

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Klinikum Obergöltzsch Rodewisch
Institutionskennzeichen:	261400380
Anschrift:	Stiftstraße 10 08228 Rodewisch
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2016-0052 KH
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche
Gültig vom:	08.11.2016
 bis:	07.11.2019
Zertifiziert seit:	04.10.2004

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die Kategorien	10
1 Patientenorientierung	11
2 Mitarbeiterorientierung	14
3 Sicherheit	15
4 Informations- und Kommunikationswesen	17
5 Führung	18
6 Qualitätsmanagement	20

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 Visitorteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

¹zu diesen zählen: Verband der Ersatzkassen e. V., AOK-Bundesverband, BKK-Dachverband, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, 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 einen 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 **Klinikum Obergöltzsch Rodewisch** 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 Klinikum liegt im östlichen Vogtland nahe des Naturschutzparks Erzgebirge/Vogtland in waldreicher Gegend und befindet sich damit in einer ausgesprochenen Erholungs- und Urlaubslandschaft. Die hügelige waldreiche Gegend des Vogtlandes bietet ein ruhiges und entspanntes Klima zur baldigsten Genesung. Die Ausblicke in die wunderschöne Natur und die Ruhe um uns herum tragen zum Heilerfolg jedes einzelnen Patienten bei. Zum Klinikgelände gehört ein waldreiches Areal, welches zu ausgiebigen Spaziergängen geradezu einlädt. Bänke sind an verschiedensten Punkten zum Verweilen aufgestellt. Ebenso laden Sonnenterrassen mit Gartenstühlen und – tischen auf verschiedene Stationen am Klinikum zum Verweilen ein. Das Klinikum Obergöltzsch Rodewisch ist ein rauchfreies Krankenhaus.



Die klinikeigene Küche bereitet vorrangig traditionelle und vogtländische Gerichte zu. Angeboten werden Frühstück mit frischen Brötchen, auch am Sonntag, Obst oder Joghurt zum zweiten Frühstück, Mittagstisch mit Suppe, drei Wahlmenüs, Dessert und Mineralwasser, Kaffee und hausgebackener Kuchen zur Vesper sowie ein Abendessen mit umfangreicher Frischkost und Beilagen nach Wahl. Die Patientenbibliothek mit

einer interessanten Auswahl an Romanen, Sachbüchern und medizinischen Ratgebern zur kostenlosen Nutzung ist ein weiterer Service des Klinikums.

Die Cafeteria des Klinikums ist täglich für Patienten, Angehörige, Besucher und Personal geöffnet. Zur Cafeteria gehört ein kleiner Laden, der Zeitungen, Zeitschriften, Kurzwaren, Hygieneartikel usw. bereithält. Ebenso besteht die Möglichkeit für die Patienten einen Frisör oder eine Fußpflege zu besuchen.

Das Klinikum Obergöltzsch Rodewisch ist ein Krankenhaus der Regelversorgung unter der Trägerschaft des Vogtlandkreises und einer der größten Arbeitgeber in der Region. Das Klinikum blickt auf eine über 100-jährige Tradition zurück. Mit der Einweihung 1910 als Bezirksstift hat das Krankenhaus im Laufe der Jahre seine Stellung in der Region behaupten können und sich zu dem entwickelt, was es heute darstellt: Ein soziales Dienstleistungsunternehmen, das den Patienten mit seinen Erwartungen, Wünschen und Bedürfnissen in den Mittelpunkt des täglichen Handelns stellt. Das Klinikum Obergöltzsch Rodewisch sieht seine Aufgabe in einer breiten, bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Region. Dies belegen die zahlreichen Zertifikate: Brustzentrum Vogtland, EndoProthetikZentrum Obergöltzsch Rodewisch, Babyfreundliche Geburtsklinik, Lokales Traumazentrum und Schlafmedizinisches Zentrum. Des Weiteren ist das Klinikum Mitglied im Tele-Neuromedizinischen-Schlaganfallnetzwerk. Es besitzt derzeit als einziges Krankenhaus in Sachsen das Zertifikat Aktion Saubere Hände in Silber. Das Klinikum leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Patientensicherheit und zur Vermeidung von Infektionen. Das Klinikum Obergöltzsch Rodewisch erfüllt mit hochqualifizierten Teams aus Ärzten und geschultem Pflegepersonal in interdisziplinärer Zusammenarbeit alle Voraussetzungen für eine optimale und umfassende Versorgung der Patienten in einem hotelähnlichen Ambiente und freundlicher Atmosphäre. Im Klinikum stehen modernste medizinische Geräte zur Diagnostik und Therapie von Erkrankungen zur Verfügung.

Das Leistungsspektrum umfasst die Bereiche Anästhesie, Intensiv- und Schmerztherapie, Allgemein-, Visceral- und Gefäßchirurgie, Frauenheilkunde, Kinderheilkunde, Kardiologie und Angiologie, Gastroenterologie, Diabetologie und Palliativmedizin, Unfall- und Gelenkchirurgie, Wirbelsäulenchirurgie, eine HNO-Belegabteilung sowie ein Radiologisches Institut, eine Zentralapotheke und ein Zentrallabor. Außerdem verfügt es über eine ständig besetzte Notaufnahme, eine leistungsfähige, auch für ambulante Verordnungen offene Physiotherapie, eine Mammographiescreeningseinheit, einen Hubschrauberlandeplatz sowie über eine Vielzahl an Serviceleistungen. Weiterhin sind dem Klinikum Obergöltzsch Rodewisch zwei Medizinische Versorgungszentren (MVZ)*

angegliedert. Dort werden unsere Patienten durch ein Team von Haus- und Fachärzten ambulant betreut. Die MVZs dienen damit einer hochwertigen flächendeckenden ambulanten Versorgung der Bevölkerung unserer Region. Durch die enge Zusammenarbeit der MVZs mit dem Klinikum Obergöltzsch Rodewisch ist es möglich, das gesamte diagnostische und therapeutische Leistungsspektrum des Klinikums ambulant zu nutzen. Somit wird eine optimale Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung für alle gesetzlich und privat versicherten Patienten gewährleistet.

Qualitätsmanagement ist eine Führungsaufgabe und muss von der Leitung verantwortlich wahrgenommen und vorgelebt werden. Dieses Grundprinzip besteht seit der Einführung des Qualitätsmanagementsystems im Jahr 2000 im Klinikum Obergöltzsch Rodewisch. Zur Umsetzung der gemeinsamen Ziele wurde im Klinikum eine Qualitätskonferenz etabliert, welcher neben der Leitung des Klinikums und den Qualitätsmanagementbeauftragten, ein Vertreter des Personalrates und Qualitätsbeauftragte aus sämtlichen Bereichen des Klinikums angehören. Dadurch werden Mitarbeiter aller Bereiche und Geschäftsebenen in die Aktivitäten des Qualitätsmanagements eingebunden und die Akzeptanz dafür deutlich erhöht. So wurden beispielsweise zahlreiche Standards für Diagnostik und Therapie geschaffen, um die Behandlung unserer Patienten zu optimieren. Ebenso wurden klare Regelungen zu allen die Patientensicherheit



betreffenden Maßnahmen niedergeschrieben. So wurde unter anderem ein einheitlicher Standard zum Inhalt und zum Verfahren mit auf allen Stationen vorgehaltenen Notfallkoffer geschaffen. Alle klinisch tätigen Mitarbeiter erhalten regelmäßige Schulungen zu Notfällen und Reanimationskurse. Im Bereich des

Brandschutzes werden neben klaren Regelungen im Einsatz- und Alarmplan regelmäßig Übungen im Umgang mit Feuerlöschern angeboten und durchgeführt. Um eine optimale Information aller Mitarbeiter zu sichern, wurden alle entwickelten Standards, Verfahrens- und Arbeitsanweisungen in einer zentralen Wissens-Datenbank erfasst. Sie sind damit für alle Mitarbeiter jederzeit und immer aktuell zugänglich. Die Einrichtung

und Weiterentwicklung eines internen Qualitätsmanagementsystems sehen wir als eine Möglichkeit und Chance, uns qualitativ an einem vorgegebenen Standard zu messen und mit anderen Krankenhäusern vergleichen zu können. Dies unterstützt uns in unserem Ziel, eine ständige Qualitätsverbesserung auf der Grundlage eines strukturierten Konzepts zu gewährleisten, um auch zukünftig unsere gute Marktposition als einer der größten Arbeitgeber im Vogtlandkreis zu halten und zu festigen.

Im Zuge einer auch weiter kontinuierlichen Qualitätsverbesserung unserer Arbeit bitten wie alle Patienten und Angehörige, uns Ihre Meinung zu unserer Arbeit offen mitzuteilen. Dazu existiert ein Fragebogen zum Klinik-aufenthalt bzw. bei Bedarf ein Ideen- und Beschwerdebogen, welcher sich in der Informationsmappe in jedem Patientenzimmer befindet. Für die Weitergabe mündlicher Ideen oder Beschwerden stehen die Mitarbeiter unseres Klinikums jederzeit gern zur Verfügung. Dadurch können wir auch noch verborgene Schwächen aufdecken und abstellen.



Das Risikomanagement des Klinikums Obergöltzsch Rodewisch wurde im Jahr 2001 implementiert, um die unterschiedlichen Risiken zu erkennen, zu erfassen, zu bewerten, zu überwachen und um diese zu steuern. Durch unsere systematischen Controllingprozesse, die in Form von Monatsberichten an die Betriebsleitung, alle Chefärzte, Stationsleitungen und Abteilungsleiter ausgegeben werden, können Risiken zeitnah erkannt und bewertet werden. Im Jahr 2009 wurde zusätzlich die Interne Revision im Klinikum Obergöltzsch Rodewisch eingeführt. Es wurde ein Konzept erstellt, nach dem Geschäftsvorfälle geprüft und bewertet werden. Nach Mitteilung an die Verwaltungsleitung werden Konsequenzen gezogen und Maßnahmen eingeleitet um künftige Fehler zu vermeiden. Nach Änderung des § 16 Absatz 3 SächsEigBG vom 15. Februar 2010, nunmehr geregelt in § 23 Absatz 3 SächsEigBVO, soll ein angemessenes System zur Erkennung von Risiken und zur Dokumentation in einem Risikohandbuch eingerichtet werden. Das vorhandene Risikomanagementsystem wurde im Rahmen von Diplomarbeiten in 2011 und 2012 überarbeitet. Darauf aufbauend wurde ein Risikohandbuch mit

Ampelfunktion erstellt, 2013 im Klinikum Obergöltzsch Rodewisch implementiert und auch in 2015 umgesetzt. Weiterhin nahm eine Risikomanagementarbeitsgruppe im Klinikum ihre Arbeit auf. Ebenfalls im Jahr 2009 wurde ein Critical Incident Reporting System (CIRS) eingeführt. Das Ziel von CIRS besteht darin, Schäden vorzubeugen und aus Fehlern zu lernen. Durch frühzeitiges Melden von Beinahe-Zwischenfällen und dem Erkennen von Fehlern werden größere Schäden vermieden. In 2015 erfolgte eine weitere Adaption auf unser Klinikum.

* Nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das Klinikum Obergöltzsch Rodewisch ist durch eine Einbindung in den öffentlichen Busverkehr neben der Anfahrt mit PKW auch gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen. Im Ort weisen auf allen Hauptzufahrtsstraßen Schilder auf den Weg zum Klinikum hin. Am Klinikum stehen ausreichend kostenlose Parkplätze zur Verfügung.

Ein umfassendes Wegeleitsystem am und im Klinikum gewährleistet die barrierefreie Erreichbarkeit und die problemlose Orientierung im Krankenhaus. Durch umfangreiches Informationsmaterial wie Broschüren, Flyer und Publikationen auf der Website des Klinikums wird über die Erreichbarkeit des Klinikums informiert.

Einmal jährlich werden die niedergelassenen Ärzte schriftlich über die möglichen Behandlungsformen und Aufnahmemodalitäten informiert.

Die Organisation der geplanten Aufnahmen erfolgt zentral über die Patientenverwaltung in Terminabsprache mit den Einweisern unter Berücksichtigung der Kapazitäten der einzelnen Kliniken. Das Belegungsmanagement regelt die Anzahl der maximal möglichen geplanten Aufnahmen pro Wochentag. Durch die 24 Stunden am Tag besetzte Notfallaufnahme ist die Versorgung von Notfällen jederzeit sichergestellt.

1.1.2 Leitlinien

Durch die Anwendung von anerkannten wissenschaftlichen und evidenzbasierten Leitlinien und Standards in allen medizinischen und pflegerischen Bereichen gewährleisten wir eine aktuelle hochqualifizierte Behandlung unserer Patienten. Die Entwicklung und Weiterentwicklung erfolgt in Anlehnung an die Leitlinien der ärztlichen Fachgesellschaften und die Nationalen Expertenstandards der Pflege.

Die durch ständige Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen erworbenen Kenntnisse fließen in die bereits vorhandenen Standards und Leitlinien mit ein. Durch Einarbeitung neuer Erkenntnisse und Überarbeitung der Standards wird die Aktualität gewährleistet.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Das Klinikum ist stets um eine umfassende Information des Patienten bemüht. Bei der Aufnahme erhält jeder Patient eine Klinikbroschüre. In jedem Patientenzimmer liegt eine Mappe, in welcher sich eine ständig aktualisierte Sammlung von Informationen über das Klinikum und dessen Abläufe befindet. Zudem wird den Patienten über den hauseigenen Klinikkanal das Klinikum vorgestellt. Neben unverzichtbaren persönlichen Informations- und Aufklärungsgesprächen existiert eine große Menge von schriftlichem Aufklärungsmaterial zu verschiedenen Krankheitsbildern.

Die Wahrung der Patientenrechte hat in unserem Klinikum einen hohen Stellenwert, Patientenverfügungen werden akzeptiert und im Rahmen der Behandlung berücksichtigt. Soweit möglich, werden die Patienten in die Behandlungsplanung einbezogen. Angebote zu Selbsthilfegruppen und Unterstützung bei der Kontaktaufnahme erfolgen.

1.1.4 Service, Essen und Trinken

Das Klinikum versteht sich als modernes Dienstleistungsunternehmen. Neben der qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung sehen wir es als unsere Aufgabe an, den Aufenthalt in unserem Klinikum so angenehm wie möglich zu gestalten. Die Patientenzimmer sind mit Hotelcharakter ausgestattet. Neben einer sehr guten und abwechslungsreichen Essensversorgung unter Berücksichtigung kultureller und religiöser Aspekte mit Menüplan durch die klinikeigene Küche werden viele zusätzliche Serviceleistungen wie beispielsweise Seelsorge, Unterstützung durch den Sozialdienst und die "Guten Seelen" und einen Patientenservice angeboten. Privatpatienten erhalten zusätzlich einen Service in Unterbringung und Versorgung.

Im Klinikum gibt es Einkaufsmöglichkeiten in der Cafeteria. Bei Bedarf kann eine Ernährungsberatung erfolgen.

Das Klinikgelände bietet mit seinem parkähnlichen Charakter der Außenanlagen zahlreiche Möglichkeiten zum Verweilen und Ausruhen.

1.1.5 Kooperationen

Eine ganzheitliche, interdisziplinäre Behandlung unserer Patienten hat bei uns einen hohen Stellenwert. Daher existieren am Klinikum mehrere Zentren mit vernetzten fachabteilungs- und sektorübergreifenden Behandlungskonzepten.

Die Einbeziehung aller an der Diagnostik und Behandlung eines Patienten beteiligten Fachgebiete schließt auch therapeutische Dienste wie Physiotherapie, Psychotherapie sowie den hauseigenen Sozialdienst mit ein. Zur weiteren Ergänzung des Leistungsangebots für die Patienten wurden im Sinne einer Optimierung der Behandlung verschiedene Kooperationen mit umliegenden Schwerpunkt-Krankenhäusern und niedergelassenen Fachärzten vereinbart.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

In Notfällen gewährleistet die rund um die Uhr besetzte Notaufnahme jederzeit eine Erstversorgung bzw. die Aufnahme eines Patienten. Die Übernahme der Patienten von Notärzten oder Rettungsdiensten erfolgt direkt durch Ärzte oder Pflegekräfte der Notaufnahme. Dadurch wird eine umfassende Informationsweitergabe gewährleistet.

Der Facharztstandard wird rund um die Uhr gewährleistet. Für zahlreiche Krankheitsbilder liegen Richtlinien zur Erstbehandlung vor. Notfalltelefone (z.B. bei beim Polytrauma) sichern die optimale Versorgung und zeitnahe Bereitstellung eines entsprechenden Spezialistentteams ab.

Bei Erkrankungen außerhalb unseres Leistungsspektrums organisieren wir eine qualifizierte Behandlung in einer spezialisierten Einrichtung und verlegen die Patienten umgehend.

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Eine koordinierte ambulante Patientenversorgung ist im Rahmen der Notfallbehandlung und der Sprechstunden der Fachabteilungen abgesichert

Durch zwei medizinische Versorgungszentren und verschiedene Fachambulanzen wird eine optimale ambulante Versorgung unserer Patienten gewährleistet. Niedergelassenen Ärzten bieten wir die Möglichkeit, die Notwendigkeit einer stationären Behandlung ihrer Patienten in Spezialsprechstunden abklären zu lassen.

1.3.2 Ambulante Operationen

Im interdisziplinären Operationszentrum werden ambulante Eingriffe entsprechend des gesetzlichen Leistungskatalogs der am Klinikum vertretenen Fachabteilungen durchgeführt. Die Anmeldung zur ambulanten Operation erfolgt über die Patientenverwaltung. Die vorbereitenden Maßnahmen einschließlich Aufklärung, die postoperative Nachbetreuung inkl. Schmerztherapie durch qualifiziertes Personal und die Durchführung einer Abschlussuntersuchung sind in jedem Fall sichergestellt. Die Information an den nachbehandelnden Arzt erfolgt zeitnah. Im Bedarfsfall ist eine nochmalige postoperative Vorstellung möglich.

1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Die stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung erfolgt qualifiziert und leitlinienkonform in einem angemessenen Zeitrahmen. Sie bildet die Grundlage für die therapeutischen Prozesse. Bei der Planung der Behandlung finden die Bedürfnisse eines jeden Patienten Berücksichtigung. Die ausführliche Information und Aufklärung der Patienten über die Behandlung sind für uns selbstverständlich. Durch eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie entsprechende Zusatzqualifikationen und Weiterbildungen wird die Durchführung sämtlicher diagnostischer Maßnahmen auf einem qualitativ hohen Niveau sichergestellt.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Für die therapeutischen Prozesse kommen hausinterne Leitlinien, Standards und Behandlungspfade zur Anwendung, die sich am aktuellen Stand von Leitlinien und Richtlinien von Fachgesellschaften orientieren. Durch die interdisziplinäre und multiprofessionelle Behandlung (z.B. Einbeziehung der entsprechenden Fachärzte, von Physiotherapeuten, Logopäden, Psychologen) sowie einer hohen Facharztquote ist eine, dem Erkrankungsbild angepasste, optimale Behandlung und Betreuung unserer Patienten sichergestellt.

1.4.3 Operative Verfahren

Operative Eingriffe können bei uns in den Fachgebieten Allgemeine Chirurgie, Visceral- und Gefäßchirurgie, Unfall- und Gelenkchirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe und in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde durchgeführt werden. Die Indikationsstellung erfolgt diagnosebezogen durch einen Facharzt. Notfälle werden entsprechend berücksichtigt und je nach Dringlichkeit in den OP-Plan eingeschoben. Grundsätzlich besteht eine Operationsbereitschaft rund um die Uhr. Aufklärung und Narkosegespräch sind strukturiert. Durch Anwendung von Leitlinien und Standards sowie den Einsatz von qualifiziertem Personal ist eine optimale Betreuung und Versorgung der Patienten vor, während und nach dem Eingriff garantiert.

1.4.4 Visite

Die Visiten sind in unserem Klinikum patientenorientiert gestaltet. Sie richten sich nach den Bedürfnissen und Krankheiten der Patienten. Die Einbeziehung von Angehörigen ist möglich. Die Visiten werden wochentags täglich durchgeführt. Oberarzt- und Chefarztvisiten erfolgen in der Regel ein- bis zweimal wöchentlich. Visitenzeiten und -abläufe sind abteilungsspezifisch geregelt. Bei Notwendigkeit werden Visiten interdisziplinär und berufsgruppenübergreifend durchgeführt. Auf der Intensivstation und in der Kinderklinik erfolgen auch an Wochenenden und Feiertagen tägliche Visiten, in den anderen Abteilungen erfolgt hier die Visite nur bei besonders schwer erkrankten Patienten.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Teilstationäre Leistungen werden in unserem Klinikum ausschließlich im Schlaflabor erbracht. Durch die Nutzung von vor- und nachstationären Behandlungen stellen wir eine effektive und effiziente Betreuung der Patienten auch im Vorfeld der stationären Behandlung und danach sicher. Zahlreiche Eingriffe werden regelhaft nach vorstationärer Vorbereitung durchgeführt. Die notwendigen Maßnahmen sind strukturiert organisiert (Aufklärung, Anästhesiegespräch, Voruntersuchung). Zur Sicherstellung des Behandlungserfolges einer stationären Behandlung besteht die Möglichkeit einer nachstationären Betreuung durch unsere Klinikärzte.

1.5.1 Entlassung

Die Entlassung unserer Patienten erfolgt auf Grundlage des Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätssicherung in der Pflege und entsprechend der gesetzlichen Vorgaben. Patienten, Angehörige, Pflegeeinrichtungen und ggf. der Hausarzt werden über die geplante Entlassung informiert. Diese wird gemeinsam mit dem Patienten bzw. den Angehörigen vorbereitet (z.B. Entlassung in Reha, Pflegeeinrichtung usw.). Für eine optimale Weiterbetreuung werden dem Patienten alle notwendigen Informationen für den weiterbehandelnden Arzt ausgehändigt. Die Überleitung in eine Pflegeeinrichtung erfolgt anhand eines abgestimmten standardisierten Überleitungsbogens.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Der behandelnde Arzt trägt die Verantwortung für eine gesicherte Weiterbetreuung seines Patienten. Alle Beteiligten werden rechtzeitig vor der geplanten Entlassung in die Organisation einbezogen. Der Sozialdienst des Klinikums unterstützt Patienten und Angehörige bei der Vermittlung von Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeheimplätzen, ambulanten Pflegediensten, Selbsthilfegruppen usw. Es ist sichergestellt, dass den weiterbetreuenden Einrichtungen alle notwendigen Informationen zur Verfügung stehen. Das Klinikum trägt für die rechtzeitige Bereitstellung von notwendigen Heil- und Hilfsmitteln Sorge.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Im Vordergrund der pflegerischen und medizinischen Betreuung Sterbender steht das Recht auf einen friedvollen, schmerzfreien und würdevollen Tod. Eine optimale Schmerztherapie und psychologische Betreuung sind gewährleistet. Vorliegende Patientenverfügungen werden entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen berücksichtigt. Eine palliativmedizinische Betreuung durch ein speziell geschultes interdisziplinäres Palliativteam ist möglich. Geschulte Mitarbeiter, Seelsorger und Mitglieder des Hospizvereins stehen bei gewünschter Sterbebegleitung zur Verfügung.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Ein würdiger Umgang mit Verstorbenen und ein rücksichtsvoller Umgang mit den Angehörigen werden durch fachkompetentes Personal gewährleistet. Persönliche Wünsche des Patienten bzw. der Angehörigen werden berücksichtigt. Eine Abschiednahme vom Verstorbenen und eine Betreuung der Angehörigen durch den Seelsorger sind möglich. Bei Fehl- oder Totgeburten werden die Wünsche der Eltern bzgl. der Abschiednahme respektiert. Den Müttern steht eine psychologische Betreuung zur Verfügung. Fehlgeburten (sogenannte Sternenkinder) werden in einem Gemeinschaftsgrab auf dem Friedhof Rodewisch einmal jährlich beerdigt. Die Eltern können an der Bestattung teilnehmen.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Die Planung des Personalbedarfs ist auf eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung durch die Bereitstellung ausreichend qualifizierten Personals ausgerichtet. Es gibt festgelegte Fachkraftquoten, deren Einhaltung permanent überprüft wird. Die Planung erfolgt langfristig und kontinuierlich und wird den sich ändernden Rahmenbedingungen angepasst.

2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Verantwortlich für die Personalentwicklung ist die Klinikleitung unter Einbeziehung aller Abteilungsleiter. Die Personalentwicklung als wichtiges Instrument zur Erreichung der strategischen Ziele orientiert sich auch an den Veränderungen des Leistungsspektrums. Die Vorhaltung qualifizierten Personals zur Absicherung einer hochwertigen fundierten Behandlung unserer Patienten wird durch die Verfolgung einer kontinuierlichen Fort- und Weiterbildungspolitik ermöglicht.

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Einheitliche Einarbeitungskonzepte gewährleisten die systematische Einarbeitung neuer Mitarbeiter. Unterstützend werden neuen Mitarbeitern persönliche Mentoren zur Seite gestellt. Zur strukturierten Einarbeitung gehören regelhaft Zwischen- und Abschlussgespräche.

2.2.3 Ausbildung

Das Klinikum verfügt nicht über eine eigene Ausbildungsstätte, es ist jedoch Praxispartner in der Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, Köchen und Köchinnen, Bürokaufmännern und -Frauen sowie für Studenten der Berufsakademie Plauen. Der Theorie-Praxis-Bezug wird durch eine enge Zusammenarbeit des Klinikums mit den vertraglich gebundenen Schulen hergestellt. Die Lernenden erhalten während ihrer praktischen Ausbildung eine persönliche Anleitung durch Mentoren und ausgebildete Praxisanleiter. Mit den Auszubildenden werden regelmäßige Feedback-Gespräche geführt. Die Umsetzung des theoretisch erworbenen Wissens in die Praxis wird durch Zwischen- und Abschlussprüfungen überprüft.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Zur Gewährleistung einer Behandlung nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen ist eine systematische, an den Bedürfnissen der Mitarbeiter und dem Leistungsspektrum des Klinikums ausgerichtete Fort- und Weiterbildung unabdingbar. Ein jährlicher Gesamtplan für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen wird erstellt. Die Bedürfnisse der Mitarbeiter werden in regelmäßigen Mitarbeitergesprächen zur leistungsorientierten Vergütung erfragt.

Für interne Weiterbildungen sind die strukturellen Voraussetzungen vorhanden (Veranstaltungszentrum mit Beamer, Laptop usw.). Ein Zugang zu Fachliteratur (klinikeigene medizinische Fachbibliothek, Internetzugang) ist gewährleistet.

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Im Klinikum sorgt ein kooperativer, dialog- und mitarbeiterorientierter Führungsstil der Vorgesetzten für ein hohes Maß an Motivation, Identifikation und Integration. Die Führungskräfte werden regelmäßig geschult. Der Führungsstil ist gekennzeichnet durch Delegation von Aufgaben, Entscheidungsbefugnissen und Verantwortung, gemeinsamer Suche nach Verbesserungen, Vereinbarung realistischer Arbeitsziele, ergebnisbezogene Leistungsbeurteilungen, aktive Förderung der Mitarbeiterqualifikation und Berücksich-

tigung der Mitarbeiter bei Entscheidungsfindungen.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Für alle Bereiche existieren festgelegte Arbeitszeitregelungen, für deren Einhaltung die Abteilungsleiter Sorge zu tragen hat. Speziell im Bereich Pflege sorgen zahlreiche unterschiedliche Arbeitszeitmodelle für mehr Flexibilität und Einhaltung der Arbeitsschutzbestimmungen, wie z.B. des Mutterschutzgesetzes, des Jugendarbeitsschutzgesetzes und des Schwerbehindertengesetzes. Im Rahmen der Möglichkeiten werden Wünsche der Mitarbeiter in Bezug auf Arbeitszeiten und Dienstplangestaltung berücksichtigt. Die Urlaubsplanung erfolgt durch die Abteilungsleiter gemeinsam mit den Mitarbeitern.

2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Über das innerbetriebliche Ideen- und Beschwerdemanagement können Mitarbeiter ihre Ideen, Anregungen, Wünsche oder Beschwerden einbringen. Die Meinungen unserer Mitarbeiter sind uns wichtig und finden entsprechende Berücksichtigung. Unser Ziel ist es, alle Vorschläge von unseren Mitarbeitern zu erfassen und die Ideen- und Verbesserungspotentiale aktiv zu nutzen. Anregungen zu Verbesserungen werden in der Abteilung bzw. der Betriebsleitung besprochen. Werden die Vorschläge akzeptiert und als realisierbar betrachtet, erfolgt eine Unterstützung der Vorgesetzten bei der Umsetzung.

3 Sicherheit

3.1.1 Arbeitsschutz

Im Klinikum Obergöltzsch in Rodewisch ist eine Betriebsärztin angestellt, eine externe Sicherheitsfachkraft wird auf vertraglicher Basis tätig. Der Arbeitsschutzausschuss tagt viermal jährlich. Die Erfassung, Meldung und Auswertung von Berufsunfällen erfolgen systematisch und sind klar geregelt. Von Betriebsärztin und Sicherheitsfachkraft werden unter Berücksichtigung der Biostoffverordnung Gefährdungsanalysen zum Schutz der Mitarbeiter durchgeführt.

Der Umgang mit Gefahrstoffen erfolgt ausschließlich durch qualifiziertes Personal. Die Einhaltung von Strahlenschutzvorschriften wird durch die Strahlenschutzbeauftragten des Klinikums sichergestellt. Entsprechende Schutzmaßnahmen für die Mitarbeiter werden ergriffen. Mittels Dosimetrie wird die Strahlenbelastung der Mitarbeiter im Radiologischen Institut einmal monatlich ermittelt.

3.1.2 Brandschutz

In unserem Klinikum existieren umfassende Regelungen zum Brandschutz im Einsatzplan. Der aktuelle Einsatzplan mit Flucht- und Rettungswegen ist für alle Mitarbeiter jederzeit einsehbar. Ziel ist einerseits der vorbeugende Brandschutz, andererseits ein richtiges Verhalten im Brandfall. Regelmäßige Brandschutzbegehungen, z.T. mit der ortsansässigen Feuerwehr und Belehrungen zur Aktualisierung der theoretischen und praktischen Kenntnisse zum Brandschutz gewährleisten ein hohes Maß an Sicherheit. Ein Brandschutzkonzept wurde erstellt.

3.1.3 Umweltschutz

Der Umweltschutz ist ein fester Bestandteil des Leitbildes unseres Hauses. Die Realisierung unseres Wasser- und Energieeinsparkonzeptes und des Abfallwirtschaftskonzeptes trägt entscheidend zum Umweltschutz bei. Zum Einsatz kommen nur ökologisch unbedenkliche Produkte. Abfallvermeidung und Abfalltrennung sind wesentliche Bestandteile unseres Abfallwirtschaftskonzeptes. Mit dem Bau eines modernen Blockheizkraftwerkes wurde eine CO₂-Einsparung von jährlich 572 t erreicht. Das entspricht 20 % des vorherigen CO₂-Ausstoßes.

3.1.4 Katastrophenschutz

Die Einbindung des Klinikums in den Katastrophenschutz erfolgt nach Landesrecht. Neben externen Schadensgroßereignissen werden auch interne Gefahrenanlagen wie Brand, Bombendrohungen und Betriebsstörungen sowie ungewöhnliche Infektionen in einem Einsatzplan ausführlich geregelt. Das Klinikum stellt sich seiner Aufnahmeverpflichtung von Schwer-, Mittel- und Leichtverletzten im Rahmen des Traumanetzwerkes Westsachsen.

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Ein Alarm- und Einsatzplan regelt den Umgang mit nichtmedizinischen Notfallsituationen. Zur Bewältigung dieser dienen organisierte Bereitschaftsdienste in den betreffenden Bereichen (Technik, Informationstechnik) und ein Plan der Erreichbarkeit für Fremdfirmen. Der übergeordnete Leitungsdienst übernimmt im Bedarfsfall die Koordination der einzuleitenden Maßnahmen. Der Ausfall sonstiger technischer und materieller Logistik ist im Einsatzplan geregelt. Die genauen Ablaufpläne liegen in den verantwortlichen Abteilungen vor.

3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Die Aufsichtspflicht für Patientengruppen, die der besonderen Aufsicht bedürfen (Säuglinge, Kinder, Hochbetagte, desorientierte Patienten) wird durch klare Verfahrensanweisungen gewährleistet. Bei Patienten, die sich selbst oder andere gefährden, können nach intensiver Prüfung und Anordnung entsprechende Schutzmaßnahmen ergriffen werden. Die Kinderklinik wurde kindersicher projektiert und verfügt über kindgerechte, geprüfte Zimmerausstattungen. Durch Anwendung des Expertenstandards „Sturzprophylaxe“ sollen Stürze vermieden bzw. deren Folgen minimiert werden. Der Vermeidung von Eingriffsverwechslungen dienen regelhaft verwendete Sicherheitschecklisten im OP. Jeder Patient erhält bei Aufnahme ein Patientenidentifikationsarmband.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Ein umfassendes medizinisches Notfallmanagement dient der Bewältigung von medizinischen Notfällen jeder Art. Notfallausrüstungen werden in allen medizinischen Bereichen vorgehalten. Das Klinikum verfügt über eine große Zahl in der Notfallmedizin ausgebildeter und aktiver Ärzte und Pflegekräfte. Im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstandes steht ein Reanimationsteam zur Verfügung, dessen Alarmierung über eine speziell eingerichtete allen bekannte Rufnummer erfolgt. Die Vorgehensweise folgt klaren, schriftlich fixierten Anweisungen.

3.2.3 Hygienemanagement

Das Hygienemanagement zur Vermeidung nosokomialer Infektionen und hygienischer Mängel bzw. hygienischem Fehlverhalten besitzt in unserer Einrichtung einen hohen Stellenwert. Die Hauptverantwortung für die Hygiene trägt der Ärztliche Direktor, es sind zwei hauptamtliche Hygienefachkräfte und ein hygieneverantwortlicher Arzt bestellt. Die Hygienekommission wird durch einen externen Hygienearzt beraten. Zur Gewährleistung und Einhaltung der Hygienevorschriften existiert ein differenzierter Hygieneplan, der regelmäßig aktualisiert wird. Im Bereich der Speisenversorgung kommt das HACCP-Konzept zur Anwendung (Hazard Analysis and Critical Control Points). Die entsprechende Aufbereitung von Medizinprodukten erfolgt ausschließlich in der klinikeigenen Zentralen Sterilgutversorgung. Im Rahmen der Teilnahme an der "Aktion Saubere Hände" erhielt das Klinikum Obergöltzschs erstes Krankenhaus in Sachsen das Zertifikat in Silber.

3.2.4 Hygienerelevante Daten

Der Meldeweg für die nach dem Infektionsschutzgesetz zu erfassenden und zu meldenden Infektionen ist klar definiert. Die vollständige Informationsweitergabe bei meldepflichtigen Infektionen wird durch eine enge Kommunikation mit dem Gesundheitsamt und durch Kontrolle der mikrobiologischen Befunde gewährleistet. Nosokomiale Infektionen werden erhoben, ausgewertet und mit den Daten des nationalen Referenzentrums in Berlin verglichen. Zur Vermeidung von Infektionen mit multiresistenten Erregern erfolgt ein Screening aller Risikopatienten.

Die Resistenzstatistik und die sich aus ihr abzuleitenden Handlungserfordernisse sind Gegenstand der Sitzungen der Hygienekommission. Eine Antibiotikakommission erstellt verbindliche Leitlinien für die Antibiotikatherapie.

3.2.5 Infektionsmanagement

Geeignete hygiesichernde Maßnahmen tragen wesentlich zur Infektionsprävention bei. Präventive Maßnahmen sind fester Bestandteil des Hygieneplanes. Bei allen Neubauten wurden in der Sanitärplanung die Vorgaben des Hygieneplanes berücksichtigt. Bei infektiösen Erkrankungen werden entsprechende Schutzmaßnahmen sowohl für die Mitpatienten als auch für die Mitarbeiter eingeleitet. Diese finden sich als Verfahrensanweisungen und Merkblätter im Hygieneplan wieder. Dieser wird fortlaufend ak-

tualisiert.

3.2.6 Arzneimittel

Die Gewährleistung der Bereitstellung notwendiger Arzneimittel resultiert aus der Arbeit der Arzneimittelkommission. Die schnelle und unproblematische Belieferung mit Arzneimitteln erfolgt in unserem Haus über die klinikeigene Apotheke. Durch entsprechende Notfalldepots und einen Apothekenbereitschaftsdienst ist die medikamentöse Versorgung unserer Patienten jederzeit sichergestellt.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Zum Umgang mit Blut und Blutprodukten existiert in unserer Einrichtung ein spezielles Qualitätsmanagementsystem. Kernstück ist die Transfusionsordnung. Die Einhaltung der die Transfusionsmedizin betreffenden Gesetze, Verordnungen, Richtlinien, Leitlinien und Empfehlungen ist gewährleistet. Transfusionen werden nur von Ärzten durchgeführt, die ausreichende Kenntnisse und eine nachgewiesene Fortbildung auf dem Gebiet der Transfusionsmedizin besitzen. In allen Bereichen gibt es benannte Transfusionsbeauftragte. Zur Überprüfung der Einhaltung der Vorgaben der Transfusionsordnung werden jährliche Begehungen durchgeführt.

3.2.8 Medizinprodukte

Unser Ziel ist es, moderne Medizinprodukte, die sich an den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen orientieren, einzusetzen. Der Umgang mit Medizinprodukten ist im Rahmen einer Dienstanweisung geregelt. In allen medizinischen Bereichen wurden durch die Betriebsleitung Medizinprodukte-Beauftragte bestellt. Alle technischen Geräte werden vollständig in einem Bestandsverzeichnis der Biomedizintechnik erfasst.

Mitarbeiter erhalten für neue medizintechnische Geräte eine dokumentierte Unterweisung zur Bedienung und Handhabung. Die Instandhaltung der Medizinprodukte, einschließlich Inspektion, Wartung, Prüfung, Reparatur, erfolgt durch Mitarbeiter, die durch ihre Ausbildung und Qualifikationen für diese Tätigkeiten befähigt sind.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Der Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologie wird durch die Klinikleitung maßgeblich unterstützt und ermöglicht. Dadurch wird eine reibungslose interne und auch externe Kommunikation (Telemedizin) gewährleistet. Mit der Einbindung sämtlicher medizinischer Bereiche in das Krankenhausinformationssystem lassen sich viele Informationen schnell und zeitnah abrufen. Die Patientendaten werden kontinuierlich und umfangreich vor unberechtigtem Zugriff geschützt und zentral gespeichert. Ein Berechtigungskonzept zur Sicherstellung der kontrollierten Nutzung der EDV-gestützten Informationstechnologie durch alle befugten Anwender liegt vor.

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Die Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten ist einheitlich schriftlich geregelt. Die Dokumentation und Kodierung erfolgen nach den jeweils gültigen Vorschriften. Die Archivierung der Krankenunterlagen erfolgt nach Aufbereitung der Akte durch eine Archivarin und Weitergabe an einen externen Scandienstleister digital. Anhand der sorgsam geführten Krankenakte ist der Behandlungsverlauf für sachkundige Dritte jederzeit nachvollziehbar.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Allen an der Patientenversorgung beteiligten Mitarbeitern wird zeitnah eine vollständige, korrekte und nachvollziehbare Dokumentation der Behandlung zur Verfügung gestellt. Eine Verfahrensanweisung regelt die einheitliche Kurvenführung und Dokumentation. Der Zugriff auf die archivierte digitale Patientendokumentation ist rund um die Uhr an allen Tagen der Woche gewährleistet. Die Zugriffsberechtigungen sind entsprechend der innerbetrieblichen Funktion des Nutzers klar geregelt.

4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Durch die bestehende Kommunikationsstruktur, das Besprechungswesen, die Nutzung des Intranets und weiterer schriftlicher und virtueller Medien stehen der Krankenhausleitung zeitnah die erforderlichen Informationen zur Steuerung des Krankenhauses zur Verfügung. Ein effektives und effizientes internes Berichtswesen trägt entscheidend dazu bei. Es gibt einheitliche Protokollvorlagen und ein internes Mail-System, an welches alle Bereiche des Klinikums angeschlossen sind.

4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

Die Verfolgung einer konsequenten Informationspolitik ist wesentlicher Bestandteil des mitarbeiterorientierten Führungsstils. Unser Ziel ist es, wichtige Informationen und Neuerungen bzw. Veränderungen für alle Mitarbeiter transparent zu machen. Dies wird durch die vorhandene Informations- und Kommunikationsstruktur gewährleistet. Die Weiterleitung von Informationen an Patienten, Interessierte und niedergelassene Ärzte wird ebenfalls durch das betriebene Informationsmanagement sichergestellt (Flyer, Patientenbroschüre, Informationsmappen, Publikationen, Samstagsakademie usw.). Durch die Nutzung einer webbasierten Wissensdatenbank können wichtige Informationen mit wenig Aufwand schnell in alle Bereiche transportiert werden.

4.4.1 Organisation und Service

Der Empfang als zentraler Anlaufpunkt ist 24 Stunden am Tag besetzt. Auch die Telefonzentrale ist jederzeit erreichbar. Der Empfangsbereich ist offen, hell und freundlich gestaltet. Patienten, Besuchern und Mitarbeitern werden zügig, kompetent und freundlich die benötigten Auskünfte unter Berücksichtigung des Datenschutzes erteilt bzw. es wird eine Hilfestellung bei der Orientierung im Krankenhaus gegeben.

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Datenschutz besitzt in unserem Klinikum einen hohen Stellenwert. Ein Datenschutzkonzept liegt vor. Die Datenschutzbeauftragte kann bei Fragen und Problemen hinsichtlich des Datenschutzes jederzeit zu Rate gezogen werden. Sie bringt die Mitarbeiter auf den aktuellen Stand bei datenschutzrechtlichen Fragen und sorgt dafür, dass die Bestimmungen des Datenschutzes eingehalten werden. Der Überprüfung dienen hier regelmäßige interne Begehungen.

5 Führung

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Das zentrale und für das gesamte Klinikum geltende Leitbild wurde unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Erkenntnisse erarbeitet. Im Rahmen des Leitbildentwicklungsprozesses erfolgte eine hierarchie- und berufsgruppenübergreifende Einbeziehung aller Mitarbeiter. Das Leitbild ist Grundlage der täglichen Arbeit der Mitarbeiter. Es wird jährlich auf Aktualität überprüft. Aus dem zentralen Leitbild werden Qualitätsziele für alle Bereiche abgeleitet. Speziell für die Pflege wurde in Anlehnung an das zentrale Leitbild ein Pflegeleitbild erstellt und in die tägliche Arbeit integriert.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Im Leitbild des Klinikums sind die Grundlagen der Krankenhausführung fixiert. Die Krankenhausleitung schafft durch eine offene und ehrliche Informations- und Kommunikationspolitik eine hohe Transparenz. In allen wichtigen betrieblichen Entscheidungen erfolgt eine Einbeziehung des Personalrates. Durch die Unterstützung der Leitung bei der Weiterentwicklung und Verwirklichung beruflicher Ziele der einzelnen Mitarbeiter sowie die Organisation gemeinsamer Aktivitäten in der Freizeit werden die Mitarbeitermotivation und die Identifikation mit dem Klinikum gefördert. Betriebs- und Belegschaftsversammlungen finden regelmäßig statt.

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

In unserer Einrichtung wird die Glaubens- und Gewissensfreiheit sowie die Privat- und Intimsphäre aller Patienten respektiert. Ethische Fragestellungen treten bei der Behandlung schwerstkranker Patienten häufig auf. Das Ethikkomitee des Klinikums dient als unabhängiges Gremium der Beratung, Orientierung und Information in ethischen Fragen. Das Ethikkomitee wird vorrangig auf Antrag im Einzelfall tätig. Alle Patienten erhalten über die Infomappe schriftliche und über einen Filmbeitrag im hauseigenen Telekanal

weitere Informationen zu ethischen Fragestellungen und zur Aufgabe des Ethikkomitees. Psychosoziale Beratungsangebote und Beratungen durch einen Seelsorger können von unseren Patienten ebenso in Anspruch genommen werden.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Die strukturierte Zielplanung wird jährlich aktualisiert. Sie orientiert sich vor allem an unserer Vision und dem daraus abgeleiteten Leitbild. In die Zielplanung werden alle Abteilungen des Klinikums eingebunden. Insbesondere beeinflussen die Chefärzte mit ihren Hinweisen und Ideen die strategische Zielplanung des Klinikums stark. Durch Symposien mit den niedergelassenen Ärzten können Meinungen über die Leistungen des Klinikums in Erfahrung gebracht und aktuelle Entwicklungen und neue Trends schnell in die Zielplanung des Klinikums eingearbeitet werden.

Die medizinische Zielplanung wird mit der ökonomischen Zielplanung abgestimmt und in einem von einem externen Berater erstellten Unternehmensentwicklungskonzept fixiert. Die Umsetzung der Zielplanung erfolgt über die Erstellung eines jährlichen Finanz-, Investitions- und Liquiditätsplanes. Die Budgetverantwortlichkeiten sind klar durch Übergabe der jährlichen Planzahlen an die jeweiligen Verantwortlichen der Abteilungen geregelt.

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Eine gute Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, Kliniken und anderen medizinischen Einrichtungen unserer Region liegt uns besonders am Herzen. Durch die bestehenden Kooperationen und Partnerschaften können wir die Betreuung und Behandlung unserer Patienten optimieren, das therapeutische Angebot sinnvoll erweitern und eine qualifizierte Mit- und Weiterbehandlung sicherstellen.

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Die Organisationsstruktur wird durch die Eigenbetriebsatzung des Krankenhausträgers § 7 Abs. 2 konkretisiert. Auf dieser Basis wurde ein Organigramm für das Klinikum erstellt. Die Organisationsstruktur zeichnet sich durch Effektivität und Effizienz aus und zielt auf eine Stärkung der Eigenverantwortung der Mitarbeiter. Eine lückenlose Entscheidungsregelung ist gewährleistet.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Die Tagungen der Leitungsgremien erfolgen regelmäßig an festgelegten Terminen. Neben den Leitungsgremien gibt es eine Vielzahl an Kommissionen, für die entsprechende Geschäftsordnungen mit Regelungen hinsichtlich der Zusammensetzung, Frequenz der Treffen sowie der Aufgaben und Ziele existieren. Die Treffen der Leitungsgremien und Kommissionen werden immer protokolliert. Die Information der nachgeordneten Mitarbeiter über die Festlegungen in diesen Gremien ist sichergestellt.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

Innovation und Wissensmanagement sind Herausforderungen, denen sich ein modernes Krankenhaus stellen muss. Wir verstehen uns als modernes Dienstleistungsunternehmen. Durch unsere Innovativität mit Vorhaltung moderner und neuester Medizintechnik, neuester EDV-Technik und Mitarbeiterqualifizierungen werden wir diesen Ansprüchen gerecht. Eine zentrale Wissensdatenbank ermöglicht ein softwareunterstütztes Qualitäts- und Wissensmanagement am Klinikum. Notwendige Informationen wie Standards, Verfahrensanweisungen und Leitlinien werden hierdurch allen Mitarbeitern vermittelt bzw. transparent gemacht.

5.4.1 Externe Kommunikation

Öffentlichkeitsarbeit und externe Kommunikation sind ein integraler Bestandteil unseres Marketingkonzeptes. Die Verantwortlichkeiten für die Öffentlichkeitsarbeit sind klar geregelt. Es wird jährlich ein Plan der Öffentlichkeitsarbeit erarbeitet, der ein vielfältiges Angebot für Patienten, die Bevölkerung, einweisende Ärzte usw. bereithält. Interessierte können sich über Informationsflyer, unsere Imagebroschüre und die Homepage über das aktuelle Leistungsspektrum des Klinikums sowie aktuelle Neuerungen informieren.

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Die Sicherheit unserer Patienten und die Gewährleistung höchster Qualitätsstandards stehen an vorderster Stelle. In unserer Einrichtung ist ein umfassendes Risikomanagementsystem installiert. Es sind Sicherheitsmaßnahmen implementiert, welche Patienten- oder Eingriffsverwechslungen entgegenwirken. Alle Patienten erhalten ein Identifikationsarmband.

Eine umfassende Risikoanalyse wurde durchgeführt und ein Risikohandbuch mit Ampelfunktion auf wissenschaftlicher Basis erstellt. Neben medizinischen Risikofaktoren beinhaltet dies auch wirtschaftliche und technische Risikofaktoren. Mit dem CIRS-Meldewesen können Zwischenfälle und Beinahezweifel gemeldet, erfasst und bearbeitet werden. Es gibt eine Risikomanagementarbeitsgruppe, für deren Arbeitsweise eine Dienstanweisung existiert.

6 Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation

Das Klinikum hält für ein erfolgreiches Qualitätsmanagement verschiedene strukturelle Voraussetzungen vor. Die Qualitätsmanagementbeauftragte ist im Rahmen der Stabsstelle Qualitätsmanagement direkt der Klinikleitung unterstellt. Für den Pflegedienst ist zusätzlich eine speziell ausgebildete Qualitätsmanagementbeauftragte vorhanden. Die organisatorische Verankerung des Qualitätsmanagements im gesamten Klinikum wird durch Qualitätsbeauftragte in allen Bereichen des Klinikums umgesetzt. Eigens ausgebildete Moderatoren tragen zu einer effektiven Gruppenarbeit bei.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Das Prozessmanagement im Klinikum umfasst planerische, organisatorische und steuernde Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsabläufe. Es wurden Führungsprozesse, Kernprozesse und Unterstützungsprozesse identifiziert. In vielen Bereichen wurden durch Abflachung von Hierarchien, Verschieben von Verantwortungsbereichen, interne und externe Vernetzung, Offenheit und Transparenz, strukturierte und koordinierte Leistungserbringung sowie die Konzentration der Berufsgruppen auf ihre originären Aufgaben Prozesse und Schnittstellen optimiert.

Durch die Vernetzung von Versorgungsstrukturen wird eine Optimierung der Versorgungsqualität für unsere Patienten avisiert. Durch den Einsatz von Kennzahlen, Checklisten und internen Audits können die Prozessschritte der Kernprozesse (Aufnahme, Untersuchung, Behandlung, Entlassung) regelmäßig überprüft werden.

6.2.1 Patientenbefragung

Das Klinikum führt neben einer, die Behandlung begleitenden, kontinuierlichen Zufriedenheitsermittlung der Patienten im 3-Jahres-Zyklus eine strukturierte Patientenbefragung als Stichtagserhebung durch. Durch die Übertragung der wissenschaftlichen Leitung der Befragung an die Staatliche Studienakademie Plauen wird eine wissenschaftlich basierte Vorgehensweise sichergestellt. Dadurch wird eine valide Grundlage für die Einleitung von patientenorientierten Verbesserungsmaßnahmen geschaffen.

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Die regelmäßige Durchführung von Einweiserbefragungen ist Bestandteil unseres Befragungskonzeptes. Neben Einweisern werden auch andere externe Einrichtungen wie Rettungsdienste, Selbsthilfegruppen, Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen hinsichtlich der Zufriedenheit befragt. Die Ergebnisse gestatten uns einen Blick aus der Sichtweise unserer Einweiser und Partner auf die Behandlung. Die enge und gute Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten, nachsorgenden Einrichtungen und Kooperationspartnern empfinden wir als sehr bedeutsam. Durch die Befragungen wollen wir die Chance nutzen, unsere Verbesserungspotentiale zu erkennen, um geeignete Maßnahmen im Sinne einer weiteren Verbesserung der Zusammenarbeit im Sinne unserer Patienten ergreifen zu können.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Wie in unserem Leitbild verankert, sehen wir unsere Mitarbeiter als wichtigstes Kapital. Eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit ist eine Grundvoraussetzung dafür. Durch regelmäßige Mitarbeiterbefragungen alle 3 Jahre erfahren wir, wie zufrieden unsere Mitarbeiter mit der Krankenhauspolitik und den vorhandenen Strukturen im Klinikum, insbesondere mit ihren Arbeitsplätzen, sind. Verbesserungspotenziale können so ausfindig gemacht und daraus resultierende Optimierungsmaßnahmen veranlasst werden. Die Erkenntnisse aus dieser Befragung fließen in die strategische Planung und in die Personalentwicklung mit ein.

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Patientenwünsche und -beschwerden sind für uns ein wichtiges Instrument zur Verbesserung. Das systematische Ideen- und Beschwerdemanagement dient der strukturellen Erfassung aller Beschwerden (schriftlich, mündlich), Ideen, Wünsche und Vorschläge. Alle Patienten, Angehörige, Besucher und Mitarbeiter sind aufgerufen, sich jederzeit mit ihren Anregungen, Wünschen und Beschwerden an uns zu wenden. Wir sehen Beschwerden als Chance, eine noch höhere Zufriedenheit mit uns und unserer Leistungserbringung zu erreichen.

6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

In verschiedenen Bereichen unseres Klinikums erfassen und sammeln wir systematisch aussagekräftige Daten zur Qualitätssicherung. Für die Erfassung dieser Daten kommen standardisierte Formulare zum Einsatz. Auch Routedaten werden zur Erhebung qualitätsrelevanter Daten genutzt. Die internen Qualitätsziele wurden in allen Bereichen mit Kennzahlen hinterlegt, welche jährlich ausgewertet und veröffentlicht werden. Damit kann die Zielerreichung hinsichtlich der Effizienz der Versorgung sowie der medizinischen und pflegerischen Ergebnisqualität überprüft werden.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Das Klinikum beteiligt sich an allen vom Gesetzgeber geforderten Maßnahmen der externen Qualitätssicherung. Dadurch erhalten wir Rückschlüsse über unsere Behandlungsqualität im Vergleich zu anderen Krankenhäusern. Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung werden strukturiert in allen Abteilungen und auf allen Leitungsebenen berufsübergreifend ausgewertet. Die Ergebnisse der Auswertung der erhobenen Daten werden über die Qualitätskonferenz des Klinikums und durch Veröffentlichung auf der internen Wissensdatenbank allen Bereichen bekannt gegeben. Sie werden für eine weitere kontinuierliche Qualitätsverbesserung genutzt.