeschreibungen sind für jede Dienststelle vorhanden.

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Die Einarbeitung neuer Mitarbeiter ist Bestandteil unseres Personalentwicklungskonzepts. Die systematische Einarbeitung erfolgt nach einem allgemeinem Informationshandbuch und einer speziellen berufsgruppenbezogenen Einarbeitungscheckliste. Jeder neue Mitarbeiter erhält im jeweiligen Bereich einen direkten Mentor, der für die Einweisung verantwortlich ist. Jeder neue Mitarbeiter erhält am ersten Arbeitstag eine EDV-Grundschulung und in der Folgeweche eine berufsgruppenspezifische erweiterte Aufbauschulung. Die ausgefüllten Checklisten werden an die Personalabteilung weitergeleitet. Mitarbeitergespräche finden in Form einer Probezeitbeurteilung in allen Bereichen in unserer Klinik durch den Dienstvorgesetzten dokumentiert statt, nach fünf Monaten erfolgt ein Abschlussgespräch.

2.2.3 Ausbildung

Im Einarbeitungskonzept ist auch die berufliche Erstausbildung berücksichtigt. Es stehen jedes Jahr 10 Ausbildungsplätze zu Gesundheits- und Krankenpfleger-n/-innen und 2 Ausbildungsplätze zu Gesundheits- und Krankenpflegehelfer-n/-innen zur Verfügung. Die Ausbildungspläne entsprechen den gesetzlichen Vorgaben. Die theoretische Ausbildung erfolgt in der Krankenpflegeschule des Landkreises. Für die praktische Ausbildung gibt es sechs Praxisanleiter im Krankenhaus und auf den Stationen Mentoren.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Die systematische Fort- und Weiterbildung, die sowohl an den Bedürfnissen der Mitarbeiter als auch des Krankenhauses ausgerichtet ist, stellt das Ziel der Einrichtung dar. Die Fort- und Weiterbildung dient der kontinuierlichen Personalentwicklung sowie der Erfüllung des Weiterentwicklungsbedarfs der Mitarbeiter und ist Bestandteil des Personalentwicklungskonzepts. Das Krankenhaus unterstützt durch eine Freistellung und durch Kostenübernahme interne und externe Weiterbildungen. Für die Ärzte, Psychologen und die Pflegekräfte wird ein jährlicher Fort- und Weiterbildungs-Plan erarbeitet und im Intranet veröffentlicht. Im Rahmen der Facharztweiterbildung und der Psychotherapieausbildung der Psychologen bestehen Kooperationsverträge mit verschiedenen Einrichtungen. Damit wird dem Weiterbildungskandidaten die Möglichkeit einer qualifizierten Ausbildung im Rahmen der curricularen Weiterbildungsangebote der jeweiligen Institute gegeben und den Psychologen in Psychotherapieausbildung wird die Möglichkeit der Absolvierung des psychiatrischen Jahres im Haus ermöglicht. Weiterhin bietet das Krankenhaus Psychologen-im-Praktikum (PIP)-Stellen an.

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Motivierte Mitarbeiter sind die wichtigste Ressource unseres Krankenhauses. In den Arbeitsgruppen und Gremien werden qualifizierte Mitarbeiter in die strategische Planung neuer Projekte einbezogen. In den Führungsgrundsätzen des Krankenhauses sind die Rechte und Pflichten eines jeden Mitarbeiters geregelt. Für die Umsetzung der Grundsätze und einer guten Zusammenarbeit auf allen Ebenen werden Führungstechniken in der Zusammenarbeit von Führungskräften und Mitarbeitern eingesetzt.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Die Arbeitszeitregelungen lt. Arbeitszeit-Gesetz sind auf die organisatorischen Abläufe abgestimmt. Regelungen zu Arbeitszeiten existieren in Form von Dienstvereinbarungen. Um eine optimale Betreuung unserer Patienten zu gewährleisten, ist eine Mindestbesetzung von Pflege- und therapeutischem Personal durch den Dienstplan sichergestellt. Mitarbeiterwünsche finden unter Beachtung einer optimalen Patientenversorgung Berücksichtigung. Für die Dienstplangestaltung und Urlaubsregelung gibt es gesetzliche Grundlagen, welche im elektronischen Dienstplan hinterlegt sind.

2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Ein vom Träger erstellte Verwaltungsvorschrift für das betriebliches Vorschlagswesen ist in unserer Klinik eingeführt. Ideen, Anregungen und Beschwerden können schriftlich oder mündlich aufgenommen werden. Eine geregelte Vorgehensweise zum Umgang mit Mitarbeiterbeschwerden ist vom Personalrat erstellt und eingeführt. Das Ziel ist es, die Mitarbeiterzufriedenheit kontinuierlich zu verbessern.

3 Sicherheit

3.1.1 Arbeitsschutz

Im Krankenhaus wird eine Vorgehensweise zum Arbeitsschutz angewandt, die insbesondere Sicherheitsaspekte am Arbeitsplatz, bei Mitarbeitern, im Umgang mit Gefahrstoffen und zum Strahlenschutz berücksichtigt. Gesetzliche Bestimmungen werden eingehalten und umgesetzt. Durch regelmäßige Kontrollen bei den jährlichen Arbeitsplatzbegehungen werden sämtliche Unterlagen sowie die allgemeinen Arbeitsbedingungen und die Umsetzung der Arbeitsschutzanweisungen überprüft. Unfallmeldungen werden im erforderlichen Umfang bearbeitet. Durch geeignete organisatorische Maßnahmen, z. B. die Einführung von Sicherheitskanülen, konnten krankenhausspezifische Unfälle (z. B. die Nadelstichverletzungen) minimiert werden. Verbesserte Arbeitsbedingungen, wie z. B. eine ergonomische Arbeitsplatzgestaltung, tragen ebenfalls zur Senkung bestimmter Unfallarten bei.

3.1.2 Brandschutz

Zur Vermeidung von Bränden und zum vorbeugenden Brandschutz existiert ein Alarm- und Einsatzplan. Er beinhaltet Handlungsanweisungen bei Bränden und Katastrophen. Nahezu alle Gebäude sind an die zentrale Brandmeldeanlage angeschlossen. Rauchmelder wurden in allen Zimmern installiert. Eine Überprüfung der internen Alarmkette erfolgt monatlich. Jährlich finden Unterweisungen zum Brandschutz für alle Mitarbeiter statt. Zusätzlich werden Brandschutzübungen angeboten (Löschübung). Feuerlöscher und Brandmeldeanlage werden gemäß den gesetzlichen Bestimmungen regelmäßig geprüft. Die Anfahrtswege der Feuerwehr sind gekennzeichnet, die Hydranten/Feuerlöscher sind auf den Flucht- und Rettungsplänen auf jedem Gang gekennzeichnet. Piktogramme weisen zusätzlich auf Hydranten/Feuerlöscher hin. Im Evakuierungsplan sind Sammelpunkte ausgewiesen. Diese sind zusätzlich mit Schildern gekennzeichnet.

3.1.3 Umweltschutz

Im Rahmen der Zielplanung sind Umweltziele für den technischen Bereich enthalten. Die Einrichtung hat ökologischen Anforderungen durch eine Umstellung der Energieversorgung auf ein Blockheizkraftwerk bei gleichzeitiger Senkung der Energiekosten entsprochen. Weitere Umweltziele wurden durch eine jährliche Minderung der Abfälle erreicht, die sich in der Abfallbilanz darstellt. Die Einrichtung hält zur Einsparung von Trinkwasser ein Regenwassersammelbecken zur Bewässerung der Grünanlagen vor. Lieferantenbewertungen vor. Bei Ausschreibungen und Vergaben werden ökologische und abfalltechni-

sche Kriterien berücksichtigt.

3.1.4 Katastrophenschutz

Im Alarm- und Einsatzplan sind Pläne und Handlungsanweisungen zum Verhalten bei Bränden, Bombendrohungen, außergewöhnlichen Ereignissen und allgemeinen Havarien enthalten. In den Katastrophenschutzplan des Landkreises ist die Einrichtung nicht eingebunden. 2009 fand eine Evakuierungsübung mit Polizei, Rettungsdienst, Feuerwehr etc. im Maßregelvollzug statt. Alle Pläne werden regelmäßig durch Sicherheitsingenieure geprüft und ggf. aktualisiert.

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Im Krankenhaus ist eine Regelung bei hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen eingeführt. Die Planungen zur Regelung nichtmedizinischer Notfallsituationen sind im Alarm- und Einsatzplan dokumentiert. Weiterhin existieren Listen mit Notfallruffnummern, Evakuierungsplänen, Lageplänen mit Lagerorten für gefährliche Produkte und Schemata für die Abschaltung der verschiedenen Medien. Für technische Komponenten, die für den Betrieb des Krankenhauses wichtig sind, z. B. für die Informationstechnik, existieren spezielle Havariepläne. Ein Risikomanagementsystem wurde eingeführt. Eine Überprüfung der vorhandenen Notstromaggregate erfolgt regelmäßig und wird protokolliert.

3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Grundsätzlich bestehen für alle Bereiche der Klinik ein Sicherheitskonzept, Handlungsanweisungen und übergeordnete Regelungen, die Standards zum Umgang mit den zu beaufsichtigenden Personen festlegen. Die Pflegestützpunkte sind zentral angeordnet, so dass jederzeit Einsicht auf den Korridor und die Patientenzimmer möglich ist. Die Kriseninterventions- und Time-Out-Räume sind mit Sichtfenster, das durch den Pflegestützpunkt einsehbar ist, gestaltet. Für Kriseninterventionen ist das bestehende Deeskalationsteam Multiplikator für alle Mitarbeiter.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Der Umgang und das Verfahren mit medizinischen Notfällen sind festgelegt. Die Planung des Notfallkonzeptes sieht vor, dass bei medizinischem Notfall die Soforthilfe durch das Reanimationsteam vor Ort erfolgt. Zur Qualifikation der Ärzte/ des Pflegepersonals werden Reanimationsübungen regelmäßig und verpflichtend jährlich durchgeführt. Pro Station ist ein entsprechend benannter Mitarbeiter für die Notfallausrüstung verantwortlich.

3.2.3 Hygienemanagement

Im Haus existiert eine Hygienekommission, deren Zusammensetzung der Robert-Koch-Institut (RKI)-Richtlinie entspricht. Das bedeutet: ein externer Hygienefacharzt, zwei hygienebeauftragte Ärzte und eine hygienebeauftragte Schwester sind benannt. Zweimal im Jahr oder bei besonderen Anlässen wird eine Hygienekommissionssitzung durchgeführt. Umzusetzende Entscheidungen werden protokolliert. Hygienebegehungen finden einmal im Jahr mittels Checkliste statt. Für die stationären und ambulanten Bereiche, sowie die Funktionsbereiche und sonstige Abteilungen, stehen bereichsspezifische Hygiene- und Desinfektionspläne aktualisiert zur Verfügung. Unsere Küche arbeitet nach den Richtlinien der Hygiene und in Anlehnung an das HACCP (Hazard Analysis and Critical Control Points) –Konzept.

3.2.4 Hygienerrelevante Daten

Meldepflichtige Infektionskrankheiten werden durch die Stationen an die Hygieneschwester gemeldet. Der Meldeweg von Infektionserkrankungen nach §§ 6, 8, 9 IfSG ist beschrieben. Bei Auftreten von Infektionskrankheiten und Benachrichtigung der Hygieneschwester erhält die entsprechende Abteilung / Station eine Anweisungskarte gemäß RKI-Richtlinie, die geeignete Maßnahmen aufführt.

3.2.5 Infektionsmanagement

Alle Stationen und Bereiche arbeiten nach den bereichsspezifischen Desinfektions- und Hygieneplänen. Bei Infektionskrankheiten kommen die Anweisungskarten vom RKI zur Infektionsprävention zur Anwendung. Alle Bereiche verfügen über Schutzausrüstungen, die bei Bedarf entsprechend angelegt werden müssen. Die Schutzkleidung ist in den Hygienemerkbüchern entsprechend der Infektionserkrankung vorgeschrieben. Ebenso ist die Schutzkleidung bei bestimmten Tätigkeiten festgelegt.

3.2.6 Arzneimittel

Zur Versorgung mit Arzneimitteln besteht ein Liefervertrag mit einer externen Apotheke. Die Arzneimittelkommission tagt zweimal jährlich. Es werden bei diesen Tagungen z. B. Aktualisierungen der Arzneimittelliste vorgenommen. Überprüfungen der Lagerung, der Bevorratung und der Haltbarkeit erfolgen regelmäßig durch das Pflegepersonal und die externe Apotheke.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Aufgrund der geringen Anzahl verabreichter Blutprodukte ist eine Absprache mit der Landesärztekammer Sachsen erfolgt. Daher kann die Einrichtung auf ein separates QM-Handbuch zum Transfusionswesen verzichten. Die Bestellung von Blutprodukten erfolgt über verschlüsselte Internetanbindung mit der Apotheke. Mit Blutprodukten und Blutderivaten wird entsprechend der Transfusionsordnung umgegangen. Verantwortliche transfusions- und qualitätsbeauftragte Ärzte sind benannt. Der Verbrauch dieser Produkte wird einmal jährlich an das Paul-Ehrlich-Institut gemeldet.

3.2.8 Medizinprodukte

Es liegt eine Dienstanweisung vor, welche Handhabung und Einsatz von Medizinprodukten entsprechend dem Medizinproduktegesetz und der Medizinprodukte-Betreiberverordnung regelt. Zur Anwendung von Medizinprodukten existiert weiterhin eine Inventarliste. Eine Ersteinweisung von neuen Medizinprodukten wird durch die Hersteller durchgeführt. Jeder Medizinprodukteanwender hat einen Medizinproduktepass. Alle technischen Medizinprodukte werden gemäß Medizinprodukte-Betreiberverordnung den vorgeschriebenen sicherheitstechnischen und messtechnischen Kontrollen unterzogen.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Aufgrund der vorhandenen IT-Infrastruktur ist allen Anwendern eine uneingeschränkte IT-Nutzung im Rahmen ihrer Zugangsberechtigungen an jedem Ort des Sächsischen Krankenhauses möglich. In einem IT-Sicherheitskonzept und einem Havariekonzept sind geregelt, wie die Datensicherung erfolgt und wie sich die Mitarbeiter bei Ausfall des Systems zu verhalten haben. Die IT-Infrastruktur steht prinzipiell im 24-Stunden-Betrieb zur Verfügung, lediglich bei Hard- und Softwarewartung oder schwerwiegenden Störungen erfolgen geringfügige Unterbrechungen. Durch ein Servicetelefon wird eine ständige Erreichbarkeit der entsprechenden Mitarbeiter gewährleistet, ebenfalls steht eine IT-Rufbereitschaft zur Verfügung.

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Die Regelungen zur Erfassung, Führung, Dokumentation und Archivierung der Patientendaten sind auf der Grundlage datenschutzrechtlicher Bestimmungen festgelegt. Einrichtungswweit wird die elektronische Patientenakte (EPA) genutzt. Extern erstellte Dokumente werden eingescannt und in der EPA abgelegt. Für alle am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen besteht eine Dokumentationspflicht. Die Dokumentation hat so zu erfolgen, dass sie den derzeit gültigen gesetzlichen Vorschriften und den Kodierrichtlinien entspricht. Die Patientendokumentation wird kontinuierlich berufsgruppenübergreifend genutzt, so dass Ärzte/Therapeuten jederzeit über die aktuelle Verfassung des Patienten und das Pflegepersonal jederzeit über neue Anordnungen bzw. Patientenbesonderheiten informiert sind. Jede Berufsgruppe dokumentiert eigenverantwortlich. Eine Kontrolle, bei der Kennzahlen erhoben werden, erfolgt durch Dokumentationsaudits für alle Berufsgruppen. Neubeschäftigte werden mit dem Dokumentationssystem vertraut gemacht. Die Handzeichenlisten werden regelmäßig aktualisiert. Für alle Mitarbeiter gelten die Grundsätze des Datenschutzes und der Schweigepflicht. Die Patientenakten sämtlicher Abteilungen werden nach der Archivordnung im hausinternen Archiv aufbewahrt.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Um den zeitlich uneingeschränkten Zugriff auf die Patientenakten zu gewährleisten, werden sämtliche patientenbezogene Daten in der EPA aufgeführt. Jeder Mitarbeiter hat nach einem Rollenkonzept Zugriff. Dieser ist von jedem IT-gestützten Arbeitsplatz aus, auch während der Erstellung von Sicherungskopien, rund um die Uhr möglich. Nachkommende extern erstellte Dokumente werden eingescannt und mit der EPA verbunden. Für externe Konsiliarärzte besteht die Möglichkeit auf die EPA zuzugreifen. Die

Zugriffsrechte sind in einer Rechtematrix geregelt. Die aktuelle Patientendokumentation ist auf den jeweiligen Stationen verfügbar und zugänglich. Anhand der Patientendokumentation sind aktueller Zustand und klinischer Verlauf des Patienten ersichtlich, ebenso werden ärztliche und pflegerische Maßnahmen begründet und dokumentiert. Zusätzliche Informationen über den aktuellen Zustand des Patienten liefern bei Verlegung oder Entlassung eine Kurzepikrise und ein Pflegeverlegungsbericht.

4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Alle internen Informationen werden zeitnah schriftlich aus den Fachabteilungen an die Krankenhausleitung gegeben. Ein Konzept zur Information der Krankenhausleitung und von Mitarbeitern in beide Richtungen (wer muss was wem wie melden/ mitteilen) sowie eine Kommunikationsmatrix liegen vor. Externe Informationen werden mündlich und bei Notwendigkeit schriftlich den Fachabteilungen bekannt gemacht. Es existiert eine Regelung zur Meldung besonderer Vorkommnisse an die Krankenhausleitung. Kennzahlen jeglicher Art werden der Krankenhausleitung regelmäßig zugearbeitet und vorgelegt. Eine Kommunikationsmatrix mit klaren Regelungen zur Information der Krankenhausleitung wird genutzt und gewährleistet zeitnahe und verlässliche Informationen.

4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Informationsweitergabe innerhalb und zwischen verschiedenen Krankenhausbereichen. Dadurch sind die Kommunikationsstrukturen zwischen den Bereichen und Kliniken geregelt. Strukturierte Tagespläne sind Bestandteil der täglichen Arbeitsabläufe. Die berufsgruppenübergreifenden Informationen und Abstimmungsgespräche sind für alle Mitarbeiter der Einrichtung bedeutend, um eine qualifizierte Betreuung der Patienten zu sichern. Zur Weiterleitung jeglicher Informationen an die Abteilungen stehen verschiedene Medien, z.B. Intranet, E-Mail, Telefon, Hausmitteilungen, Aushänge und Informationstafeln zur Verfügung. Externe Informationen werden durch die Außenwirkung im Internet, Pressemitteilungen, Flyer etc. regelmäßig bekannt gegeben, überprüft und aktualisiert. Die Chefarzte halten regelmäßigen Kontakt zu niedergelassenen Medizinern.

4.4.1 Organisation und Service

Als zentrale Auskunftsstellen sind die rund um die Uhr besetzte Pforte am Haupteingang sowie die zentrale Patientenaufnahme während der Regelarbeitszeit vorhanden. Die Ausstattung beider Bereiche mit Computertechnik ermöglicht die Weitergabe von Information sowohl für Besucher als auch auf Telefonanfragen. In der Pforte liegen sämtliche internen Informationen (Lageplan, Alarm- und Einsatzplan) und Bereitschaftsdienstpläne (Ärzte, Service, Pflegedienstleitung, EDV, Labor, Pflegedienst) aus. Die Aufnahmekabinen in der Patientenaufnahme stellen die Intimsphäre sicher. Die Wahrung des Datenschutzes wird für alle Bereiche gewährleistet.

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Daten und Informationen insbesondere von Patienten werden im Krankenhaus durch verschiedene Maßnahmen geschützt. Der Datenschutz ist durch technische und organisatorische Maßnahmen gewährleistet. Die Planung der Maßnahmen zum Datenschutz erfolgt durch den Datenschutzbeauftragten des Krankenhauses in Abstimmung mit der Krankenhausleitung. Alle Mitarbeiter werden bei Einstellungen zu Fragen des Datenschutzes aktenkundig unterwiesen. Jährlich werden für Mitarbeiter des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes und der Verwaltung verpflichtende aktualisierte Unterweisungen zum Datenschutz angeboten. Der Zugriff auf Datenbanken in IT-Systemen ist durch Passwörter geschützt. Ein Datenschutzbericht für die Krankenhausleitung wird erstellt.

5 Führung

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Die Vision/Unternehmensphilosophie des Krankenhauses ist im Leitbild verankert. Ein zusätzliches Pflegeleitbild stellt die Pflegequalität dar. Beide Leitbilder entwickeln sich mit den stetigen Veränderungen. Durch die Krankenhausführung werden alle Aktivitäten zum Klinikleitbild unterstützt, respektiert und diskutiert. Jeder Mitarbeiter erhält das Recht, seine Gedanken einzubringen und sich mit seinen Aufgaben auseinanderzusetzen. Somit ist zu erwarten, dass die Identifikation mit der Einrichtung besteht und die Motivation für anstehende Aufgaben entsteht. Diese Vorgehensweise wird der Unternehmensleitung helfen, das Krankenhaus mit seinen Spezifika und seinen Zielen nach Innen und Außen transparenter zu machen und in der Öffentlichkeit zu vertreten. Die Vision, die Philosophie und das Leitbild werden in allen Hierarchieebenen unseres Krankenhauses umgesetzt und in der Qualitätspolitik verwirklicht. Alle Qualitätsprojekte, die im Rahmen der Rezertifizierungsvorbereitung eingeleitet worden sind, nehmen ebenso wie die im Einsatz befindlichen Instrumente des Qualitätsmanagements Bezug auf das Leitbild.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Die positive Zusammenarbeit mit dem Personalrat, die interdisziplinären Fortbildungsveranstaltungen/Teambesprechungen, Mitarbeiterkonferenzen und Mitarbeitergespräche, gemeinsame Veranstaltungen von Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern und Zusammenkünfte in gelockerter Atmosphäre fördern eine unternehmensinterne Kommunikation und tragen zur Vertrauensförderung bei. Durch Weitergabe von Informationen an alle Mitarbeiter und die Bereitschaft der Krankenhausleitung, Mitarbeiterwünsche zu respektieren und über Veränderungen zu diskutieren, ist der Vertrauensbeweis gegeben.

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Die Klärung ethischer Fragestellungen erfolgt im Rahmen der regelmäßigen Sitzungen des interdisziplinären Ethikkomitees. Es gibt unterschiedliche Beratungsangebote. Anfragen an das Ethikkomitee sind für Mitarbeiter, Patienten sowie Angehörige jederzeit möglich. Fallbesprechungen berücksichtigen ebenfalls Fragen zur Ethik, bspw. zur Fixierung, medikamentösen Therapie, richterlicher Unterbringung etc. Auf kulturelle, weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse der Patienten wird inhaltlich im Leitbild eingegangen. Zusätzlich ist der Krankenhauseelsorger Ansprechpartner für ethische Fragen der Patienten. Regelmäßige Supervisionen bzw. Weiterbildungen für das Personal gewährleisten eine weitere kontinuierliche Information und Auseinandersetzung aller Beteiligten mit ethischen Fragestellungen.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und nutzt diese für die Steuerung seiner Handlungen. Die Zielplanung hat einen verbindlichen Charakter und findet als Steuerungselement Berücksichtigung in der Personalplanung, den räumlichen Planungen, den medizinischen und nichtmedizinischen versorgungstechnischen Planungen. Weiterhin müssen gesundheitspolitische Vorgaben berücksichtigt werden. Des Weiteren werden die Zielplanungen durch Ergebnisse von Teambesprechungen mit beeinflusst und, falls möglich, in die strategische Ausrichtung des Krankenhauses eingearbeitet. Im Rahmen der jährlichen Personalversammlung wird die Zielplanung kommuniziert. Ein weiteres Instrument zur Vermittlung und Umsetzung der Zielplanung des Krankenhauses sind Mitarbeitergespräche mit allen Mitarbeitern.

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Grundlegendes Anliegen von Kooperationen auf allen Ebenen ist eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Ziel des gegenseitigen Nutzens. Im Ergebnis fördern daraus resultierende Synergien die Unternehmensstabilität. Kriterien zur Auswahl der Kooperationspartner sind z.B. fachliche Inhalte, räumliche Nähe, Erfahrungen, Synergieeffekte und Trägervorgaben. Die Kooperationen müssen in ihrer Ausrichtung die Zielplanungen der Einrichtung unterstützen.

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Die aktuelle Organisationsstruktur des Krankenhauses ist unter Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten festgelegt. In Anlehnung an die Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) für den Betrieb der Krankenhäuser in Trägerschaft des Freistaates Sachsen (Rahmendienstordnung Sächsischer Krankenhäuser) wird die Organisationsstruktur unseres Hauses durch ein übergeordnetes Organigramm mit Benennung der Funktionsträger dokumentiert und bei strukturellen Veränderungen angepasst und aktualisiert. Zur Optimierung der Abläufe und Prozesse werden interdisziplinäre Projektgruppen berufen, welche nach Analyse des Ist-Zustandes neue Standards entwickeln und für deren Umsetzung Maßnahmen aufzeigen. Die Kommissionen, Gremien und Ausschüsse sind so formiert, dass Mitarbeiter mit fachspezifischen Kompetenzen mitarbeiten und dadurch effektiv und effizient zusammenarbeiten. Die Kompetenzen der entsprechenden Ansprechpartner sind in den Funktions-/Stellen-Beschreibungen definiert. Die Gremien und Kommissionsarbeit ist systematisch in einer Besprechungsmatrix dargestellt.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur effektiven und effizienten Arbeitsweise von Leitungsgremien und Kommissionen. Zur Sicherstellung der effektiven und effizienten Krankenhausführung im Sinne einer optimalen Patientenversorgung gibt es die Krankenhausleitung (KHL), das QM-Lenkungsgremium, die Hygiene- und die Arzneimittel-Kommission, das Ethikkomitee, weiterhin Arbeitsgruppen zum Küchen-Standard, Kinder- und Jugend-Psychiatrie-Standard und Neurologie-Standard, sowie die allgemeinen Internet-, Intranet- und Monatsfenster-Arbeitsgruppen. Die Krankenhausleitung ist über die Arbeiten und Ergebnisse informiert und an der zügigen Umsetzung interessiert. Die Transparenz von Projekten und definierten Prozessen ist durch Veröffentlichung im Intranet gewährleistet. Kern-, Management- und unterstützende Prozesse werden über eine Kennzahlenmatrix evaluiert.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

Innovationen werden in Fachkonferenzen, im persönlichen Gespräch, über E-Mail und durch Arbeitsanweisungen kommuniziert. Die Implementierung von Innovationen erfolgt vielfach unter Einberufung von Arbeitsgruppen durch die Klinikleitung. Um ein innovationsfreundliches Betriebsklima zu schaffen, besteht die grundsätzliche Haltung, Vorschläge der Mitarbeiter ernst zu nehmen und zu fördern. Hierzu ist ein Vorschlagswesen aufgebaut und eingeführt. Das Wissensmanagement und der Aspekt des zunehmend wichtiger werdenden Wissenstransfers sind Teil unseres Personalentwicklungskonzeptes und dort entsprechend verankert.

5.4.1 Externe Kommunikation

Im Sächsischen Krankenhaus Großschweidnitz gibt es einen Mitarbeiter für Öffentlichkeitsarbeit. Ein Konzept für die Öffentlichkeitsarbeit ist erstellt. In regelmäßig stattfindenden Leitungssitzungen wird das Thema "Öffentlichkeitsarbeit" publiziert und über die Vorgehensweise diskutiert. Die Klinik wird sich durch Intensivierung der Kontakte zur Presse, der ständigen Entwicklung von Flyern, die Teilnahme an Messen und die Aktualisierung und Ausweitung der Aktivitäten über den eigenen Klinikstandort hinaus in noch stärkerem Maße präsentieren, um Besucher, Gäste, Angehörige von Patienten oder Geschäftspartner gezielt auf das Krankenhaus hinzuweisen. Weiter präsentiert sich das Krankenhaus auf der Homepage (www.skh-grossschweidnitz.de). Ein Onlineanmeldesystem auf der Krankenhauswebseite für Fort- und Weiterbildungen wurde geschaffen.

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Zur Vermeidung von Gefahren, die zur Erfolgsminderung führen, ist ein umfassendes Risikomanagementsystem inklusive CIRS (Critical Incident Reporting System) auf Grundlage eines Konzepts eingeführt. Das Risikomanagementsystem betrifft alle Mitarbeiter und alle Abteilungen des Hauses. Im Rahmen des Risikomanagements werden Zwischenfälle / Beinahe-Zwischenfälle im CIRS-Team ausgewertet und Gegenmaßnahmen eingeleitet. Ein internes Kennzahlensystem mit Ziel- und Ist-Werten fungiert als ein Warnsystem. Das Krankenhaus ist bestrebt eine Vertrauenskultur aufzubauen, die das Melden von internen Zwischenfällen unterstützt und somit Risiken frühzeitig erkennt bzw. verhindert.

6 Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation

Die Krankenhausführung ist verantwortlich für die Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements (QM). Bereits 2006 wurde mit den Vorbereitungen zur Einführung eines Qualitätsmanagementsystems aktiv begonnen. Als Grundlage dient das KTQ-Manual. Der Prozess der Weiterentwicklung unseres QM-Systems mündete 2014 in der Überarbeitung unseres QM-Konzeptes. Im Organigramm des Sächsischen Krankenhauses Großschweidnitz ist der Stellenwert des QMs als Stabstelle der Krankenhausleitung fixiert. Die Krankenhausleitung stellt notwendige finanzielle und personelle Ressourcen zur Durchführung des QM zur Verfügung. Die geschulten Multiplikatoren (QMBs) stellen die Einbindung in die Bereiche sicher, steuern die Arbeit und übermitteln die Ergebnisse an das Qualitätsmanagement (QM). Der Lenkungsausschuss trifft sich regelmäßig und steuert das QM-Verfahren. Im Lenkungsausschuss werden Ziele und Vorgehensweise festgelegt und die Planung neuer Projekte strukturiert, um Qualitätsverbesserungsprozesse anzustoßen.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Kern-, Führungs-, Stützprozesse dienen der Erfüllung der Erwartungen unserer Kundengruppen, der Patienten, deren Angehörigen, der Mitarbeiter, unserer Partner und der Gesellschaft, durch Führung, Prozessgestaltung, kontinuierliches Lernen, Innovation und Verbesserung. In unserem QM-Konzept existiert ebenfalls bereits die Aufteilung nach der Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität. Wir sind darauf bedacht unsere Schnittstellen und Prozesse durch Arbeitsgruppen ständig zu optimieren. Zur Prozessoptimierung nutzen wir Kennzahlen (z.B. aus Befragungsergebnissen). Weiterhin ist die Erstellung klinischer Pfade für die wichtigsten Diagnosen geplant.

6.2.1 Patientenbefragung

Die Befragung der Patienten nach ihrer Zufriedenheit ist ein festes Instrument bei der täglichen Arbeit. Es erfolgt eine kontinuierliche Befragung unserer Patienten und im Abstand von drei Jahren wird eine umfassende Patientenzufriedenheitsbefragung durchgeführt. Alle Befragungen beruhen auf Freiwilligkeit, sind anonym und gewährleisten den Datenschutz. Die Veröffentlichung der Ergebnisse der kontinuierlichen Befragung erfolgt in den einzelnen Bereichen sowie statistisch ausgewertet im Intranet der Einrichtung und auf unserer Homepage. Die Ergebnisse der dreijährigen Befragung werden intern veröffentlicht und mit anderen sächsischen Landeskrankenhäusern und anderen Kliniken verglichen. Regelmäßig ist geplant, beide Patientenbefragungen über eine Maßnahmenplanung auszuwerten und Konsequenzen aus den Ergebnissen zu ziehen.

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Im Sächsischen Krankenhaus Großschweidnitz fand 2013 in einem speziellen Bereich eine Einweiserbefragung statt. Weiterhin wurden eine Befragung nachsorgender Einrichtungen für neurologische Patienten, eine Befragung nachsorgender Einrichtungen der KJPP (Kinderheime, Jugendämter) und eine Befragung nachsorgender gerontopsychiatrischer Einrichtungen durchgeführt (Pflegeheime). Die Ergebnisse der Befragungen werden intern veröffentlicht und aus den Ergebnissen werden Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit ist ein wichtiger Indikator des Erfolgs und der Entwicklung des Krankenhauses. Die Erhebung der Mitarbeiterzufriedenheit ist ein festes Instrument für die zukünftige Zielplanung der Krankenhausführung und des QMs des Hauses. Die Befragung unterliegt den Forderungen des Datenschutzes. Damit werden die Anonymität und der Schutz jeder einzelnen befragten Person gewährleistet. In der Krankenhausleitung und im Lenkungsausschuss werden aufgetretene Mängel besprochen und anschließend gemeinsam Lösungswege erarbeitet. Die Befragungsergebnisse werden für neue Qualitätsziele sowie für konkrete Verbesserungsmaßnahmen hinzugezogen, genutzt und zukünftig in den Kennzahlenkatalog eingearbeitet. Die Rücklaufquote wird erhoben und kann mit den Folgejahren verglichen werden. Die Ergebnisse wurden intern veröffentlicht und mit anderen sächsischen Landeskrankenhäusern und mit anderen Kliniken verglichen.

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Das Beschwerdemanagement sieht vor, dass Patienten-, Besucher- sowie Angehörigen-Wünsche und -Beschwerden umgehend erfasst und an das zuständige Beratungsgremium zur Erarbeitung einer Lösung weitergeleitet werden. Die Vorgehensweise ist im Konzept zum Beschwerdemanagement aufgeführt. Die Anzahl der dokumentierten Patientenbeschwerden und die Zeitdauer bis zur Abarbeitung nicht anonymer Beschwerden sollen statistisch erhoben werden und sind zukünftig Bestandteil des einmal jährlich erscheinenden Beschwerdeberichts/der Beschwerdestatistik. Aus den Beschwerden werden Gegenmaßnahmen eingeleitet, deren Wirkung in der Statistik sichtbar und messbar ist. Mitarbeiter können sich bei Problemen/Wünschen an unseren Personalrat wenden. Dieser setzt sich mit der Krankenhausleitung in Verbindung und leitet ggf. Maßnahmen ein.

6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Über die gesetzlich vorgeschriebenen qualitätssichernden Maßnahmen hinaus sind alle Fachabteilungen angehalten, qualitätsrelevante Daten zu erheben. Als Bereiche zur Datenerhebung werden die Patientensicherheit, der effektive Personaleinsatz, die optimale Patientenversorgung und der optimale Budgeteinsatz festgelegt. Die Auswertungskriterien dazu sind, mindestens da in den zulässigen Varianzen zu bleiben, wo es Vergleichsmöglichkeiten gibt. Bei der Erhebung relevanter Daten wird stets Bezug auf die Empfehlungen der Fachverbände/ Gesellschaften genommen und dies in der Erhebung berücksichtigt. Externe Erhebungen müssen den Vorgaben der Fachgesellschaften entsprechen. Weitere intern erhobene qualitätsrelevante Daten sind die vom Krankenhaus eingeführten Kennzahlen, die Daten aus Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung sowie die über das umfangreiche Auditsystem erhobenen Daten. Mit allen erhobenen Daten sollen sich Rückschlüsse auf die Qualität ziehen lassen, sowie Handlungsbedarf und Verbesserungspotentiale identifizieren lassen.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Das Krankenhaus hat sich zum Ziel gesetzt, mit einer möglichst vollständigen Dokumentationsquote, einer geringen Zahl von Abweichungen und ohne Auslösung eines strukturierten Dialogs an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V teilzunehmen. Zur Verringerung des Zusatzaufwands und zur Vermeidung von Übertragungsfehlern werden möglichst viele bereits im Behandlungsverlauf erhobene Daten automatisch in die Qualitätssicherungs(QS)-Bögen übernommen. Es erfolgt eine softwaregestützte Validierung der Daten. Aufgrund der fachlichen Spezialisierung des Sächsisches Krankenhauses liegt der Schwerpunkt der externen QS im Bereich Dekubitusprophylaxe. Die Ergebnisse werden der jeweiligen Fachabteilung, aber auch weiteren interessierten Kreisen, zur Verfügung gestellt. Aus den Ergebnissen erkennbare Defizite sollen zu Verbesserungen führen.