



KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Asklepios-ASB Klinik Radeberg
Institutionskennzeichen:	261420044
Anschrift:	Pulsnitzer Straße 60 01454 Radeberg
Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer:	2014-0031 KH
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	LGA InterCert GmbH, Nürnberg
Gültig vom:	28.05.2014
bis:	27.05.2017

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	7
1 Patientenorientierung	8
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), der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) und der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e. V. (HB). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

Die Verfahrensinhalte, insbesondere der KTQ-Katalog, wurde hierarchie- und berufsgruppenübergreifend in konstruktiver Zusammenarbeit zwischen der KTQ-GmbH und Praktikern aus dem Gesundheitswesen entwickelt und erprobt. Im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden die Kataloge entsprechend weiterentwickelt.

Mit dem freiwilligen Zertifizierungsverfahren und dem damit verbundenen KTQ-Qualitätsbericht bietet die KTQ® somit Instrumente an, die die Sicherung und stetige Verbesserung der Qualität in Einrichtungen des Gesundheitswesens für die Öffentlichkeit darstellen.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen Kriterien, die sich auf

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Führung des Krankenhauses und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes Visitorteam 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

¹ zu diesen zählen: Verband der Ersatzkassen e. V., AOK-Bundesverband, BKK-Bundesverband, 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. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet im zweijährigen Turnus 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 **Asklepios-ASB Krankenhaus Radeberg** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

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

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Dr. med. M. Vogt

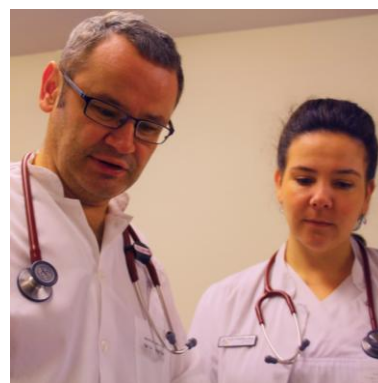
Für den Hartmannbund

Vorwort der Einrichtung

Die Asklepios Kliniken haben ihr Handeln unter eine klare Maxime gestellt: „Gemeinsam für Gesundheit“. Denn Gesundheit geht uns alle an und kann nur gemeinschaftlich, erhalten oder wiederhergestellt werden.

Im Mittelpunkt der Asklepios-Philosophie steht der Mensch: Auch in der Spitzenmedizin ist die persönliche Zuwendung entscheidend, damit Sie wieder gesund werden. Jeder Patient soll diese im bestmöglichen Maße erhalten. Dieses Prinzip gilt auch für unsere Mitarbeiter: Deren Identifikation und Zufriedenheit mit ihrer Arbeit steht in unserem Fokus. Wir erreichen sie durch Transparenz und Respekt sowie durch individuelle Förderung. Hohe Eigenverantwortung durch Dezentralität, kurze Entscheidungswege und das Prinzip der „offenen Tür“ tragen ebenso wie umfassende Angebote zur Aus-, Fort- und Weiterbildung dazu bei.

Steigerung der Qualität der Patientenversorgung setzt Transparenz voraus, die als wichtiger Impuls für die systematischen Veränderungsprozesse im Gesundheitswesen von Bedeutung ist. Dieser Qualitätsbericht ist ein Beitrag für die offene Darstellung unserer Leistungen im Sinne der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung.



Die Asklepios-ASB Krankenhaus Radeberg GmbH ist ein Gemeinschaftsunternehmen der ASKLEPIOS Kliniken Verwaltungsgesellschaft mbH und des Arbeiter-Samariter-Bundes Ortsverband Neustadt e.V. und sichert mit 125 Betten die Regelversorgung im Norden des Großraumes Dresden.

Das Angebot der Asklepios-ASB Krankenhaus Radeberg GmbH beinhaltet ein überdurchschnittliches, hochwertiges und qualitativ anspruchsvolles Spektrum in den Fachdisziplinen Innere Medizin, Chirurgie, sowie Anästhesie und Intensivmedizin. In der Klinik für Innere Medizin werden Patienten mit Herz- und Kreislauferkrankungen, des Magen-Darm-Traktes, der Atemwege, des Stoffwechsels und Diabetes behandelt. Die Klinik für Chirurgie umfasst die Bereiche Allgemein- und Visceralchirurgie und Traumatologie. Die minimalinvasive Chirurgie und die Endoprothetik von Hüft-, Knie- und Schultergelenken bilden den Schwerpunkt der Patientenversorgung.

Ergänzt wird das Leistungsspektrum durch die notfallmedizinische Versorgung in der Notaufnahme und die ambulant durchgeführten operativen Eingriffe. Moderne diagnostische und therapeutische Verfahren unterstützen die qualifizierte Versorgung unserer Patienten.

Die Erfolgsfaktoren unserer Klinik sind vor allem medizinische Leistungsfähigkeit, motivierte Mitarbeiter, betriebswirtschaftliche Stabilität und die konsequente Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Qualität. Dabei ist Qualität im Krankenhaus keine Erfindung der Neuzeit. Im Gesundheitswesen existieren seit langem traditionelle Verfahren der Qualitätssicherung, ohne die ein funktionierendes Krankenhaus undenkbar wäre. Qualität in unserem Sinne ist kein „Selbstläufer“. Sie muss immer wieder im Arbeitsalltag hinterfragt und geprüft werden. Anforderungen und Abläufe ändern sich und müssen fortlaufend in einem sich weiterentwickelnden Prozess aktualisiert werden. Dieser Herausforderung stellen wir uns, um auch künftig höchste medizinische Anforderungen erfüllen zu können.

Wir hoffen, Ihnen mit dem Bericht einen informativen Überblick über die Asklepios-ASB Krankenhaus Radeberg GmbH geben zu können und wünschen Ihnen eine aufschlussreiche Lektüre.

Tobias Oertel
Verwaltungsleiter

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

1.1 Rahmenbedingungen der Patientenversorgung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Unsere Klinik ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln und durch weitläufige Beschilderung gut erreichbar. Es stehen ausreichend Parkplätze bereit. Durch eine koordinierte Organisation können Patienten zu jeder Zeit aufgenommen werden. Dazu finden unter anderem regelmäßige Einweisungssprechstunden statt. Notwendige Befunde werden beim Hausarzt rechtzeitig angefordert und Fragen im persönlichen Gespräch geklärt. Bei Notfällen werden im Vorfeld die erforderlichen Vorbereitungen getroffen.

1.1.2 Leitlinien

Pflege und Medizin auf Basis geltender Leitlinien der Fachgesellschaften sind Grundlage unseres Handelns. Die Leitlinien der Fachgesellschaften sowie festgelegte Standards gelten für jede Maßnahme am Patienten und sichern somit die überprüfbare hochqualitative Behandlung. Fachübergreifende Leitlinien werden regelmäßig überprüft und durch qualifizierte Mitarbeiter des jeweiligen Fachgebiets an die Expertenstandards angepasst. Durch regelmäßige Fortbildungen wird das Personal umfassend geschult.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Unsere Patienten und Besucher erhalten gewünschte Informationen sowohl über die Webseite und Flyer als auch am Empfang der Klinik. Unser verständliches Wegeleitsystem ermöglicht Patienten und Besuchern eine sichere Orientierung in unserer Klinik. Für Fragen stehen die im Haus arbeitenden Mitarbeiter zur Verfügung. Die individuellen Bedürfnisse unserer Patienten werden durch gezieltes Erfragen bei der Aufnahme, Visite, sowie Einzelgesprächen und der Pflegeanamnese erfasst. Der Patient wird über die durchzuführenden Behandlungsschritte umfassend vom verantwortlichen Personal aufgeklärt.

1.1.4 Service, Essen und Trinken

Unser Krankenhaus verfügt überwiegend über 1- und 2-Bettzimmer mit Sanitäranlagen. Für Privatpatienten und Selbstzahler stehen 4 Komfortzimmer mit gehobener Ausstattung zur Verfügung. Alle Zimmer sind mit Fernseher und Radio ausgestattet. In unserer hauseigenen Küche werden die Speisen täglich frisch zubereitet. Die Ernährungsplanung für unsere Patienten orientiert sich an den medizinisch-pflegerischen Gegebenheiten und individuellen Wünschen der Patienten. Kulturelle und religiöse Besonderheiten unserer Patienten werden bereits bei der Aufnahme ermittelt und finden im Speiseangebot Berücksichtigung.

1.1.5 Kooperationen

Die Qualität der Patientenversorgung wird in unserer Klinik maßgeblich durch die multidisziplinäre Einbeziehung der Berufsgruppen in den Behandlungsablauf geprägt. Ein fest etabliertes Konsiliarwesen stellt sicher, dass alle abzuklärenden Diagnosen, welche den Patientenaufenthalt und die Heilung beeinflussen, von entsprechendem Fachpersonal diagnostiziert und therapiert werden. Die bedarfsweise Einbeziehung von externen Kooperationspartnern, wie beispielsweise der Uniklinik Dresden, ist für die Behandlung von großer Bedeutung.

1.2 Notfallaufnahme

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

In unserer modernen Notfallaufnahme stehen rund um die Uhr qualifizierte Mitarbeiter zur Verfügung. Die ärztliche Versorgung wird sowohl von der chirurgischen als auch von der internistischen Klinik sichergestellt. Der Facharztstandard ist dabei zu jeder Zeit sichergestellt. Für spezielle Diagnosen, wie z.B. Schlaganfall werden Spezialisten über ein telemedizinisches System hinzugezogen.

1.3 Ambulante Versorgung

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Die ambulante Versorgung unserer Patienten wird durch transparente Strukturen wie z.B. Sprechstunden, Notfallaufnahme oder Tagesklinik gefördert. Die Planung im Sinne optimaler Ablauforganisation erfolgt in direkter Absprache mit unseren Patienten. Schnellstmögliche Diagnostik und Behandlung von Notfallpatienten hat die größte Priorität und ist zu allen Zeiten gesichert. Die professionelle ärztliche und pflegerische Betreuung aller Patienten erfolgt koordiniert unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse. Ambulante therapeutische Maßnahmen können in der Physio- und Ergotherapie erbracht werden.

1.3.2 Ambulante Operationen

Bereits bei der präoperativen Anamnese und Aufklärung werden die ambulanten Operationen organisiert und besprochen. Die Durchführung erfolgt nach festgelegten Standards. Die postoperative Überwachung erfolgt in der Regel in unserer Tagesklinik. Jeder Patient erhält einen Kurzbrief mit Empfehlungen zur Weiterversorgung für den niedergelassenen Arzt.

1.4 Stationäre Versorgung

1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Patienten werden von Beginn des stationären Aufenthaltes in die Diagnostik- und Behandlungsplanung einbezogen. Im Rahmen der ärztlichen Aufnahme erfolgt die Erhebung der Anamnesen. In der Pflegeanamnese werden Bedürfnisse und Wünsche der Patienten erfragt, z.B. Körperpflege, Allergien. Die notwendige Diagnostik und Behandlung wird durch den verantwortlichen Arzt veranlasst. Er bestimmt die Art der Durchführung sowie die Dringlichkeit und passt den weiteren Behandlungsverlauf an die Ergebnisse der Diagnostik an. Die interdisziplinäre Abstimmung der Therapie erfolgt durch Dokumentation, Visiten, Besprechungen und persönliche Rücksprachen.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die Behandlungs- und Therapieplanung erfolgt durch den behandelnden Oberarzt/Chefarzt. Die enge Zusammenarbeit zwischen ärztlichem, pflegerischem und therapeutischem Personal gewährleistet einen schnellen und koordinierten Behandlungsablauf. Qualifizierte Mitarbeiter, aktuelle medizinische, pflegerische und therapeutische Standards sowie die Leitlinien der Fachgesellschaften sichern eine fachlich hochwertige Therapie. In der Visite wird mit dem Patienten eine Überprüfung aller notwendigen Behandlungsschritte durch das multiprofessionelle Behandlungsteam vorgenommen.

1.4.3 Operative Verfahren

Die operative Behandlung wird berufsgruppenübergreifend geplant und erfolgt unter Berücksichtigung der personellen und räumlichen Kapazitäten. Die Priorisierung der

Notfälle wird bei der Planung der Operationen berücksichtigt. Operationsteams sind 24 Stunden operationsbereit. Der Operationsplan wird immer am Vortag erstellt. Die Vermeidung von Komplikationen ist durch die Anwendung von Standards und Richtlinien gesichert. Die Abläufe im Operationssaal werden regelmäßig überprüft und optimiert.

1.4.4 Visite

Bei den täglichen Visiten nehmen Ärzte, Pflegepersonal und teilweise auch Therapeuten (Physio- oder Ergotherapeuten) teil. Damit ist der optimale Informationsaustausch gesichert. Darüber hinaus und nach Wunsch unserer Patienten werden auch die Angehörigen in den Behandlungsprozess mit einbezogen, informiert und angeleitet. Strukturierte Abläufe ermöglichen die störungsfreie Zusammenarbeit aller am Behandlungsprozess beteiligter Personen.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Für planbare Operationen wird mit dem Patienten ein prästationärer Termin vereinbart. Die Terminvergabe für prästationäre Maßnahmen erfolgt mittels telefonischen Kontakts mit dem niedergelassenen Arzt bzw. dem Patienten selbst. Zum Termin erfolgen Aufklärungen für Untersuchungen sowie Voruntersuchungen und die gemeinsame Terminierung aller Maßnahmen. Mit den involvierten Bereichen werden wiederum die Termine abgestimmt. In der Klinik werden keine teilstationären Behandlungen durchgeführt.

1.5 Übergang in andere Bereiche

1.5.1 Entlassung

Das Krankenhaus sichert eine lückenlose Information für die Weiterbehandlung oder Nachsorge des Patienten. Arzt und Pflegekräfte führen mit jedem Patienten ein Entlassungsgespräch. Wenn es erforderlich ist, organisiert die Fachkraft für Überleitungsmanagement eine Weiterbetreuung. Jedem Patienten wird bei seiner Entlassung aus der Klinik ein vorläufiger Entlassbrief für seinen Hausarzt mitgegeben. Dieser enthält alle Informationen für die Fortführung der begonnenen Therapien. Für Entlassung in Pflegeeinrichtungen oder den häuslichen Bereich mit Versorgung durch ambulante Pflegedienste wird ein Überleitungsformular benutzt.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Die optimale Weiterbehandlung wird durch intensive Zusammenarbeit der Überleitungsfachkraft mit den externen Pflegeeinrichtungen gesichert. Es erfolgen individuelle Beratung und Schulung unserer Patienten und ihrer Angehörigen. Darüber hinaus ist die kontinuierliche Weiterbetreuung unserer Patienten durch das Erstellen der Nachbehandlungsschemata (Entlassungsdokumente) sowie durch die persönlichen Abschlussgespräche und Telefonate mit dem Weiterbehandler gesichert.

1.6 Sterben und Tod

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Der würdevolle Umgang sterbender Patienten mit besonders sensibler Pflege von Körper und Seele ist zentraler Aspekt unserer Handlungen. Sterbenden werden Einzelzimmer zur Verfügung gestellt, in denen auch Angehörige ständig anwesend sein können. Die Mitarbeiter sind sensibilisiert, auf die besonderen Wünsche und Bedürfnisse des Patienten und seiner Angehörigen nach Möglichkeit einzugehen. Speziell ausgebildete Pflegekräfte und die örtlichen Pfarrer stehen den Angehörigen für Ge-

sprache und Fragen zur Verfügung. Darüber hinaus steht allen unseren Patienten und Gästen der Raum der Stille offen.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Der würdevolle Umgang mit Verstorbenen ist in einem Standard geregelt. Der Verstorbene verbleibt vorerst im Einzelzimmer. Den Angehörigen wird immer ausreichend Raum und Zeit gegeben, vom Verstorbenen Abschied zu nehmen. Ärzte und Pflegende stehen unterstützend zur Verfügung. Einfühlungsvermögen in die Situation der Hinterbliebenen und ein sehr hohes Maß an Professionalität in der Beratung der Angehörigen über die nächsten Schritte wird auch an dieser Stelle durch die Klinik angeboten. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, in einem speziellen Aufbahrungsraum angemessen Abschied zu nehmen.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1 Personalplanung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Die Personalbedarfsplanung unserer Klinik berücksichtigt sowohl die Bedürfnisse unserer Patienten als auch unserer Mitarbeiter. In allen Berufsgruppen wird qualifiziertes Personal eingesetzt. Die Ausschreibung freier Stellen erfolgt parallel intern und extern. Unsere Auszubildenden werden nach der Ausbildung bei vorhandenen Personalressourcen übernommen. Interne Personalbedarfsrechnungen erfolgen auf der Basis relevanter Leistungskennzahlen (z.B. Auslastung, Verweildauer, Patientenzahl), aktuellen Rahmenbedingungen und Qualitätssicherungsaspekten.

2.2 Personalentwicklung

2.2.1 Personalentwicklung/ Qualifizierung

Unsere Mitarbeiter sind entsprechend ihrer Qualifikation an ihren Arbeitsplätzen eingesetzt. Dadurch stellen wir die qualitativ hochwertige Versorgung sicher. Die Planung der Personalentwicklung erfolgt unter der Verantwortung der Klinikleitung und unter Einbeziehung der Abteilungsleiter. Professionelle Patientenbetreuung, Qualitätssicherung, permanente Förderung aller Mitarbeiter und kontinuierliche Organisationsentwicklung sind Ziele unserer Personalentwicklung. Regelmäßig erfolgen Vergleiche mit anderen Kliniken des Asklepios-Konzerns.

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Für die Klinik existiert ein strukturiertes Einarbeitungskonzept, das grundsätzlich für alle neuen Mitarbeiter angewandt wird. Eine allgemeine Einarbeitungsmappe ist elementarer Bestandteil der Einarbeitung. Durch die Vorstellung der neuen Mitarbeiter in den Bereichen werden Unsicherheiten weitestgehend vermieden, um im neuen Aufgabengebiet schnell Orientierung zu finden. Neue Mitarbeiter werden durch Mentoren und erfahrene Kollegen begleitet und durch die jeweilige Leitung unterstützt.

2.2.3 Ausbildung

Die Asklepios-ASB Klinik Radeberg verfügt über keine angegliederte Ausbildungsstätte. Die Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege werden in der Berufsfachschule der Asklepios Orthopädische Klinik Hohwald unterrichtet. Der berufspraktische Unterricht und die Praxiseinsätze werden von der Medizinpädagogin geplant. Die Sicherstellung der Theorie-Praxis-Vernetzung wird durch einen regelmäßigen Informationsaustausch zwischen Schulleitung, Pflegedienstleitung und Medizinpädagogin gewährleistet. Die Ausbildung von Operationstechnischen Assistentin erfolgt in Kooperation mit dem Universitätsklinikum Dresden.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Die Mitarbeiter der Klinik werden finanziell und organisatorisch unterstützt, um an in- und externen Fortbildungsmaßnahmen teilzunehmen, die an den Bedürfnissen der Mitarbeiter und an der Klinik ausgerichtet sind. Zusätzlich stehen Intranet, Internet und Fachliteratur in einer online-Bibliothek zur Verfügung. Strukturierte jährliche Mitarbeiter-Gespräche verfolgen das Ziel, die Fähigkeiten unserer Mitarbeiter zu analysieren, den beruflichen Werdegang zu reflektieren und gemeinsam mit dem Mitarbeiter seine berufliche und persönliche Weiterentwicklung zu gestalten. Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen werden im Fort- und Weiterbildungsplan festgelegt. Im Rahmen der Mitarbeiterbefragung erfolgt die Analyse der Zufriedenheit unserer Mitarbeiter mit Fort- und Weiterbildungsangeboten.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Ein konstruktiver und kooperativer Führungsstil wird in allen Bereichen unserer Klinik praktiziert. Informationstransparenz und Einbeziehung unserer Mitarbeiter in den Entscheidungsfindungsprozess sorgen für zusätzliche Motivation. Kreativität und Initiative sowie die Übernahme von Verantwortung finden Anerkennung und Unterstützung durch die Klinikleitung. Ideen und Verbesserungsvorschläge unserer Mitarbeiter werden immer auf Praktikabilität und Umsetzbarkeit geprüft und nach einem Bewertungssystem entsprechend honoriert.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Arbeitszeitgesetz und ergänzende Betriebsvereinbarungen bilden die Grundlage für die Arbeitszeitermittlung. Für unsere Mitarbeiter gilt die 40-Stunden-Woche. Im Pflegedienst wird ein 3-Schicht-System realisiert. Ärztlicher Dienst, Labor, Röntgen und OP sind über den Regeldienst hinaus 24 Stunden einsatzbereit (Bereitschafts- bzw. Rufbereitschaftsdienst). Für die Ärzte gelten die Tarif-Regelungen des Marburger Bundes. Die Dienstplanung erfolgt in allen Bereichen unter Berücksichtigung der Wünsche unserer Mitarbeiter.

2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Im Rahmen des betrieblichen Vorschlagswesens können alle Mitarbeiter mit ihren Ideen zur Optimierung verschiedener Prozesse in der Klinik beitragen. Alle Vorschläge werden durch die Klinikleitung auf Zweckmäßigkeit und Realisierbarkeit überprüft. Prämien werden nach festgelegten Kriterien des Prüfungsteams vergeben. Mitarbeiterbeschwerden werden in jeder Form von der jeweiligen Leitung oder direkt vom Klinikmanager entgegen genommen. Diese werden von der Klinikleitung umgehend reflektiert, um ggf. zeitnah Verbesserungsmaßnahmen umsetzen zu können.

3 Sicherheit

3.1 Schutz- und Sicherheitssysteme

3.1.1 Arbeitsschutz

Die Sicherheit unserer Mitarbeiter und Patienten hat oberste Priorität in unserer Klinik. Die Mitarbeiter werden anhand des Arbeitsschutzkonzeptes jährlich zu Gesundheits- und Arbeitsschutzthemen geschult und wissen mit Gefahrenquellen umzugehen - sowohl vorbeugend, als auch beim Eintreten des Ernstfalls. Der Arbeitsschutzausschuss kontrolliert und bewertet mit Unterstützung der Sicherheitsfachkraft des TÜV jährlich die Durchführung aller Arbeitsplatzbeurteilungen, Betriebsanweisungen zu Gefahrstoffen, biologischen Arbeitsstoffen und zum Strahlenschutz.

3.1.2 Brandschutz

Die Mitarbeiter werden in festgelegten Abständen zum Thema Brandschutz geschult. Im Fall eines Brandes ist die strukturierte Organisation der Abläufe auf der Grundlage gesetzlicher und interner Regelungen gesichert. Flucht- und Rettungswege sind in allen Bereichen gekennzeichnet. Sammelpunkte sind ausgewiesen. Ein Plan mit den Anfahrtswegen und Stellplätzen der Feuerwehr ist abgestimmt und wird jährlich aktualisiert. Die Standorte der Hydranten und Löschmittel sind im Notfalldokument/Feuerwehrplan dokumentiert und gut sichtbar ausgeschildert. Die Notfallsituationen werden mit unseren Mitarbeitern jährlich trainiert.

3.1.3 Umweltschutz

Der Umweltschutz ist im Leitbild der Klinik verankert. Ökologische Aspekte werden bei der Beschaffung von Materialien und bei der Entsorgung jeglicher Endprodukte berücksichtigt. Gefahrstoffe werden entsprechend gekennzeichnet und gelagert und nur von unterwiesenen Mitarbeitern angewandt. Informationen zur Abfallvermeidung und -trennung liegen in den Patientenzimmern aus.

3.1.4 Katastrophenschutz

Die Klinik ist im Katastrophenschutz des Freistaates Sachsen eingebunden. Die Verantwortlichen für den Katastrophenschutz sind die Klinikleitung als Einsatzleitung und bei deren Abwesenheit der diensthabende Arzt. Die notwendigen Maßnahmen zum Katastrophenschutz, zur Schaffung zusätzlicher Bettenkapazitäten und zur Bereitstellung zusätzlicher medizinischer Versorgung sind sichergestellt. Die Unterweisung der Mitarbeiter erfolgt jährlich.

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Das strukturierte Notfallmanagement unserer Klinik regelt Handlungsstrategien bei Brand, Explosionen, Bombendrohung und dem Ausfall von wichtigen technischen Anlagen. Technische Störmeldungen werden an der Rezeption registriert. Alle Regelungen sind im Intranet hinterlegt. Der Alarm- und Einsatzplan liegt am Empfang und in allen Bereichen vor. Er beinhaltet eine Handlungsanweisung für den Telefondienst, z.B. Alarmierungskette. Die Mitarbeiter werden jährlich zur Vorgehensweise bei hausinternen Notfällen unterwiesen.

3.2 Patientensicherheit

3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Um die Sicherheit unserer Patienten und Mitarbeiter vor Eigen- und Fremdgefährdung zu gewährleisten, werden die aktuellen Sicherheitsbestimmungen in der baulichen und organisatorischen Struktur unserer Klinik berücksichtigt. Alle Materialien

und das Inventar werden regelmäßig auf Patientensicherheit hin geprüft. Zusätzliche Maßnahmen zur Patientensicherheit werden im Rahmen von regelmäßigen Begehungen ermittelt und umgesetzt. Die Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit, z.B. der Standard zur Vermeidung von Eingriffsverletzungen oder der Einsatz von Patientenidentifikationsarmbändern werden eingesetzt.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Jede Station verfügt über eine standardisierte, identisch ausgestattete Notfallausrüstung, die im lebensbedrohlichen Notfall eingesetzt wird. Alle Assistenzärzte werden in spezielle intensiv- und notfallmedizinische Arbeitstechniken eingearbeitet. Alle am Patienten tätigen Mitarbeiter werden zu Handlungsstrategien des Notfallmanagements in jährlichen Pflichtfortbildungen mit praktischen Übungen geschult. Notfallteams sind von jedem Telefon aus alarmierbar.

3.2.3 Hygienemanagement

Auf der Grundlage gesetzlicher Vorgaben sowie der hausinternen Hygieneordnung sind eine ausgebildete Hygienefachkraft, ein hygienebeauftragter Arzt und eine Hygienekommission berufen, die Organisation und Qualitätssicherung hygienischer Maßnahmen in der gesamten Klinik durchzuführen. Regelmäßige Pflichthygieneschulungen für alle Mitarbeiter und Umsetzung der Hygienepläne sichern zusätzlich die hygienisch einwandfreie Patientenversorgung. Die Einhaltung der hygienesichernden Maßnahmen wird durch regelmäßige Begehungen und externe Gutachter kontrolliert.

3.2.4 Hygienerrelevante Daten

Durch die Erfassung aller Krankenhausinfektionen auf Intensivstation sowie die Meldung aller meldepflichtigen Erkrankungen und Auswertung regelmäßiger Begehungen werden signifikante Abweichungen von Normwerten frühzeitig erkannt und umgehend geeignete Gegenmaßnahmen ergriffen. Instrumente für die praktische Umsetzung sind z.B. standardisierte Erfassungsbögen, regelmäßige Schulungen aller Mitarbeiter und die Zusammenarbeit mit externen Instituten.

3.2.5 Infektionsmanagement

Für die Planung und Umsetzung des Infektionsmanagements und hygienesichernder Maßnahmen sind die Hygienefachkraft und die Hygienekommission in Absprache mit der Klinikleitung verantwortlich. Standardisierte Richtlinien und Maßnahmen sind z.B. in Verfahrensanweisungen zur Hygiene festgelegt (Personalhygiene, Desinfektion, Sterilisation). Die Schulungen der Mitarbeiter zu hygienerlevanten Themen finden mindestens einmal jährlich statt.

3.2.6 Arzneimittel

Die Bereitstellung von Arzneimitteln erfolgt durch eine externe Lieferapotheke. Es sind feste Lieferzeiten festgelegt. Bei unvorhersehbarem Bedarf sind jederzeit telefonische Anforderungen sowie sofortige Lieferungen durch die Apotheke möglich. Unseren Patienten wird eine dem Krankheitsbild angepasste, individuell abgestimmte und ärztlich festgelegte Arzneimitteltherapie angeboten. Oberste Priorität dabei ist die Vermeidung von unerwünschten Neben- und Wechselwirkungen und anderen Komplikationen. Die Arzneimitteltherapie wird regelmäßig an die aktuellen Anforderungen gemäß den geltenden Leitlinien der Fachgesellschaften angepasst.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

In der Klinik liegt ein Qualitätsmanagementsystem zum Umgang mit Blut und Blutprodukten vor. Ziel ist die Gewährleistung der höchstmöglichen Sicherheit für den Patienten bei der Behandlung mit Blut und Blutprodukten. Die Organisation und Verantwortlichkeiten sind in einem entsprechenden Handbuch festgelegt. Die Transfusionsordnung regelt den sicheren Umgang mit Blut und Blutprodukten im Sinne der Qualitätssicherung und anhand des Transfusionsgesetzes. In Zusammenarbeit mit dem Transfusionsverantwortlichen unserer Klinik und den Transfusionsbeauftragten der einzelnen Abteilungen wird die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben kontrolliert. Die Ergebnisse werden in den Transfusionskommissionssitzungen ausgewertet und Maßnahmen abgeleitet.

3.2.8 Medizinprodukte

Die Mitarbeiter werden in der Bedienung notwendiger Geräte geschult. Die Dokumentation erfolgt im Medizinproduktenbuch und im Medizinprodukte-Pass eines jeden Mitarbeiters. Bei Einführung neuer Medizinprodukte erfolgt eine dokumentierte Einweisung durch den Medizintechniker oder Hersteller. Jedem Gerät ist ein Geräteverantwortlicher zugeordnet. Alle Medizinprodukte werden regelmäßig in den gesetzlich vorgegebenen Intervallen bezüglich der technischen und medizinischen Sicherheit kontrolliert.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1 Informations- und Kommunikationstechnologie

4.1.1 Aufbau und Nutzen der Informations- und Kommunikationstechnologie
Alle klinischen Bereiche sind an das EDV-Netz der Klinik angeschlossen. Die Systeme stehen rund um die Uhr zur Verfügung und werden regelmäßig gesichert. Der Zugang zum EDV-System ist per Passwort geschützt. Bei der Einführung neuer Softwareprodukte werden die Benutzer durch den Software Hersteller oder die Mitarbeiter der EDV-Abteilung geschult. Verschiedene Kommunikationsmöglichkeiten (persönlich, telefonisch, per E-Mail) sichern den Kommunikationsprozess in der gesamten Klinik.

4.2 Patientendaten

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Die Dokumentation und Archivierung aller Patientendaten erfolgt in unserer Klinik anhand der gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz sowie interner Dienstanweisungen. Zur Erhebung der Patientendaten werden standardisierte Untersuchungs- und Dokumentationsbögen eingesetzt. Die Daten werden sowohl handschriftlich in der Patientenakte als auch elektronisch erfasst. Somit ist eine optimale Informationsverfügbarkeit gesichert. Eintragungen werden mit einem Handzeichen bzw. mit der elektronischen Kennung des Eintragenden versehen.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Für jeden Patienten wird bei jedem Aufenthalt eine Akte angelegt und nach Entlassung im Archiv abgelegt. Die an der Behandlung Beteiligten (z.B. Ärzte, Pflegedienst, Therapeuten etc.) haben Zugriff auf die Patientenakte und dokumentieren zeitnah ihre Maßnahmen. Zusätzlich zur Papierakte befindet sich eine elektronische Patientenakte im Aufbau. Somit stehen die Informationen jederzeit zur Verfügung.

4.3 Informationsmanagement

4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Grundlage für die Information der Klinikleitung bildet ein umfangreiches Berichtswesen. Dazu zählt z.B. Mitternachtsstatistik, Faktura- und Belegungsmeldung, Wirtschaftsplan und Einweiserstatistik. Der Klinikmanager arbeitet aktiv in diversen Gremien und Kommissionen mit. Im Intranet werden die Protokolle der Gremien für die Mitarbeiter zur Einsicht bereitgestellt. Pressemitteilungen und wichtige Mitteilungen werden zudem auf der Homepage veröffentlicht und sind jedem Mitarbeiter jederzeit zugänglich. Die Klinikleitung ist jederzeit für alle Mitarbeiter persönlich, telefonisch oder per Email zu erreichen.

4.3.2 Informationsweitergabe (intern/ extern)

Fester Bestandteil der Kommunikationsstruktur ist die Vernetzung aller Bereiche mittels EDV und Intranet. Der Informationsaustausch ist über regelmäßige Besprechungen gewährleistet. Die Informationsweitergabe der Klinikleitung an alle Mitarbeiter erfolgt größtenteils über Email, um eine schnelle, aktuelle und umfassende Information sicherzustellen. Als weiteres Medium zur Informationsweitergabe wird die hausinterne Mitarbeiterzeitung „miteinander“ genutzt. Die Homepage und das Klinikprospekt bietet jedem Interessierten die Möglichkeit, sich ausführlich zu informieren. Veran-

stellungen für einweisende Ärzte und die Öffentlichkeit werden gut angenommen. Regelmäßig erscheinen Artikel über die Klinik in der Lokalpresse.

4.4 Telefonzentrale und Empfang

4.4.1 Organisation und Service

Zentrale Auskunftsstelle der Klinik ist die Rezeption im Empfangsbereich. Die Mitarbeiter des Empfangs haben Zugriff auf wesentliche Informationen wie z.B. Bereitschaftsdienste, Informationen zu Notfallmaßnahmen, Erreichbarkeit der diensthabenden Mitarbeiter und wichtige Telefonnummern. Es stehen ausreichend Sitzmöglichkeiten, ein öffentliches Telefon, ein Rollstuhl sowie Getränke und Snacks für Besucher zur Verfügung. Für neu ankommende Patienten ist der Transport auf Station durch Mitarbeiter des Hol- und Bringendienstes sichergestellt.

4.5 Datenschutz

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Das Datenschutzgesetz und darauf basierende interne Dienstanweisungen sind die Grundlage für den Umgang mit allen Daten. Eine Datenschutzbeauftragte kontrolliert die Einhaltung der Richtlinien. Spezielle dienstbezogene Zugriffsberechtigungen selektieren den Umfang des Datenzugriffes der berechtigten Mitarbeiter auf das nötige Maß. Beim Datenaustausch mit externen Einrichtungen kommen sichere Verschlüsselungsverfahren zum Einsatz. Jährlich werden die Mitarbeiter zum Datenschutz geschult.

5 Führung

5.1 Unternehmensphilosophie und -kultur

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Es existiert ein Klinikleitbild, das sich an der Unternehmensphilosophie „Qualität – Innovation – soziale Verantwortung“ orientiert. Zentraler Bestandteil unseres Leitbildes sind acht Themenbereiche, die unsere Wertestruktur und die Zielsetzungen unserer Arbeit im Sinne der optimalen Patientenversorgung und der gesellschaftlichen Verantwortung wiedergeben. Die Identifizierung der Mitarbeiter mit dem Klinikleitbild wird jährlich überprüft. Unser Claim "Gemeinsam für Gesundheit" spiegelt unser Verständnis und unser Bemühen wieder, nur zusammen mit allen Beteiligten konstruktive Gesundheitsfürsorge leisten zu können.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender Maßnahmen

Konstruktive und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen der Klinikleitung und den Mitarbeitern wird durch einen kooperativen Führungsstil im Sinne der Mitarbeiter praktiziert. Dafür wurde z.B. die Betriebsvereinbarung „Grundregeln zum Anstellungsverhältnis" geschlossen. Alle Mitarbeiter werden umfassend und transparent in Entscheidungen einbezogen und informiert. Unsere Mitarbeiter werden jährlich zu einem großen Sommerfest eingeladen und die abteilungsindividuellen Weihnachtsfeiern werden von der Klinikleitung finanziell unterstützt. Die Mitarbeiter haben die Möglichkeit, die Klinik im Rahmen einer Mitarbeiterbefragung zu bewerten. Es finden außerdem jährliche Mitarbeitergespräche statt.

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Der Mensch ist der Mittelpunkt der gesamten Krankenversorgung. Jeder Patient wird unabhängig von Alter, Herkunft, sozialem Stand, Religion und Art der Erkrankung mit gleicher medizinischer und pflegerischer Sorgfalt betreut. Die Mitglieder des Ethikkomitees sind den Mitarbeitern bekannt und werden bei Bedarf zu Rate gezogen. Fachpsychologische Betreuung wird bei Bedarf sofort durch externe Fachärzte bereitgestellt. Für die Seelsorge stehen geschulte Mitarbeiter und die Pfarrer der ortsansässigen Kirchen zur Verfügung.

5.2 Strategie und Zielplanung

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Auf der Grundlage des Zielplanungskonzepts der Asklepios-Gruppe wird jährlich eine Zielplanung erstellt, mit der Unterteilung in: Wirtschaftsplan, Investitionen, Bau, Qualitätsmanagement, Marketing, etc. Die Investitions-, Instandhaltungs- und Wirtschaftsplanung wird an den strategischen Zielen ausgerichtet und in Form von Mehrjahresplänen umgesetzt. Bei Notwendigkeit wird sie an aktuelle Erfordernisse angepasst. Ziel der Planungen ist die Darstellung einer möglichst sicheren Prognose über die Entwicklung von Leistungen, Sach- und Personalkosten zur Gewährleistung einer hochwertigen Patientenversorgung und zur Erzielung eines optimalen Betriebsergebnisses.

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Kooperationen mit externen Dienstleistern und Einrichtungen im Gesundheitswesen sind über Verträge geregelt (z.B. Universitätsklinikum Dresden, Fachkrankenhaus Arnsdorf, Hausreinigung, Radiologie). Darüber hinaus arbeiten wir mit niedergelassenen Ärzten im ambulanten und stationären Bereich zusammen, um eine bessere

Patientenorientierung zu erreichen. Mit der Wahrnehmung der gesellschaftlichen Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen verbessern wir die Wirtschaftlichkeit der Klinik durch Leistungssteigerung und Kostensenkung. Weiterhin engagiert sich die Klinik bei Präventionsangeboten in Radeberger Schulen.

5.3 Organisationsentwicklung

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

In dem Organigramm unserer Klinik wird die gesamte Organisationsstruktur transparent dargestellt und im Intranet und Haupteingangsbereich der Klinik präsentiert. In den Stellenbeschreibungen unserer Mitarbeiter sind die individuellen Arbeitsinhalte, Verantwortlichkeiten und Befugnisse definiert. Darüber hinaus arbeiten Mitarbeiter aus unterschiedlichen Berufsgruppen und Abteilungen in Projektgruppen, Kommissionen und Lenkungsgruppen zusammen.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Hausinterne Sitzungen und Kommissionen sind detailliert in der Besprechungsmatrix dargestellt. Die erstellten Protokolle werden im Intranet für alle Mitarbeiter einsehbar veröffentlicht. Der aktuelle Stand der Maßnahmenumsetzung wird in den entsprechenden Sitzungen überprüft. Die Terminierung der Besprechungen erfolgt in definierten Zeitintervallen. Die Klinikleitungssitzung erfolgt wöchentlich zu festgelegten Zeiten, in denen wirtschaftliche, medizinische und unternehmenspolitische Fragen erörtert und Festlegungen getroffen werden. Die Ergebnisse werden den Mitarbeitern auf den vorhandenen Informationswegen transparent gemacht.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

Ziel des Innovations- und Wissensmanagements ist es, die Behandlung der Patienten auf neuestem wissenschaftlichem Stand durchzuführen und somit Wettbewerbsvorteile zu schaffen. Das Leistungsspektrum sowie Behandlungsmethoden in der Klinik werden ständig erweitert. In der jährlichen Zielplanung werden zunächst die medizinischen Ziele weiterentwickelt und neu definiert. Auf dieser Grundlage werden notwendige bauliche und personelle Veränderungen, einschließlich erforderlicher Kooperationen geplant. Als Zugang zu Wissensressourcen steht den Mitarbeitern die zentrale Asklepios-Plattform (z.B. Online-Bibliothek, E-Learning-Module) zur Verfügung.

5.4 Marketing

5.4.1 Externe Kommunikation

Die Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit sind im Marketingkonzept der Klinik zusammengefasst. Konkretisiert wird dieses in der jährlichen Zielplanung, in dem die entsprechenden Maßnahmen und öffentlichkeitswirksamen Veranstaltungen festgelegt sind. Neuigkeiten werden auf der Webseite der Klinik, in der Lokalpresse und im Konzernmagazin „Asklepios intern“ veröffentlicht. Gemeinsame Aktivitäten der Mitarbeiter werden ebenso bekannt gegeben wie medizinische Erfolge und Neuerungen.

5.5 Risikomanagement

5.5.1 Aufbau und Entwicklung des Risikomanagementsystems

Ein Risikomanagementsystem ist in der Klinik etabliert. Zur frühzeitigen Erkennung und Abwendung von Risiken werden in der Klinik mehrere Methoden genutzt, z.B. Befragungen, Begehungen (Hygienebegehung, Arbeitssicherheitsbegehung), Checkliste gegen Eingriffsverwechslungen, Dokumentationsanalysen, (Beinahe-) Fehlermeldung. Die Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit

finden Berücksichtigung. Der Ablauf bei Feststellung eines Fehlers oder unerwünschter Ereignisse bis hin zur Auswertung durch den Risikomanagementbeauftragten ist in einer Prozessbeschreibung geregelt.

6 Qualitätsmanagement

6.1 Qualitätsmanagementsystem

6.1.1 Organisation

Sowohl für das gesamte Haus, als auch für die Organisation von Zentren (z.B. EndoProthetikZentrum) wird ein Qualitätsmanagementsystem angewandt, das sich am kontinuierlichen Verbesserungsprozess orientiert. Das Zertifizierungsinstrument der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ®) wird mit dem Ziel der kontinuierlichen Optimierung aller Prozesse für das gesamte Krankenhaus angewandt um die Patientenversorgung zu optimieren. Die Klinikleitung ist verantwortlich für die Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements und hat für die Koordinierung einen Qualitätsmanagementbeauftragten berufen.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Die kontinuierliche Überprüfung und Verbesserung bestehender Prozesse in unserem Krankenhaus sind uns ein großes Bedürfnis. Letztendlich dient es dazu, unsere Kunden (z.B. Patienten, Einweiser, Mitarbeiter, Kooperationspartner, Lieferanten) durch funktionierende Abläufe zufrieden zu stellen. Eine Prozesslandschaft definiert Kern-, Unterstützungs- und Führungsprozesse. Die Planung der Prozesse zur Erfüllung der Kundenanforderungen erfolgt interdisziplinär.

6.2 Befragungen

6.2.1 Patientenbefragung

Zur Überprüfung der Zufriedenheit der Patienten und Berücksichtigung der Interessen der Befragten wird jährlich eine Patientenbefragung durchgeführt. Die Befragung erfolgt schriftlich mittels strukturiertem Fragebogen. Infos über die aktuellen Auswertungsergebnisse sind für die Mitarbeiter der Klinik im Intranet einzusehen. Für die Patienten und Besucher stehen die aktuellen Ergebnisse an der Infotafel im Foyer zur Verfügung. Ein Vergleich mit anderen Kliniken ist über die Website www.qualitaetskliniken.de abrufbar.

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Zur Überprüfung der Zufriedenheit der niedergelassenen Ärzte wird im Rhythmus aller drei Jahre eine Einweiserbefragung durchgeführt. Die Ergebnisse der Befragung werden auf der Internetplattform www.qualitaetskliniken.de für die Öffentlichkeit dargestellt und mit anderen Kliniken verglichen.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Mitarbeiterbefragungen werden immer durch ein externes Befragungsinstitut durchgeführt. Es werden standardisierte und mehrfach erprobte Fragebögen verwendet. Darin enthalten sind u. a. Fragen nach den Arbeitsaufgaben, Arbeitsbereich, Umgang mit Kollegen und Vorgesetzten, Rahmenbedingungen, Zusammenarbeit und Arbeitsschutz. Der Betriebsrat ist in den gesamten Prozess (Planung, Durchführung, Ergebnispräsentation) involviert. Die Ergebnisse und abgeleiteten Maßnahmen der Mitarbeiterbefragung werden in den Personalversammlungen präsentiert und im Intranet allen Mitarbeitern zugänglich veröffentlicht.

6.3 Beschwerdemanagement

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Ziel des Beschwerdemanagements ist, die Klärung noch während der Behandlung in unserer Klinik herbeizuführen, damit der Patient zufrieden entlassen wird. Das Erkennen der Bedürfnisse und die Zufriedenheit unserer Patienten und deren Angehörigen ist deshalb ein zentraler Aspekt der qualitätssichernden Maßnahmen. Im gesamten Klinikbereich stehen Rückmeldebögen und Briefkästen zur Verfügung. Der Qualitätsmanagementbeauftragte ist verantwortlich für die kontinuierliche Reflexion und Auswertung der Rückmeldebögen. Die Rückmeldungen werden umgehend bearbeitet und bei Adressangabe auch sofort beantwortet. Das Beschwerdemanagement wurde im Rahmen eines Asklepios Standards in Kooperation mit dem TÜV Süd zertifiziert.

6.4 Qualitätsrelevante Daten

6.4.1 Erhebung und Nutzen von qualitätsrelevanten Daten

Durch die verantwortlichen Mitarbeiter der Klinik werden qualitätsrelevante Daten erhoben. Dabei handelt es sich um Leistungskennzahlen, ökonomische Kennzahlen und Kennzahlen, die im direkten Zusammenhang mit der Patientenversorgung stehen, z.B. Komplikationen, Hygienedaten, etc. Die korrekte Dokumentation ist dafür dringende Voraussetzung. Die erfassten Daten werden ausgewertet und dienen als Grundlage für Verbesserungsmaßnahmen im jeweiligen Arbeitsbereich.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Die Vorgaben und Verpflichtungen der gesetzlichen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V werden erfüllt. Alle erhobenen Daten werden vor der vollständigen Übermittlung intern einer Überprüfung unterzogen und ggf. direkt korrigiert. Die Ergebnisse der gesetzlichen Qualitätssicherung ermöglichen uns einen direkten Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. Die Auswertung erfolgt durch die Chefärzte der Abteilungen, die diese der Klinikleitung vorstellen. Auch in den ärztlichen Konferenzen werden die Ergebnisse transparent gemacht und bei Handlungsbedarf Korrekturmaßnahmen abgeleitet. In den vergangenen Jahren konnten wir sehr gute Ergebnisse erzielen, die als positiver Effekt unseres konsequenten und kontinuierlichen Verbesserungsprozesses gewertet werden können.