

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	SRH Wald-Klinikum Gera
Institutionskennzeichen:	261600543
Anschrift:	Straße des Friedens 122 07548 Gera
Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer:	SAMA Cert GmbH, Stuttgart
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	2014-0069 KH
Gültig vom:	06.10.2014
bis:	05.10.2017

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die Kategorien	6
1 Patientenorientierung	7
2 Mitarbeiterorientierung.....	11
3 Sicherheit.....	13
4 Informations- und Kommunikationswesen	16
5 Führung	18
6 Qualitätsmanagement.....	21

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), der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) und der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e. V. (HB). 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-Bundesverband, 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.

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 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 SRH Wald-Klinikum Gera** 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

Dr. med. M. Vogt

Für den Hartmannbund

Vorwort der Einrichtung



Liebe Leserinnen, liebe Leser,

wir freuen uns, Ihnen heute den KTQ-Qualitätsbericht des SRH Wald-Klinikums offen und transparent zu präsentieren. Intensive Jahre baulicher, struktureller und medizinischer Weiterentwicklung unseres SRH Wald-Klinikums Gera liegen hinter uns. Jährlich werden in unserem Klinikum ca. 43.000 stationäre und 51.000 ambulante Patienten behandelt. In unseren Bettenhäusern Haus am Wald und Haus im Park können wir unseren Patienten komfortable 2-Bettzimmer mit jeweils eigener Nasszelle anbieten. Neue Intensiv- und Überwachungseinheiten sowie Diagnostikbereiche wurden bezogen.

Vier weitere Operationssäle mit modernster Medizintechnik stehen durch die Erweiterung der OP-Kapazitäten unseren Patienten zur Verfügung.

Mit der Generalsanierung unseres Hauses verbindet sich erstmals in der Krankenhausgeschichte ein Kunst- und Kulturprojekt, so dass wir als erstes und einziges "Kulturkrankenhaus" Deutschlands firmieren. Eine interessante Zeitreise durch acht Jahrhunderte deutscher Geschichte bildet die Grundlage eines innovativen Wegeleitsystems, welches sich bis in jedes einzelne Patientenzimmerzimmer nachverfolgen lässt. Krankenhaus und Kunst werden eine Einheit im Dienste der Gesundheit.

Als größte Einrichtung der medizinischen Schwerpunktversorgung in Ostthüringen treffen wir alle Entscheidungen und Maßnahmen mit dem einen Ziel, die Bürger unserer Region, aber auch darüber hinaus, kompetent, medizinisch und pflegerisch auf dem neuesten Stand und mit höchstem qualitativen Niveau versorgen zu können. Gemäß unserem Leitbild zeichnen wir uns durch Patientensicherheit, Transparenz und messbare Qualität aus.

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

1 Patientenorientierung

1.1 Rahmenbedingungen der Patientenversorgung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das SRH (Stiftung Rehabilitation Heidelberg) Wald-Klinikum Gera hat ein Konzept entwickelt, das die Patienten und ihre Angehörigen bereits vor der Aufnahme ins Klinikum über die Erreichbarkeit, den Ablauf der Aufnahme, die Verweildauer und das Serviceangebot des Klinikums informiert. Wegeleitsystem und Patientenbegleitsdienst unterstützen Patienten und Angehörige im neuen Klinikkomplex. Informationsblätter zur Wegeleitung werden kontinuierlich überarbeitet und Patienten/ Besuchern bereitgestellt.

1.1.2 Leitlinien

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. - Leitlinien, Nationale Expertenstandards sowie hausinterne Pflegestandards und spezielle Pflegekonzepte finden in den berufsgruppenübergreifenden definierten Behandlungspfaden Berücksichtigung. Die Behandlungspfade/ Pflegestandards sind im Intranet für alle Mitarbeiter abrufbar. Im Rahmen der täglich stattfindenden Visiten findet eine Überprüfung auf inhaltliche Umsetzung der Behandlungspfade und Pflegestandards statt.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Jede medizinische Behandlung hat unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen. Die Rechte des Patienten werden während der gesamten Behandlung am Klinikum berücksichtigt und gewahrt. Durch die regelmäßige Befragung unserer Patienten wird überprüft, ob die Mitarbeiter in angemessener Weise auf die Bedürfnisse und Rechte der Patienten eingehen.

1.1.4 Service, Essen und Trinken

In unserem 2013 fertiggestellten Neubau incl. der Bettenhäuser „Haus am Wald“ und „Haus im Park“ stehen unseren Patienten moderne und komfortable 2-Bett Zimmer zur Verfügung. Diese sind mit barrierefreier Nasszelle, Telefon, betteigenem Fernseher sowie Internetanschluss ausgestattet. Bei der Speiseversorgung können die Patienten täglich zwischen verschiedenen Menüs wählen, insofern keine diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen dagegen sprechen. Individuelle Bedürfnisse werden ebenfalls berücksichtigt. Die Getränkeversorgung wird über ein Angebot auf den Stationen (Kaffee, Tee, Mineralwasser) sichergestellt.

1.1.5 Kooperationen

Die Kooperation aller Beteiligten in der Patientenversorgung wird durch Fall-, Tumor-, Mortalitätskonferenzen und Qualitätszirkel sichergestellt. In zahlreichen Fachdisziplinen werden interdisziplinäre Konferenzen durchgeführt, insbesondere in den zertifizierten Organzentren, wie Brust-, Prostata-, Darm-, Pankreas- und Lungenkrebszentrum sowie im Gefäß-, Schlaganfall- und Traumatizentrum. Der Prozess der Zentrenbildung wird durch die Geschäftsführung, die Fachabteilungen und das QM gesteuert.

1.2 Notfallaufnahme

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die Zentrale Notfallaufnahme (ZNA) stellt 24h an 365 Tagen die Versorgung von Notfallpatienten sicher. Die Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin (KAI) steuert federführend den Betrieb der ZNA. Ein Internist ist in der Kernzeit mit dem höchsten Patientenaufkommen präsent. Alle anderen Fachbereiche stehen mit festem Ansprechpartner jederzeit konsiliarisch zur Verfügung. Weitere Fachgebiete können auf Anforderung der ZNA jederzeit hinzugezogen werden. Optimale Abläufe zur Übernahme der Patienten vom Notarzt garantieren mit den Rettungsdiensten abgestimmte Prozesse. Einer steigenden Zahl an Notfallpatienten wird mit einem Erweiterungsbau Rechnung getragen.

1.3 Ambulante Versorgung

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Die ambulante Notversorgung von Patienten wird täglich 24 Stunden über die Zentrale Notaufnahme (ZNA) sichergestellt. Die Einhaltung des Facharztstandes ist gewährleistet. Die Patienten werden über alle Diagnose- und Behandlungsmaßnahmen informiert.

Angebot und Aufgabenspektrum der Fachambulanzen sind dem regionalen Bedarf angepasst. Bei der Terminvergabe werden vorhandene Vorbefunde erfragt, bei der ambulanten Untersuchung genutzt und nur bei Bedarf ergänzt. Ein Kurzbrief informiert den Weiterbehandler über durchgeführte Diagnostik und Therapie.

1.3.2 Ambulante Operationen

Die Terminierung ambulanter Operationen erfolgt direkt in den fachspezifischen Sprechstunden in Absprache mit dem Patienten, den Fachabteilungen und dem OP-Koordinator. Hier erfolgt unter Wahrung der Aufklärungsfristen die Operationsaufklärung. Für die Durchführung ambulanter Operationen gilt Facharztstandard. Die postoperative Überwachung des Patienten ist über den Aufwachraum sichergestellt. Bei Komplikationen ist eine stationäre Aufnahme jederzeit möglich.

1.4 Stationäre Versorgung

1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Der Behandlungsprozess wird in interprofessionellen Behandlungspfaden geplant und durchgeführt. Im Rahmen des ärztlichen und pflegerischen Aufnahmeprozesses werden die individuellen Ressourcen, kulturellen Bedürfnisse und Patientenwünsche erfasst. Detaillierte Festlegungen in Form von Arbeitsanweisungen und Behandlungsstandards garantieren die notwendige stationäre Diagnostik und Behandlung in den Kliniken und Funktionsbereichen.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die Behandlung der Patienten wird durch die Sicherstellung der beteiligten Berufsgruppen, durch die durchgängige Bereitstellung aller Behandlungsmöglichkeiten und durch eine abgestimmte Dienstplangestaltung gewährleistet. Evidenzbasierte Leitlinien, nationale Expertenstandards und hausinterne Pflegestandards werden in unseren Behandlungspfaden berücksichtigt und umgesetzt.

Vor jeder therapeutischen Intervention erfolgt unter Berücksichtigung der Aufklärungszeiten ein vom Arzt geführtes Aufklärungsgespräch mit dem Patienten, dem Betreuer, den Eltern und bei Einverständnis des Patienten auch mit den Angehörigen. Jede Aufklärung wird schriftlich mit Datum und Unterschrift des Aufklärenden und des Patienten dokumentiert.

1.4.3 Operative Verfahren

Die operative Versorgung von Patienten ist täglich 24 Stunden gewährleistet. Für die OP-Ablauforganisation ist der OP-Koordinator auf Grundlage der OP-Pläne der Fachdisziplinen verantwortlich. Vor Durchführung einer Operation wird jeder Patient zum Eingriff aufgeklärt.

Die OP-Vorbereitungen werden je nach operativ zu versorgender Erkrankung nach festgelegten Standards durchgeführt. Eine patientenbezogene Sicherheitscheckliste begleitet den Patienten zur Sicherstellung einer hohen Patientensicherheit.

Zusätzlich minimieren seit 2012 Patientenidentifikationsarmbänder mit Barcode das Risiko von Patientenverwechslungen. Als Mitglied des Aktionsbündnisses Patientensicherheit setzen wir Informationsmaterialien zur ständigen Sensibilisierung der Mitarbeiter ein.

1.4.4 Visite

Die Durchführung der täglichen Visiten im SRH Wald-Klinikum Gera dient einerseits dem direkten Kontakt mit dem Patienten zur Information von Diagnostik und Therapie-Strategien sowie der Überprüfung der leitliniengerechten Behandlung durch die entsprechenden ärztlichen Leitungsebenen.

Am Wald-Klinikum Gera werden überwiegend gemeinsame Visiten von ärztlichem Dienst, Pflegedienst und an der Therapie beteiligten Berufsgruppen durchgeführt. Pflegeexperten visitieren Patienten mit speziellen behandlungspflegerischen Anforderungen, unterstützen mit ihrer Fachexpertise die Pflegenden und entwickeln Selbstpflegefähigkeit der Patienten (Stomatherapie, Diabetesberatung, Pain Nurse).

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Das SRH Wald-Klinikum Gera bietet neben der vollstationären Behandlung auch teilstationäre, prästationäre und poststationäre Behandlungsformen an. Zur Ablaufplanung erfolgen regelmäßige interne Abstimmungen der verschiedenen Berufsgruppen und Fachabteilungen. Die Einbestellung der Patienten erfolgt unter Nutzung einer einheitlichen Planungssoftware (ORBIS, Terminplaner) abgestimmt zwischen den einzelnen Fachgebieten, den Diagnostikabteilungen, der OP-Planung und den vollstationären Behandlungsterminen.

1.5 Übergang in andere Bereiche

1.5.1 Entlassung

Entlassungen werden bereits zum Zeitpunkt der Aufnahme vom ärztlichen Dienst in Absprache mit dem Behandlungsteam, dem Patienten und/oder seinen Angehörigen geplant. Frühzeitig werden bei notwendigem Unterstützungsbedarf Sozialdienst und Überleitungspflege in den Entlassungsprozess eingebunden. Um nach Abschluss des Behandlungsprozesses eine bedarfsorientierte, sektorenübergreifende Nachbetreuung zu gewährleisten, wird nach der Organisationsanweisung „Entlassungsmanagement“ verfahren.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Zur Gewährleistung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung steht dem Patienten ein professionelles Team aus Sozialarbeitern/Überleitungspflege und Pflegeexperten zur Verfügung. Der Weiterversorgungsbedarf wird frühestmöglich ermittelt und Sozialarbeiter/Überleitungspflege beauftragt. Diese leiten in Absprache mit Behandlungsteam und Patienten alle weiteren Maßnahmen zur ambulanten Nachbetreuung ein. Die Weitergabe von Informationen an nachsorgende Einrichtungen ist durch den Arztbrief/Pflegeüberleitungsbericht gewährleistet. Möglichkeiten der direkten Übergabe des Patienten. B. an Pflegedienste werden genutzt. Ein Feedbackbogen überprüft die regelrechte Überleitung in den weiterversorgenden Bereich. Seit 2012 besteht für Patienten in der finalen Lebensphase die Möglichkeit, die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) durch das SRH Palliativteam Ostthüringen in ihrer häuslichen Umgebung anzubieten.

1.6. Sterben und Tod

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Sterbende werden mit Würde und Respekt begleitet. Auf Wunsch des Sterbenden und/oder ihrer Angehörigen werden die Klinikseelsorge, der Psychosoziale Dienst der Onkologie oder der ehrenamtliche Sitzwachendienst der Geraer Hospizbewegung einbezogen. Durch regelmäßige Gespräche zwischen Pflegedienstleitung und Klinikseelsorge wird der Umgang mit sterbenden Patienten reflektiert.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Der Prozess der Versorgung von Verstorbenen erfolgt nach den Vorgaben eines Pflegestandards. Alle Mitarbeiter der Pflege sind dies bezüglich eingewiesen. Die Angehörigen eines jeden Verstorbenen werden in Form des Flyers „Stille“ auf die Möglichkeit der Verabschiedung in der Klinik und entsprechende Unterstützungsangebote hingewiesen. Zur Verabschiedung stehen eigens eingerichtete Räume zur Verfügung. Der neue Raum der Stille im Hauptgebäude ist jederzeit geöffnet.

Bei Tot- und Fehlgeburten werden die Eltern auf die Bestattungspflichten und -möglichkeiten sowie weitere Angebote hingewiesen. Einmal jährlich werden „still geborene Kinder“ auf einem Geraer Friedhof bestattet.

2 Mitarbeiterorientierung

2 Mitarbeiterorientierung

2.1 Personalplanung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Die Grundlage der Personalplanung bilden die geplanten Leistungen des Hauses und finanzielle Rahmenbedingungen des kommenden Jahres. Die Stellenplanung wird durch die Personalleiterin in Abstimmung mit den Chefärzten, der Pflegedirektion und den Abteilungsleitern erarbeitet und mit dem Betriebsrat erörtert. Im Rahmen des Berichtswesens findet eine monatliche Überprüfung der Planung in Zusammenarbeit mit der Abteilung Controlling statt.

2.2 Personalentwicklung

2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Der Prozess der Personalentwicklung wird über die Personalabteilung gesteuert. Instrumente der Personalentwicklung wie Mitarbeiterentwicklungsgespräche, Karriereplanung, Qualifikationsdatenbank, Fort- und Weiterbildung etc. werden genutzt und umgesetzt. Die Zufriedenheit der Mitarbeiter hinsichtlich der Personalentwicklung wird in der regelmäßig konzernweit durchgeführten Mitarbeiterbefragung überprüft und ausgewertet.

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter erhält mit der Einstellungszusage eine Begrüßungs-CD mit relevanten Informationen zum Unternehmen. Die Einarbeitung aller Mitarbeiter erfolgt nach einem festgelegten Einarbeitungskonzept für die einzelnen Berufsgruppen, welches abteilungsspezifisch konzipiert ist. In der Einarbeitungszeit werden Zwischen- und Abschlussgespräche geführt. Für alle Ärzte, die sich in der Facharzt-, Schwerpunktweiterbildung oder Zusatzausbildung nach der Weiterbildungsordnung befinden, erstellt der verantwortliche Chefarzt Weiterbildungspläne. Als Vorlage dienen dabei die von der Landesärztekammer veröffentlichten "Logbücher".

2.2.3 Ausbildung

Das SRH Wald-Klinikum Gera bildet jährlich Fachärzte, Gesundheits- und Krankenpfleger und Kaufleute für Bürokommunikation aus. Weiterhin ist das Wald-Klinikum Praxispartner der Berufsakademie Gera in den Studiengängen Management im Gesundheitswesen und Soziale Dienste und kooperiert mit der SRH Fachhochschule für Gesundheit Gera. Die Überprüfung und Bewertung der Lernziele in der Pflegeausbildung erfolgt in regelmäßigen Feedback- und Beurteilungsgesprächen, in Lernstandskontrollen, in Prüfungen und durch Notenvergabe. Ein strukturiertes Beurteilungssystem evaluiert die individuelle Theorie- und Praxisleistung der Auszubildenden und fördert die Ausbildungsergebnisse.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Die Planung des Fort- und Weiterbildungsangebotes orientiert sich an den Strategien und Unternehmenszielen des Wald-Klinikum Gera sowie an den aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen (BWL für Ärzte).

Die Erfassung des Fort- und Weiterbildungsbedarfes erfolgt in den jährlichen Bedarfsabfragen in den Abteilungen. In Mitarbeiterentwicklungsgesprächen wird der individuelle Fort- und Weiterbildungsbedarf der Mitarbeiter systematisch eruiert. Pflichtfortbildungen sind definiert. Ein halbjährlicher Fortbildungskatalog wird im Intranet für alle Mitarbeiter veröffentlicht.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Unternehmerisch denkende und handelnde Mitarbeiter erreichen die Unternehmensziele durch Verinnerlichung der SRH-Unternehmenswerte Unternehmergeist, Humanität, Effizienz, Innovation, Exzellenz und Integrität. Führungsgrundsätze sind definiert.

Die Kooperation der Mitarbeiter wird durch die Einbeziehung in Entscheidungsprozesse und Projekte gefördert. Ein transparentes Kommunikations- und Informationswesen und die Delegation von Verantwortung unterstützt die Mitarbeiterbindung. Monatliche interprofessionelle Zentrengespräche fördern gemeinsame Problemanalyse, Maßnahmenplanung und Verbesserung.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Die Arbeitszeiten sind durch das Arbeitszeitgesetz sowie den SRH-Haus-Tarifvertrag bestimmt. Für die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes und die Regelungen der Tarifverträge sind die jeweiligen Führungskräfte sowie die Personalabteilung zuständig. Eine Betriebsvereinbarung (BV) Arbeitszeit wurde verhandelt. Die Dienstplanung und Abrechnung erfolgt elektronisch.

2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Eine Betriebsvereinbarung zum Betrieblichen Vorschlagswesen (BVW) wurde verhandelt und ein BVW mit zentraler Steuerung und dezentraler Verantwortung etabliert. Jährlich werden 100.000€ für Mitarbeitervorschläge zur Verfügung gestellt. Ideen mit herausragendem Verbesserungspotential für Patientensicherheit und Qualität im Unternehmen werden als Vorschläge des Jahres in den Zukunftskonferenzen ausgezeichnet und veröffentlicht. Der Umgang mit Mitarbeiterbeschwerden ist in einer Organisationsanweisung geregelt. Ein Kummerkasten bietet ein niederschwelliges Angebot für Mitarbeiterbeschwerden.

3 Sicherheit

3 Sicherheit

3.1 Schutz- und Sicherheitssysteme

3.1.1 Arbeitsschutz

Die Fachkraft für Arbeitssicherheit (SiFa) organisiert im Auftrag und in Abstimmung mit der Geschäftsführung das System „Arbeitssicherheit“. Für weitere Gebiete wie Strahlenschutz, Gefahr- und Abfallgut, Umweltschutz etc. sind Beauftragte berufen. Zur Überprüfung der Arbeitsbedingungen werden durch die Fachkraft für Arbeitssicherheit, den Betriebsarzt und den Betriebsrat regelmäßige Arbeitsplatzbegehungen durchgeführt. Eine Betriebsvereinbarung zur Bereitstellung von Bildschirmbrillen wurde 2013 verhandelt.

Für den Umgang mit Gefahrstoffen liegen im Intranet und in den Bereichen Betriebsanweisungen vor. Das Gefahrstoffkataster wird in Verantwortung der leitenden Apothekerin geführt.

3.1.2 Brandschutz

Das Wald-Klinikum Gera erfüllt alle brandschutztechnischen Vorgaben. Alle Gebäude sind mit Brandmeldeanlagen, Feuerlöscheinrichtungen sowie Flucht- und Rettungswegeplänen ausgestattet. Zur Überprüfung des gebäudetechnischen Brandschutzes werden regelmäßig Begehungen mit der Berufsfeuerwehr Gera durchgeführt. Im Rahmen des Neubaubezuges erfolgte die systematische Schulung aller Mitarbeiter.

Der vorbeugende Brandschutz wird durch den Brandschutzbeauftragten organisiert. Alle Mitarbeiter werden diesbezüglich jährlich unterwiesen. Zusätzlich werden regelmäßig praktische Unterweisungen zur Handhabung von Feuerlöschgeräten angeboten.

3.1.3 Umweltschutz

Ein modernes Umweltressourcen schonendes und energiesparendes Konzept wurde im Klinikneubau umgesetzt. Zur Gewährleistung der Umsetzung der Umweltziele werden regelmäßig die Abfallmengen sowie –kosten der entsprechenden Abfallarten erhoben und ausgewertet. Die Überprüfung der Umweltziele im Bereich Abfallentsorgung wird durch ein kontinuierliches Berichtswesen des Umweltschutzbeauftragten gewährleistet.

3.1.4 Katastrophenschutz

Für das SRH Wald-Klinikum Gera gibt es einen Katastrophenschutzplan, in dem das Vorgehen bei internen und externen Schadensereignissen nach den Vorgaben des Thüringer Brand- und Katastrophenschutzgesetzes geregelt ist. Ein Katastrophenschutzbeauftragter ist benannt. Die Einweisung und Schulung der Mitarbeiter in den Katastrophenschutz ist in den jährlichen Unterweisungszyklus eingebunden. Das Klinikum beteiligt sich in einer länderübergreifenden Krisenmanagementübung (LÜKEX) an Planung und Verbesserung des Thüringer Katastrophenschutzes.

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Der Umgang mit nichtmedizinischen Notfallsituationen, wie Ausfälle technischer Einrichtungen, Informationstechnologie, Strom und Wasser, sind über Organisationsanweisungen geregelt. Die Meldung bei Auftreten von Schadensereignissen erfolgt an die Dispatcherleitstelle (täglich 24 Stunden besetzt). Der Disponent leitet alle weiteren Maßnahmen ein. Gegen den Ausfall von Wasser sowie medizinischen Gasen ist das Wald-Klinikum Gera durch eine Ringleitung abgesichert. Bei Ausfall von Strom stehen mehrere Notstromaggregate zur Verfügung.

3.2 Patientensicherheit

3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Die Gewährleistung der Patientensicherheit ist durch die moderne, technische und bauliche Ausstattung des Krankenhauses sichergestellt. Bei Aufnahme eines Patienten im stationären Bereich erfolgt die Einweisung des Patienten in den Stationsablauf, den Gebrauch von Lichtenanlagen, Medientechnik, Bettbedienung und Rufanlage.

Die Regelungen zur Sturzprophylaxe sind im Pflegestandard „Sturzprophylaxe“ festgelegt und umgesetzt. Die Anforderungen des Nationalen Expertenstandards sind entsprechend berücksichtigt. Ein Informationsflyer zur Sturzvorbeugung im Krankenhaus unterstützt Patienten und Angehörige.

Zum Umgang mit Kriseninterventionen werden die Mitarbeiter anhand des Konzeptes „Professionelles Deeskalationsmanagement (ProDeMa)“ geschult.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Das Medizinische Notfallmanagement obliegt der Klinik für Anästhesie- und Intensivmedizin. Über eine zentrale Rufnummer wird das Reanimationsteam angefordert. Die Mitarbeiter sind in die Erstversorgung eingewiesen. Es finden berufsgruppenübergreifende Reanimationstrainings statt. Alle Stationsebenen verfügen über einen standardisierte Reanimationswagen. In festgelegten Bereichen sind darüber hinaus Defibrillatoren vorhanden.

3.2.3 Hygienemanagement

Das Hygienemanagement des Wald-Klinikums liegt in der Verantwortung des Ärztlichen Direktors. Es ist umfassend im Hygieneplan geregelt und den Mitarbeitern über das Intranet zugänglich. Die Vorgaben des Robert Koch Institutes (RKI) sind umgesetzt. Zur Sicherstellung der Umsetzung hygienischer Vorgaben sind in jeder Klinik ein hygienebeauftragter Arzt und eine hygienebeauftragte Pflegekraft benannt. Die Überprüfung der Einhaltung der Organisations- und Verfahrensanweisungen werden in Form von Begehungen, mikrobiologischen Kontrollen, der Erfassung im Krankenhaus erworbener Infektionen und des Desinfektionsmittelverbrauches im Rahmen der AKTION Saubere Hände sichergestellt.

3.2.4 Hygienerrelevante Daten

Der Meldeweg für die nach dem Infektionsschutzgesetz zu erfassenden und zu meldenden Infektionen ist festgelegt. Bei festgestellten Auffälligkeiten wird die Krankenhaushygiene durch die betreffende Klinik oder durch das Labor informiert.

Die Erhebung kumulativer Keimresistenzstatistiken und die systematische Bereitstellung der Daten an die Fachabteilungen, Apotheke und weitere Gremien erfolgt durch die Mikrobiologin. Auf der Grundlage der Keimresistenzstatistiken der Mikrobiologie werden Produkt- und Listungsentscheidungen zum Einsatz von Antibiotika in der Antibiotikakommission getroffen. Ein präoperativer Antibiotikastandard ist definiert.

3.2.5 Infektionsmanagement

Im Hygieneplan sind umfassende hygiesichernde Maßnahmen festgelegt. Der Umgang mit Patienten, die mit speziellen Infektionserregern (insbesondere multiresistenten Keimen, Aids, Hepatitis, Tuberkulose) infiziert sind, ist in speziellen Verfahrensanweisungen geregelt. Die Überprüfung der Einhaltung dieser hygienischen Vorgaben erfolgt durch die Hygienefachkräfte. Systematische Schulungen für die Mitarbeiter werden durchgeführt.

Die Vermeidung von Infektionen durch die Wasserversorgung erfolgt durch eine automatische Chlordioxidanlage. In den Risikobereichen werden Sterilwasserfilter eingesetzt.

3.2.6 Arzneimittel

Der Einkauf von Arzneimitteln, Reagenzien, Desinfektionsmitteln, Chemikalien, Diagnostika sowie Nahtmaterialien obliegt allein der Krankenhausapotheke. Die Beschaffung ist in der Organisationsanweisung "Einkaufsordnung" festgelegt.

Die stations- bzw. abteilungsbezogenen Anforderungen von Arzneimitteln werden ausschließlich über die Krankenhausapotheke realisiert. Arzneimittel werden durch ärztliche Verordnung über das Anforderungsterminal angefordert. Das Richten von Medikamenten im stationären Bereich erfolgt grundsätzlich durch eine examinierte Pflegekraft. Einzelne Kliniken wenden eine Arzneimittelverordnungssoftware an.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Der Umgang mit Blut- und Blutprodukten ist in der Transfusionsordnung umfassend geregelt. Diese beinhaltet Verantwortlichkeiten, Schulungen und Fortbildungen für Ärzte und Pflegepersonal, die Art und Weise der Durchführung der Selbstinspektion und Verfahrensanweisungen. Sie steht allen Anwendern im Intranet zur Verfügung. Die produkt- und chargenbezogenen Dokumentation für Blutprodukte und Plasmaderivate ist geregelt. Zur Überprüfung der Umsetzung der Anweisungen zum Umgang mit Blut- und Blutprodukten werden einmal jährlich Selbstinspektionen in allen Fachabteilungen durchgeführt.

3.2.8 Medizinprodukte

Einweisung und Umgang mit Medizinprodukten ist am Wald-Klinikum Gera in Form von Organisationsanweisungen und in Verantwortung des Leiters der Biomedizintechnik geregelt. Für die Gerätegruppen nach Anlage 1 Medizinproduktebetriebsverordnung sind Beauftragte als Geräteverantwortliche in den Bereichen benannt.

Neue Geräte werden durch den Hersteller eingewiesen. Einweisungen werden in den Gerätebüchern dokumentiert.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1 Informations- und Kommunikationstechnologie

4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Die Informationsverarbeitung ist ein im Wald-Klinikum Gera wesentliches und integrales Arbeitsmittel, das in allen Bereichen eingesetzt wird. Das Wald-Klinikum Gera hat die SRH Dienstleistungen GmbH mit der Installation und Betreuung der Elektronischen Datenverarbeitung beauftragt. Der Zugang zum EDV-System ist in einem Berechtigungskonzept festgelegt. Im Rahmen des Projektes „Klinisches Arbeitsplatzsystem“ wird schrittweise der Aufbau einer papierlosen Krankenakte verfolgt. Ständig wird an der weiteren Verbesserung, Modifizierung von Formularen, Anbindung von weiteren Modulen und Workflows gearbeitet.

4.2 Patientendaten

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Für jeden Patienten besteht eine Patientenakte. Die Neuanlage der Patientenakte erfolgt bei Erstaufnahme des Patienten. Die Regeln für die Erfassung, Führung, Dokumentation und Archivierung der entsprechenden Patientendaten sind in Organisationsanweisungen festgelegt. Der Aufbau des elektronischen Arbeitsplatzsystems wird zielgerichtet fortgeführt. Alle produzierten elektronischen Dokumente oder eingetragenen Patientendaten werden im Krankenhausinformationssystem abgelegt. Diese Daten werden durch die EDV täglich bandgesichert.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Durch das Archivprogramm ist ein vollständiger elektronischer Zugriff auf alle Patientenakten sichergestellt. Der Zugriff auf die Akten wird über das Berechtigungskonzept geregelt. Der Ausgang von Patientenakten aus dem Zentralarchiv wird datentechnisch dokumentiert. Auf das Archiv für bildgebende Dokumente des Instituts für Radiologie besteht ein uneingeschränkter digitaler Zugang ab 07/2009 (Implementierung PACS). Nach Abschluss der Akte werden nachkommende Berichte und Befunde nach einer festgelegten Verfahrensweise in die Patientenakte eingefügt. Mit Einführung des ORBIS-Systems wurden die Zugriffsregelungen auf Patientendaten durch ein den datenschutzrechtlichen Vorgaben entsprechend des Berechtigungskonzeptes sichergestellt.

4.3 Informationsmanagement

4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Die Krankenhausleitung hat ein enges Informationsnetz aufgebaut. Dieses besteht aus den Informationen aus dem SRH-Konzern, die das Wald-Klinikum Gera mit Berichten, Auswertungen, Regelungen und Richtlinien unterstützt sowie Informationen aus Rundschreiben der Thüringischen Landeskrankenhausgesellschaft und anderer Fachverbände. Das Intranet ist die interne Kommunikationsplattform des Hauses.

4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

Die Kommunikationsstruktur und die Informationswege sind über das Organigramm festgelegt. Die Geschäftsordnung von Sitzungen (Einladung, Tagesordnung, Leitung, Protokoll) ist beschrieben und geregelt. Das Intranet ist die interne Kommunikationsplattform der Einrichtung, welches neben einer umfangreichen aktuellen Informationsfunktion auch strukturierende Funktion im Sinne eines Organisationshandbuches hat. Die Geschäftsführung ist Vorbild für eine umfassende, offene und transparente Unternehmenskommunikation.

4.4 Telefonzentrale und Empfang

4.4.1 Organisation und Service

Der zentrale Informationspunkt im Hauptgebäude ist als zentraler Anlaufpunkt für Patienten und Besucher 24 Stunden täglich besetzt. Unweit befindet sich die administrative Patientenaufnahme. Der großzügige Eingangsbereich verfügt über ausreichend Sitzplätze, Informationsmaterial, zwei Informationsbildschirme zur Einrichtung und ihren Aktivitäten sowie barrierefreien Zugang zu Cafeteria und Verkaufsstelle. Die zentrale Auskunftsstelle hat Zugriff auf die für sie relevanten Patientendaten. Die Auskunft zu Patientendaten erfolgt aber nur dann, wenn diese von Seiten des Patienten freigegeben sind. Jeder Patient hat die Möglichkeit, eine Auskunftsverweigerung für seine persönlichen Daten zu veranlassen.

4.5 Datenschutz

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Im Klinikum existiert ein Datenschutzhandbuch, das in elektronischer Form allen Mitarbeitern zugänglich ist. Darin werden alle gesetzlichen Festlegungen sowie spezielle, das Klinikum betreffende Anweisungen geregelt. Sich ändernde gesetzliche, behördliche Vorgaben sowie konkrete Handlungsanweisungen für die Mitarbeiter werden vom Datenschutzbeauftragten regelmäßig aktualisiert. Bei Aufnahme der Beschäftigung wird von jedem Mitarbeiter eine Schweigepflichterklärung unterschrieben. Im Rahmen des Einarbeitungskonzeptes erhält jeder neuer Mitarbeiter weitere Informationen zum Datenschutz. Die jährlich durchzuführenden Unterweisungen zum Datenschutz werden durch die Führungskräfte, nach entsprechender Einweisung durch den Datenschutzbeauftragten, übernommen.

5 Führung

5 Führung

5.1 Unternehmensphilosophie und -kultur

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Die Visionen, Werte und Ziele der SRH Wald-Klinikum Gera GmbH werden durch den Träger, die SRH Holding bzw. den Gesellschafter, die SRH Kliniken GmbH, definiert. Für alle Mitarbeiter der gemeinnützigen SRH Stiftung sind 6 Unternehmenswerte verpflichtend und gleichzeitig Bestandteil des Dienstvertrages. Diese Werte wurden einrichtungsübergreifend auf SRH-Gesamtführungskräftekonferenzen kommuniziert. Das Leitbild des Klinikums wurde im Zuge der Einführung eines einheitlichen Leitbildes aller SRH-Kliniken im Jahr 2013 unter Mitarbeit der Führungskräfte angepasst.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Das Leitbild beinhaltet implizit den Grundsatz, die Entfaltung einer Arbeitsatmosphäre zu gewährleisten, die konstruktive Kritik zulässt, sowie Toleranz, gegenseitigen Respekt und Wertschätzung unter den Mitarbeitern fördert. Von Seiten der Geschäftsleitung wird dies durch eine offene Kommunikationsstruktur - auch und vor allem gegenüber dem Betriebsrat - umgesetzt. Die Geschäftsführung hat erkannt, dass der Unternehmenserfolg wesentlich davon abhängig ist, dass die Mitarbeiter zielgerichtet, eigenverantwortlich und kooperativ an der Verwirklichung der Unternehmensziele mitwirken. Die Umsetzung des betrieblichen Vorschlagswesens trägt mit der Prämierung von Mitarbeiterideen ebenfalls zur Vertrauensförderung im Unternehmen bei.

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Das WKG ist als Krankenhausunternehmen ethischen Grundsätzen verpflichtet, so wie es die Unternehmenswerte beschreiben. Die Grundsätze betreffen alle Dienstleistungen an Patienten, die Gestaltung organisatorischer Abläufe, die Kommunikation zwischen Mitarbeitenden aller Abteilungen sowie das Führungsverhalten aller Ebenen. Das Leitbild des Krankenhauses spiegelt dies in allen seinen Punkten wider. Zur Umsetzung von ethischen Grundsätzen sowie zur Klärung von ethischen Fragestellungen existiert in der Einrichtung ein Ethikkomitee. Dieses ist berufsgruppenübergreifend besetzt. Ergänzend hierzu steht die Klinikseelsorge rund um die Uhr zur Verfügung, um sich für konkrete ethische Anliegen von Patienten und Angehörigen einzusetzen.

5.2 Strategie und Zielplanung

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Die strukturierte Zielplanung des SRH Wald-Klinikum Gera wird jährlich aktualisiert und mit der Konzernzentrale abgestimmt. Die Erstellung der Zielplanung erfolgt durch die Geschäftsführung in Abstimmung mit den Führungskräften. Im Vordergrund der Planungen stehen die Sicherung des Versorgungsauftrages und die qualitative Verbesserung des medizinischen Versorgungsangebotes für die Bevölkerung der Region Ostthüringen. Die interne Budgetierung wird mit den Verantwortlichen ausführlich besprochen. Basis dafür sind Daten des Vorjahres und Erkenntnisse zu Gesetzes- oder Marktveränderungen. Als übergeordnetes Planungsinstrument wird das Budget in den Erfolgsplan integriert. Veränderungen werden im monatlichen Berichtswesen erfasst. In Anbetracht der Entwicklung des Unternehmens und des Marktes wurde ein erneuter Strategieprozess unter dem Motto „Vision 2020“ ins Leben gerufen.

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Das WKG pflegt Kontakte zu allen Partnern, die für die Ausführung des Kernprozesses und unterstützenden Prozesse der Patientenversorgung wichtig sind und die Zusammenarbeit mit dem WKG suchen. Darüber hinaus gestaltet das WKG aktiv Kooperationsbeziehungen mit medizinischen und pflegerischen Einrichtungen, die eine wichtige Rolle in der Versorgung der Patienten spielen (Haus-, Fachärzte, andere Kliniken, Dialyse- und Reha-Einrichtungen, Pflegeeinrichtungen, ambulante Dienste, Hilfsmittelversorger etc.). Darüber hinaus arbeitet das Wald-Klinikum Gera aktiv mit Kooperationspartnern zusammen, die im Rahmen der Zertifizierung von fünf Organkrebszentren das Spektrum der Leistungen komplettieren. Das Wald-Klinikum Gera firmiert als „Kulturkrankenhaus“ Deutschlands. Eine Zeitreise durch acht Jahrhunderte deutscher Geschichte erwartet Patienten und Besucher. Bedeutende Persönlichkeiten sind Namensgeber der Stationsebenen.

5.3 Organisationsentwicklung

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Die Organisationsstruktur des Wald-Klinikum Gera ist in Organigrammen abgebildet, welche im Intranet für jeden Mitarbeiter einsehbar sind. Bei Veränderungen der Organisationsstruktur oder der Personen wird das Organigramm zeitnah durch die Abteilung Qualitätsmanagement in Abstimmung mit der Geschäftsführung aktualisiert. Die Geschäftsführung hat eine Alleinvertretungsberechtigung. Bei Abwesenheit des Geschäftsführers gibt es transparente Regelungen in Bezug auf dessen Vertretung durch benannte Prokuristen und Handlungsbevollmächtigte.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Die Führungsarbeit im Wald-Klinikum Gera basiert auf den Richtlinien der SRH Holding in Heidelberg, die klare Festlegungen zu Grundstruktur des Gesamtunternehmens, Unternehmenswerten, Konzernzielen und Corporate Design macht. Eine Erfolgskontrolle geschieht durch die Sitzungen von Aufsichtsrat und Gesellschaftern mit der Geschäftsführung.

Im Rahmen der Organisationsrichtlinien wird die Arbeit der Gremien mit Geschäftsordnungen geregelt.

Oberste Leitung des Wald-Klinikums Gera ist der Geschäftsführer.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

Das SRH Wald-Klinikum Gera legt den Schwerpunkt im Bereich Innovation auf seine Kernkompetenz, die medizinische Versorgung der Patienten und in die Mitarbeiter, die die komplexen Leistungen an den Patienten mit höchster Kompetenz erbringen sollen. Die Maßnahmen zum Wissens- und Innovationsmanagement werden jeweils projektbezogen geplant und umgesetzt.

Projekte werden generell interprofessionell geplant, vorbereitet, umgesetzt und evaluiert.

Wir betreiben eine zukunftsgerichtete Organisations- und Teamentwicklung. Dies wird an neuen Teamstrukturen im Rahmen der Neubaustrukturierung deutlich. Im Rahmen des Wissensmanagements arbeiten die Fachbereiche mit unserem Zentrum für Klinische Studien eng zusammen.

5.4 Marketing

5.4.1 Externe Kommunikation

Marketing ist strategisches Instrument der Unternehmensführung. Ziel ist die Positionierung der Einrichtung bei niedergelassenen Ärzten, Kooperationspartnern, Kostenträgern und Bevölkerung sowie die Entwicklung von Image und Bekanntheitsgrad. Die Entwicklung des WKG zu einem umfassenden regionalen Gesundheitsanbieter ist strategisches Unternehmensziel und wird durch zielgerichtete, strukturierte, planmäßige und interessengruppenorientierte Maßnahmen realisiert. Die Information der Öffentlichkeit erfolgt über Tages- und Wochenpresse, das Quartalsmagazin

„Fokus Gesundheit“, Radiotipps und die Sendung „Gesundheit Live“. Darüber hinaus werden Veranstaltungen wie die Geraer Gesundheitsgespräche, der Internetauftritt oder Flyer zur Information der Öffentlichkeit genutzt. Mit der Ehrenamtszentrale der Stadt Gera besteht eine Kooperationsvereinbarung, die in Qualitätskriterien die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen festlegt.

5.5 Risikomanagement

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Mit Inkrafttreten der Konzernrichtlinie zum Qualitätsmanagement werden der Aufbau des qualitätsinternen QM und des klinischen RM mit Fehlermeldesystem präzisiert. Im Rahmen des finanziellen Risikomanagements beraten wöchentlich GF, Prokuristen und Handlungsbevollmächtigte in der Lagebesprechung. Die Strategie des klinischen Risikomanagements ist die Weiterentwicklung der Patientensicherheit und die Sicherheit der Mitarbeiter in den Prozessen, verbunden mit dem Lernen aus Fehlern und unerwünschten Ereignissen. Die Umsetzung eines klinischen Risikomanagementsystems ist in der Organisationsanweisung „Meldung und Bearbeitung von Beinaheschadensfällen und unerwünschten Ereignissen“ geregelt.

6 Qualitätsmanagement

6.1 Qualitätsmanagementsystem

6.1.1 Organisation

Der Geschäftsführer des Wald-Klinikum Gera ist für die Planung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements verantwortlich. In der Umsetzung der Qualitätspolitik wird der Geschäftsführer durch den QMB unterstützt. Auf Abteilungsebene sind jeweils Qualitätsbeauftragte, welche auch im Rahmen der externen QS verantwortlich sind, benannt.

Die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements im Wald-Klinikum Gera orientiert sich an den Vorgaben der DIN ISO 9001:2008 und KTQ. Der QMB nimmt regelmäßig an Qualitätszirkeln der Zentren teil. Der QMB ist zentral gemeinsam mit den benannten Zentrumsleitern/Koordinatoren der Organzentren für Überwachungsaudits, Rezertifizierungen und Zertifizierungen neuer Organzentren verantwortlich.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Der Versorgungsauftrag des Klinikums gibt die Rahmenbedingungen der Prozesse vor. Unser Anliegen ist es, unser medizinisches Portfolio an den Bedürfnissen der Patienten auszurichten. Das Management definiert über das Leistungsspektrum die Kernprozesse, auf die alle unterstützenden Prozesse ausgerichtet werden. So wird eine interne Kundenbeziehung aufgebaut und gelebt. Die Schnittstellen werden zwischen den jeweiligen Prozesseignern besprochen und im täglichen Leben auf Anwendbarkeit überprüft. Die Analyse der Kernprozesse basiert auf einem Kennzahlengerüst, welches monatlich in den Zentrengesprächen kommuniziert wird.

6.2 Befragungen

6.2.1 Patientenbefragung

Nach Festlegung des Konzerns werden mindestens alle 3 Jahre in allen SRH-Kliniken externe standardisierte Patientenbefragungen begleitet durch ein Forschungsinstitut durchgeführt.

Ergänzend erfolgt eine interne Patientenbefragung mit quartalsweiser Auswertung, deren Ergebnisse den Mitarbeitern im Intranet jeweils aktuell zur Verfügung stehen. Die Auswertung erfolgt im Benchmark mit den SRH-Kliniken. Der Fragebogen prüft die Leitbildkonformität unserer Arbeit in den Kriterien Weiterempfehlung, Prozesse und Patientensicherheit. In den Organkrebszentren wird ein spezieller Fragebogen für Karzinompatienten angewendet. Die erhobenen Ergebnisse werden in der Qualitätspolitik des Wald-Klinikum Gera berücksichtigt.

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Das WKG führt eine regelmäßige Befragung der zuweisenden Ärzte in Zusammenarbeit mit einem externen Forschungsinstitut durch. In Abstimmung auf Patienten- und Mitarbeiterbefragung wird eine Befragung mit Blick auf den Patienten durchgeführt. Die Ergebnisse werden in einer Veranstaltung präsentiert und im Intranet eingestellt. Die Befragung externer Einrichtungen wie ambulante und stationäre Pflegedienste erfolgt durch einen Feedbackbogen des Sozialdienstes und der Überleitungspflege.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Unser Leitbild stellt Patientensicherheit, Transparenz und messbare Qualität in den Vordergrund. Deshalb wurde 2012 keine im klassischen Sinne "Mitarbeiter-Zufriedenheitsbefragung" sondern eine Mitarbeiterbefragung mit eigenem Blick auf Effizienz und Qualität der Kernprozesse durchgeführt. Eine umsetzungsorientierte Fragensauswahl bietet Ansatzpunkte zur Maßnahmenableitung. Die Befragung ermöglicht einerseits die Gegenüberstellung der Patienten- und Einweiser-

Perspektive mit der Sichtweise der in den Prozess involvierten Mitarbeiter und andererseits ein Benchmarking zu relevanten Themen zwischen den SRH-Häusern und repräsentativen Benchmarkwerten. Die Mitarbeiterbefragung wird anonym durchgeführt und in einer Mitarbeiterversammlung vorgestellt.

6.3 Beschwerdemanagement

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Ein strukturiertes Beschwerdemanagement ist etabliert. Dieses lebt in der Praxis und wird genauso umgesetzt. Die Anzahl der Beschwerden und der positiven Rückmeldungen werden kategorisiert, quartalsweise ausgewertet und sind im Intranet einsehbar. Soziale Kompetenz, fachliche Kompetenz, Organisation, Einrichtung, Hygiene, Service und Abrechnung sind die Kategorien, in die Beschwerden eingeordnet werden. Patientenwünsche werden bei der Aufnahme im Rahmen des Behandlungsvertrages berücksichtigt.

6.4 Qualitätsrelevante Daten

6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Die Koordination der Qualitätssicherung liegt in der Verantwortung des Medizin-Controlling und der Qualitätsmanagementbeauftragten. Das Wald-Klinikum Gera ist Gründungsmitglied der Initiative Qualitätsmedizin (IQM). Im Rahmen der Ergebniskonferenz erfolgt gemeinsam mit den qualitätsbeauftragten Ärzten der Kliniken eine Auswertung dieser Kennzahlen. Daten aus Medizincontrolling und QM sind regelmäßig Themen in den interprofessionellen Zentrengesprächen.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Das Wald-Klinikum Gera beteiligt sich an der externen Qualitätssicherung in allen gesetzlich vorgeschriebenen Modulen. Einzelne Kliniken beteiligen sich außerhalb der gesetzlichen Qualitätssicherung an freiwilligen QS-Verfahren.

Die Datensätze werden durch die Ärzte bzw. Pflegekräfte unverzüglich nach Abschluss der Dokumentation für den Export freigegeben. Die Datenvalidität wird im Sinne der Konformitätserklärung durch Stichprobenkontrollen der Datensätze durch das Medizin-Controlling sichergestellt.