



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Sächsisches Krankenhaus Arnsdorf
Institutionskennzeichen:	261400881
Anschrift:	Hufelandstraße 15 01477 Arnsdorf
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2015-0058 KH
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche
Gültig vom:	31.07.2015
bis:	30.07.2018

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	6
1 Patientenorientierung	7
2 Mitarbeiterorientierung	10
3 Sicherheit	13
4 Informations- und Kommunikationswesen	16
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 Visitorenteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

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

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren[®] gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

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 **Sächsisches Krankenhaus Arnsdorf** 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 SKH Arnsdorf ist ein Fachkrankenhaus mit folgenden Kliniken:

- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
(mit Tageskliniken und Institutsambulanzen)
- Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
(mit Tageskliniken und Institutsambulanzen)
- Klinik für Neurologie und Neurologische Intensivmedizin
(mit Ermächtigungsambulanzen)
- Klinik für Forensische Psychiatrie



Das Krankenhaus Arnsdorf liegt rund 15 km vom Stadtzentrum der sächsischen Landeshauptstadt Dresden entfernt und ist mit der Regionalbahn vom Bahnhof Dresden-Neustadt in weniger als 30 Minuten erreichbar. Arnsdorf mit seinen ca. 5000 Einwohnern befindet sich am Rande des Karswaldes zwischen der Sächsischen Schweiz und dem Westlausitzer Bergland.

Die Behandlung von psychischen Krankheiten hat in Arnsdorf eine lange Tradition, aber auch eine wechselvolle Geschichte erlebt. Nach einer Bauzeit von 4 Jahren wurde am 1.4.1912 die Königlich-Sächsische Heil- und Pflegeanstalt Arnsdorf eröffnet. Heute sind unsere Patienten in den rekonstruierten Jugendstilgebäuden auf großzügigen Stationen untergebracht. Patienten, Angehörige und Besucher können eine abwechslungsreiche Parkanlage mit altem Baumbestand nutzen.

Auf dem Gelände befindet sich auch eine konfessionsfreie Krankenhauskirche, in der sowohl evangelische als auch katholische Veranstaltungen stattfinden. Außerhalb der Therapie- und Behandlungsprozesse können unsere Patienten selbstverständlich auch solche Einrichtungen wie beispielsweise Cafeteria, Bibliothek oder Veranstaltungen in unserem Kultur- und Sozialzentrum besuchen.

Ausführliche Informationen finden Sie auf unserer Internetseite: www.skh-arnsdorf.sachsen.de.



Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Die Belegungsplanung wird für die psychiatr.-psychotherapeut. Kliniken häufig vorab im tel. Kontakt mit dem Einweiser oder Notarzt, ansonsten über die Institutsambulanzen oder den diensthabenden Arzt anhand der Diagnosen, der Behandlungsdinglichkeit und des Behandlungsbedarfs gesteuert. Es besteht eine Vollversorgungspflicht für ein definiertes Einzugsgebiet. Die Erfüllung der Aufnahmepflicht ist jederzeit gewährleistet. In der Neurologie ist jederzeit die Aufnahme von neurologischen Notfällen, speziell von Schlaganfällen auf der Stroke Unit gewährleistet. Im Vorfeld der ambulanten, tagesklinischen oder stationären Aufnahme stehen den Patienten, ihren Angehörigen und Einweisern ausreichende und patientenorientierte Informationsquellen zur Verfügung. Das Krankenhaus ist über öffentliche Verkehrsmittel Bus und Bahn gut erreichbar. Die Umsetzung des Belegungsmanagements erfolgt durch die Mitarbeiter gemäß den krankenhausinternen Planungen. Es berücksichtigt Notfallpatienten, die fachliche Zuordnung, die Pflegestufe sowie den Schweregrad der Erkrankung.

Leitlinien

Es ist gewährleistet, dass sich die Patientenversorgung (Diagnostik und Therapie) an wissenschaftlichen Leitlinien und Empfehlungen der Fachgesellschaften orientiert und nach Pflegestandards gearbeitet wird. Die Materialien sind in allen Kliniken zugänglich (Bücher, Internet, Intranet usw.). Neue Mitarbeiter werden entsprechend informiert. Über Weiterentwicklungen wird regelmäßig in Fortbildungsveranstaltungen berichtet und damit wird auch die Aktualität regelmäßig überprüft.

Information und Beteiligung des Patienten

Im ärztlichen und pflegerischen Anamnesegespräch werden gemeinsam mit den Patienten die Ressourcen, Ziele und daraus abzuleitende therapeutische Maßnahmen besprochen. Dabei werden Wünsche des Patienten soweit wie möglich berücksichtigt. Medizinische Aspekte werden in den täglichen Visiten, Oberarzt- und Chefarztvisiten mit dem Patienten besprochen. Außerdem erfolgen Gespräche mit Angehörigen und Betreuern nach individueller Terminabsprache. Es werden schriftliche Informationsmaterialien ausgehändigt. Bei Fremdsprachlichkeit werden Dolmetscher entsprechend einer Dolmetscherliste hinzugezogen.

Service, Essen und Trinken

Die Patienten und ggf. Angehörige werden über eine Informationsmappe und im Aufnahmegespräch über die Serviceangebote informiert. Die Nutzung von Medien, wie Telefon, Fernsehen und Internet ist abhängig von Fachabteilung und Erkrankung. Es gibt verschiedene Kostformen: Vollkost, leichte Vollkost, vegetarische Kost und diverse Diätformen. Durch die Auswahl verschiedener Menüs und die Wahl einzelner Komponenten besteht eine zusätzliche Wahlmöglichkeit. Auch auf religiöse und kulturelle Besonderheiten kann eingegangen werden. In der Pflege sind ausgebildete Ernährungsberater für Patienten der Psychiatrie beschäftigt.

Kooperationen

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

Erstdiagnostik und Erstversorgung

Im Krankenhaus ist jederzeit die Aufnahme von Notfallpatienten mit einer adäquaten medizinischen und pflegerischen Versorgung entsprechend unseres Fachabteilungsprofils gewährleistet. Ein psychiatrischer und neurologischer ärztlicher Dienst sowie ein Hintergrunddienst sind 24 Stunden gewährleistet. Das Belegungsmanagement ist auf die Aufnahme von Notfällen ausgerichtet. Die notfallmäßige Versorgung erfolgt jeweils durch einen Stationsarzt bzw. den Bereitschaftsdienst. Dieser legt die Erstversorgung fest und veranlasst ggf. die stationäre Aufnahme.

Ambulante Diagnostik und Behandlung

Die Notfallambulanz wird in der Erwachsenenpsychiatrie der Regelarbeitszeit durch die Institutsambulanz, ansonsten durch den diensthabenden Arzt, gewährleistet. Über das weitere Vorgehen entscheidet der zuständige Arzt. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit eigenen Institutsambulanzen erfolgt der Ablauf analog. In der Neurologie kommen Patienten direkt auf die Intensivstation, die ärztl. Versorgung beginnt zeitnah - ab 21 Uhr durch den Dienstarzt. In den psychiatrisch-psychotherapeutischen Institutsambulanzen verwenden die Therapeuten zur Terminvergabe ein gemeinsames elektronisches Terminbuch. Externe Patienten werden von ihrem Hausarzt angemeldet oder sie können sich selbst in der Ambulanz melden.

Ambuante Operationen

In unserer Klinik führen wir keine ambulanten Operationen durch.

Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Der diagnostische u. pflegerische Plan für den Patienten wird bei der Aufnahme erstellt. Für die einzelnen Behandlungsdiagnosen liegen abgestufte Planungen der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen vor. Diese finden sich in der Konzeption der einzelnen Stations- u. Arbeitsbereiche wieder (Therapiepläne, Pflegeplanung, Behandlungsplanung). In den ärztlichen und pflegerischen Anamnesegesprächen werden gemeinsam mit den Patienten die Behandlungsziele und daraus abzuleitenden therapeutischen Maßnahmen besprochen. Diagnostik und Therapie werden durch festgelegte Behandlungsleitlinien und Pflegestandards gestützt und ggf. auch mit den Angehörigen abgestimmt.

Therapeutische Prozesse

Entsprechend der Diagnostik wird für alle Patienten ein multiprofessionell abgestimmter und patienten-individueller Therapieplan erstellt, der an den wissenschaftlichen Leitlinien und Empfehlungen orientiert ist. Dieser wird im Verlauf bei Visiten und multiprofessionellen Teamsitzungen den Gegebenheiten kontinuierlich angepasst. Die therapeutischen Maßnahmen werden durch den Arzt angeordnet, wobei insbesondere medikamentöse Therapien mit dem zuständigen Oberarzt abgestimmt sein müssen. Die Umsetzung des Therapieplanes wird durch diagnosebezogene Behandlungsleitlinien, Pflegestandards und Expertenstandards gewährleistet. Die Anforderung und Dokumentation von Therapien erfolgt online über das elektronische Krankenhausinformationssystem Orbis und wird kontinuierlich von den zuständigen Arbeitsplätzen abgerufen und aktualisiert.

Operative Verfahren

In unserer Klinik führen wir keine Operationen durch.

Visite

Regelmäßig werden eine Stationsarzt- und eine Kurvenvisite durchgeführt. Wöchentlich erfolgen Oberarzt- und/oder Chefarztvisiten. Visiten erfolgen in der Psychiatrie gemeinsam mit Ärzten, Pflegepersonal, Psychologen, Ergotherapeuten und Sozialarbeitern zu festgelegten Zeiten. In der Neurologie finden auf der Intensivstation zweimal täglich Visiten statt. Berichte von anderen Berufsgruppen wie Ergotherapie etc. liegen bei den Visiten vor.

Teilstationär, prästationär, poststationär

Bereits bei der Aufnahme wird vom behandelnden Arzt die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung ermittelt. Bei notwendiger teilstationärer oder ambulanter Weiterbehandlung können Termine dadurch schon frühzeitig durch die Station vereinbart werden. Eine teilstationäre Behandlung kann in wohnortnahen Außenstellen oder auch stationsintegriert erfolgen. Der diensthabende Arzt hat grundsätzlich Zugriff auch auf die Akten der (teilstationären) Außenstellen, Ambulanzen und historischen Fälle. In den standardisierten Anamnesebogen fließen alle Vorbefunde ein und werden somit auch für die weitere Behandlung genutzt.

Entlassung

Mit jedem Patienten und nach Möglichkeit auch mit den nächsten Angehörigen wird ein Entlassungsgespräch geführt. Ein vorläufiger Arztbrief sowie ein Pflegeüberleitungsprotokoll werden bei der Entlassung mitgegeben. Transport, Nachbehandlung, Medikamente und weitere Hilfen wie Hauskrankenpflege werden vor der Entlassung geplant. Der Patient wird dabei einbezogen, z. B. durch Belastungserprobungen oder bei der Organisation von Terminen. Angehörige und Betreuer werden frühzeitig informiert und eingebunden. Das Entlassungskonzept sieht vor, dass der behandelnde Arzt die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung bereits am Aufnahmetag abschätzt.

Kontinuierliche Weiterbetreuung

Das Krankenhaus bereitet Entlassungen in einem langen Prozess vor. Dieser beginnt bereits frühzeitig im stationären Behandlungsverlauf und bezieht Angehörige und Weiterbetreuende eng mit ein. Es besteht die Möglichkeit der Nachbehandlung in den eigenen psychiatrischen Institutsambulanzen. Dadurch wird eine Behandlungskontinuität gesichert. Mit niedergelassenen Ärzten und betreuenden Einrichtungen werden regelmäßige Kontakte wie z. B. gemeinsame Weiterbildungen organisiert. Telefonische Absprachen sichern den Informationsfluss zwischen den Behandlungsteams. Am Entlassungstag stehen die notwendigen Informationen zur Weiterbehandlung, wie vorläufiger Arztbrief bzw. endgültiger Arztbrief, Pflegeüberleitungsbogen, Mitteilungen über neu verordnete Medikamente etc. zur Verfügung.

Umgang mit sterbenden Patienten

Sofern Patientenverfügungen bekannt sind, werden diese berücksichtigt. Besondere Bedürfnisse Sterbender werden durch Maßnahmen wie eine sofortige und persönliche Information der Angehörigen, Einzelzimmer, Möglichkeiten der Abschiednahme, Aufhebung der Besuchszeiten und eine adäquate Schmerztherapie berücksichtigt. Gespräche mit einem Seelsorger sind möglich. Religiöse und kulturelle Besonderheiten werden individuell berücksichtigt. Angehörige werden frühestmöglich informiert und in die Begleitung des Sterbeprozesses integriert.

Umgang mit Verstorbenen

Es bestehen bei unklarer Todesursache organisatorische Regelungen bezüglich Obduktion und Verständigung der Staatsanwaltschaft. Diese gelten für alle Berufsgruppen. Eine würdevolle Verabschiedung wird jederzeit gewährleistet und auf eine qualifizierte ärztliche Information der Angehörigen wird geachtet. Religiöse bzw. kulturelle Wünsche des Verstorbenen werden berücksichtigt bzw. die Angehörigen einbezogen.

2 Mitarbeiterorientierung

Planung des Personalbedarfs

Die Personalplanung erfolgt auf der Grundlage des Wirtschaftsplanes in Abhängigkeit der Ergebnisse der Budgetverhandlungen. Die Stellenberechnung basiert auf gesetzlichen und auf empfohlenen Richtgrößen der Fachgremien. Unseren Mitarbeitern stehen verschiedene Angebote an regelmäßigen Fort- und Weiterbildungen zur Auswahl. Zur Personalplanung gibt es Konferenzen mit dem Verwaltungsdirektor, den Chefärzten, dem Pflegedirektor und dem Personalmanagement. Der Personalrat ist bei Personalangelegenheiten einbezogen. Die Attraktivität des Arbeitsplatzes wird durch Fort- u. Weiterbildungen, Supervisionen, regelmäßige Untersuchungen und Schutzimpfungen durch die Betriebsärztin, Kinderweihnachtsfeiern, ggf. Arbeitsplatzwechsel auf Wunsch und durch das betriebliche Eingliederungsmanagement erhöht. Befristete Verträge werden nach Möglichkeit in unbefristete Verträge umgewandelt. Wünsche der Mitarbeiter auf Teilzeitbeschäftigung können meistens realisiert werden.

Personalentwicklung/Qualifizierung

Für alle Arbeitsplätze existieren Stellenbeschreibungen, welche regelmäßig überprüft und ggf. überarbeitet werden. Alle verantwortlichen Leiter leisten dazu ihre Zuarbeit. Die Personalentwicklung orientiert sich zunächst an den zu erfüllenden Aufgaben und den daraus abgeleiteten personellen Anforderungen. Bei der Thematisierung der Fort- und Weiterbildung sowie zur Karriereplanung können insbesondere die pflegerischen Mitarbeiter ihre Wünsche bei den Weiterbildungsthemen zur Aufnahme in den Jahresplan äußern. Die Planung der Qualifizierung erfolgt in den Berufsgruppen durch die Abteilungsleitungen (Chefärzte, Pflegedirektion, Verwaltungsdirektion).

Einarbeitung von Mitarbeitern

Durch die systematische Einarbeitung eines neuen Mitarbeiters wird dieser in die Lage versetzt, die ihm übertragenen Aufgaben eigenverantwortlich zu übernehmen. Die Einarbeitung übernimmt der jeweilige Vorgesetzte oder der dazu direkte Beauftragte. In der Pflege liegen stationsbezogene Einarbeitungskonzepte (basierend auf den Stationsordnungen) vor. Einführungsgespräche für neue Mitarbeiter finden in allen Bereichen mit den Vorgesetzten statt. Jeder Mitarbeiter erhält bei der Einstellung einen Laufzettel, auf welchem verbindliche Punkte festgelegt sind. Nach erfolgreichem Abschluss der Probezeit wird in einem dokumentierten Probezeitgespräch die Einarbeitung für das vorgesehene Wirkungsfeld erörtert. Seit 2012 wird regelmäßig eine Einführungsveranstaltung durch den Personalrat initiiert, wobei zentrale Bereiche gemeinsam begangen werden.

Ausbildung

Das Krankenhaus bildet jährlich etwa 10 Gesundheits- u. Krankenpfleger/innen in Kooperation mit unterschiedlichen Einrichtungen aus. Die theoretische Ausbildung erfolgt in einer auswärtigen Berufsfachschule, die praktischen Einsätze entsprechend den Vorgaben des Krankenpflegegesetzes erfolgen zum überwiegenden Teil in Arnsdorf, wo die Schüler insbesondere die stationäre Psychiatrie u. die Neurologie kennen lernen. Die somatisch stationäre u. ambulante Pflege wird durch die Kooperationspartner bedient. Des Weiteren wird jährlich ein/e Kauffrau/mann im Gesundheitswesen ausgebildet. Für eine optimale Theorie- u. Praxisvernetzung finden 2x jährl. Praxisanleiter-Treffen der Verbundkrankenhäuser statt. Für die Schüler stehen eine zentrale Praxisanleiterin, eine Medizinpädagogin, 6 ausgebildete dezentrale Praxisanleiter, ein ausgebildeter Mentor sowie mehrere Nennmentoren pro Bereich zur Verfügung. Die Mentoren werden regelmäßig durch die zentrale Praxisanleiterin geschult.

Fort- und Weiterbildung

Das Krankenhaus sorgt für eine systematische Fort- und Weiterbildung, die sowohl an den Bedürfnissen der Mitarbeiter als auch an denen des Krankenhauses ausgerichtet ist. Es werden interne und externe Fortbildungen durchgeführt. Die Planung erfolgt in den Berufsgruppen durch die Abteilungsleitungen (Chefärzte, Pflegedirektion, Verwaltungsdirektion). In der Neurologie ist eine Fortbildungsbeauftragte benannt, die die ärztl. Fortbildung für das Jahr organisiert. Alle Veranstaltungen sind im Intranet oder bei Beteiligung externer Interessenten auf der Homepage des SKH veröffentlicht und werden in der wöchentlichen Konferenz bekannt gegeben. Zudem wird die Teilnahme an bundesweiten Kongressen ermöglicht. Im ärztlichen Dienst erfolgt die Karriereplanung nach der verbindlichen Facharztweiterbildungs-Ordnung. Bei der Thematisierung der Fort- und Weiterbildung können insbesondere die pflegerischen Mitarbeiter ihre Wün-

sche bei den Weiterbildungsthemen zur Aufnahme in den Jahresplan äußern. Für die Mitarbeiter des Pflegedienstes ist die „Freiwillige Registrierung für beruflich Pflegende“ fakultativ. In der Verwaltung liegt die Verantwortung für Fort- und Weiterbildung bei den Abteilungsleitungen. Alle Mitarbeiter können auch Weiterbildungsangebote der Akademie für öffentliche Verwaltung des Freistaates Sachsen und das Seminarangebot der Krankenhausgesellschaft Sachsen nutzen. In allen Bereichen sind jährliche Fortbildungsbudgets etabliert. Entscheidungen zur Eigenbeteiligung des Mitarbeiters an kostenintensiven Fort- und Weiterbildungen werden für jeden Mitarbeiter individuell getroffen. Es existiert eine Dienstvereinbarung für Fortbildung und Dienstreisen.

Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Unser Führungsstil ist durch verbindliche Grundsätze im Leitbild schriftlich geregelt. Dieser zeigt sich in Arbeitsgruppen und Leitungsgremien deutlich durch Einbeziehung der Mitarbeiter in Entscheidungsprozesse und durch Übertragung von Verantwortung (multiprofessionelle Teams). Arbeitsgruppen und Gremien werden interdisziplinär zur Erarbeitung von Planungsvorgaben und zur Mitwirkung an Umsetzungsmaßnahmen gebildet. Krankenhaus- und Pflegeleitbild sind durch kooperative Elemente beschrieben.

Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Die Erfassung der Arbeitszeiten erfolgt für bestimmte Berufsgruppen im elektronischen Dienstplanprogramm. Dies wird von den Leitungen verantwortet und ist bei diesen und im Personalmanagement einsehbar. Eine manuelle Erfassung erfolgt, wenn nötig, durch die entsprechenden Abteilungsleitungen. Im Verwaltungsbereich erfolgt die Erfassung der Arbeitszeit im Rahmen eines Gleitzeitmodells. In den Berufsgruppen sind die Arbeitszeiten den organisatorischen Abläufen angepasst und schriftl. in Dienstvereinbarungen fixiert. Die Kontrolle der Einhaltung der Arbeitszeiten erfolgt durch die Fachvorgesetzten. Die Ruhe- und Mindestarbeitszeiten werden ebenfalls überwacht. Bis spätestens 31. Dezember ist ein Urlaubsplan aufzustellen, der vom Vorgesetzten geprüft und genehmigt werden muss.

Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Jeder Mitarbeiter kann Wünsche, Liebe, Anregungen u. Beschwerden mündl. o. schriftl. äußern. Über die Chefärzte/Pflegebereichsleitungen/Personalrat gelangen diese bei Bedarf zum Krankenhausdirektorium. Dinge von allgemeiner Bedeutung werden direkt im jeweiligen Team besprochen und dort wird über die Umsetzung entschieden. Bereichsübergreifende Veränderungen werden im Krankenhausdirektorium verabschiedet. Das Ziel, die kreativen Ideen der Mitarbeiter für spürbare Verbesserungen zu nutzen, ist in einer Dienstvereinbarung zum betrieblichen Vorschlagswesen beschrieben. Die Arbeitsgruppe entscheidet mit dem Krankenhausdirektorium anhand festgelegter Kriterien über die Prämierung der Mitarbeitervorschläge.

3 Sicherheit

Arbeitsschutz

Der Arbeitgeber kommt seinen gesetzlichen Pflichten gemäß §3 Abs. 2 ArbSchG nach. Die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen und die Umsetzung der Arbeitsschutzanweisungen werden durch regelmäßige Kontrollen bei den jährlichen Stationsbegehungen überprüft. Eine Fachkraft für Arbeitsschutz ist bestellt. Aus dem Mitarbeiterkreis gibt es Beauftragte für Strahlenschutz und eine Gruppe von Sicherheitsbeauftragten. Eine Verfahrensanweisung zur Unfallmeldung regelt die zuständigen Meldewege. Wichtige Informationen (Formulare, Evakuierungsplan etc.) sind im Intranet hinterlegt. Bei anzeigepflichtigen Unfällen erfolgt mit der Weiterleitung auch eine Information an den Verwaltungsdirektor, die Betriebsärztin und den Personalrat.

Brandschutz

Im Bereich Brandschutz existieren eine Brandschutzordnung, Handlungsanweisungen bei Bränden und Katastrophen sowie Evakuierungs-, Alarm- und Einsatzpläne. Ein qualifizierter externer Brandschutzbeauftragter unterstützt die Umsetzung der Richtlinien. Die Häuser sind mit Brandmeldeanlagen und mit einer Alarmaufschaltung auf die zentrale Brandmeldeanlage in der ständig besetzten Pforte ausgestattet. Brandschutzunterweisungen finden jährlich statt. Alle Bereiche werden regelmäßig durch den Brandschutzbeauftragten begangen. Die Anfahrtswege der Feuerwehr sind gekennzeichnet. Hydranten, und Feuerlöscher sind auf den Flucht- und Rettungsplänen in jedem Gebäudegang eingezeichnet. Mit der örtlichen Feuerwehr werden Einsatzübungen anhand der Feuerwehrlaufkarten durchgeführt.

Umweltschutz

Das Krankenhaus achtet auf den sparsamen Einsatz aller Ressourcen und hat sich an verschiedenen Konzepten zur Nutzung innovativer Energien beteiligt. Durch die eigene Abfalleinsammlung ist eine ständige Kontrolle der Abfallsortierung möglich. Im Rahmen der Arbeitstherapie erfolgt das Recycling von Elektronik-Schrott. Die Abfallbeauftragte hat eine Abfallentsorgungs-Richtlinie erarbeitet, die den Bereichen vorliegt. Außerdem wird jährlich eine Abfallstatistik erstellt. Das Krankenhaus nutzt innovative Lösungen (z. B. Wärmetauscher zur Abluft-Wärmerückgewinnung, Elektrofahrzeuge im innerbetrieblichen Transport) und beteiligt sich an Konzepten zur Nutzung erneuerbarer Energien. Regelmäßig werden Verbrauchsmessungen und Auswertungen von Energie, Wasser und Wärme vorgenommen und jährlich wird eine Energiebilanz erstellt. Das Krankenhaus setzt sich für den Schutz bedrohter Tierarten wie Fledermäusen ein, indem Brutstätten eingerichtet werden. In der Gärtnerei wird ein Baumkataster zum Baumbestand geführt. Zur Bewässerung wird auf Trinkwasser verzichtet. Die Maßnahmen zum Umweltschutz werden durch einen Umweltbeauftragten koordiniert und überwacht.

Katastrophenschutz

Pläne und Maßnahmen zu Notfallsituationen sind in einem Alarm- und Einsatzplan dokumentiert. Er beinhaltet Regelungen und das Verhalten der Mitarbeiter bei Stationsbränden, Bombendrohungen, externen Gefahrenlagen, Ausfall elektrischer Anlagen etc. Die Verantwortlichkeiten für den Katastrophenschutz sowie entsprechende Benachrichtigungsketten sind beschrieben. Alle Pläne werden regelmäßig überprüft und ggf. aktualisiert. Für technische Komponenten, die für den Betrieb des Krankenhauses wichtig sind, existieren gesonderte Maßnahmenpläne. Das Krankenhaus hält für den medizinischen Katastrophenfall an zentraler Stelle im Pfortenbereich eine größere Anzahl von Notfallbetten bereit.

Nichtmedizinische Notfallsituationen

Schwerwiegende nichtmedizinische Notfallsituationen sind ebenfalls im Alarm- und Einsatzplan beschrieben. Zudem existieren Ausfallpläne für den Notfallbetrieb von technischen Anlagen. Die Verantwortlichkeiten und entsprechende Benachrichtigungsketten liegen schriftlich in der ständig besetzten zentralen Pforte aus. Die Einsatzpläne werden regelmäßig aktualisiert. Ein Risikomanagementsystem ist eingeführt und alle Kliniken sind darüber informiert. Die unterbrechungsfreie Stromversorgung ist stets gewährleistet.

Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Nach Art und Schwere der Erkrankungen existiert ein abgestuftes Sicherheitssystem. Für suizidale und/oder fremdgefährdende Patienten ist die Aufnahme auf geschützten Stationen mit Überwachung durch Sichtzimmer oder Video erforderlich. Nur bei absoluter Notwendigkeit erfolgt eine kurzzeitige, ärztlich angeordnete, dokumentierte und regelmäßig überprüfte Fixierung. Die Entfernung von gefährlichen Gegenständen, Ausgangsregelungen und Schutzmaßnahmen bei Gebrechlichkeit sind weitere Schutzmaßnahmen. Besondere Maßnahmen gelten für Kinder und Jugendliche. Für die Mitarbeiter gibt es Fixierungsschulungen und zur Krisenintervention Deeskalationstraining.

Medizinisches Notfallmanagement

Bei medizinischen Notfällen wird der zuständige Arzt durch das Pflegepersonal verständigt. Außerhalb der Regelarbeitszeit wird der Bereitschaftsdienst verständigt. Die Ersthilfe erfolgt durch das Pflegepersonal bis der verständigte diensthabende Arzt vor Ort ist. Das medizinische Personal ist über den jeweiligen Standort der Defibrillatoren und Notfallkoffer mit standardisierter Ausrüstung informiert. Im Notfall ist eine Verlegung in die neurologische Intensivstation des Hauses möglich. Hier stehen alle notwendigen medizinischen Geräte zur Verfügung. Röntgen- und Laboruntersuchungen sind rund um die Uhr möglich. Im Pflegebereich muss jeder Mitarbeiter alle 2 Jahre an Reanimationsschulungen mit praktischen Übungen teilnehmen. Die Mitarbeiter mit einer Ersthelferausbildung sind in den übrigen Bereichen bekannt.

Hygienemanagement

Im Krankenhaus arbeitet eine Hygienekommission zusammen mit einem externen Hygienefacharzt nach den Richtlinien des Robert-Koch-Institutes. Das Krankenhaus beschäftigt auch eine Hygienefachkraft. Es existiert eine Hygieneordnung mit Desinfektions- und Hygieneplänen. Die Hygieneordnung liegt auf allen Stationen aus und ist auch im Intranet veröffentlicht. Regelmäßig werden Hygienevisiten und mikrobiologische Überprüfungen durchgeführt. Beim Auftreten hygienischer Unzulänglichkeiten ist der Verfahrens- und Informationsweg klar geregelt. Es existiert ein Formular „Meldung Hygienemängel“ zur Information an den direkten Vorgesetzten. Die Speisenversorgung erfolgt durch ein zertifiziertes Unternehmen, das nach dem HACCP-Konzept arbeitet. Die Kontrolle des Trinkwassers erfolgt regelmäßig durch ein externes Labor.

Hygienerrelevante Daten

Meldepflichtige Infektionserkrankungen werden entsprechend des Infektionsschutzgesetzes an das Gesundheitsamt gemeldet. Die Stationsärzte bzw. die Hygienefachkraft sind dafür zuständig. Sonstige Auffälligkeiten werden analysiert und Ergebnisse ggf. an das Gesundheitsamt weitergeleitet. Für das Erstellen und Auswerten von Hygiene-Statistiken ist die Hygienefachkraft zuständig. Die Erfassung der Daten erfolgt mittels eines Fallbogens. In allen relevanten Bereichen erfolgt eine hausinterne Erfassung nosokomialer Infektionen sowie von Erregern mit besonderen Resistenzen.

Infektionsmanagement

Das Krankenhaus wird im Infektionsmanagement durch ein externes Institut unterstützt. In Zusammenarbeit mit dem Krankenhaushygieniker und der Hygienefachkraft werden entsprechende Maßnahmen geplant und umgesetzt. Es gibt Hygienemerkbücher zum Umgang mit ausgewählten Infektionserkrankungen. Die Hygienemerkbücher orientieren sich an der "Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention" des Robert-Koch-Institutes. In diesen Merkblättern ist der Umgang mit infizierten Patienten (z.B. HIV, Norovirus, Influenza, Hepatitis) praxisorientiert erläutert. Der Einsatz von persönlicher Schutzausrüstung ist in der Hygieneordnung beschrieben. So ist beispielsweise auf jeder Station ein Handschuhplan vorhanden. In den betreffenden Bereichen werden die Mitarbeiter zu aktuellen Themen des Infektionsmanagement geschult und belehrt.

Arzneimittel

Zur Versorgung mit Arzneimitteln besteht ein Kooperationsvertrag mit einer externen Apotheke. Die Auswahl der Medikamente erfolgt aus der Gesamtarzneimittelliste des Krankenhauses. Die darin aufgeführten Arzneimittel und Blutprodukte werden jährlich durch die Arzneimittelkommission nach aktueller wissenschaftlicher Erkenntnis zusammengestellt. Für nicht gelistete Präparate gibt es die Möglichkeit der Sonderanforderung. Feste Bestelltermine und Möglichkeiten der Eilanforderung innerhalb von Stunden bzw. die tägliche Belieferung der Intensivstation gewährleisten eine ausreichende Versorgung.

Blutkomponenten und Plasmaprodukte

In der Einrichtung werden hauptsächlich Blutderivate angewendet. Die Transfusionsordnung wird eingehalten. Der Verbrauch an Blut wird einmal jährlich an das Paul-Ehrlich-Institut gemeldet. Eine Meldung zu Transfusionszwischenfällen/Beinahe-Vorkommnissen erfolgt entsprechend den Standardmeldebögen.

Medizinprodukte

Der Einsatz von Medizinprodukten entspricht dem Medizinproduktegesetz und der Medizinproduktebetreiber-Verordnung und wird durch eine Dienstanweisung geregelt. Medizinprodukte werden ggf. extern aufbereitet. Die technischen Medizinprodukte werden gemäß Medizinproduktebetreiber-Verordnung den vorgeschriebenen sicherheitstechnischen und messtechnischen Kontrollen durch das technische Management bzw. durch ein externes Ingenieurbüro unterzogen. Vorkommnisse schwerwiegender Art und Funktionsstörungen werden nach den gesetzlichen Vorschriften gemeldet und dokumentiert.

4 Informations- und Kommunikationswesen

Aufbau und Nutzung der Kommunikationstechnologie

Ein bestehendes IT-Rahmenkonzept umfasst sowohl eine kontinuierliche Fortschreibung der vorhandenen IT-Ausstattung als auch eine mittelfristige Planung. Die mittel- bis langfristige Planung umfasst die Einführung einer elektronischen Patientenakte (EPA) und ein elektronisches Langzeitarchiv. Als Voraussetzung dafür wurde begonnen, sukzessive die notwendige Infrastruktur zu schaffen. Die Abdeckung mittels WLAN wurde weiter ausgebaut. Die IT-Infrastruktur steht 24-Stunden zur Verfügung. Durch eine Support-Hotline wird eine ständige Erreichbarkeit der entsprechenden Mitarbeiter gewährleistet. Außerhalb der Normalarbeitszeit des IT-Bereiches gibt es Regelungen zur IT-Rufbereitschaft.

Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

In allen Bereichen der Klinik wird mit Teilen der elektronischen Patientenakte gearbeitet. Die schrittweise Einführung der elektronischen Patientenakte (EPA) in den verschiedenen Bereichen der Klinik machte es möglich, die Besonderheiten der einzelnen Stationen zu berücksichtigen. Die Patientenakten der Abteilungen werden im hausinternen zentralen Archiv aufbewahrt. Abteilungsspezifische Besonderheiten der Dokumentation in der jeweiligen Klinik werden aber berücksichtigt. Diverse Befunde und Berichte können über das elektronische System von den Ärzten eingesehen werden. Für alle Mitarbeiter gelten die Grundsätze des Datenschutzes und der Schweigepflicht. Die Patientenakten werden entsprechend der Archivordnung archiviert.

Verfügbarkeit von Patientendaten

Im Krankenhaus ist ein zeitlich uneingeschränkter Zugriff auf die Patientendokumentation gewährleistet. Während der stationären Behandlung sind die Patientenakten auf der Station verfügbar. Labor- und Röntgenbefunde können sofort nach Erstellung im EDV-System eingesehen werden. Bereits archivierte Akten werden vom Archiv im Bedarfsfall automatisch zur Verfügung gestellt. Verschiedene patientenbezogene Daten können darüber hinaus über das EDV-System eingesehen werden.

Information der Krankenhausleitung

Der Krankenhausedirektion (KHD) stehen alle für die Steuerung des Krankenhauses (KH) erforderlichen internen und externen Informationen zur Verfügung. Die KHD erhält auf verschiedenen Wegen regelmäßig Informationen vom Ministerium als vorgesetzter Dienststelle und bspw. über die Krankenhausgesellschaft und die Landesärztekammer. Andererseits werden der KHD interne Informationen über den Geschäftsverlauf aus den untergeordneten Bereichen des KH durch Protokolle und Berichte mit festgelegten Kennzahlen zugestellt.

Informationsweitergabe (intern/extern)

Die Kommunikationsstrukturen zwischen den Bereichen sind geregelt. Es finden regelmäßige Gespräche auf Krankenhausleitungs-, Abteilungs- und Stationsebene statt. Davon profitieren alle Mitarbeiter bei ihrer tägl. Arbeit für eine qualifizierte Betreuung der Patienten. Alle Bereiche haben Zugang zu E-Mail sowie zum Krankenhaus-Informationssystem ORBIS, um eine durchgängige Informationsweitergabe zu gewährleisten.

Organisation und Service

Die zentrale Auskunftsstelle des Krankenhauses ist die Pforte. Sie ist durchgängig 24 Stunden am Tag besetzt. An der Pforte sind die notwendigen Infos für Patienten, Besucher und Lieferanten aktuell verfügbar. Die Mitarbeiter der Pforte haben Zugang zum elektronischen Patientenauskunftssystem und zum Internet. Bereitschaftspläne des ärztlichen, Pflege- und Funktionsdienstes sind verfügbar und werden ggf. aktualisiert. Die Alarmordnungen liegen in der Pforte in Papierform und im Intranet vor. Auch Brandmeldungen der Brandmeldeanlage sind in der Pforte elektronisch u. als Ausdruck ersichtlich. Alle externen Anrufe erreichen die Pforte u. werden von dort weiter vermittelt.

Regelungen zum Datenschutz

Die Wahrung des Datenschutzes ist für alle Bereiche sichergestellt. Der Datenschutz wird durch technische und organisatorische Maßnahmen gewährleistet und durch eine Datenschutzbeauftragte überwacht. Alle Mitarbeiter werden bei der Einstellung im Datenschutzes unterwiesen und unterschreiben eine Schweigepflichterklärung.

5 Führung

Vision, Philosophie und Leitbild

Die Vision/Unternehmensphilosophie des Krankenhauses ist im Leitbild verankert. Ein zusätzliches Pflegeleitbild stellt die Pflegequalität dar. Beide Leitbilder entwickeln sich mit den stetigen Veränderungen. Durch die Krankenhausdirektion werden alle Aktivitäten zum Klinikleitbild unterstützt, respektiert und diskutiert. Die Vision, die Philosophie und das Leitbild werden in allen Hierarchieebenen unseres Krankenhauses umgesetzt und in der Qualitätspolitik verwirklicht. Qualitätsprojekte, die im Rahmen der Rezertifizierungsvorbereitung eingeleitet worden sind, nehmen ebenso wie die im Einsatz befindlichen Instrumente des Qualitätsmanagements Bezug auf das Leitbild. An der Leitbildentwicklung waren alle Berufsgruppen beteiligt und die Ziele wurden den Bedürfnissen eines modernen Fachkrankenhauses angepasst.

Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Die Mitglieder der Krankenhausdirektion stehen den Mitarbeitern für Gespräche zur Verfügung. Der Personalrat trifft sich regelmäßig mit der Krankenhausführung und ist insbesondere zu den Personalentscheidungen informiert. Krankenhaus- und Pflegeleitbild sind durch kooperative Elemente beschrieben. Der mitarbeiterorientierte Führungsstil zeigt sich in Arbeitsgruppen und in Leitungsgremien deutlich durch Einbeziehung der Mitarbeiter in Entscheidungsprozesse und durch gemeinsame Verantwortung in multiprofessionellen Teams.

Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Aussagen zur Ethik finden sich im Pflegeleitbild. Es gibt im Krankenhaus ein Gremium zur Ethikberatung. Für unser Haus sind zwei Krankenhausseelsorger tätig, die eigene Räume haben und auch Seelsorge auf der Station anbieten. Bei Bedarf können auch Geistliche anderer Religionen angefragt werden. Für psychiatrische Einrichtungen gibt es eine Besuchskommission. Außerdem können sich psychiatrische Patienten an die Patientenfürsprecherin wenden. Aktuelle Informationen dazu findet man auf der Homepage und im Stationsaushang.

Strategie und Zielplanung: Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

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

Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

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

Festlegung einer Organisationsstruktur

Die aktuelle Organisationsstruktur des Krankenhauses ist unter Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten festgelegt. In Anlehnung an die Verwaltungsvorschrift des Sozialministeriums als Träger der Landeskrankenhäuser wird die Organisationsstruktur durch ein übergeordnetes Organigramm mit Benennung der Funktionsträger dokumentiert und bei strukturellen Veränderungen angepasst und aktualisiert. Zur Optimierung der Abläufe und Prozesse werden interdisziplinäre Projektgruppen berufen, welche nach Analyse des Ist-Zustandes neue Standards entwickeln und für deren Umsetzung Maßnahmen aufzeigen. Die Kommissionen, Gremien und Ausschüsse sind so formiert, dass Mitarbeiter mit fachspezifischen Kompetenzen mitarbeiten und dabei effektiv und effizient zusammenarbeiten. Die Kompetenzen der entsprechenden Ansprechpartner sind in den Funktions-/Stellenbeschreibungen definiert.

Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Im Krankenhaus wird die effektive Arbeitsweise von Leitungsgremien und Kommissionen durch Verfahrensweisungen sichergestellt. Die Grundsätze der Gremienarbeit sind in der Geschäftsordnung des Krankenhauses geregelt. Durch die Einführung eines neuen Intranets und die dortige Veröffentlichungsmöglichkeit sind die Arbeit der Führungsgremien sowie die Projektarbeit transparenter geworden. Zur besseren Kommunikation und Information werden Jahresberichte der Beauftragten (z. B. Brandschutz, Qualitätsmanagement etc.) für die Leitung verfasst. Damit existieren valide Entscheidungsgrundlagen.

Innovation und Wissensmanagement

Innovationen werden regelmäßig in den interdisziplinären Beratungen, den Fachkonferenzen und im persönlichen Gespräch kommuniziert. Das Krankenhaus fördert die Weiterbildung und den Besuch wissenschaftlicher Veranstaltungen seiner Mitarbeiter. Das Krankenhaus ist Akademisches Lehrkrankenhaus der TU Dresden. Die Implementierung von Innovationen erfolgt vielfach unter Einberufung von Arbeitsgruppen durch die Klinikleitung. Um ein innovationsfreundliches Betriebsklima zu schaffen, besteht die grundsätzliche Haltung, Vorschläge der Mitarbeiter ernst zu nehmen und zu fördern. Hierzu ist ein Vorschlagswesen aufgebaut und eingeführt. Das Wissensmanagement und der Aspekt des zunehmend wichtiger werdenden Wissenstransfers sind Teil unseres Personalentwicklungskonzeptes und dort entsprechend verankert.

Externe Kommunikation

Das Krankenhausdirektorium veranlasst eine systematische Öffentlichkeitsarbeit. Zur Grundlage dessen existieren ein Konzept sowie Maßnahme- bzw. Projektpläne. Das Krankenhaus präsentiert sich der Öffentlichkeit vor allem in Informationsmaterialien, auf der Homepage (www.skh-arnsdorf.sachsen.de), mit Pressebeiträgen, bei öffentlichen Veranstaltungen und ab der 2. Jahreshälfte 2015 mit einer komplett überarbeiteten Corporate Identity.

Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

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

6 Qualitätsmanagement

Organisation

Verantwortlich für die Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements ist die Krankenhausdirektion als oberstes Entscheidungsgremium. Eine Stabsstelle QM koordiniert alle QM-Maßnahmen am Krankenhaus. Das bereichsübergreifende QM-Team, welches von der Stabsstelle moderiert wird, erarbeitet Entscheidungsvorlagen, z.B. in Vorbereitung der Zertifizierung nach KTQ® für die Krankenhausdirektion. Die QM-Organisation sowie die Aufgaben der einzelnen Organe sind im QM-Konzept geregelt. Auf den Stationen sind QM-Beauftragte zur Unterstützung der Stabsstelle bei einzelnen Aufgaben ernannt. Für die Umsetzung der QM-Maßnahmen in den Bereichen sind die jeweiligen Leitungen zuständig. Ein Beauftragtenwesen ist ebenfalls eingeführt.

Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

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

Patientenbefragung

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

Befragung externer Einrichtungen

Bei der Befragung externer Einrichtungen werden Einweiser und wichtige Kooperationspartner des Krankenhauses aufgefordert mittels Fragebogen die Qualität der Zusammenarbeit und die Zufriedenheit mit der Patientenbetreuung zu beurteilen, um daraus Rückschlüsse für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu ermitteln. 2011 führte das KH eine Einweiserbefragung der Klinik für Neurologie, 2013 eine Befragung bezogen auf die Klinik für Psychiatrie durch. In diese Befragungen wurden niedergelassene Ärzte und einweisende Einrichtungen einbezogen. Es wurde ein individueller Fragebogen entwickelt, welcher die Bedürfnisse der Einweisenden abfragt. Ziel war die Erfassung der Meinung zu: Angebot der Klinik, Umgang mit den Einweisern, Patientenbetreuung, Arztbriefen, Stärken und Schwächen des Hauses in der Wahrnehmung der Zuweiser u. a. Die Ergebnisse wurden in einer Arbeitsgruppe ausgewertet und auf Wunsch den Einweisern zugesandt.

Mitarbeiterbefragung

Eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit ist ein wichtiger Indikator des Erfolgs und der Entwicklung des Krankenhauses. Die Erhebung der Mitarbeiterzufriedenheit ist ein festes Instrument für die zukünftige Zielplanung der Krankenhausführung und des Qualitätsmanagements. Die Befragung unterliegt den Forderungen des Datenschutzes. In der Krankenhausleitung und im Lenkungsausschuss werden aufgetretene Mängel besprochen und anschließend gemeinsam Lösungswege erarbeitet. Die Befragungsergebnisse werden für neue Qualitätsziele sowie für konkrete Verbesserungsmaßnahmen genutzt. Die Rücklaufquote wird erhoben und kann mit den Folgejahren verglichen werden. Die Ergebnisse wurden intern veröffentlicht und mit anderen sächsischen Landeskrankenhäusern und mit anderen Kliniken verglichen.

Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Sowohl Patienten als auch Angehörige, Besucher und Mitarbeiter haben die Möglichkeit Ihre Ideen, Wünsche und Beschwerden in mündlicher oder schriftlicher Form zu äußern. Im Krankenhaus gibt es für den Umgang mit Lob, Anregungen und Beschwerden ein einheitliches Formular. Diese Formulare erhalten die Patienten mit der Patienten-Aufnahmemappe. Sie liegen aber auch an verschiedenen Stellen im Haus aus oder können von der Homepage heruntergeladen werden. Im Krankenhaus gibt es zudem auch spezielle Briefkästen mit der Aufschrift „Ihre Meinung ist uns wichtig“. Jeder mündliche und schriftliche Vorschlag wird ernst genommen, an die zuständige Stelle weitergeleitet und ggf. im Team diskutiert, um Lösungsprozesse einzuleiten.

Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Über die gesetzlich vorgeschriebenen qualitätssichernden Maßnahmen hinaus sind alle Fachabteilungen angehalten, qualitätsrelevante Daten zu erheben. Als Bereiche zur Datenerhebung wurden die Patientensicherheit, der effektive Personaleinsatz, die optimale Patientenversorgung und der optimale Budgeteinsatz festgelegt. Die Auswertungen sollen Ergebnisse im zulässigen Bereich zeigen. Bei der Erhebung relevanter Daten wird stets Bezug auf die Empfehlungen der Fachverbände/Gesellschaften genommen und dies berücksichtigt. Weitere intern erhobene qualitätsrelevante Daten sind die vom Krankenhaus eingeführten Kennzahlen, die Daten aus Patienten- und Mitarbeiterbefragungen sowie die über das umfangreiche Auditsystem erhobenen Daten. Mit allen erhobenen Daten sollen sich Rückschlüsse auf die Qualität ziehen lassen, sowie Handlungsbedarf und Verbesserungspotentiale identifizieren lassen.

Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Das Krankenhaus hat sich zum Ziel gesetzt, mit einer möglichst vollständigen Dokumentationsquote, einer geringen Zahl von Abweichungen und ohne Auslösung eines Strukturierten Dialogs an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V teilzunehmen. Für das Krankenhaus sind bei der externen Qualitätssicherung die Module „Dekubitusprophylaxe“ u. „ambulante erworbene Pneumonie“ verpflichtend. Als freiwilliges Verfahren kommt der „Schlaganfallbogen Nordwestdeutschland“ zur Anwendung. Die Datenerhebungen sind in das bestehende zentrale Krankenhausinformationssystem mit umfangreichen Prüffunktionen integriert, wodurch eine umfassende Validität (Gültigkeit) der Daten gewährleistet ist. Die Ergebnisse werden der jeweiligen Fachabteilung, aber auch weiteren interessierten Kreisen, zur Verfügung gestellt.