



Klinikum Obergöltzsch
Rodewisch



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Klinikum Obergöltzsch-Rodewisch
Institutionskennzeichen:	261400380
Anschrift:	Stiftstraße 10 08228 Rodewisch
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2019-0026 KH
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche
Gültig vom:	08.11.2019
 bis:	07.11.2022
Zertifiziert seit:	04.10.2004

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	8
1. Patientenorientierung	9
2. Mitarbeiterorientierung	12
3. Sicherheit - Risikomanagement	14
4. Informations- und Kommunikationswesen	18
5. Unternehmensführung	19
6. Qualitätsmanagement	21

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.

Im Beirat der KTQ® sind 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.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausesperten 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, dass das **Klinikum Obergöltzsch Rodewisch** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

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

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

F. Wagner

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung

Das Klinikum Obergöltzsch Rodewisch ist ein Krankenhaus der Regelversorgung unter der Trägerschaft des Vogtlandkreises und einer der größten Arbeitgeber in der Region. Das Klinikum blickt auf eine über 100-jährige Tradition zurück. Mit der Einweihung 1910 als Bezirksstift hat



das Krankenhaus im Laufe der Jahre seine Stellung in der Region behaupten können und sich zu dem entwickelt, was es heute darstellt: Ein soziales Dienstleistungsunternehmen, das den Patienten mit seinen Erwartungen, Wünschen und Bedürfnissen in den Mittelpunkt des täglichen Handelns stellt. Das Klinikum Obergöltzsch Rodewisch sieht seine Aufgabe in einer breiten, bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Region. Dies belegen die zahlreichen Zertifikate: Brustzentrum Vogtland, EndoProthetikZentrum Obergöltzsch Rodewisch, Babyfreundliche Geburtsklinik, Lokales Traumazentrum und Schlafmedizinisches Zentrum. Des Weiteren ist das Klinikum Mitglied im Tele-Neuromedizinischen Schlaganfallnetzwerk. Es besitzt das Zertifi-

kat Aktion Saubere Hände in Gold. Das Klinikum leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Patientensicherheit und zur Vermeidung von Infektionen. Das Klinikum liegt im östlichen Vogtland nahe des Naturschutzparks Erzgebirge/Vogtland in waldreicher Gegend und befindet sich damit in einer ausgesprochenen Erholungs- und Urlaubslandschaft. Die hügelige waldreiche Gegend des Vogtlandes bietet ein ruhiges und entspanntes Klima zur baldigsten Genesung. Die Ausblicke in die wunderschöne Natur und die Ruhe tragen zum Heilerfolg jedes einzelnen Patienten bei. Zum Klinikgelände gehört ein waldreiches Areal, welches zu ausgiebigen Spaziergängen geradezu einlädt. Bänke sind an verschiedensten Punkten zum Verweilen aufgestellt. Ebenso laden Sonnenterrassen mit Gartenstühlen und –tischen auf verschiedenen Stationen am Klinikum zum Verweilen ein. Das Klinikum Obergöltzsch Rodewisch ist ein rauchfreies Krankenhaus. Die klinikeigene Küche bereitet sowohl traditionelle vogtländische, als auch internationale Gerichte zu. Angeboten werden Frühstück mit frischen Brötchen, auch am Sonntag, Obst oder Joghurt zum zweiten Frühstück, Mittagstisch mit Suppe, drei Wahlmenüs inklusive eines vegetarischen Gerichtes, Dessert und Mineralwasser, Kaffee und hausgebackener Kuchen zum Vesper sowie ein Abendessen mit umfangreicher Frischkost und Beilagen nach Wahl. Die Patientenbibliothek mit einer interessanten Auswahl an Romanen, Sachbüchern und medizinischen Ratgebern zur kostenlosen Nutzung ist ein weiterer Service des Klinikums. Die Cafeteria des Klinikums ist täglich für Patienten, Angehörige, Besucher und Personal geöffnet. Zur Cafeteria gehört ein kleiner Laden, der Zeitungen, Zeitschriften, Kurzwaren, Hygieneartikel usw. bereithält. Ebenso besteht die Möglichkeit für die Patienten einen Frisör oder eine Fußpflege zu besuchen.

Das Klinikum Obergöltzsch Rodewisch erfüllt mit hochqualifizierten Teams aus Ärzten und geschultem Pflegepersonal in interdisziplinärer Zusammenarbeit alle Voraussetzungen für eine optimale und umfassende Versorgung der Patienten in einem hotelähnlichen Ambiente und freundlicher Atmosphäre.

Im Klinikum stehen modernste medizinische Geräte zur Diagnostik und Therapie von Erkrankungen zur Verfügung. Im Jahr 2018 wurde der neue hochmoderne Hybrid-OP in Betrieb genommen.

Das Leistungsspektrum umfasst die Bereiche Anästhesie, Intensiv- und Schmerztherapie, Allgemein-, Visceral- und Gefäßchirurgie, Frauenheilkunde einschließlich Geburtshilfe, Kinderheilkunde, Kardiologie und Angiologie, Gastroenterologie, Diabetologie und Palliativmedizin, Unfall- und Gelenkchirurgie, Wirbelsäulenchirurgie, eine HNO-Belegabteilung sowie ein Radiologisches Institut, eine Zentralapotheke und ein Zentrallabor. Zum 01.07.2019 wurde das Leistungsspektrum um den Fachbereich Geriatrie erweitert.



Außerdem verfügt es über eine ständig besetzte Notaufnahme, eine leistungsfähige, auch für ambulante Verordnungen offene Physiotherapie, eine Mammographiescreeningeneinheit, einen Hubschrauberlandeplatz sowie über eine Vielzahl an Serviceleistungen. Weiterhin sind am Klinikum Obergöltzsch Rodewisch zwei Medizinische Versorgungszentren (MVZ) angegliedert*. Dort werden die Patienten durch ein Team von Haus- und Fachärzten ambulant betreut. Die MVZs dienen damit einer hochwertigen flächendeckenden ambulanten Versorgung der Bevölkerung der Region. Durch die enge Zusammenarbeit der MVZs mit dem Klinikum Obergöltzsch Rodewisch ist es möglich, das gesamte diagnostische und therapeutische Leistungsspektrum des Klinikums ambulant zu nutzen. Somit wird eine optimale Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung für alle gesetzlich und privat versicherten Patienten gewährleistet.

Qualitätsmanagement ist eine Führungsaufgabe und muss von der Leitung verantwortlich wahrgenommen und vorgelebt werden. Dieses Grundprinzip besteht seit der Einführung des Qualitätsmanagementsystems im Jahr 2000 im Klinikum Obergöltzsch Rodewisch. Im Jahr 2017 wurde das Lenkungsgremium Qualitätsmanagement gegründet und löst damit die Stabsstelle Qualitätsmanagement ab. Es besteht aus der Verwaltungsdirektorin, dem Leiter des Qualitätsmanagements, dem Pflegedienstleiter und seiner Vertretung sowie der Qualitätsmanagementbeauftragten.

Zur Umsetzung der gemeinsamen Ziele wurde im Klinikum eine Qualitätskonferenz etabliert, welcher neben der Leitung des Klinikums und den Qualitätsmanagementbeauftragten, ein Vertreter des Personalrates und Qualitätsbeauftragte aus sämtlichen Bereichen des Klinikums angehören. Dadurch werden Mitarbeiter aller Bereiche und Geschäftsebenen in die Aktivitäten des Qualitätsmanagements eingebunden und die Akzeptanz dafür deutlich erhöht. So wurden beispielsweise zahlreiche Standards für Diagnostik und Therapie geschaffen, um die Behandlung der Patienten zu optimieren. Ebenso wurden klare Regelungen zu allen die Patientensicherheit betreffenden Maßnahmen niedergeschrieben. So wurde unter anderem ein einheitlicher Standard zum Inhalt und zum Verfahren mit auf allen Stationen vorgehaltenen Notfallkoffer geschaffen. Alle klinisch tätigen Mitarbeiter erhalten regelmäßige Schulungen zu Notfällen und Reanimationskurse. Im Bereich des Brandschutzes werden neben klaren Regelungen im Einsatz- und

Alarmplan regelmäßig Übungen im Umgang mit Feuerlöschern angeboten und durchgeführt. Jeder Mitarbeiter wird einmal jährlich im Rahmen der Grundsatzunterweisung zum Thema Arbeits- und Brandschutz geschult. Um eine optimale Information aller Mitarbeiter zu sichern, wurden alle entwickelten Standards, Verfahrens- und Arbeitsanweisungen in einer zentralen Wissens-Datenbank erfasst. Sie sind damit für alle Mitarbeiter jederzeit und immer aktuell zugänglich. Die Einrichtung und Weiterentwicklung eines internen Qualitätsmanagementsystems ist eine Möglichkeit und Chance, sich qualitativ an einem vorgegebenen Standard zu messen und mit anderen Krankenhäusern vergleichen zu können. Ziel ist es, eine ständige Qualitätsverbesserung auf der Grundlage eines strukturierten Konzepts zu gewährleisten, um auch zukünftig die gute Marktposition als einer der größten Arbeitgeber im Vogtlandkreis zu halten und zu festigen. Für eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung ist im Klinikum Obergöltzsch Rodewisch ein System regelmäßiger Patienten-, Mitarbeiter- und Einweiserbefragungen etabliert. Darüber hinaus existiert ein Beschwerde- und Ideenmanagement, sodass auch noch verborgene Schwächen aufgedeckt und abgestellt werden und Verbesserungspotentiale genutzt werden können. Das Risikomanagement des Klinikums Obergöltzsch Rodewisch wurde im Jahr 2001 implementiert, um die unterschiedlichsten Risiken zu erkennen, zu erfassen, zu bewerten, zu überwachen und um diese zu steuern. Durch systematische Controllingprozesse, die in Form von Monatsberichten an die Betriebsleitung, alle Chefärzte, Stationsleitungen und Abteilungsleiter ausgegeben werden, können Risiken zeitnah erkannt und bewertet werden. Im Jahr 2009 wurde zusätzlich die Interne Revision im Klinikum Obergöltzsch Rodewisch eingeführt. Es wurde ein Konzept erstellt, nach dem Geschäftsvorfälle geprüft und bewertet werden. Nach Mitteilung an die Verwaltungsleitung werden Konsequenzen gezogen und Maßnahmen eingeleitet um künftige Fehler zu vermeiden. Nach Änderung des § 16 Absatz 3 SächsEigBG vom 15. Februar 2010, nunmehr geregelt in § 23 Absatz 3 SächsEigBVO, soll ein angemessenes System zur Erkennung von Risiken und zur Dokumentation in einem Risikohandbuch eingerichtet werden. Das vorhandene Risikomanagementsystem wurde im Rahmen von Diplomarbeiten in 2011 und 2012 überarbeitet. Darauf aufbauend wurde ein Risikohandbuch mit Ampelfunktion erstellt, 2013 im Klinikum Obergöltzsch Rodewisch implementiert und auch in 2018 stetig umgesetzt. Weiterhin nahm eine Risikomanagementarbeitsgruppe im Klinikum ihre Arbeit auf. Ebenfalls im Jahr 2009 wurde ein Critical Incident Reporting System (CIRS) eingeführt. Das Ziel von CIRS besteht darin, Schäden vorzubeugen und aus Fehlern zu lernen. Durch frühzeitiges Melden von Beinahe-Zwischenfällen und dem Erkennen von Fehlern werden größere Schäden vermieden.

* Nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

Die KTQ-Kategorien

1. Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

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

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

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

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

1.1.2 Leitlinien und Standards

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

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

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

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

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

1.1.4 Ernährung und Service

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

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

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

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

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

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

1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung

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

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

1.3.2 Ambulante Operationen

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

1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung

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

1.4.2 Therapeutische Prozesse

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

1.4.3 Operative Prozesse

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

1.4.4 Visite

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

1.5.1 Entlassungsprozess

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

tionen für den weiterbehandelnden Arzt ausgehändigt. Die Überleitung in eine Pflegeeinrichtung erfolgt anhand eines abgestimmten standardisierten Überleitungsbogens.

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

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung

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

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

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

2. Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Personalbedarf

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

2.1.2 Personalentwicklung

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

2.1.3 Einarbeitung

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

2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Das Klinikum verfügt nicht über eine angegliederte Ausbildungsstätte, es ist jedoch Praxispartner in der Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, Köchen und Köchinnen, Bürokaufmännern und -Frauen sowie für Studenten der BA Plauen. Der Theorie-Praxis-Bezug wird durch eine enge Zusammenarbeit des Klinikums mit den vertraglich gebundenen Schulen hergestellt. Die Lernenden erhalten während ihrer praktischen Ausbildung eine persönliche Anleitung durch Mentoren und ausgebildete Praxisanleiter. Mit den Auszubildenden werden regelmäßige Feedback-Gespräche geführt. Die Umsetzung des theoretisch erworbenen Wissens in die Praxis wird durch Zwischen- und Abschlussprüfungen überprüft. Zur Gewährleistung einer Behandlung nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen ist eine systematische, an den Bedürfnissen der Mitarbeiter und dem Leistungsspektrum des Klinikums ausgerichtete Fort- und Weiterbildung unabdingbar. Ein jährlicher Gesamtplan für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen wird erstellt. Die Bedürfnisse der Mitarbeiter werden in regelmäßigen Mitarbeitergesprächen zur leistungsorientierten Vergütung erfragt.

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

2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance

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

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

2.1.6 Ideenmanagement

Über das innerbetriebliche Ideen- und Beschwerdemanagement können Mitarbeiter ihre Ideen, Anregungen, Wünsche oder Beschwerden einbringen. Die Meinungen unserer Mitarbeiter sind uns wichtig und finden entsprechende Berücksichtigung. Unser Ziel ist es, alle Vorschläge von unseren Mitarbeitern zu erfassen und die Ideen- und Verbesserungspotentiale aktiv zu nutzen. Anregungen zu Verbesserungen

werden in der Abteilung bzw. Betriebsleitung besprochen. Werden die Vorschläge akzeptiert und als realisierbar betrachtet, erfolgt eine Unterstützung der Vorgesetzten bei der Umsetzung.

3. Sicherheit - Risikomanagement

3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements

Es existiert ein Konzept/Risikostrategie zum Risikomanagement, desweiteren ist eine Arbeitsgruppe Risikomanagement etabliert. Es existiert ein Risikomanagementhandbuch. Es dient einerseits der Erhöhung der Patientensicherheit und andererseits der Überprüfung der ökonomischen Zielgrößen. Wesentliche technische Risikofaktoren werden erkannt und notwendige Vorbeugemaßnahmen ergriffen. Die Verantwortlichkeiten und Maßnahmen des finanziellen Risikomanagements (z.B. Liquiditätsplan, Gewinn- und Verlustrechnung, interne Revision) sind geregelt. Hinsichtlich des pflegerischen Risikomanagements existieren Erfassungsbögen über Dekubitusrisiko, Sturzrisiko, usw. Methodem des klinischen Risikomanagements, wie z.B. CIRS sind implementiert. Es existiert eine DV zwischen BL und PR, in der der Umgang mit kritischen Ereignissen und Beinahe-Schäden geregelt ist. Das Konzept zum Einsatz eines klinischen Risikomanagements z.B. CIRS wird im Rahmen des QM gesteuert und über das zentrale Dokumentenlenkungssystem einheitlich abteilungs- und berufsübergreifend publiziert. Risikoaudits erfolgen durch die festgelegten Verantwortlichen der Bereiche, mit Berichterstattung (bei Veränderungen) an die Arbeitsgruppe. Ebenso werden bei den internen Audits und über die Qualitätscheckliste Pflegedienst - Risikobewertungen vorgenommen.

3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung

Bei Aufnahme eines Patienten erfolgt durch das Pflegepersonal die Ersteinschätzung nach dem BRASS-Index, überschreitet die Punktzahl - 10 folgt die Einschätzung nach dem erweiterten Barthel-Index. Anschließend wird der Pat. nach der PPD und bei Bedarf nach entsprechenden Assessments eingeschätzt. Anhand des IST-Zustandes wird die Pflegeplanung mit entsprechenden Maßnahmen erstellt. Die Aufsichtspflicht wird durch 2-stündliche, in der Kinderabteilung und bei Risikopatienten durch stündliche Kontrollgänge wahrgenommen. Alle Patienten erhalten bei Aufnahme ein Patientenidentifikationsarmband. Für die Kinderabteilung existiert ein "Merkblatt für Tagesmütter, Besucher und Begleitpersonen" zur Belehrung über die Aufsichtspflicht. Es existiert eine Sicherheitscheckliste für operative Fächer. Zusätzlich wurden VA in den operativen Bereichen über die Kennzeichnung und Kontrolle, vor dem Eingriff, die die Vermeidung von Patienten- und Eingriffsverwechslungen erstellt. Bei der Übergabe im OP werden sicherheitsrelevante Punkte noch einmal durch das übernehmende Personal abgefragt. Die Zu- und Ausgänge zur Pädiatrie sind gegen nicht autorisiertes Öffnen gesichert (innen und außen). Die Vorgehensweise bei freiheitsentziehenden Maßnahmen ist in einer DA geregelt, die mit unserem Versicherer und dem örtlichen Amtsgericht abgestimmt ist. Das Amtsgericht wird generell bei Notwendigkeit per Fax informiert. Bei Patienten mit aggressivem oder suizidalem Verhalten werden organisatorische Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung durchgeführt (z.B. Sitzwache). Bei Sicherheitsrisiken durch Pat. ist die Unterbringung im Einzelzimmer zu realisieren, ggf. erfolgt eine Verlegung in die Psychiatrie. Der externe Sicherheitsdienst

steht für die Sicherheit der MA zur Verfügung. Jede Stat. verfügt über ein Notfalltelefon, zur zeitgleichen Alarmierung aller Bereiche.

3.2.1 Arbeitsschutz

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

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

3.2.2 Brandschutz

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

3.2.3 Datenschutz

Im Klinikum gibt es eine DSB und eine Vertretung der DSB (VWD). Der Datenschutz ist als Stabsstelle direkt der Klinikleitung unterstellt. Die DSB und ihre Vertretung sind im Datenschutzrecht geschult. Es finden regelmäßig Datenschutzbegehungen statt. Zusätzlich regulieren zahlreiche DA Teilaspekte des Datenschutzes. Durch den IT-Leiter wurde ein Datenschutzkonzept für das KOR entwickelt. Verantwortlich für die Weiterentwicklung ist der IT-Leiter zusammen mit dem DSB des Klinikums.

3.2.4 Umweltschutz

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

3.2.5 Katastrophenschutz

Die Einbindung des Klinikums in den Katastrophenschutz erfolgt nach Landesrecht. Neben externen Schadensgroßereignissen werden auch interne Gefahrenanlagen wie Brand, Bombendrohungen und Betriebsstörungen sowie ungewöhnliche Infektionen in einem Einsatzplan ausführlich geregelt. Das Klinikum

stellt sich seiner Aufnahmeverpflichtung von Schwer-, Mittel- und Leichtverletzten im Rahmen des Traumanetzwerkes Westsachsen.

3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement

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

3.1.4 Organisation der Hygiene

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

3.1.5 Hygienerelevante Daten, Infektionsmanagement

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

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

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

3.1.6 Arzneimittel

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

3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin

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

3.1.8 Medizinprodukte

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

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

3.2.6 Ausfall von Systemen

Mit der GLT ist es möglich eine Auswertung von Vorfällen und die sofortige Benachrichtigung des haustechnischen Dienstes zu jeder Zeit sicherzustellen. Es existiert eine DA für die Ausübung des BD. Weiterhin gibt es Pläne zur Erreichbarkeit von Fremdfirmen sowie des technischen BD. Darüber hinaus wird ein übergeordneter Leitungsdienst vorgehalten, der im Bedarfsfall die Koordination der einzuleitenden Maßnahmen übernimmt. Auch für den IT-Bereich wird eine 24h/7 Tage Bereitschaft sichergestellt. Die genutzte DECT- Anlage für Hauskommunikation gewährleistet schnelle Absprachen in Notfallsituationen. Außerhalb der normalen Dienstzeiten kann jederzeit der übergeordnete und technische BD erreicht werden. Das Empfangspersonal wird monatlich zu Themen des Brandschutzes, Umgang mit Notfallsituationen und Alarmierungsketten unterwiesen. Der Ausfall sonstiger technischer und materieller Logistik (Wasserversorgung, Stromausfall, Kommunikation, Küche, Apotheke, Labor und ZSVA) ist im Einsatzplan geregelt. Die genauen Ablaufpläne liegen in den verantwortlichen Abt. vor.

4. Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

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

4.2.1 Klinische Dokumentation

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

4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

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

4.3.1 Information der Unternehmensleitung

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

4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

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

5. Unternehmensführung

5.1.1 Philosophie/Leitbild

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

5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

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

5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

In unserer Einrichtung wird die Glaubens- und Gewissensfreiheit sowie die Privat- und Intimsphäre aller Patienten respektiert. Ethische Fragestellungen treten bei der Behandlung schwerstkranker Patienten häufig auf. Das Ethikkomitee des Klinikums dient als unabhängiges Gremium der Beratung, Orientierung und Information in ethischen Fragen. Das Ethikkomitee wird vorrangig auf Antrag im Einzelfall tätig. Alle Patienten erhalten über die Infomappe schriftliche und über einen Filmbeitrag im hauseigenen Telekanal weitere Informationen zu ethischen Fragestellungen und zur Aufgabe des Ethikkomitees. Psychosoziale Beratungsangebote und Beratungen durch einen Seelsorger können von unseren Patienten ebenso in Anspruch genommen werden.

5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Im Klinikum liegt ein Kommunikationskonzept vor. Weiterhin existiert ein Konzept für Befragungen. Verantwortlich für das Marketing und die Pressearbeit ist die BL, unterstützt von einer MA für Öffentlichkeitsarbeit. Es werden Marketingmaßnahmen in Bezug auf verschiedene Zielgruppen unter Berücksichtigung der jeweiligen Zielgruppeninteressen sowie zielgruppenübergreifende Marketingmaßnahmen realisiert. Das Klinikum betreibt eine Homepage, auf der das Klinikum vorgestellt wird. Die Pat. und die Öffentlichkeit werden zusätzlich mittels Klinikfilm, Flyer und Broschüren informiert. Informationsveranstaltungen (z.B. Samstagsakademien, Großelterntreff, Tag der offenen Tür, Kreißaalführungen) finden kontinuierlich statt. Im Rahmen der Medienarbeit (Presse, TV, Radio) gibt es eine intensive Zusammenarbeit mit der Pressestelle des LRA. Die Information der MA erfolgt über das Intranet und über die Mitarbeiterzeitung. Aktivitäten in Social Media werden in Übereinstimmung mit dem Datenschutz gesehen. Auf der Grundlage des Kommunikationskonzeptes sowie der strategischen Zielsetzungen des Klinikums wird jährlich ein

Plan der Öffentlichkeitsarbeit erstellt. Im Rahmen des Beitritts zur Dachmarke Vogtland wurde ein Designhandbuch zur Nutzung des Kliniklogos erstellt.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung

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

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

5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement

Risikomanagement ist die Gesamtheit aller organisatorischen Regelungen und Maßnahmen zur Risikoerkennung und zum Umgang mit den Risiken unternehmerischer Betätigung. Um mögliche Gefährdungen bereits im Vorfeld zu erkennen und Schäden durch vorbeugende Maßnahmen zu begrenzen, wurde gem. § 23 Abs. 3 SächsEigBVO und § 9 a Abs. 2 der Eigenbetriebssatzung ein umfassendes Risikomanagement zur Risikoidentifikation, Risikokontrolle, Risikobewertung und Risikosteuerung eingeführt. Zur Umsetzung des § 73 Abs. 5 SächsGemO und zur Durchführung der DV zur Regelung der Kooperation zwischen dem KOR und dessen MA und der Industrie wurde eine Antikorruptionskommission gebildet.

5.2.3 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Kriterien zur Auswahl der Kooperationspartner sind: Leistungsfähigkeit, - Übereinstimmung bzw. Ergänzung des Leistungsprofils, Erweiterung des Leistungsspektrums, Synergieeffekte, Steigerung der Patientenversorgung, - Besetzung von Angebotsnischen, Absprache von Behandlungsketten. Nach vorherigen Verhandlungen werden Verträge unter Nutzung der Vorlagen der DKG geschlossen. Nachdem Kooperationsfelder nach der Zielplanung des KH festgestellt wurden, erfolgt die Auswahl von geeigneten Partnern nach o.g. Kriterien zum gegenseitigen Nutzen. Die Entwicklung nachhaltiger Kooperationen dient genauso wie die Erbringung von Mehrleistungen der Sicherung attraktiver Arbeitsplätze im Klinikum.

5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

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

5.3.2 Innovation und Wissensmanagement

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

6. Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Das Klinikum hält für ein erfolgreiches Qualitätsmanagement verschiedene strukturelle Voraussetzungen vor. Im Klinikum existiert ein Lenkungsgremium QM, dem u.a. die Qualitätsmanagementbeauftragte zugehörig ist. Für den Pflegedienst ist zusätzlich eine speziell ausgebildete Qualitätsmanagementbeauftragte vorhanden. Die organisatorische Verankerung des Qualitätsmanagements im gesamten Klinikum wird durch Qualitätsbeauftragte in allen Bereichen des Klinikums umgesetzt. Eigens ausgebildete Moderatoren tragen zu einer effektiven Gruppenarbeit bei.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung

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

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

6.2.1 Patientenbefragung

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

6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

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

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

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

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

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

6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren

In verschiedenen Bereichen unseres Klinikums erfassen und sammeln wir systematisch aussagekräftige Daten zur Qualitätssicherung. Für die Erfassung dieser Daten kommen standardisierte Formulare zum Einsatz. Auch Routinedaten werden zur Erhebung qualitätsrelevanter Daten genutzt. Die internen Qualitätsziele wurden in allen Bereichen mit Kennzahlen hinterlegt, welche jährlich ausgewertet und veröffentlicht werden. Damit kann die Zielerreichung hinsichtlich der Effizienz der Versorgung sowie der medizinischen und pflegerischen Ergebnisqualität überprüft werden. Das Klinikum beteiligt sich an allen vom Gesetzgeber geforderten Maßnahmen der externen Qualitätssicherung. Dadurch erhalten wir Rückschlüsse über unsere Behandlungsqualität im Vergleich zu anderen Krankenhäusern. Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung werden strukturiert in allen Abteilungen und auf allen Leitungsebenen berufsübergreifend ausgewertet. Die Ergebnisse der Auswertung der erhobenen Daten werden über die Qualitätskonferenz des Klinikums und durch Veröffentlichung auf der internen Wissensdatenbank allen Bereichen bekannt gegeben. Sie werden für eine weitere kontinuierliche Qualitätsverbesserung