



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

Krankenhaus: SRH Wald-Klinikum Gera
Institutionskennzeichen: 261600543
Anschrift: Straße des Friedens 122
07568 Gera

**Ist zertifiziert nach KTQ[®]
mit der Zertifikatnummer:** 2017-0046 KH
**durch die von der KTQ-GmbH
zugelassene Zertifizierungsstelle:** SAMA Cert GmbH, Stuttgart

Gültig vom: 06.10.2017
bis: 05.10.2020

5. Zertifizierung

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ[®]	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	7
1. Patientenorientierung	8
2. Mitarbeiterorientierung	12
3. Sicherheit - Risikomanagement	14
4. Informations- und Kommunikationswesen	18
5. Unternehmensführung	20
6. Qualitätsmanagement	23

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,
- Sicherheit - Risikomanagement,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Unternehmensführung und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

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

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.

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

Dieser KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 55 Kriterien des KTQ-Kataloges Version 2015.

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, dem **SRH Waldklinikum Gera** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

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

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

F. Wagner

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung



Liebe Leserinnen, liebe Leser,

wir freuen uns, Ihnen auch in diesem Jahr mit der Veröffentlichung des KTQ-Qualitätsberichtes die Entwicklung unseres SRH Wald-Klinikums transparent zu machen.

Mit der vollständigen Inbetriebnahme unseres neu erbauten Krankenhauskomplexes und der Sanierung der denkmalgeschützten Gebäude des Klinikums, können wir unseren Patienten komfortable Zweibettzimmer mit barrierefreier Nasszelle in einem besonderen Ambiente anbieten.

Als erstes Kulturkrankenhaus Deutschlands verfolgen wir das Konzept, Behandlung und Genesung im Krankenhaus durch ein Kunst- und Kulturkonzept zu ergänzen. Mit einer Zeitreise durch acht Jahrhunderte deutscher Geschichte, die sich bis in die einzelnen Patientenzimmer erleben lässt, präsentieren wir uns als innovative Gesundheitseinrichtung in Thüringen.

Wir investieren in moderne Technik und stellen hohe medizinische und pflegerische Diagnostik- und Behandlungsqualität mit höchstmöglicher Sicherheit für unsere Patienten in den Fokus unserer täglichen Arbeit. Mit dem kontinuierlichen Aufbau ambulanter Versorgungsstrukturen sorgen wir für Kontinuität der Patientenversorgung in der Region.

Im Rahmen unserer Qualitätsarbeit erweiterten wir in den letzten Jahren unser Leistungsspektrum und stellten uns mit systematisch aufgebauten Strukturen und Prozessen in Fachzentren und onkologischen Zentren erfolgreich externen Zertifizierungsverfahren.

Wir hoffen, Ihnen mit diesem Qualitätsbericht einen informativen Einblick in die Weiterentwicklung des SRH Wald-Klinikums Gera geben zu können und wünschen viel Freude beim Lesen.

Gera, September 2017

PD Dr. med. Uwe Leder, MBA
Geschäftsführer
SRH Wald-Klinikum Gera

Die KTQ-Kategorien

1. Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das SRH (Stiftung Rehabilitation Heidelberg) Wald-Klinikum Gera informiert die Patienten und ihre Angehörigen bereits vor der Aufnahme ins Klinikum über Erreichbarkeit, Ablauf der Aufnahme, Verweildauer und Serviceangebot des Klinikums. Wegeleitsystem, Grüne Damen und Patientenbegleitdienst unterstützen Patienten und Angehörige im Klinikkomplex. Informationsblätter zur Wegeleitung werden kontinuierlich aktualisiert und Patienten und Besuchern bereitgestellt.

1.1.2 Leitlinien und Standards

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

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

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

1.1.4 Ernährung und Service

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

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Das Interdisziplinäre Zentrum für Notfallmedizin stellt 24h an 365 Tagen die Versorgung von Notfallpatienten sicher. Mit einem 2016 eröffneten Erweiterungsbau werden wir den Anforderungen der steigenden Zahl an Notfallpatienten gerecht. Modernste Ausstattung mit standardisierter Überwachung bietet hohe Patientensicherheit in der Notfallversorgung. Das Manchester-Triage-System und die komplett papierlose Dokumentation unterstützen die Behandlung. Mit den Rettungsdiensten abgestimmte Prozesse garantieren optimale Abläufe zur Übernahme der Patienten vom Notarzt.

1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung

Mit der konsequenten Entwicklung einer ambulanten Struktur stellen wir die Behandlungskontinuität für unsere Patienten in der ambulanten Versorgung sicher. Angebot und Aufgabenspektrum der Fachambulanzen sind dem Bedarf angepasst. Bei der Terminvergabe werden vorhandene Vorbefunde erfragt und in der Ambulanzsprechstunde als Grundlage genutzt. Weitere Diagnostik wird für eine optimale Behandlung oder Therapieplanung bei Bedarf ergänzt.

1.3.2 Ambulante Operationen

Ambulante Operationen finden in einem modernen Ambulanten Eingriffszentrum, einer separaten Struktureinheit mit barrierefreiem Zugang statt. Der Bereich ist nach den Bedürfnissen ambulant operierter Patienten ausgestattet. Die Terminplanung der ambulanten Operation erfolgt direkt in Absprache mit dem Patienten in den fachspezifischen Sprechstunden. Die postoperative Überwachung des Patienten ist in einem Aufwachraum sichergestellt. Eine erforderliche stationäre Aufnahme zur Weiterbehandlung ist jederzeit möglich.

1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung

Der Behandlungsprozess wird in interprofessionellen Behandlungspfaden geplant und durchgeführt. Im Rahmen des ärztlichen und pflegerischen Aufnahmeprozesses werden die individuellen Ressourcen, kulturellen Bedürfnisse und Patientenwünsche erfasst. Detaillierte Festlegungen in Form von Arbeitsanweisungen und Behandlungsstandards garantieren die notwendige stationäre Diagnostik und Behandlung in den Kliniken und Funktionsbereichen. Spezialisten aller Fachbereiche stehen als Konsilare auf Anforderung zur Verfügung.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die Behandlung der Patienten wird durch die ständige Verfügbarkeit aller an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen und die durchgängige Bereitstellung aller Behandlungsmöglichkeiten gewährleistet. Evidenzbasierte Leitlinien, nationale Expertenstandards, hausinterne Pflegestandards und ergänzende Konzepte werden in unseren Behandlungspfaden berücksichtigt und umgesetzt. Vor jeder therapeutischen Intervention erfolgt unter Berücksichtigung der Aufklärungszeiten ein vom Arzt geführtes Aufklärungsgespräch mit dem Patienten, dem Betreuer, den Eltern und bei Einverständnis des Patienten auch mit den Angehörigen. Als Selbsthilfefreundliches Krankenhaus informieren wir regelhaft zu Angeboten der Selbsthilfe zur Unterstützung der Krankheitsbewältigung.

1.4.3 Operative Prozesse

Die operative Versorgung unserer Patienten ist täglich 24 Stunden gewährleistet. Moderner Aufwachbereich und IMC stehen zur Überwachung des Patienten nach der OP zur Verfügung. Vor, während und nach Operation garantiert die patientenbezogene Checkliste hohe Patientensicherheit.

1.4.4 Visite

Die Durchführung der täglichen Visiten dient dem direkten Kontakt mit dem Patienten zur Information von Diagnostik und Therapie-Strategien sowie der Überprüfung der leitliniengerechten Behandlung durch den ärztlichen Dienst. Überwiegend werden gemeinsame Visiten durch Ärzte, Pflegefachpersonal und an der Therapie beteiligten Berufsgruppen durchgeführt. Zusätzlich visitieren Pflegeexperten Patienten mit speziellen behandlungspflegerischen Anforderungen, unterstützen mit ihrer Fachexpertise die Pflegenden und entwickeln die Selbstpflegefähigkeit der Patienten (Stomatherapie, Diabetesberatung, Pain Nurse). Patienten mit Tumorerkrankungen werden in einem Onkologischen Pflegekonsil bedarfsgerecht durch fachweitergebildetes Pflegepersonal aufgesucht.

1.5.1 Entlassungsprozess

Für die Organisation einer geplanten Entlassung und kontinuierlichen Weiterbetreuung steht dem Patienten ein professionelles Team aus Sozialarbeitern/Überleitungspflege und Pflegeexperten zur Verfügung. Der Weiterversorgungsbedarf wird frühestmöglich vom ärztlichen und pflegerischen Personal ermittelt und durch ein standardisiertes Verfahren an Sozialarbeiter/ Überleitungspflege weitergeleitet. In Absprache mit dem Behandlungsteam und den Patienten werden alle weiteren Maßnahmen zur ambulanten Nachbetreuung eingeleitet. Für Patienten in der finalen Lebensphase besteht die Möglichkeit, die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) durch das SRH Palliativteam Ostthüringen in ihrer häuslichen Umgebung anzubieten.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung

Das SH Wald-Klinikum bietet alle Versorgungsformen für unheilbar kranke und sterbende Patienten an. Sterbende werden mit Würde und Respekt begleitet. Auf Wunsch des Sterbenden und/oder ihrer Angehörigen werden die Klinikseelsorge oder Mitarbeiter der Geraer Hospizbewegung einbezogen. Für eine stationäre palliative Betreuung steht unsere Palliativstation zur Verfügung. Mit dem SRH Palliativteam Ostthüringen ermöglichen wir die palliative Versorgung in der eigenen Häuslichkeit.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Die Versorgung von Verstorbenen erfolgt nach einem interprofessionellen Standard. Zur Verabschiedung stehen für die Angehörigen eigens eingerichtete Räume zur Verfügung. Der Raum der Stille im Hauptgebäude ist jederzeit geöffnet. Bei Tot- und Fehlgeburten werden die Eltern auf die Bestattungspflichten und -möglichkeiten sowie weitere Angebote hingewiesen. Einmal jährlich werden "still geborene Kinder" auf einem Geraer Friedhof bestattet.

2. Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Personalbedarf

Die Grundlage der Personalplanung bilden Strukturentwicklung und Leistungsplanung des Krankenhauses sowie die finanziellen Rahmenbedingungen des kommenden Jahres. Die Personalplanung wird durch die Personalleitung in Abstimmung mit den Chefarzten, den Verwaltungs- und Pflegedienstleitungen und den Abteilungsleitern erarbeitet und mit dem Betriebsrat erörtert. Im Rahmen des Berichtswesens findet eine monatliche Überprüfung zur Erfüllung der gemeinsam erarbeiteten Zielvorgaben statt.

2.1.2 Personalentwicklung

In unserem Haus werden Instrumente der Personalentwicklung wie Mitarbeiterentwicklungsgespräche, Karriereplanung und Fort- und Weiterbildung umgesetzt. Kontinuierlich wird der Qualifizierungsbedarf ermittelt und Weiterbildungen geplant und durchgeführt. Die Zufriedenheit der Mitarbeiter hinsichtlich der Personalentwicklung wird in der regelmäßig konzernweit durchgeführten Mitarbeiterbefragung überprüft und ausgewertet.

2.1.3 Einarbeitung

Neue Mitarbeiter erhalten mit der Einstellungszusage einen Begrüßungs-Stick mit relevanten Informationen zum Unternehmen. Die Einarbeitung aller Mitarbeiter erfolgt nach einem festgelegten Einarbeitungskonzept für die einzelnen Berufsgruppen, welches abteilungsspezifisch konzipiert ist. In der Einarbeitungszeit werden Zwischen- und Abschlussgespräche geführt.

2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Das SRH Wald-Klinikum Gera bildet Fachärzte, Gesundheits- und Krankenpfleger, Krankenpflegehelfer und Kaufleute für Bürokommunikation aus. Unsere Einrichtung ist Praxispartner der Berufsakademie Gera in den Studiengängen Management im Gesundheitswesen und Soziale Dienste und kooperiert mit der SRH Hochschule für Gesundheit Gera. Ein strukturiertes Beurteilungssystem evaluiert die individuelle Theorie- und Praxisleistung der Auszubildenden und fördert die Ausbildungsergebnisse. Die Planung des Fort- und Weiterbildungsangebotes orientiert sich an Strategie und Unternehmenszielen sowie an den aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen. Der Fort- und Weiterbildungsbedarf wird systematisch eruiert. Pflichtfortbildungen sind definiert und ein halbjährlicher Fortbildungskatalog im Intranet für alle Mitarbeiter veröffentlicht.

2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance

Für die Ausgestaltung der AZ bestehen verschiedene berufsgruppenbezogene Arbeitszeitregelungen, die sich an den Versorgungsansprüchen der Patienten oder betrieblichen Erfordernissen orientieren und gemeinsam mit dem BR festgelegt werden. Es besteht eine Vielzahl an AZ-Modellen. Im SRH Wald-Klinikum ist ein Betriebliches Gesundheitsmanagement etabliert und wird durch ständig neue Angebote erweitert. Thematisch ausgerichtete Präventionstage finden jährlich statt. Freistellungsphasen während des Arbeitsverhältnisses bzw. vor Beendigung des Arbeitsverhältnisses aus Altersgründen können auf Basis einer BV in Anspruch genommen werden.

2.1.6 Ideenmanagement

Das Betriebliche Vorschlagswesen ist ein Ideenpool unserer Mitarbeiter. Jährlich werden 100.000€ für Mitarbeitervorschläge zur Verfügung gestellt. Ideen mit herausragendem Verbesserungspotential für Patientensicherheit und Qualität im Unternehmen werden als Vorschläge des Jahres in den Zukunftskonferenzen ausgezeichnet und veröffentlicht.

3. Sicherheit - Risikomanagement

3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements

Das SRH Wald-Klinikum Gera ist Mitglied des Aktionsbündnisses Patientensicherheit und orientiert sich beim Aufbau eines klinischen Risikomanagements an den Anforderungen der RM-RL des GBA. Dies wird durch die KQM-RL zum Aufbau eines qualitäts-internen QM und des klinischen Risikomanagements mit Fehlermeldesystem präzisiert. Bei der Umsetzung entwickeln wir eine Strategie und entsprechende Werkzeuge, die Risiken minimieren und eine höchstmögliche Patientensicherheit erreichen sollen. Patientensicherheitsstandards zu Risikoschwerpunkten werden definiert und durch Regelungen zum internen Management umgesetzt.

3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung

Zur Patientensicherheit werden in der Pflegeanamnese Mobilität, Orientierung, Pflegebedarf, Sinnesfunktionen und Krankheitsbewältigung individuell erhoben. Zusätzlich werden verschiedene Risiko-Scores, z.B. zur Sturzgefährdung durchgeführt. Bei festgestellten Defiziten erhält der Patient entsprechende Anleitung oder Unterstützung in den Aktivitäten des täglichen Lebens. Das Sicherheitssystem in der Kinderklinik bietet durch ein Neugeborenentranspondersystem optimalen Schutz. Drei Rollstuhlstationen für die Bereiche Aufnahme, zentraler Ambulanzbereich und ZNA sind installiert und stehen für immobile Patienten zum Transfer in der Einrichtung zur Verfügung.

3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement

Eine zentrale Notrufnummer für das Reanimationsteam gilt klinikweit. Es finden berufsgruppenübergreifende Reanimationstrainings statt. Alle Stationsebenen verfügen über eine standardisierte Reanimationsausstattung, die regelmäßig durch das Trainerteam überprüft wird. Reanimationstrainer stehen geplant für drei Trainingseinheiten am Schultag zur Verfügung. So kann die Teilnahme schichtabhängig geplant werden.

3.1.4 Organisation der Hygiene

Die Abteilung Krankenhaushygiene steht mit Hygieneärzten und Hygienefachkräften zur Unterstützung aller Mitarbeiter zu Fragen der Hygiene zur Verfügung. Intern sind in allen Bereichen jeweils ein hygienebeauftragter Arzt und hygienebeauftragte Pflegefachkräfte benannt. Das Hygienemanagement ist umfassend im Hygieneplan geregelt und allen Mitarbeitern über das Intranet jederzeit zugänglich. Die Überprüfung der Einhaltung der Organisations- und Verfahrensanweisungen werden in Form von Begehungen, Compliancebeobachtungen, Erfassung im Krankenhaus erworbener Infektionen und des Desinfektionsmittelverbrauches im Rahmen der AKTION Saubere Hände sichergestellt.

3.1.5 Hygienerelevante Daten, Infektionsmanagement

Im Hygieneplan sind umfassende hygienesichernde Maßnahmen festgelegt. Ebenfalls ist der Meldeweg für die nach dem Infektionsschutzgesetz zu erfassenden und zu meldenden Infektionen ist definiert. Der Umgang mit Patienten, die mit speziellen Infektionserregern (insbesondere multiresistenten Keimen, Aids, Hepatitis, Tuberkulose) infiziert sind, ist in speziellen Verfahrensanweisungen geregelt. Die Überprüfung der Einhaltung dieser hygienischen Vorgaben erfolgt durch die Hygienefachkräfte. Systematische Schulungen für die Mitarbeiter werden durchgeführt. Systematisch werden erhobene Daten zur Auswertung für die Kliniken, die Apotheke und weitere Gremien durch die Abteilung zur Verfügung gestellt.

3.1.6 Arzneimittel

Die stations- bzw. abteilungsbezogenen Anforderungen von Arzneimitteln werden ausschließlich über unsere Krankenhausapothekens realisiert. Arzneimittel werden durch ärztliche Verordnung über das Anforderungsterminal angefordert. Das Richten von Medikamenten im stationären Bereich erfolgt grundsätzlich durch eine examinierte Pflegekraft. Einzelne Kliniken wenden eine Arzneimittelverordnungssoftware an. Es sind Regelungen zur Bereitstellung und Lagerung von Arzneimitteln, zum Umgang mit Zytostatika, zur Zubereitung aseptischer Lösungen sowie zum Umgang mit Betäubungsmitteln sind definiert.

3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin

Zur Überprüfung der Umsetzung der Anweisungen zum Umgang mit Blut- und Blutprodukten werden einmal jährlich Selbstinspektionen in allen Fachabteilungen durchgeführt. Der Umgang mit Blut- und Blutprodukten ist in der Transfusionsordnung umfassend geregelt. Diese beinhaltet Verantwortlichkeiten, Schulungen und Fortbildungen für Ärzte und Pflegepersonal. Laborbefunde werden in das Klinikinformationssystem übernommen und stehen patientenbezogen an jedem Arbeitsplatz zur Verfügung.

3.1.8 Medizinprodukte

Einweisung und Umgang mit Medizinprodukten ist im SRH Wald-Klinikum Gera in Form von Organisationsanweisungen und in Verantwortung des Leiters der Biomedizintechnik geregelt. Für die Gerätegruppen nach Anlage 1 Medizinproduktebetriebsverordnung sind Beauftragte als Geräteverantwortliche in den Bereichen benannt. An neuen Geräte werden die Nutzer durch den Hersteller eingewiesen. Einweisungen werden in den Gerätebüchern dokumentiert und systematisch kontrolliert.

3.2.1 Arbeitsschutz

Zur Überprüfung der Arbeitsbedingungen werden durch die Fachkraft für Arbeitssicherheit, den Betriebsarzt und den Betriebsrat regelmäßige Arbeitsplatzbegehungen durchgeführt. Die Fachkraft für Arbeitssicherheit organisiert im Auftrag und in Abstimmung mit der Geschäftsführung das System "Arbeitssicherheit". Für weitere Gebiete wie Strahlenschutz, Gefahr- und Abfallgut, Umweltschutz etc. sind weitere Beauftragte berufen.

3.2.2 Brandschutz

Der vorbeugende Brandschutz wird durch den Brandschutzbeauftragten organisiert. Alle Mitarbeiter werden diesbezüglich jährlich unterwiesen. Zusätzlich werden jährlich praktische Unterweisungen zur Handhabung von Feuerlöschgeräten angeboten. Alle Gebäude sind mit Brandmeldeanlagen, Feuerlöscheinrichtungen sowie Flucht- und Rettungswegeplänen ausgestattet. Zur Überprüfung des gebäudetechnischen Brandschutzes werden regelmäßig Begehungen mit der Berufsfeuerwehr Gera durchgeführt.

3.2.3 Datenschutz

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

3.2.4 Umweltschutz

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

3.2.5 Katastrophenschutz

Für das SRH Wald-Klinikum Gera liegt ein Katastrophenschutzplan vor, in dem das Vorgehen bei internen und externen Schadensereignissen nach den Vorgaben des Thüringer Brand- und Katastrophenschutzgesetzes geregelt ist. Ein Katastrophenschutzbeauftragter ist benannt. Die Einweisung und Schulung der Mitarbeiter in den Katastrophenschutz ist in den jährlichen Unterweisungszyklus eingebunden. Alarmierungsübungen finden statt.

3.2.6 Ausfall von Systemen

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

4. Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Die Informations- und Datenverarbeitung sind im modernen Krankenhauswesentliches integrales Arbeitsmittel, das in allen Bereichen Anwendung findet. Das Wald-Klinikum Gera hat die SRH IT Solution mit der Installation und Betreuung der Elektronischen Datenverarbeitung beauftragt. Der Zugang zum EDV-System ist im ORBIS-Berechtigungskonzept festgelegt. Im Rahmen des Projektes "Klinisches Arbeitsplatzsystem" wird schrittweise der Aufbau einer papierlosen Krankenakte verfolgt. Ständig wird an der weiteren Verbesserung, Modifizierung von Formularen, Anbindung von Modulen und Workflows gearbeitet.

4.2.1 Klinische Dokumentation

Der Ausbau des elektronischen Arbeitsplatzsystems (KAS- Projekt) ORBIS wird zielgerichtet fortgeführt. Alle produzierten elektronischen Dokumente oder eingetragenen Patientendaten werden im ORBIS- System abgelegt. Diese Daten werden durch die IT täglich gesichert. Für jeden Patienten besteht nur eine Patientenakte. Die Neuanlage der Patientenakte erfolgt bei Erstaufnahme des Patienten. Die Regeln für die Erfassung, Führung, Dokumentation und Archivierung der entsprechenden Patientendaten sind in Organisationsanweisungen festgelegt.

4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

Die zeitnahe und vollständige Verfügbarkeit aller für die Behandlung der Patienten relevanten Daten wird über das Klinikinformationssystem (KIS) sichergestellt. Durch das Archivprogramm "Hydmedia" ist ein vollständiger elektronischer Zugriff auf alle Patientenakten gewährleistet. Der Zugriff auf die Akten wird über das Berechtigungskonzept geregelt. Nach Abschluss der Akte werden nachkommende Berichte und Befunde nach einer festgelegten Verfahrensweise in die Patientenakte eingefügt.

4.3.1 Information der Unternehmensleitung

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

4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

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

5. Unternehmensführung

5.1.1 Philosophie/Leitbild

Die Visionen, Werte und Ziele der SRH Wald-Klinikum Gera GmbH werden durch den Träger, die SRH Holding bzw. den Gesellschafter, die SRH Kliniken GmbH, definiert. Für alle Mitarbeiter der gemeinnützigen SRH Stiftung sind 6 Unternehmenswerte verpflichtend und gleichzeitig Bestandteil des Dienstvertrages. Diese Werte wurden einrichtungsübergreifend auf SRH-Gesamtführungskräftekonferenzen kommuniziert und in ihrer Umsetzung überwacht. Das Leitbild Gesundheit wurde durch Mitarbeiter aller Berufsgruppen für alle SRH Kliniken entwickelt.

5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Das Leitbild beinhaltet den Grundsatz konstruktive Kritik, sowie Toleranz, gegenseitigen Respekt und Wertschätzung unter den Mitarbeitern zu fördern. Von Seiten der Geschäftsleitung wird dies durch eine offene Kommunikationsstruktur - auch und vor allem gegenüber dem Betriebsrat - umgesetzt. Die Geschäftsführung hat erkannt, dass der Unternehmenserfolg wesentlich davon abhängig ist, dass die Mitarbeiter zielgerichtet, eigenverantwortlich und kooperativ an der Verwirklichung der Unternehmensziele mitwirken.

5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Als Krankenhausunternehmen fühlen wir uns ethischen Grundsätzen verpflichtet, so wie es die Unternehmenswerte beschreiben. Diese betreffen alle Dienstleistungen an Patienten, die Gestaltung organisatorischer Abläufe, die Kommunikation zwischen Mitarbeitenden aller Abteilungen sowie das Führungsverhalten aller Ebenen. Zur Umsetzung von ethischen Grundsätzen sowie zur Klärung von ethischen Fragestellungen existiert in der Einrichtung ein Ethikkomitee. Dieses ist berufsgruppenübergreifend besetzt. Ergänzend hierzu steht die Klinikseelsorge rund um die Uhr zur Verfügung, um sich für konkrete ethische Anliegen von Patienten und Angehörigen einzusetzen.

5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Marketing ist strategisches Instrument der Unternehmensführung. Ziel ist die Positionierung der Einrichtung bei niedergelassenen Ärzten, Kooperationspartnern, Kostenträgern und Bevölkerung sowie die Entwicklung von Image und Bekanntheitsgrad. Die Entwicklung des SRH Wald-Klinikums zu einem umfassenden regionalen Gesundheitsanbieter ist strategisches Unternehmensziel und wird durch zielgerichtete, strukturierte, planmäßige und interessengruppenorientierte Maßnahmen realisiert. Eindeutige Festlegungen zur Krisenkommunikation sind getroffen.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung

Die strukturierte Zielplanung des SRH Wald-Klinikum Gera wird jährlich aktualisiert und mit der Konzernzentrale abgestimmt. Die Erstellung der Zielplanung erfolgt durch die Geschäftsführung in Abstimmung mit den Führungskräften. Im Vordergrund der Planungen stehen die Sicherung des Versorgungsauftrages und die qualitative Verbesserung des medizinischen Versorgungsangebotes für die Bevölkerung der Region Ostthüringen. Als übergeordnetes Planungsinstrument wird das Budget in den Erfolgsplan integriert. Veränderungen werden im monatlichen Berichtswesen erfasst.

5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement

Das kaufmännische Risikomanagement dient als Frühwarnsystem für mögliche betriebswirtschaftliche Risiken. Im Rahmen des finanziellen Risikomanagements beraten monatlich GF, Prokuristen und Handlungsbevollmächtigte im Rahmen der Monatsabschlusskonferenz. Hier werden finanzielle Risiken für das WKG besprochen und entsprechende Maßnahmen vereinbart. Mit der Erfassung von Risiken erfolgt gleichermaßen eine Bewertung von Eintrittswahrscheinlichkeit und finanzieller Auswirkung. Die Ergebnisse werden in einem halbjährlichen Risikobericht zusammengefasst und der SRH Holding sowie dem Gesellschafter zugeleitet. Der Risikokatalog zu bewertender Risiken umfasst alle Krankenhausbereiche.

5.2.3 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Die SRH investiert in die Erweiterung seiner Strukturen und schafft damit neue attraktive Arbeitsplätze. Die Klinik pflegt strukturiert und planhaft Kontakte zu allen Partnern, die für die Ausführung des Kernprozesses und unterstützenden Prozesse der Patientenversorgung wichtig sind und die Zusammenarbeit mit dem WKG suchen. Darüber hinaus gestaltet das WKG aktiv Kooperationsbeziehungen mit medizinischen und pflegerischen Einrichtungen, die eine wichtige Rolle in der Versorgung der Patienten spielen. Das Klinikum arbeitet aktiv mit Kooperationspartnern zusammen, die im Rahmen der Bildung von zertifizierten Organzentren das Spektrum der Leistungen komplettieren.

5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

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

5.3.2 Innovation und Wissensmanagement

Das SRH Wald-Klinikum Gera legt den Schwerpunkt im Bereich Innovation auf seine Kernkompetenz, die medizinische Versorgung der Patienten und in die Mitarbeiter, die die komplexen Leistungen an den Patienten mit höchster Kompetenz erbringen sollen. Die Maßnahmen zum Wissens- und Innovationsmanagement werden jeweils projektbezogen geplant und umgesetzt. Im Rahmen des Wissensmanagements arbeiten die Fachbereiche mit unserem Zentrum für Klinische Studien eng zusammen.

6. Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

In der Umsetzung der Qualitätspolitik wird der Geschäftsführer durch den QMB unterstützt. Auf Abteilungsebene sind jeweils Qualitätsbeauftragte, welche auch im Rahmen der externen QS verantwortlich sind, benannt. Das WKG hat eine Vielzahl an Zentren und Strukturen zertifiziert. Der 6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -Optimierung QMB ist zentral gemeinsam mit den benannten Zentrumsleitern/Koordinatoren der Organzentren für Überwachungsaudits, Rezertifizierungen und Zertifizierungen neuer Organzentren verantwortlich.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung

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

6.2.1 Patientenbefragung

Nach Festlegung des SRH Konzerns werden mindestens alle 3 Jahre in allen SRH-Kliniken externe standardisierte Patientenbefragungen durchgeführt. Ergänzend erfolgt eine interne Patientenbefragung. Die Auswertung erfolgt im Benchmark mit den SRH-Kliniken. Der Fragebogen prüft die Leitbildkonformität unserer Arbeit in den Kriterien Weiterempfehlung, Prozesse und Patientensicherheit. In den Organkrebszentren wird ein spezieller Fragebogen für Karzinompatienten angewendet. Die erhobenen Ergebnisse werden in der Qualitätspolitik des Wald-Klinikum Gera berücksichtigt.

6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Das WKG führt eine regelmäßige Befragung der zuweisenden Ärzte in Zusammenarbeit mit der SRH Hochschule für Gesundheit durch. Ergebnisse werden systematisch analysiert und mit Verbesserungsmaßnahmen unterlegt. Die Ergebnisse werden in einer Veranstaltung präsentiert und im Intranet eingestellt.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Unser Leitbild stellt Patientensicherheit, Transparenz und messbare Qualität in den Vordergrund. Deshalb wurde 2015 eine Mitarbeiterbefragung mit eigenem Blick auf Effizienz und Qualität der Kernprozesse durchgeführt. Eine umsetzungsorientierte Fragensammlung bietet Ansatzpunkte zur Maßnahmenableitung. Die Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung ist Steuerinstrument für strategische Ausrichtung der SRH Unternehmen. Die Mitarbeiterbefragung wird anonym durchgeführt und in einer Mitarbeiterversammlung vorgestellt. In Workshops werden gemeinsam Handlungsfelder identifiziert.

6.3.1 Beschwerdemanagement: Lob und Beschwerden von Mitarbeitern, Patienten und weiteren Externen

In der Einrichtung ist ein strukturiertes Beschwerdemanagement eingeführt. Dem Beschwerdeführer stehen alle Beschwerdewege offen (mündlich, schriftlich, telefonisch, per Email). Die Anzahl der Beschwerden und der positiven Rückmeldungen werden kategorisiert, quartalsweise ausgewertet und sind im Intranet einsehbar. Soziale Kompetenz, fachliche Kompetenz, Organisation, Einrichtung, Hygiene, Service und Abrechnung sind die Kategorien, in die Beschwerden eingeordnet werden. Sie dienen uns als Chance für Verbesserungen. Für Mitarbeiterbeschwerden ist eine Organisationsanweisung festgelegt.

6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren

Die Koordination der Qualitätssicherung liegt in der Verantwortung des Medizincontrolling und der Qualitätsmanagementbeauftragten. Das Wald-Klinikum Gera ist Gründungsmitglied der Initiative Qualitätsmedizin (IQM). Fachbereiche beteiligen sich ebenfalls an freiwilligen Qualitätssicherungsverfahren. Die Ergebnisse werden im Benchmark betrachtet. M&M Konferenzen, Peer Review und Qualitätszirkel dienen der internen Ergebnisbetrachtung und Maßnahmenplanung.