



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus: Lausitzer Seenland Klinikum
Institutionskennzeichen: 261400621
Anschrift: Maria-Grollmuß-Straße 10
02977 Hoyerswerda

**Ist zertifiziert nach KTQ®
mit der Zertifikatnummer:** 2015-0108 KH
**durch die von der KTQ-GmbH
zugelassene Zertifizierungsstelle:** BSI Management Systems und Umweltgutachter
Deutschland GmbH, Frankfurt/Main

Gültig vom: 28.12.2015
bis: 27.12.2018
Zertifiziert seit: 28.12.2012

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	6
1 Patientenorientierung	7
2 Mitarbeiterorientierung	12
3 Sicherheit	14
4 Informations- und Kommunikationswesen	17
5 Führung	19
6 Qualitätsmanagement	22

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.

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

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

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 die **Lausitzer Seenland Klinikum GmbH** 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 1998 gegründete Unternehmen mit Sitz in Hoyerswerda betreibt ein Krankenhaus sowie zwei Tochter- und drei Enkelgesellschaften. Die Leistungen des Medizinischen Versorgungszentrums* sowie nicht medizinische Dienstleistungen, wie Reinigung, Catering, Physiotherapie, administrative Dienstleistungen, werden in den Tochter- oder Enkelgesellschaften erbracht

Im Krankenhausplan des Freistaates Sachsen ist das Lausitzer Seenland Klinikum als Schwerpunktversorger mit 440 Planbetten sowie 12 tagesklinischen Plätzen ausgewiesen. Seit 2002 ist das Lausitzer Seenland Klinikum Akademisches Lehrkrankenhaus der Technischen Universität Dresden. Das Krankenhaus ist eingestuft als Unfallkrankenhaus und verfügt über einen eigenen Hubschrauberlandeplatz.

Gegliedert ist das Krankenhaus in 13 somatische Fachkliniken, darunter eine Belegabteilung, sowie drei Institute. Angeschlossen ist eine Medizinische Berufsfachschule mit 75 Ausbildungsplätzen.

Jährlich kommen ca. 22.000 Patienten zur stationären und ca. 40.000 Patienten zur ambulanten Behandlung in das Klinikum.

Im gesamten Unternehmen waren 2014 1.028 Mitarbeiter und davon 786 Mitarbeiter im Klinikum beschäftigt.



* Nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das Lausitzer Seenland Klinikum (LSK) ist ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung und trägt mit seinem Leistungsspektrum in hohem Maße zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in der Region und darüber hinaus bei. Unser Qualitätsanspruch orientiert sich an den Besten sowie an der Zufriedenheit unserer Patienten, Kunden und Mitarbeiter. Um dieser anspruchsvollen Aufgabe gerecht zu werden, setzt das Haus auf eine innovative, nach neuesten Standards ausgerichtete Medizin, eine moderne medizinisch-technische Ausstattung und hochqualifizierte, engagierte Mitarbeiter.

Auf der Homepage können Sie sich über die Lage der Klinik, die Wegbeschreibung und das komplette Leistungs- und Serviceangebot informieren. Gedruckte Informationsbroschüren liegen aus und bieten einen vertieften Eindruck über wesentliche Belange der Klinik.

Damit Sie Ihr Ziel schneller finden, befinden sich an allen wichtigen Punkten in unserem Haus Hinweisschilder.

1.1.2 Leitlinien

Die Behandlung in unserer Klinik erfolgt unter Berücksichtigung von neuesten medizinischen und pflegerischen Standards, Konzepten und Richtlinien. Die langjährigen Erfahrungen unserer Mitarbeiter fließen dabei in die Diagnostik und Therapie mit ein.

Als Qualitätsindikatoren werden auch die Daten aus der externen Qualitätssicherung verwendet.

Fachspezifische Qualitätskontrollen werden durchgeführt (z.B. Stroke Unit).

Alle medizinischen und pflegerischen Vorgaben werden ständig ergänzt, aktualisiert und gemeinsam im Team besprochen. In den Arbeitsgemeinschaften zur Formulierung dieser Standards befanden sich Mitarbeiter mehrerer Bereiche und Berufsgruppen, um ein weites Erfahrungsspektrum in die erarbeiteten Vorgaben einfließen lassen zu können. Zudem werden regelmäßige Fortbildungen zu einschlägigen Themen hausintern und extern durchgeführt.

Die Umsetzungen der Leitlinien und unserer eigenen hohen Standards werden für jeden Patienten täglich individuell dokumentiert und überprüft (z.B. durch die Visiten).

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Unsere Mitarbeiter haben sich ein Leitbild gegeben, an dem all unser Handeln ausgerichtet ist.

Der höchste Wert ist die Würde des Patienten und sein Recht auf Selbstbestimmung.

Im Mittelpunkt aller Bemühungen steht der ganzheitlich betrachtete Mensch als aktiver Partner im Behandlungsprozess. Die Patienten - und auf Wunsch der Patienten auch ihre Angehörigen - werden in die Behandlungsplanung von Anfang an mit eingebunden. Dies umfasst Prävention und Beratung sowie Diagnose, Therapie und Nachsorge. Die Kommunikation mit fremdsprachigen Patienten ist u.a. auch durch unsere fremdsprachigen Fachkräfte gewährleistet

Die Besuchszeiten sowie -möglichkeiten können auf der Homepage und in den Broschüren eingesehen werden.

Speziell ausgebildete Pflegekräfte sind mit der Schulung und Beratung von Patienten und Angehörigen in den verschiedenen Bereichen beauftragt (z.B. Wundexperten, Stroke Nurse, Diabetesassistenten und -berater, Ernährungsmanagement, Kinaesthetics-Trainer, Pain Nurse).

Patientenvorträge im Rahmen der Bürgerforen werden zu ausgewählten Themen aus allen Kliniken angeboten (z.B. Schlaganfall, Gefäßerkrankung, HNO, Haut).

Die Therapiebereiche (Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Psychologie) sowie der Sozialdienst übernehmen individuelle Beratungen von Patienten und Angehörigen.

Selbsthilfegruppen werden bei Bedarf in den Behandlungsprozess involviert, bei der Suchtberatung kommt der Ansprechpartner wöchentlich in die Klinik.

1.1.4 Service, Essen und Trinken

Unsere schönen hellen Zimmer sind überwiegend ausgestattet mit:

- * Vollelektronische Betten
- * Schränke mit Schließfächern
- * TV
- * Radio
- * Alle Zimmer mit eigener Nasszelle
- * Barrierefreie Nasszellen auf jeder Station
- * Telefonanschluss

Zwei Zimmer für schwergewichtige Patienten sind vorhanden.

Auf allen Stationen werden Heißgetränke vom Patientenservice auf Wunsch des Patienten frisch zubereitet.

Unsere Küche arbeitet nach international gültigen und anerkannten Standards (HACCP-Konzept).

Fortlaufend sorgt die Küche dafür, dass das Essen nicht nur wohlschmeckend ist, sondern auch unter strengsten hygienischen Gesichtspunkten hergestellt wird. Eine Wahlkost kann kostenlos nach religiösen Aspekten (z.B. ohne Schweinefleisch) oder weltanschaulichen Einstellungen (z.B. Vegetarisch) bestellt werden. Alle gängigen Diätformen werden zudem von der Küche angeboten.

Die Reinigung der Klinik und der Patientenzimmer wird durch ein auf die Belange von Krankenhäusern spezialisiertes Unternehmen vorgenommen. So ist sichergestellt, dass sich unsere Patienten auf höchste Reinigungsstandards verlassen können.

In der unmittelbaren Nähe des Krankenhauses sind parkähnliche Grünflächen mit ausreichend Sitzgelegenheiten vorhanden.

1.1.5 Kooperationen

Unser Krankenhaus pflegt umfangreiche Kooperationen und Partnerschaften, um das Leistungsangebot für die Patienten permanent zu optimieren.

Die Abstimmung mit internen als auch externen Kooperationspartnern ist durch Leitlinien, Vereinbarungen, Kooperationsverträge und Arbeitsverträge festgelegt. Durch regelmäßiges Zusammentreffen und stetige Kommunikation aller Kooperationspartner werden die Abläufe permanent optimiert.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die Planung der Ersteinschätzung erfolgt durch speziell geschultes Pflegepersonal nach Vorgabe der Manchester Triage; dieses System sorgt für eine bessere Zuordnung der Patienten und eine Reduzierung der Wartezeiten. Die Umsetzung von Manchester Triage wurde in speziellen Schulungen vermittelt.

Eine Klassifizierung und die Dokumentation der Polytrauma-Patienten erfolgt gem. den Vorgaben der ATLS (Erfassungsbogen Polytrauma DGU).

Eine 24-Stunden Aufnahmebereitschaft der Notfallaufnahme ist sowohl ärztlich als auch pflegerisch gewährleistet.

Vorbefunde des Patienten werden nach Möglichkeit genutzt, um unnötige Doppeluntersuchungen zu vermeiden.

Unsere Patienten werden rechtzeitig und vor allem verständlich aufgeklärt. So bleibt genügend Zeit, mit den Ärzten über alle wichtigen Punkte zu sprechen oder sich auch eine ärztliche Zweitmeinung einzuholen.

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Durch unsere qualifizierten Mitarbeiter sowie der Bereitstellung umfassender und moderner Diagnostik- und Behandlungsverfahren gewährleisten wir eine auf die Patientenbedürfnisse abgestimmte professionelle Behandlung.

Die Fach-, Spezial- und Institutsambulanzen und deren Sprechstunden sind im Sprechstundenplan einsehbar. Die Koordinierung von Terminen erfolgt über die Mitarbeiter des Ambulanzentrums.

Die Versorgung mit Arzneimitteln und Apothekengütern ist rund um die Uhr gewährleistet.

1.3.2 Ambulante Operationen

Oberstes Ziel aller Beteiligten ist es, die Patienten unter optimalen Bedingungen zu operieren. Dazu wurden die Prozesse der OP-Planung und der OP-Ablauforganisation für alle Patienten und Notfallpatienten geregelt. In der prästationären Sprechstunde bzw. Ermächtigungssprechstunde werden Vorbefunde, Risiken und Lebensumstände umfangreich erfragt und ggf. erforderliche Zusatzuntersuchungen angeordnet. Bereits vorhandene Befunde werden ggf. nachgefordert. Die Planung der zusätzlichen Voruntersuchung erfolgt durch die pflegerischen Mitarbeiter der prästationären Sprechstunde (Mitarbeiter Ambulanzzentrum). Die Indikationsstellung wird grundsätzlich im Rahmen der Sprechstunde der Abteilung durch einen Facharzt vorgenommen.

1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Zur stationären Diagnostik und Behandlungsplanung verfahren wir nach den allgemein gültigen diagnosebezogenen Standards und Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaft. Standardisierte Stufenpläne unterstützen die Leitfäden. Dabei bleibt der Patient stets im Mittelpunkt unseres Handelns. Die Planung der Maßnahmen erfolgt von unseren erfahrenen Ärzten immer zugeschnitten auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten. Der Informationsaustausch zwischen den Ärzten erfolgt täglich in der interdisziplinären Arztbesprechung. Durch Konsultation werden andere Fachrichtungen in Diagnostik und Therapie zudem eingebunden.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die hausinternen ärztlichen Leitlinien orientieren sich an den aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften. Die Therapieplanung wird von unseren erfahrenen Ärzten vorgenommen. Zudem liegen multiprofessionell entwickelte Behandlungspfade für ausgewählte Diagnosen und Prozeduren vor. Die Patientenaufklärung erfolgt umfassend, Aufklärungsbögen liegen in den gängigsten Sprachen vor. Die medizinisch hochwertige Therapie wird durch die Menschlichkeit unserer langjährigen Mitarbeiter optimal ergänzt.

1.4.3 Operative Verfahren

Oberstes Ziel aller Beteiligten ist es, die Patienten unter optimalen Bedingungen zu operieren. Dazu wurden die Prozesse der OP-Planung und der OP-Ablauforganisation für alle Patienten und Notfallpatienten genau geregelt. Eine fortlaufende Überprüfung dieser Festlegungen findet durch die interne und externe Qualitätssicherung statt. Eine OP-Sicherheitscheckliste nach WHO-Kriterien wird im LSK verwendet. Die Ergebnisse werden von der Krankenhaus- und Geschäftsleitung regelmäßig besprochen, um die Patientenorientierung noch weiter zu verbessern.

1.4.4 Visite

Während der Visiten werden die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen reflektiert, der Behandlungsverlauf überprüft und bei Bedarf angepasst. Unser Visitenmanagement wird laufend optimiert. Dabei wird auf feste Visitenzeiten, Häufigkeit, Wochenendregelungen, Chefarzt- und Oberarztvisiten besonders intensiv eingegangen. Der Ablauf sowie die patientenorientierte Gestaltung der Visite entsprechen unseren schriftlichen Vorgaben sowie dem Dokument "Leitsätze der patientenorientierten Visite". Diese beinhalten Verhaltensweisen, Hygienevorgaben, Ablaufvorgaben und Gesprächsführung. Viele Visiten finden multiprofessionell statt, um eine umfassende Kompetenz zu gewährleisten.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Teil-, prä- und poststationäre Versorgungen gewährleisten eine patientenorientierte Behandlung sowie optimierte Behandlungsabläufe.

Die Organisation, die Planung der Abläufe und Zeitziele von den versorgenden Kliniken selbst vorgenommen. Die Terminierung wird von den Sekretariaten der Chefarzte bzw. durch die pflegerischen Bereichsleitungen vorgenommen. Für bestimmte Patientengruppen findet die Terminvergabe über das Ambulanzzentrum statt.

Eine Übersicht der Selbsthilfegruppen Wegweiser Selbsthilfegruppen und -verbände im Landkreis Bautzen liegt auf jeder Station vor; ein Kontakt kann bei Bedarf von der Station oder dem Sozialdienst vermittelt werden.

1.5.1 Entlassung

Alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen sind im Rahmen von Besprechungen an der Entlassplanung bzw. Vorbereitung zur Entlassung beteiligt. Die Weiterleitung von Informationen an die nachbetreuenden Einrichtungen und die Weiterversorgung mit Medikamenten sowie Heil- und Hilfsmitteln ist geregelt und sichergestellt.

Die Vorbereitung der Entlassung erfolgt bereits bei Aufnahme der Patienten. So ist sichergestellt, dass bis zur Entlassung alle notwendigen Unterlagen vorliegen, alle Anschlussbehandlungen geplant werden können und der Patient ausreichend informiert werden kann.

Für alle Fragestellungen stehen kompetente Mitarbeiter zur Verfügung, die diese Belange koordinieren.

Die Zufriedenheit mit unserem Entlassmanagement messen wir u.a. kontinuierlich durch Patienten- und Einweiserbefragungen. Die Ergebnisse werden in der Krankenhausleitung besprochen, damit das Verfahren laufend optimiert werden kann.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Der Sozialdienst ermittelt nach Anordnung der Ärzte zusammen mit der Pflege gemeinsam mit dem Patienten und ggf. dessen Angehörigen das Ausmaß des Nachsorge- bzw. Beratungsbedarfs. Auf der Grundlage der spezifizierten Risiken wird durch den Sozialdienst und der Pflege die Entlassung und Weiterbetreuung vorbereitet. Dazu erfolgt eine Abstimmung mit Patienten, ggf. dessen Angehörigen sowie allen externen (z.B. ambulanter Pflegedienst, nachbehandelnder Arzt, Pflegeheime, Sanitäts- haus) und internen Beteiligten (z.B. verantwortliche Ärzte, pflegerische Mitarbeiter, Therapeuten). Auf die Notwendigkeiten spezieller Nachsorgemaßnahmen wird der Patient hingewiesen. Für spezielle Therapien (z.B. Falithrom) oder Implantate wird dem Patienten bei Entlassung ein entsprechender Ausweis ausgehändigt.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Der sterbende Patient wird in seiner Gesamtsituation wahrgenommen und betreut. Im interdisziplinären Team erfolgen Pflege und Behandlung auf der Basis der festgelegten Maßnahmen unter Berücksichtigung der kulturellen Besonderheiten. Dabei werden Wünsche respektiert, die sich aus Lebensumständen, Konfession, Spiritualität, kulturellen Gewohnheiten und dem Wunsch nach menschlicher Nähe und Distanz ergeben.

Eine niedergelegte rechtsgültige Patientenverfügung, soweit der Inhalt der klinischen Situation entspricht, wird von uns beachtet.

Je ein Seelsorger für die Christlichen Konfessionen ist jederzeit erreichbar; für Angehörige des muslimischen Glaubens und anderer Glaubensrichtungen wird ein entsprechender Kontakt auf Wunsch vermittelt.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Wir ermöglichen einen angemessenen Abschied für Angehörige von verstorbenen Patienten. Die Verantwortlichkeiten und die Durchführung der notwendigen Maßnahmen zur Versorgung und den Transport von verstorbenen Patienten sind geregelt.

Beim gesamten Umgang mit Verstorbenen wird darauf geachtet, dass die Würde, Individualität und Persönlichkeit des Verstorbenen soweit als möglich gewahrt wird und ein sensibler Umgang mit den Hinterbliebenen gewährleistet ist.

Dabei werden rechtliche, hygienische und medizinische Erfordernisse beachtet.

Kulturelle Aspekte, die für die individuelle Sterbebegleitung wichtig sind, werden in Gesprächen mit dem Patienten und seinen Angehörigen erörtert und nach Möglichkeit umgesetzt.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Der Personalbedarf wird im Rahmen der konzernweiten Mehrjahresplanung unter Berücksichtigung der zuvor erfolgten strategischen Festlegungen und Ausrichtungen geplant. Die jeweiligen Verantwortlichen der Bereiche werden an der Detailplanung beteiligt. Dabei sind die zuvor bereits festgelegten übergeordneten Rahmenbedingungen zu berücksichtigen (Planungsvorgaben zur Sana-Mehrjahresplanung). Über alle Bereiche des Hauses wird eine detaillierte Personalstatistik geführt. Veränderungen des Personalbedarfs aufgrund der Optimierung von Klinikstrukturen wie auch die Schaffung neuer konzernweiter Tätigkeitsbereiche werden berücksichtigt.

2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Die Regelungen zur Festlegung der Qualifikation finden sich in den Tätigkeits- und Verantwortungsbeschreibungen, die für alle relevanten Bereiche vorliegen. In den jährlichen Mitarbeiter-Gesprächen werden strukturiert die Wünsche der Mitarbeiter zu ihren beruflichen Entwicklungen abgefragt. Die Personalentwicklung orientiert sich am Leistungsprofil und Bedarf der einzelnen Fachbereiche. Dabei wird darauf geachtet, dass immer eine ausreichende Anzahl von qualifizierten Mitarbeitern zur Verfügung steht. Die individuelle Karriereplanung für die Mitarbeiter richtet sich nach den Erfordernissen und Bedürfnissen unserer Klinik. Sie berücksichtigt persönliche Ausbildung, Qualifikation und Spezialisierung für die jeweilige Aufgabe. Mitarbeiter aus dem Hause haben bei gleicher Qualifikation Vorrang vor externen Nach- oder Neubesetzungen.

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter im ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Bereich gibt es Einarbeitungskonzepte, welche die wichtigsten Informationen, Ansprechpartner und Regelungen enthalten. Jedem neuen Mitarbeiter wird für die Dauer der Einarbeitung ein Mentor zur Seite gestellt, der den Mitarbeiter begleitet und für alle Fragen zur Verfügung steht. Die Zufriedenheit der Mitarbeiter mit der Einarbeitung wird u.a. auch mit durch unsere regelmäßig stattfindenden Mitarbeiterbefragungen gemessen. Das LSK ist seit 2002 akademisches Lehrkrankenhaus der technischen Universität Dresden.

2.2.3 Ausbildung

Wir fördern intensiv die Ausbildung des Nachwuchses in der Gesundheits- und Krankenpflege. Im Assessment wird Wert auf die Eignung der Bewerber gelegt. Die Theorie- / Praxisverknüpfung während der Ausbildungen ist durch Regelungen zum Praxisanleitereinsatz und in einem Anleitungsstandard geregelt. In der Rahmenfestlegung zum Ablauf der praktischen Ausbildung, ist die Abfolge der praktischen Lernorte geregelt. Für jeden Ausbildungskurs existiert eine angepasste Blockplanung in Anlehnung an das Krankenpflegegesetz. Jeder Schüler verfügt über einen schriftlichen individuell geplanten Ausbildungsverlauf. Die Durchführung der Praxisanleitung wird in jedem praktischen Einsatz durch die Praxisanleiter dokumentiert. Anleitungen und praktische Leistungskontrollen am Patienten werden nur mit seinem Einverständnis an ihm durchgeführt.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Die Fort- und Weiterbildung ist systematisch auf die Bedürfnisse unseres Hauses abgestimmt. Der Bedarf an Fort- und Weiterbildung wird kontinuierlich ermittelt, dabei haben alle Mitarbeiter die Möglichkeit, eigene Wünsche einzubringen.

Für Führungskräfte finden im Sana-Verbund verbindliche Fachtagungen mit speziellem Fortbildungsangebot statt, strategische Ziele und neue Projekte werden hierbei aufgezeigt.

Pflichtfortbildungen (z.B. im Bereich der Hygiene) finden für alle Mitarbeiter des LSK kontinuierlich statt.

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

So wie im Leitbild unseres Hauses und in der Qualitätspolitik des Sana Konzerns beschrieben, pflegen Führungskräfte einen kooperativen Führungsstil. Im Jahr 2009 wurde das Leitbild unter Moderation des Sana Zentralbereichs Qualitätsmedizin interdisziplinär, multiprofessionell und hierarchieübergreifend entwickelt.

Führungskräfte arbeiten partnerschaftlich, kooperativ und ergebnisorientiert zusammen. Die gemeinsamen Anstrengungen dienen sowohl dem Wohle der Mitarbeiter als auch der erfolgreichen Entwicklung des Unternehmens. Der Patient steht dabei im Mittelpunkt allen Handelns.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Die Arbeitszeitregelungen entsprechen den jeweils gültigen tariflichen und arbeitszeitrechtlichen Vorschriften. Die Beachtung der Vorschriften ist Aufgabe der Vorgesetzten und wird zusätzlich durch den Betriebsrat geprüft. Generelle Änderungen der Arbeitszeit werden dem Betriebsrat durch die Abteilung Personal zur Prüfung und Zustimmung vorgelegt.

Im Rahmen der tariflichen Möglichkeiten, unter Berücksichtigung gesetzlicher Anforderungen und des Arbeitszeitgesetzes werden die Arbeitszeiten in verschiedenen Arbeitszeitmodellen geregelt. Die Mitarbeiter haben die Möglichkeit, ihre Wünsche in Absprache mit der Führungskraft zur Dienstplangestaltung anzumelden. Diese werden, soweit die betrieblichen Belange dies zulassen, umgesetzt.

2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Mitarbeiterwünsche und -beschwerden werden in strukturierter Weise im Rahmen der Mitarbeiter-Gespräche aufgenommen.

Darüber hinaus können die Mitarbeiter jederzeit, ihre Wünsche und Sorgen ihren Führungskräften mitteilen (Politik der offenen Tür).

Die kontinuierliche durchgeführte Mitarbeiterbefragung ist ein Spiegelbild der Mitarbeiterwünsche und -beschwerden.

Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz wird umgesetzt, eine Beschwerdestelle ist eingerichtet. Eine Schwerbehindertenbeauftragte ist benannt.

3 Sicherheit

3.1.1 Arbeitsschutz

Zur Gewährleistung der umfassenden Sicherheit von Patienten und Mitarbeitern existiert ein umfassendes Konzept zum Arbeitsschutz. In diesem sind alle Aspekte zur Arbeitssicherheit beinhaltet.

Ein Sicherheitsingenieur wurde benannt.

Der Strahlenschutzverantwortliche, Strahlenschutzbevollmächtigter und die Strahlenschutzbeauftragten der relevanten Bereiche gewährleisten, dass alle gesetzlichen Vorgaben eingehalten werden.

Dokumentierte Gefährdungsbeurteilungen werden für alle Mitarbeiter des Hauses (inkl. Tochter- und Enkelgesellschaften) durchgeführt.

3.1.2 Brandschutz

Ein Brandschutzbeauftragter ist benannt, ein Brandschutzkonzept und eine Brandschutzordnung sind vorhanden. In dem Brandschutzkonzept wird der IST-Stand des Hauses abgebildet und welche Vorgaben bei baulichen Änderungen umsetzungsrelevant sind. Die Brandschutzordnung ist nach Vorgabe der DIN 14096 aufgebaut.

Flucht- und Rettungspläne befinden sich im ganzen Haus und werden bei Bedarf durch den Brandschutzbeauftragten mit Unterstützung von externen Sachverständigen aktualisiert.

3.1.3 Umweltschutz

Eine konsequente Mülltrennung mit dem Ziel einer hohen Recyclingquote ist seit Jahren Bestandteil unserer Abfallwirtschaft.

Die Erfassung des Verbrauchs von Wasser und Energie erfolgt monatlich durch die Abteilung Technik. Maßnahmen zur Wasser- und Energieeinsparung wurden LSK-weit umgesetzt.

3.1.4 Katastrophenschutz

Alle Regelungen zum Katastrophenschutz (interne und externe Gefahrenlagen) befinden sich im Alarm- und Einsatzplan.

Dieser beinhaltet insbesondere

- * Massenanfall von Verletzten
- * Massenanfall von Infizierten
- * Massenanfall von Verstrahlten
- * Feuer / Explosionen
- * Bombendrohung / Bombenfund
- * Schwere Unfall (z.B. Massenunfall, Unfall mit Todesfolge)
- * Überfall
- * Havarie

Das Verfahren ist für alle Mitarbeiter jederzeit im QM-Handbuch und in den Abteilungen einsehbar.

Der Inhalt ist Bestandteil der regelmäßigen dokumentierten Schulungen.

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Im LSK wird ein umfassendes Verfahren zur Regelung bei nichtmedizinischen Notfallsituationen angewendet. Die Verantwortlichkeiten des Einsatzablaufes für Alarm- und Katastropheneinsätze sind im Alarm- und Einsatzplan geregelt.

Die redundante Stromversorgung ist durch Notstromaggregate und intelligente Netzaufteilung gewährleistet.

3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Die Sicherheit der Patienten ist durch eine lückenlose Anwesenheit von qualifiziertem Personal in allen Funktionsbereichen und Fachabteilungen gewährleistet. Unser Krankenhaus wird in der Versorgung von Patientengruppen mit Aufsichtspflicht konfrontiert. Diesen Situationen begegnen unsere Mitarbeiter deshalb mit besonderer Aufmerksamkeit, individuellen Lösungen und größter Umsicht. Generell gilt, dass Patienten mit einem hohen (Selbst-)Gefährdungspotenzial intensiver überwacht werden. Hierbei werden die gesetzlichen Bestimmungen jederzeit eingehalten. Angehörige werden in die Betreuung von Demenzkranken und selbstgefährdeten Patienten mit eingebunden.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Auf allen Stationen und in den Funktionsabteilungen befinden sich zur Erstversorgung akut lebensbedrohlicher Zustände Notfallkoffer bzw. Notfallwagen. In diesen befinden sich geeignete Medikamentenbestückung, Intubations-, Beatmungs- und Infusionstechnik nach vorgegebener Checkliste. Ein zentrales Reanimationsteam befindet sich rund um die Uhr in Bereitschaft. Mitarbeiter die in klinischen Bereichen arbeiten, werden regelmäßig in speziellen Reanimationskursen geschult.

3.2.3 Hygienemanagement

In unserem Haus gibt es ein umfassendes Hygienemanagement. Es existiert ein Hygieneplan und ein Hygienehandbuch für das gesamte Haus, die Desinfektionspläne hängen in allen Abteilungen gut sichtbar aus.

Für die Aktualisierung der Hygienevorgaben sind der Krankenhaushygieniker und die Hygienefachkraft verantwortlich.

Das LSK nimmt seit 2007 an der Aktion "Saubere Hände" teil. Auswertungen finden je Station nach der Durchführung der Beobachtung zur Händedesinfektion statt. Die Ergebnisse werden stationsweise vorgestellt.

Die Einhaltung der Hygienerichtlinien wird durch regelmäßige protokollierte Begehungen sowie auch durch unangemeldete Kontrollen sichergestellt. Jährlich finden sanaweit interne Hygieneaudits statt.

3.2.4 Hygienerelevante Daten

Ausbruchssituationen (z.B. bei Häufungen im Sinne des Infektionsschutzgesetzes) werden nach Rücksprache mit dem Medizinischen Direktor (in Funktion als Vorsitzender der Hygienekommission) an das zuständige Gesundheitsamt gemeldet.

Die Erstellung der kumulativen Keimresistenzstatistiken (z.B. MRSA) erfolgt über das Institut für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Krankenhaushygiene.

3.2.5 Infektionsmanagement

Die Planung hygiesichernder Maßnahmen im Umgang mit Infektionserregern ist in schriftlichen Regelungen festgelegt. Die schriftlichen Hygienevorgaben werden nach den Vorgaben des Robert-Koch-Instituts erstellt und ständig aktualisiert.

Für jede Infektionserkrankung sind Übertragungswege, Isolationsanforderungen, Schutzausrüstung, Zimmerkennzeichnung, Aufhebung der Isolation, Transport der Patienten innerhalb des Hauses sowie Desinfektionsmaßnahmen laufend und zur Schlussdesinfektion geregelt.

Die Hygienefachkraft kontrolliert im Rahmen von Begehungen die Umsetzung der Regelungen und schult bedarfs- und situationsbezogen die Mitarbeiter der Bereiche.

3.2.6 Arzneimittel

Die Bestellung, Lagerung und der Umgang mit Arzneimittel ist durchgängig geregelt. Die Arzneimittelversorgung wird durch die kooperierende Apotheke sichergestellt. Über wichtige Änderungen / Anwendungsbesonderheiten informiert die Apotheke bei Lieferung des betreffenden Medikaments mit schriftlichem Hinweis.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Prozesse und Handlungsabläufe beim Umgang mit Blut- und Blutprodukten entsprechen dem Transfusionsgesetz und den allgemeinen Richtlinien zur Anwendung von Blut- und Blutprodukten. Zur Umsetzung dieser Vorgaben existiert ein Transfusionsmedizinisches Handbuch. Die Anwender werden begleitend dazu kontinuierlich geschult.

Es wird jährlich ein internes Audit / Selbstinspektion durch den Qualitätsbeauftragten Hämotherapie und den Transfusionsverantwortlichen durchgeführt, um den hohen Qualitätsmaßstab zu halten.

3.2.8 Medizinprodukte

Der Einsatz von qualitativ hochwertigen Medizinprodukten ist Grundlage unserer Patientenversorgung. Die lückenlose Einweisung aller Anwender in die Geräte wird sichergestellt und dokumentiert. Jeder Mitarbeiter hat einen Gerätepass, in dem die für ihn gültigen Einweisungen dokumentiert sind.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Das EDV-System der Klinik ist umfassend extern (z.B. durch Firewalls) und intern (z.B. durch Sicherheitsrichtlinien) geschützt. Die vorhandene IT-Infrastruktur ermöglicht allen Anwendern eine uneingeschränkte Nutzung der vorhandenen IT-Systeme im Rahmen ihrer Berechtigungen.

Das System ist 24h verfügbar. Wichtigste Komponenten sind redundant vorhanden, sie werden umfangreich vor Stromausfällen geschützt.

Der Serverraum erfüllt die Anforderungen des Brandschutzes und der Datensicherheit.

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Alle wichtigen Informationen werden in der Patientendokumentation festgehalten.

Zur Erarbeitung der bestehenden Regelungen wurden die verschiedenen Berufsgruppen (Ärzte, Pflege, Archiv) mit einbezogen.

Die Ärzte und Pflegemitarbeiter kontrollieren die Patientenakte kontinuierlich systematisch auf Vollständigkeit. Vor Archivierung wird überprüft, ob alle notwendigen Unterlagen vollständig und plausibel sind.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Alle berechtigten Personen haben zeitlich uneingeschränkten Zugriff auf die Patientendaten entsprechend ihrem Rollen- und Berechtigungskonzept.

Alle zur Behandlung benötigten Informationen werden in der Patientendokumentation (Patientenakte und EDV) festgehalten.

Ab 2010 werden die Akten aufgenommener Patienten digitalisiert und sind damit ständig im Krankenhausinformationssystem verfügbar.

4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Über zahlreiche Informationsquellen erhält die Krankenhausgeschäftsleitung kontinuierlich Berichte zum Ist-Stand (z.B. Monatsberichte, Protokolle, persönliche Teilnahme in Kommissionen).

Die Kommunikationsstruktur ist in einer Besprechungsmatrix abgebildet.

Nutzerbezogen werden Fachzeitschriften, Mitteilungen der Krankenhausgesellschaften, Newsletter der Fachverbände und Pressemitteilungen kontinuierlich und regelmäßig zur Verfügung gestellt.

4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

Externe Dienstleister sowie niedergelassene Ärzte werden bei Bedarf über Neuerungen / Änderungen informiert. Es besteht ein reger persönlicher und telefonischer Kontakt der Klinikärzte mit den niedergelassenen Kollegen.

Der Internetauftritt beinhaltet u.a. Informationen über spezielle Leistungen, Besonderheiten der Krankenhausbehandlung, Wahlleistungsmöglichkeiten, Veranstaltungstermine sowie die speziellen Ansprechpartner. Direkte Mitteilungsmöglichkeiten für Patienten und Angehörige sind ersichtlich (Telefon, Email).

4.4.1 Organisation und Service

Die Mitarbeiter des Empfangs bedienen die Telefonzentrale und leiten eingehende Anrufe weiter. Besuchern und Patienten weisen sie gerne den Weg innerhalb der Klinik und beantworten interne und externe Anfragen kompetent.

Schulungen zum Thema Kommunikation wurden durchgeführt. Die Gestaltung eines patienten- und besucherfreundlichen Eingangsbereichs wurde bereits bei der Planung des Umbaus berücksichtigt. Ein Getränke- und Speisenautomat ist vorhanden. Ausreichend Sitzmöglichkeiten befinden sich im Eingangsbereich.

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Ein umfangreiches Datenschutz-Handbuch ist in Kraft gesetzt. Ziel ist die höchste Sicherheit bei dem Umgang mit den sensiblen Daten.

Es beinhaltet alle datenschutzrelevante Regelungen und besteht aus Regelungen, praxisrelevanten Hinweisen sowie Rechtsprechung zum medizinischen und Beschäftigtendatenschutz. Weiterhin sind Auszüge aus den wesentlichen gesetzlichen Bestimmungen sowie Hinweise der Sächsischen Datenschutzbehörde Bestandteil des Handbuchs.

Ein externer Datenschutzbeauftragter ist benannt.

Alle Mitarbeiter verpflichten sich bei Dienstantritt schriftlich zur Einhaltung der Schweigepflicht und werden regelmäßig zum Datenschutz geschult.

5 Führung

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Das Leitbild wurde Ende 2009 erstellt und ist weiterhin gültig. 2012 und 2015 erfolgte in der Qualitätskommission eine Bestätigung der Aktualität.

In dem Leitbild ist ein partnerschaftlicher, kooperativer und ergebnisorientierter Führungsstil festgelegt. Die Führungskräfte sind sich ihrer Vorbildfunktion bewusst. Bedingt durch die langjährige Zugehörigkeit vieler Mitarbeiter und deren örtliche Verbundenheit herrscht ein kollegiales und menschliches Miteinander. Die Führungskräfte kennen die Mitarbeiter persönlich und pflegen grundsätzlich den Führungsstil der "offenen Tür".

Jeder Mitarbeiter hat das Leitbild ausgehändigt bekommen.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Vertrauensbildende und -fördernde Maßnahmen sind wichtiger Bestandteil der Führungsarbeit gemäß unseren Unternehmenswerten. Entsprechend dem Unternehmenswert Respekt wird ein respektvoller, offener, ehrlicher Umgang mit Patienten, Besuchern, Mitarbeiter, Kollegen und Vertragspartnern gepflegt.

Die Unternehmenswerte, der Sana Compliance Verhaltenscodex sowie das Sana-Ethik-Statut werden in unserem Haus umgesetzt. Durch interdisziplinäre hierarchieübergreifende Veranstaltungen, wie z.B. Seminare oder Gruppenarbeit soll erreicht werden, dass sich die Mitarbeiter untereinander kennen lernen und Einblick in sowie Verständnis für das Aufgabengebiet der anderen gewinnen können. Durch die Mitwirkung der Mitarbeiter in Projekt- und Arbeitsgruppen sowie in Kommissionen werden die Mitarbeiter an der strategischen Planung beteiligt.

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Entsprechend unserem Leitbild werden Entscheidungen zu ethischen Problemstellungen kollegial, unter Einbeziehung des Patienten und deren Angehörigen getroffen. Einen hohen Stellenwert in unserer Klinik nimmt die feinfühlig und umsichtige Behandlung ethischer Problemstellungen ein, dies gilt vor allem bei Therapieplanungen, Therapieänderungen und Therapieabbrüchen. Das Ethikkomitee besteht seit 2011 und ist interdisziplinär zusammengesetzt.

So achten insbesondere die Führungskräfte aus dem ärztlichen und pflegerischen Dienst auf eine hohe Sensibilisierung ihrer unterstellten Mitarbeiter hinsichtlich aller ethischen, weltanschaulichen, kultureller und religiöser Bedürfnisse.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Die Planung der baulichen und medizintechnischen Rahmenbedingungen richtet sich nach dem medizinischen Leistungsspektrum und -umfang sowie den im Wirtschaftsplan festgelegten wirtschaftlichen finanziellen Rahmen.

In der Zielplanung wird die individuelle Situation des Hauses (u.a. Leistungsportfolio sowie Entwicklungen im Einzugsgebiet) berücksichtigt sowie aktuelle Entwicklungen der Gesundheitspolitik einbezogen.

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Das LSK identifiziert sich stark mit dem lokalen und regionalen Umfeld und versteht sich als Teil desselben. Der Aufbau und die Pflege von Partnerschaften im Rahmen der Ausübung gesellschaftlicher Verantwortung konzentrieren sich daher wesentlich auf die lokalen und regionalen Strukturen.

Unser soziales Engagement ist breit gefächert. Es gibt Angebote für verschiedene Bevölkerungsgrup-

pen und Interessenten.

Das Krankenhaus beteiligt sich am "audit berufundfamilie" und hat eine Zielvereinbarung mit konkreten Maßnahmen geschlossen.

Um die Attraktivität des Arbeitsplatzes messbar zu machen, wurde 2014 die Befragung "Great Place to Work[®]" durchgeführt.

Alle gesetzlichen Vorgaben bezüglich der Organspende werden umgesetzt, ein Transplantationsbeauftragter ist benannt.

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Ein Organigramm mit der Benennung aller Kliniken, Stationen, Abteilungen, und Stabsstellen liegt vor. Aus diesem Organigramm sind wichtige Schnittstellen und Verantwortlichkeiten ersichtlich. Die Koordination der Gremien und Kommissionen erfolgt u.a. durch die Geschäftsordnungen der jeweiligen Gremien und Kommission sowie durch die Regelungen zum Informationsmanagement. Eine Besprechungsmatrix liegt vor.

Eindeutige Ansprechpartner für Patienten, Angehörige, Mitarbeiter und externe Partner sind festgelegt und auf verschiedene Arten veröffentlicht, z.B. Patienteninformationsmaterialien, Aushänge und Internet.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Die systematische Information der Krankenhaus- und Geschäftsleitung ist durch ein internes Berichtswesen, regelmäßige Jour-Fixe, Jahresberichte und verschiedene Kommissionen sichergestellt. In der Besprechungsmatrix und den jeweiligen Geschäftsordnungen sind die Strukturen von Besprechungen sowie deren Protokollierung, der Informationsaustausch, die Regelmäßigkeit der Arbeitstreffen zwischen den einzelnen Abteilungen sowie Personen und Verantwortlichkeiten geregelt.

Für beauftragte Projekte wird ein Projektleiter benannt. Dieser ist gegenüber der Krankenhaus- und Geschäftsleitung bzw. Qualitätskommission berichtspflichtig. Alle Mitarbeiter, die an neuen Projekten beteiligt sind, werden vor Einführung und zum Teil begleitend von internen und externen Dozenten geschult.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

Innovationen werden gezielt geplant und Wissen als Chance zur Weiterentwicklung genutzt. Motivation für die Einleitung eines Veränderungsprozesses können die Lösung konkreter Probleme oder die Weiterentwicklung des Unternehmens sein.

Mitarbeiter werden angeregt, durch Fortbildungen und Visitationen, neue Ablaufstrukturen und Behandlungsmethoden kennen zu lernen.

Extern besuchte Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen werden intern ausgewertet und die Inhalte zielgruppengerecht weitergegeben (Multiplikatoren). Neue Erkenntnisse werden in der Prozessoptimierung berücksichtigt (z.B. Medizinkongresse, Therapieplanungen, Verbesserung der pflegerischen Maßnahmen, Schulung zu neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen, Medizinproduktegesetz, Datenschutz).

5.4.1 Externe Kommunikation

Aufgaben von PR und Marketing werden von der Stabstelle Sozialmarketing und Öffentlichkeitsarbeit wahrgenommen. Die Stabstelle entwickelt jährlich eine Jahresübersicht, in der die fixen Termine für Pressegespräche, Printmedien und Veranstaltungen enthalten sind.

Dieser Jahresplan wird kontinuierlich bezüglich der variablen Anteile von Presse, Print und Veranstaltungen aktualisiert.

Die Außenkommunikation mit der Presse und deren Aufbereitung erfolgt über den Unternehmenssprecher (Pressesprecher); der Ansprechpartner für Marketing nimmt die Aufgaben Sponsoring, Werbemittel, Printmedien, Organisation von Veranstaltungen und Werbung wahr.

Für Informationen werden alle bekannten Medien wie Presse und Internet sowie Patienteninformati-

onstage (z.B. Sonntagsvorlesungen, Teilnahme an weltweiten Aktionstagen) und Tage der offenen Tür genutzt.

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Die Zielsetzungen unseres umfassenden Risikomanagements umfassen abteilungs- und berufsgruppenübergreifende Instrumente:

- * das Konzept zum Einsatz eines klinischen Risikomanagements (z.B. CIRS, Risikoaudits, Qualitätsbeobachtung, Schadensfallanalyse)

- * die Verantwortlichkeit und Maßnahmen des finanziellen Risikomanagements (z.B. Liquiditätsplan, Frühwarnsysteme)

- * die abteilungs- und berufsgruppenübergreifende Nutzung der Instrumente.

Das betriebswirtschaftliche und klinische Risikomanagement werden ständig weiterentwickelt.

6 Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation

2009 wurde das Qualitätsmanagement im LSK eingeführt. 2010 wurde hierfür eine separate Stabstelle der Geschäftsführung (Qualitätsmanagementbeauftragter) geschaffen. Seit 2011 ist eine Qualitätskommission etabliert, welche alle wesentlichen Verbesserungsmaßnahmen koordiniert.

Methoden und Instrumente sind u.a. regelmäßige Selbstbewertungen, externe und interne Audits, Präventions- und Risikoanalyse, Befragungen und Analysen mit Benchmark, Best Practice im Konzernverbund. Die Planung der Prozesse, die Umsetzung der Leitlinien der Fachgesellschaften und der Expertenstandards, spezielle Gremien und das Beauftragtenwesen unterstützen den Gesamtprozess.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Die Planung der Prozesse, um Kundenanforderungen zu identifizieren und umzusetzen, erfolgt in definierten Abständen über die verbundweiten Patienten-, Einweiser- und Mitarbeiterbefragungen. Zusätzlich werden im LSK Elternbefragungen durchgeführt. Dabei werden qualitätsrelevante Daten erfasst und verglichen. Die laufende interne Qualitätsbeobachtung ist etabliert.

Zu ausgewählten Themen wird eine Projektleitung benannt, diese stellt bedarfsgerecht eine Projektgruppe zusammen.

6.2.1 Patientenbefragung

Regelmäßige Durchführung und Auswertung von Patientenbefragungen zur Ermittlung der Bedürfnisse und zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit finden alle zwei Jahre statt. Die Befragungen werden von einem Spezialunternehmen valide durchgeführt und nach wissenschaftlichen Standards statistisch ausgewertet, der Datenschutz wird verpflichtend eingehalten.

Die interne Patientenbefragung wird kontinuierlich mit Hilfe von standardisierten klinikeigenen Meinungsbögen durchgeführt und statistisch ausgewertet. Die Patienten werden bereits bei der Aufnahme über die Möglichkeiten der Meinungsäußerung informiert. Zudem liegen auf den Stationen die Meinungsbögen aus.

Als Mitgliedsklinik des Internetportals www.qualitätskliniken.de sind die Ergebnisse seit 2010 auch für die breite Öffentlichkeit einsehbar und mit anderen Kliniken vergleichbar (Qualitätsdimension 3).

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Die Einweiser-Befragung dient zur Kommunikation mit den Haupteinweisern.

Die Befragung ist ein Teil der Einweiserbindung und eröffnet den niedergelassenen Ärzten im Freitextfeld die Möglichkeit, ihre persönlichen Bemerkungen zu notieren. Dies dient dazu, die Stärken der Kliniken weiter auszubauen bzw. Verbesserungspotentiale aufzudecken und den Kontakt mit den Einweisern zu intensivieren.

Die Ergebnisse dieser Befragung werden in der Qualitätskommission sowie in der Chefärzte-Dienstberatung kommuniziert.

Die Ergebnisse werden zudem in dem Portal Qualitätskliniken.de veröffentlicht (Qualitätsdimension 4).

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

In definierten Abständen werden im gesamten Sana-Verbund Mitarbeiterbefragungen durchgeführt, aktuell im Rhythmus von 3 Jahren. Zuletzt fand die Mitarbeiterbefragung 2014 statt,

Alle Befragungen werden valide durchgeführt und nach wissenschaftlichen Standards statistisch durch den Anbieter ausgewertet. In den Vorgaben zu der Befragung "Great place to work[®]" ist ein Anonymitätskonzept enthalten.

Das Ergebnis wird allen Mitarbeitern u.a. in der Betriebsversammlung zur Verfügung gestellt.

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Alle Mitarbeiter des Hauses sind zur Entgegennahme und Dokumentation einer Patienten- oder Angehörigenbeschwerde angewiesen. Die Hauptansprechpartner für die Qualitätsbeobachtung ist über Telefon, Fax, E-Mail erreichbar. Die hierfür speziell eingerichtete Telefonnummer und E-Mail-Adresse wird allen Patienten auf dem Meinungsfragebogen und auf der Homepage zur Kenntnis gebracht. Die Integration des Beschwerdemanagements/ Qualitätsbeobachtung in die Konzepte zur Patientenzufriedenheit findet über Kommunikation der Ergebnisse sowohl der externen und internen Patientenzufriedenheit als auch des Beschwerdemanagements (Qualitätsbeobachtung) in der Krankenhaus- und Geschäftsleitung bzw. Qualitätskommission statt; Maßnahmen zur Erhöhung der Patientenzufriedenheit werden dort beschlossen. Ein ehrenamtlicher Patientenführer unterstützt Patienten und deren Angehörige bei Problemen und Beschwerden.

6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

In definierten Abständen werden Patienten-, Einweiser- und Mitarbeiterbefragungen durchgeführt. Des Weiteren erfolgt eine Erfassung und Aufbereitung von diversen klinikinternen Kennzahlen, wie z.B. Hygienestatistiken, Dekubitus- und Sturzstatistiken. Außerdem werden durch die interne Patientenzufriedenheit und das Beschwerdemanagement weitere Daten klinikintern ermittelt. Unterjährig erfolgt eine Auswertung der externen Qualitätssicherungsdaten. Die Ergebnisse werden mehrmals im Jahr an Chefärzte, leitende Oberärzte und Pflegedirektion kommuniziert.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Die Daten der externen Qualitätssicherung werden kontinuierlich mit der gebotenen Sorgfalt vollständig so erhoben, dass eine valide Grundlage der Ergebnisse sichergestellt ist. Die Dokumentation der Daten für die externe Qualitätssicherung erfolgt über den vollständigen Behandlungsverlauf. Extern wird ein Teil der Daten über den gesetzlichen Qualitätsbericht veröffentlicht. Zusätzlich werden alle erhobenen Indikatoren auf dem Internetportal www.qualitätskliniken.de veröffentlicht und mit anderen Einrichtungen abgeglichen. Intern werden die Daten u.a. der Qualitätskommission sowie den Chefärzten und leitenden Oberärzten zur Verfügung gestellt und für alle Mitarbeiter zugänglich in das QM-Handbuch gestellt.