



Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen

## **KTQ-QUALITÄTSBERICHT**

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

<b>Krankenhaus:</b>	Sächsisches Krankenhaus Altscherbitz
<b>Institutionskennzeichen:</b>	261400994
<b>Anschrift:</b>	Leipziger Straße 59 04435 Schkeuditz
<b>Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:</b>	2014-0073 KH
<b>durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:</b>	QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche
<b>Gültig vom:</b>	10.11.2014
<b>bis:</b>	09.11.2017

## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>3</b>
Vorwort der Einrichtung	5
<b>Die KTQ-Kategorien</b>	<b>9</b>
1 Patientenorientierung	10
2 Mitarbeiterorientierung	15
3 Sicherheit	18
4 Informations- und Kommunikationswesen	22
5 Führung	24
6 Qualitätsmanagement	27

## Vorwort der KTQ<sup>®</sup>

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<sup>®</sup> sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene<sup>1</sup>, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) und der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e. V. (HB). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

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

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

der Einrichtung beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes Visitorenteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

---

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

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

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009/2. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet den strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass das **Sächsische Krankenhaus Altscherbitz** 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](http://www.ktq.de) abrufbar.

**Dr. med. G. Jonitz**

Für die Bundesärztekammer

**S. Wöhrmann**

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

**Dr. med. B. Metzinger, MPH**

Für die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

**A. Westerfellhaus**

Für den Deutschen Pflegerat

**Dr. med. M. Vogt**

Für den Hartmannbund

## Vorwort der Einrichtung

Das Sächsische Krankenhaus Altscherbitz (SKH), mit seiner fast 140jährigen Tradition, ist ein Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie in Trägerschaft des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz Dresden. Das Klinikum am Rande der Stadt Leipzig verfügt über insgesamt 416 Betten. Es liegt in einer schönen historischen Parklandschaft, die von denkmalgeschützten Häusern dominiert wird. Das Krankenhaus Altscherbitz wurde seit dem Jahr 2000 umfassend saniert und modernisiert.

Eine Besonderheit des Krankenhauses ist seine enge kooperative Beziehung zur Helios Klinik\*. Ein gemeinsamer Neubau auf dem ehemaligen Gelände unserer Klinik führt Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie und Intensivmedizin der Helios Klinik mit den psychiatrischen und neurologischen fachspezifischen Kliniken des SKH Altscherbitz zusammen. Zur Optimierung des medizinischen Angebotes werden zum Teil die diagnostischen und therapeutischen Bereiche des Sächsischen Krankenhauses, wie Labor und Physiotherapie, von beiden Krankenhäusern genutzt. Dadurch ist es möglich, unseren Patienten eine umfassende und auf ihre Bedürfnisse abgestimmte Behandlung zu bieten.

Bettenführende Fachbereiche:

- Neurologie
- Psychiatrie und Psychotherapie
- Forensische Psychiatrie



Besondere Leistungsangebote:

- Tagesplätze Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie in Altscherbitz, in Eilenburg und in Markranstädt
- Zertifizierte (DSG/SDSH) Stroke Unit
- Medizinische Versorgungszentren\* (MVZ) in Leipzig und Schkeuditz
- Psychiatrische Institutsambulanz mit vielen Spezialsprechstunden
- Früherkennungszentrum für psychiatrische Erkrankungen
- Gedächtnissprechstunde
- Gerontopsychiatrisches Versorgungszentrum
- Spezialteilstation für geistig Behinderte mit psychischen Erkrankungen

### Klinik für Neurologie

Die Neurologische Klinik verfolgt den Ansatz der ganzheitlichen Medizin. Mit spezieller Fachkompetenz werden hier alle neurologischen Erkrankungen und auch neuroorthopädische Schmerzstörungen diagnostiziert und behandelt.

\* Nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

Ein in Sachsen einmaliges Angebot finden unsere Patienten in der neurologischen Tagesklinik. Sie bietet eine umfassende Diagnostik und einleitende Behandlung für gehfähige, weniger schwer betroffene neurologische Patienten, die nicht allein ambulant versorgt werden können, aber auch nicht unbedingt einer stationären Behandlung bedürfen.

Auch die Multiple-Sklerose-Ambulanz hat den Anspruch, die Patienten mit modernsten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu betreuen und dabei die ganz individuellen Bedürfnisse und Belange jedes einzelnen zu würdigen und zu berücksichtigen. Zur Komplexbehandlung des Schlaganfalls steht eine Stroke Unit zur Verfügung, in der eine spezialisierte Versorgung der Patienten erfolgt.

Unsere Schwerpunkte:

- entzündliche ZNS-Erkrankungen
- sonstige neurovaskuläre Erkrankungen
- Anfallsleiden
- Hirndurchblutungsstörungen/ Schlaganfall
- degenerative Krankheiten des Nervensystems
- demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
- Erkrankungen der Hirnhäute
- extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen
- geriatrische Erkrankungen
- Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus
- Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
- Schmerztherapie

## **Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie**

Die Psychiatrie verfolgt eine hochdifferenzierte, den modernen Erfordernissen der verschiedenen Krankheitsbilder angemessenen Patientenversorgung in spezialisierten stationären, teilstationären und ambulanten Abteilungen. Die Behandlung unserer Patienten erfolgt entsprechend des Störungsbildes und Alters gemischt-geschlechtlich auf elf spezifischen Stationen in Ein- und Zweibettzimmern mit Sanitärbereich.

Außerdem besteht die Möglichkeit der weiteren multiprofessionellen Behandlung in der Psychiatrischen Institutsambulanz, besonders im Bereich der Früherkennung von beginnenden psychischen Erkrankungen (FEZ), in Gedächtnissprechstunden, geschlechtsspezifischer Psychiatrie sowie in stationärer Mutter-Kind-Einheit bei postpartal erkrankten Frauen.

Unsere Schwerpunkte:

- Psychosen endogener und exogener Genese
- affektive Störungen, insbesondere Depressionen
- neurotische und somatoforme Störungen einschließlich Angsterkrankungen
- Verhaltens- und Anpassungsstörungen
- Persönlichkeitsstörungen
- organische, psychische Störungen, insbesondere Demenzen unterschiedlicher Ätiologie
- symptomatische psychische Störungen auf Grund einer Funktionsstörung oder Schädigung des Gehirns (hirnorganische Psychosyndrome) einschließlich deliranter Störungsbilder
- psychische Krisensituationen jeder Genese
- Belastungsstörungen und psychische Dekompensationen i. R. soziofamiliärer Konflikt- und Verlustsituationen
- postpartale Depressionen und Psychosen von Müttern mit Kleinstkindern in der Rooming-in-Einheit
- Alkoholabhängigkeit
- Medikamentenabhängigkeit
- Drogenabhängigkeit von illegalen Drogen einschließlich Polytoxikomanie
- Folgeerkrankungen bei Alkohol- oder Drogenabhängigkeit einschließlich chronisch mehrfach geschädigter Abhängigkeitserkrankter
- ambulante Behandlung von Spielsucht, Kaufsucht, Computerabhängigkeit und Nikotinabhängigkeit
- spezielles Behandlungsangebot für Patienten mit geistiger Behinderung.

## **Klinik für Forensische Psychiatrie**

In der Klinik für Forensische Psychiatrie werden psychisch kranke Straftäter des Landgerichtsbezirks Leipzig behandelt, welche im Rahmen der Diagnostik in Vorbereitung einer Hauptverhandlung sowie nach § 63 StGB untergebracht sind. Ebenfalls erfolgt in unserer Klinik auch die Unterbringung von Frauen aus ganz Sachsen auf oben genannten Grundlagen.

Mit dem 2007 fertig gestellten Neubaukomplex des Maßregelvollzugs wurden moderne Unterbringungs-, Arbeits- und Therapiebedingungen geschaffen, die dem hohen Sicherheitsbedürfnis der Bevölkerung Rechnung tragen, aber auch optimale Rahmenbedingungen für eine umfassende Behandlung der psychiatrischen Störungsbilder ermöglichen.

Durch ein multiprofessionelles Team werden die Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, Intelligenzminderungen, hirnorganische Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Störungen der Sexualpräferenz nach den in der Psychiatrie

wissenschaftlich anerkannten Richtlinien behandelt. Häufig sind dabei die Erkrankungen kombiniert mit Suchterkrankungen.

Nach der unmittelbaren Behandlung der Anlasserkrankung erfolgt bei entsprechend günstiger Prognose eine umfangreiche soziale Rehabilitation und längerfristige therapeutisch begleitete Entlassungsvorbereitung. Eine ambulante Nachbetreuung nach Entlassung befindet sich im Aufbau.

Ziel des vorliegenden Qualitätsberichtes ist es, unser Krankenhaus transparent zu gestalten und unser Qualitätsniveau vor allem in den KTQ-Kategorien

- Patientenorientierung,
- Mitarbeiterorientierung,
- Sicherheit,
- Informations- und Kommunikationswesen,
- Führung und
- Qualitätsmanagement

der breiten Öffentlichkeit vorzustellen.

Der Bericht soll für Sie eine Informationsquelle und Entscheidungshilfe in der Auswahl der für Sie zu wählenden Klinik sein.

Weitere Informationen zum Sächsischen Krankenhaus Altscherbitz finden Sie im Internet unter [www.skh-altscherblitz.de](http://www.skh-altscherblitz.de).

D. Neu  
komm. Verwaltungsdirektorin

Dr. Th. Vetter  
Ärztlicher Direktor

E. Knietzsch  
Pflegedirektorin

# Die KTQ-Kategorien

## **1 Patientenorientierung**

### **Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung**

Im Vorfeld der ambulanten, tagesklinischen oder stationären Aufnahme stehen dem Patienten, ihren Angehörigen und Einweisern ausreichende und patientenorientierte Informationsquellen zur Verfügung. Eine Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel ist direkt vor der Klinik gegeben. Über die Aufnahmeplanung werden Patienten und Angehörige detailliert informiert. Die Umsetzung des Belegungsmanagements erfolgt durch die Mitarbeiter gemäß den krankenhausinternen Planungen. Es berücksichtigt Notfallpatienten, die fachliche Zuordnung, die Pflegestufe sowie den Schweregrad der Erkrankung. Eine gute Ausschilderung im Ort und gebührenpflichtige Parkplätze auf dem Gelände sind vorhanden. Zur Gewährleistung einer zielführenden Orientierung ist auf dem Gelände des Krankenhauses ein neues Personen- und Wegeleitsystem eingeführt.

### **Leitlinien**

Um eine optimale Behandlungsqualität zu gewährleisten, kommen in den Kliniken wissenschaftlich anerkannte Leitlinien der Fachgesellschaften, Pflegestandards sowie hausinterne Leitlinien zum Einsatz. Zur Gewährleistung einer optimalen Versorgung werden diese regelmäßig auf Aktualität überprüft.

### **Information und Beteiligung des Patienten**

Wir wahren und achten die Patientenrechte und den Patientenwillen. Dazu liegen Anordnungs- und Durchführungsbögen vor. Maßnahmen gegen den Willen des Patienten werden auf der gesetzlichen Basis des SächsPsychKG nur dann getroffen, wenn alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind. Die erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen werden mit dem Patienten und bei Bedarf auch mit Angehörigen oder Betreuern besprochen, dabei erfolgt auch die Aufklärung über eventuelle Risiken. Patientenverfügungen werden berücksichtigt. Informationsmaterialien über das Leistungsspektrum werden ausgehändigt und besprochen. Bei Fremdsprachlichkeit werden zunächst Angehörige oder interne Dolmetscher entsprechend einer Dolmetscherliste herangezogen. Bei Notwendigkeit kann auf externe Dolmetscher zurückgegriffen werden.

## **Service, Essen und Trinken**

Patienten und Angehörige werden über Ansprechpartner im Aufnahmegespräch hinreichend über Serviceangebote informiert. Die Patientenzimmer, sind als Ein- oder Zweibettzimmer mit Nasszelle, Essplatz und Telefon eingerichtet. Alle Zimmer und Nasszellen sind barrierefrei zu erreichen. Die Betten sind höhenverstellbar. Die Zimmer sind mit Fernsehgerät und Kopfhörer ausgestattet. Jedem Patienten stehen großzügige Schrankkombinationen zur Verfügung. Im Tagesraum stehen außerdem Spiele und Bücher zur Verfügung. Bei der Versorgung mit Essen und Trinken stehen unseren Patienten 3 Wahlessen sowie gesonderte Kostformen zur Verfügung. Außerdem werden durch die Diätassistentin des Caterers Gruppen- und Einzelgespräche, sowie kontinuierlich Ernährungsberatungen durchgeführt. Daraus folgend werden spezielle Kostformen und im Bedarfsfall individuelle Ernährungspläne festgelegt und realisiert. Zur Berücksichtigung kultureller, religiöser und krankheitsbedingter Aspekte werden z.B. Kost für muslimische Patienten, vegetarische und vegane Kost, sowie spezielle Patientenwunschkost angeboten.

## **Kooperationen**

Um eine optimale Behandlung, Therapie und Pflege zu gewährleisten, wird ein hoher Abstimmungsbedarf zwischen allen Berufsgruppen sichergestellt. Wöchentliche Teamsitzungen aller Therapeuten einer Station und monatliche Ärztekonzferenzen sowie interdisziplinäre Fallbesprechungen sichern die regelmäßige Kooperation aller an der Behandlung Beteiligten. Außerdem werden monatliche Konferenzen für Ärzte, Psychologen und Laborleiter für das gesamte Haus durchgeführt. Ärzte, Pflegedienst, Therapeuten, Funktionsdienst und Sozialdienst nehmen an den Teamsitzungen teil. Der Umgang mit Konsilen und Transporten ist geregelt.

## **Erstdiagnostik und Erstversorgung**

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

## **Ambulante Diagnostik und Behandlung**

Um eine kontinuierliche Betreuung vor und nach der stationären Behandlung zu gewährleisten, werden Vor- und Nachbehandlung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Patienten auf Wunsch über die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) ambulant abgesichert. Patienten, die durch niedergelassene Nervenärzte betreut werden, können eine befristete ambulante Nachbehandlung in Anspruch nehmen, um begonnene Behandlungen abzuschließen. Zur Behandlungskontinuität werden Spezialsprechstunden (Sucht-, Gerontopsychiatrie, Kinder- und Jugend-Psychiatrie, Psychotherapie, Psychoonkologie, Psychoedukation) angeboten. Externe Patienten können sich selbst in der Ambulanz melden oder werden von ihrem Hausarzt angemeldet. Notfälle können jederzeit ambulant vorgestellt werden.

## **Ambulante Operationen**

In unserer Klinik werden keine ambulanten Operationen durchgeführt.

## **Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung**

Der Ablauf der Aufnahme umfasst den Empfang des Patienten auf der Station, die Anmeldung, Unterbringung, den ärztlichen Erstkontakt mit Anamnese und Untersuchung, die pflegerische Aufnahme, die Anordnung und Durchführung von ärztlichen Maßnahmen, die Dokumentation und eine kurze Fallvorstellung für das übrige Personal bei Schichtwechsel. Damit beginnt die Informationssammlung für die Diagnostik und Therapie. Diese wird durch festgelegte Behandlungsleitlinien und Pflegestandards gestützt und mit dem Patienten, ggf. den Angehörigen, abgestimmt. Jeder neu aufgenommene Patient wird am Aufnahmetag dem Facharzt entsprechend des Facharztstandards vorgestellt. Multiprofessionelle Teams sichern in regelmäßigen Teambesprechungen eine interdisziplinäre Abstimmung sowie geplante Abläufe. Die Patienten werden über die weitere individuelle Planung unter Berücksichtigung ihrer Wünsche und Bedürfnisse informiert.

## **Therapeutische Prozesse**

Die Durchführung der therapeutischen Angebote geschehen auf Anordnung des Arztes. Die Umsetzung der geplanten therapeutischen Maßnahmen wird durch diagnosebezogene Behandlungsleitlinien, Pflegestandards und Expertenstandards gewährleistet. Diese werden in regelmäßigen Abständen aktualisiert. In Visiten und Teambesprechungen wird die Leitlinienkonformität sichergestellt. Neben der Diagnostik wird ein multiprofessioneller und individueller Therapieplan erstellt. Die Behandlung im multiprofessionellen Team wird in wöchentlichen interdisziplinären Teamsitzungen sowie in den Oberarzt- und Chefarztvisiten und in Fallbesprechungen koordiniert. Es erfolgen außerdem regelmäßige externe Fallsupervisionen, Fallbesprechungen mit Medizinern und Psychologen, Röntgenbesprechungen, multiprofessionelle Fallbesprechungen, sowie eine kontinuierliche Ernährungsberatung für Patienten durch Diätassistenten (auch individuell) und Laborbesprechungen. Der Wille des Patienten wird bei erhaltener Entscheidungsfähigkeit grundsätzlich respektiert, dem Inhalt einer vorliegenden Patientenvollmacht wird gefolgt.

Bei eingeschränkter Urteilsfähigkeit aufgrund einer psychischen Erkrankung oder schwerer Störung der Vitalfunktionen wird bei Notwendigkeit das Gericht in die Entscheidungsfindung involviert. Bei bestehender amtsrichterlich veranlasster Betreuung wird die Entscheidung mit dem Betreuer abgesprochen.

### **Operative Verfahren**

In unserer Klinik werden keine operativen Verfahren durchgeführt.

### **Visite**

Es gibt einen Visitenplan, in dem Teilnehmer und Zeiten festgelegt sind. Für unsere Patienten erfolgt eine tägliche Stationsarztvisite. Bei den wöchentlichen Chefarzt- und Kurvenvisiten nehmen Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten, Psychologen und Sozialarbeiter teil. Pflegeaudits und Wundvisiten werden in wachsendem Maße eingeführt. Bei Notwendigkeit und Problempatienten sowie auf Patientenwunsch führt der Dienstarzt am Wochenende oder in Dienstzeiten zusätzlich Visiten durch. Grundsätzlich wird auf der Stroke Unit (Bereich zur Akutbehandlung des Schlaganfalls) dreimal täglich eine Visite durchgeführt.

### **Teilstationär, prästationär, poststationär**

Möglichkeiten der prä- und poststationären Behandlung werden genutzt. Hier sind unsere Tageskliniken und die psychiatrischen Institutsambulanzen zu nennen. Das Vorgehen wird mit den einweisenden und den nachbetreuenden niedergelassenen Ärzten detailliert abgesprochen. Im Hinblick auf die Abstimmung mit weiterversorgenden Einrichtungen wird bereits bei der Aufnahme vom behandelnden Arzt die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung festgelegt. Dazu dient das neu erstellte Entlassungsmanagement. Am Vortag der Entlassung führt der Stationsarzt mit dem Patienten ein Entlassungsgespräch. Von pflegerischer Seite erhalten der Patient und ggf. die Angehörigen notwendige Anleitungen, um die geplanten Behandlungszeiträume möglichst effektiv zu nutzen.

### **Entlassung**

Der Expertenstandard „Entlassungsmanagement“ sieht vor, dass bereits am Aufnahmetag der behandelnde Arzt die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung festlegt. Am Vortag der Entlassung führt der Stationsarzt mit jedem Patienten ein Vorbereitungsgespräch. Jedes Entlassungsgespräch wird in der Patientenakte dokumentiert. Angehörige und Betreuer werden nach Möglichkeit und Zustimmung des Patienten in das Entlassungsgespräch einbezogen. Pflegepersonal und Sozialdienst regeln die Entlassungsformalitäten nach Absprache mit dem ärztlichen Dienst und suchen die Abstimmung mit den Weiterversorgenden. So werden Termine bei den nachbehandelnden Ärzten geplant, die Medikamentenversorgung gesichert und ein Transport bestellt. Bei Bedarf erhalten unsere Patienten und Angehörigen bzw. die nachfolgend betreuenden Einrichtungen und Personen Informationen zu sozialpsychiatrischen Diensten (Begeg-

nungsstätten, Suchtberatungsstellen, ambulante Arbeitstherapieeinrichtungen, betreuten Gruppen u. a.) sowie entsprechende Beratung und Schulungen.

### **Kontinuierliche Weiterbetreuung**

Für unsere Patienten erfolgt die Abklärung des Weiterbetreuungsbedarfs nach strukturierten Vorgaben während der Visiten, bzw. bei den Fallbesprechungen und im persönlichen Kontakt mit dem Patienten. So stellen sich z. B. Mitarbeiter des ambulant Betreuten Wohnens und der Seniorenheime bereits vor Entlassung beim Patienten vor, so dass Absprachen mit dem stationären Behandlungsteam erfolgen können. Belastungsproben unter realen Bedingungen werden durchgeführt, bei Problemfällen erfolgen telefonische Absprachen. Am Entlassungstag stehen die notwendigen Informationen wie Kurzarztbrief bzw. endgültiger Arztbrief, Pflegeüberleitungsbogen, neu verordnete Medikamente etc. zur Verfügung.

### **Umgang mit sterbenden Patienten**

Angehörige werden frühestmöglich informiert und in die Begleitung des Sterbeprozesses integriert. Gespräche sowie die Begleitung durch einen Seelsorger angeboten. Ein menschenwürdiges, möglichst schmerzfreies Sterben ist unser Ziel, die Sterbebegleitung erfolgt unter Wahrung ethischer Grundsätze. Religiöse und kulturelle Aspekte und die Patientenverfügungen werden individuell berücksichtigt. Für die Privatsphäre der Patienten und von deren Angehörigen wird Sorge getragen.

### **Umgang mit Verstorbenen**

Unter Wahrung der Würde werden verstorbene Patienten versorgt. Dabei werden religiöse und kulturelle Vorstellungen des Verstorbenen bzw. der Angehörigen berücksichtigt und einbezogen. Der Verstorbene bleibt zunächst in seinem Krankenzimmer oder in einem separaten Raum und seine Angehörigen können persönlich in Ruhe und Würde Abschied nehmen. Eine psychologische bzw. seelsorgerische Betreuung wird ihnen angeboten. Die Hinterbliebenen können auf Wunsch in die Aufbahrungsvorbereitungen mit einbezogen werden.

## **2 Mitarbeiterorientierung**

### **Planung des Personalbedarfs**

Die Berechnung des Personalbedarfs erfolgt nach vorgegebenen Kennzahlen im Zusammenhang mit dem vorhandenen Budget oder konkreten Zeitangaben bzw. Ermittlungen am Arbeitsplatz. Dabei wird die Anzahl an qualifizierten Mitarbeitern sichergestellt, um eine bestmögliche Betreuung der Patienten zu gewährleisten. Nach Anpassung auf das vorhandene Budget wird die Personalplanung in den Wirtschaftsplan eingestellt, durch die Krankenhausleitung sowie dem Träger bestätigt und den Abteilungs-/Klinikleitungen bekannt gegeben. Monatliche Auswertungen der erreichten Leistungen dienen zur Kontrolle und eventuellen Korrektur oder Anpassung des Personalbedarfes. Bei veränderten Budgetsituationen werden Ausgaben ebenfalls situativ angepasst. Kennzahlen, wie die Personalausfallquote oder die Fluktuationsrate werden durch die Personalabteilung erhoben und für jede Berufsgruppe zur Verfügung gestellt.

### **Personalentwicklung/Qualifizierung**

Das Personalentwicklungskonzept beschreibt alle Entwicklungsschritte, wie Einstellung, Planung, Förderung und Verabschiedung der Mitarbeiter. Mitarbeitergespräche mit Zielvereinbarungen und Zielerreichungsgespräche sind im Zusammenhang mit einer systematischen Leistungsbewertung verabschiedet und werden eingeführt. Interessen und Wünsche im Rahmen der Personalentwicklung werden bei der Realisierung von Fortbildung und Weiterbildung berücksichtigt. Zur Unterstützung bei Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung existieren im Personalentwicklungskonzept Regelungen. Tätigkeitsbeschreibungen sind für jede Dienstart, Stellenbeschreibungen für den Pflegedienst vorhanden.

### **Einarbeitung von Mitarbeitern**

Die Einarbeitung neuer Mitarbeiter ist Bestandteil unseres Personalentwicklungskonzepts. Die systematische Einarbeitung erfolgt nach einem allgemeinem Einarbeitungshandbuch und einer speziellen berufsgruppenbezogenen Einarbeitungscheckliste, um die ihnen übertragenen Aufgaben sicher, eigenständig und eigenverantwortlich durchzuführen. Jeder neue Mitarbeiter erhält im jeweiligen Bereich einen direkten Ansprechpartner und Mentor, in der Regel die Abteilungsleiter, die für die Einweisung verantwortlich sind. Die ausgefüllten Checklisten werden unterschrieben und durch die Führungskraft an die Personalstelle weitergeleitet. Während der Probezeit ist bei Bedarf ein Zwischengespräch und nach 5 Monaten ein Endgespräch zu führen. Weitere Informationsmöglichkeiten für neue Mitarbeiter, die über das allgemeine Informationshandbuch hinausgehen, befinden sich im Intranet/ QM-Handbuch.

## **Ausbildung**

Im Einarbeitungskonzept ist auch die Berufliche Erstausbildung berücksichtigt. Es stehen 7 - 11 Ausbildungsplätze zu Gesundheits- und Krankenpflegern/innen zur Verfügung. Die theoretische Ausbildung erfolgt an einer in Kooperation befindlichen Krankenpflegeschule. Für die praktische Ausbildung gibt es einen Hauptpraxisanleiter im Krankenhaus und weitere 19 Praxisanleiter auf den Stationen. Für die Ausbildung zu Bürokauffrau/ -mann steht 1 Platz pro Jahr zur Verfügung. Die theoretische Ausbildung erfolgt an der Berufsschule, die praktische Ausbildung in der Verwaltung des Klinikums. Innerhalb der IT- Abteilung wird 1 Ausbildungsplatz im 3-Jahreszyklus zum Fachinformatiker für Systemintegration vorgehalten.

## **Fort- und Weiterbildung**

Die Fort- und Weiterbildung dient der kontinuierlichen Personalentwicklung sowie der Erfüllung des Weiterentwicklungsbedarfs der Mitarbeiter und ist Bestandteil des Personalentwicklungskonzepts. Die Mitarbeiter wählen nach Angebot und Interesse die Fortbildung, wobei entsprechende Wünsche und Bedürfnisse der Mitarbeiter berücksichtigt werden. Ein Fortbildungskalender im Intranet wird dafür kontinuierlich gepflegt. Fachliteratur wird über die Bibliothek angeboten. Psychologische Psychotherapeuten in Ausbildung absolvieren in unserer Klinik aufgrund der bestehenden Kooperationsverträge ihr psychiatrisches Jahr. Im Rahmen der Facharztaus- und -Weiterbildung und der Ausbildung der Psychologen zum Psychologischen Psychotherapeuten bestehen Kooperationsverträge mit dem Sächsischen Weiterbildungskreis für Psychotherapie/Psychoanalyse und Psychosomatische Medizin e.V. (SWK), dem Institut für Verhaltenstherapie (IVT) dem Institut für Psychologische Therapie (IPT), der Köln-Bonner Akademie für Psychotherapie GmbH (KBAP), dem Corinner Institut für Tiefenpsychologie (CIT) und dem Sächsischen Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie e.V. (SPP). Damit wird den Facharztkandidaten die Möglichkeit einer qualifizierten Ausbildung im Rahmen der curricularen Weiterbildungsangebote der jeweiligen Institute ermöglicht.

## **Mitarbeiterorientierter Führungsstil**

Motivierte Mitarbeiter sind die wichtigste Ressource unseres Krankenhauses. In den Arbeitsgruppen und Gremien werden qualifizierte Mitarbeiter in die strategische Planung neuer Projekte einbezogen. In den Führungsgrundsätzen des Krankenhauses sind die Rechte und Pflichten eines jeden Mitarbeiters geregelt. Für die Förderung der Grundsätze und einer guten Zusammenarbeit auf allen Ebenen werden Führungstechniken wie z.B. Zielvereinbarungs- und Zielentwicklungsgespräche, Mitarbeitergespräch zwischen Führungskraft und Mitarbeiter eingesetzt. In der Mitarbeiterbefragung wird nach dem Führungsverhalten aller Führungskräfte gefragt.

## **Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit**

Die Arbeitszeitregelungen sind lt. AZ-Gesetz auf die organisatorischen Abläufe abgestimmt, Ruhe- und Mindestarbeitszeiten werden überwacht. Eine Mindestbesetzung von Pflege- und therapeutischem Personal wird durch den vorgegebenen Rahmendienstplan sichergestellt. Mitarbeiterwünsche finden unter Beachtung einer optimalen Patientenversorgung Berücksichtigung. Urlaubspläne werden durch die Mitarbeiter selbst erstellt und anschließend unter dem Aspekt der optimalen Patientenversorgung von den Vorgesetzten bewertet und ggf. genehmigt. Für die Dienstplangestaltung und Urlaubsregelung gibt es gesetzliche Grundlagen.

## **Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden**

Es gibt ein betriebliches Vorschlagswesen sowie ein Konfliktmanagement. Ideen, Anregung und Beschwerden können schriftlich oder mündlich aufgenommen werden. Vorschlägen die durch Mitarbeiter eingebracht werden, werden vom Team des Betrieblichen Vorschlagswesens beurteilt und durch ein schnelles Feedback eine Rückmeldung gegeben. Ziel des Konfliktmanagements ist es u.a., möglichst viele Unzufriedenheiten mit unserer Organisation offen zu legen um dadurch zu gewährleisten, dass Beschwerden schnell für unseren kontinuierlichen Verbesserungsprozess nutzbar sind.

### **3 Sicherheit**

#### **Arbeitsschutz**

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum Arbeitsschutz angewandt, das insbesondere Sicherheitsaspekte am Arbeitsplatz, bei Mitarbeitern, im Umgang mit Gefahrstoffen und zum Strahlenschutz berücksichtigt. Durch regelmäßige Kontrollen bei den jährlichen Stationsbegehungen werden sämtliche Unterlagen sowie die allgemeinen Arbeitsbedingungen und die Umsetzung der Arbeitsschutzanweisungen mit Hilfe einer Checkliste überprüft. Unfallmeldungen werden im erforderlichen Umfang erstellt und bearbeitet. Durch geeignete, organisatorische Maßnahmen konnten viele krankenhausspezifische Unfälle minimiert werden, u. a. Nadelstichverletzungen. Verbesserte Arbeitsbedingungen trugen ebenfalls zur Senkung bestimmter Unfallarten bei. Durch gezielte Unterweisung der Mitarbeiter wurden z. B. Unfälle beim Heben und Tragen sowie Angriffe von Patienten gesenkt.

#### **Brandschutz**

Zur Vermeidung von Bränden und zum vorbeugenden Brandschutz existiert ein Evakuierungs-, Alarm- und Einsatzplan einschließlich einer Brandschutzanweisung. Der Alarm- und Einsatzplan beinhaltet Handlungsanweisungen bei Bränden und Katastrophen. Die Häuser sind mit Brandmeldeanlagen und alle Patientenzimmer mit Rauchmeldern ausgestattet. Es erfolgte eine Alarmaufschaltung auf die zentrale Brandmeldeanlage. Einmal jährlich finden Unterweisungen zum Brandschutz für die Mitarbeiter statt. Verpflichtende Teilnahmen werden über eine Teilnehmerliste dokumentiert. Zusätzlich werden 1x jährlich Brandschutzübung angeboten (Löschübung). Feuerlöscher und Brandmeldeanlage werden gem. den gesetzlichen Bestimmungen regelmäßig geprüft. Anfahrtswege der Feuerwehr sind gekennzeichnet, die Hydranten/Feuerlöscher sind auf den Flucht- und Rettungsplänen auf jedem Gang gekennzeichnet. Piktogramme weisen zusätzlich auf Hydranten/Feuerlöscher hin.

#### **Umweltschutz**

Umweltbewusstes Denken und Handeln ist eine Grundeinstellung unserer Philosophie. Zur Vermeidung von Abfall verfügen alle Abteilungen über Wertstoffsammelbehälter, die auf die arbeitsplatzspezifisch anfallenden Abfallarten ausgelegt sind. Restabfall wird vorbearbeitet und getrennt zur thermischen Energiewiedergewinnung zurückgeführt. Durch die Sanierung von Gebäuden tragen wir zu einer weiteren Einsparung von Energie bei. Durch die Betreibung zweier Wassersysteme zur Wassereinsparung (Brauchwasser und Trinkwasser), kann der Wasserverbrauch gesteuert werden. Sämtliche technische und gärtnerische Anlagen werden vorwiegend mit Brauchwasser betrieben. Zusätzlich wird eine Regenwassernutzung durch eine Zisterne betrieben. Im Heizhaus des Krankenhauses wurde eine Wärmerückgewinnungsanlage zur Energieeinsparung eingebaut. Lieferantenbewertung über ökologische und Abfalltechnische Kriterien werden bei Ausschreibung und Vergabe berücksichtigt.

## **Katastrophenschutz**

Im Alarm- und Einsatzplan sind Pläne und Handlungsanweisungen zum Verhalten bei Bränden, Bombendrohungen, außergewöhnlichen Infektionen und allgemeinen Havarien enthalten. Es fand eine überregionale Katastrophenschutzübung statt, in die auch unser Krankenhaus eingebunden war und bei der bestimmte Notfallsituationen geprobt werden konnten. Eine Evakuierungs- und Brandübung, eine Geiselnahme und ein Ausbruchversuch wurden in der Forensik durchgeführt. Alle Pläne werden regelmäßig durch Sicherheitsingenieure geprüft und ggf. aktualisiert.

## **Nichtmedizinische Notfallsituationen**

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung bei hausinternen, nichtmedizinischen Notfallsituationen angewandt. Die Planungen zur Regelung nichtmedizinischer Notfallsituationen sind im Alarm- und Einsatzplan dokumentiert. Er beinhaltet Regelungen bei Bränden, Bombendrohungen, externen Gefahrenlagen und allgemeinen Havarien. Für technische Komponenten, die für den Betrieb des Krankenhauses wichtig sind, z. B. Informationstechnik, existieren spezielle Havarie-Pläne. Ein Risikomanagementsystem ist eingeführt und im Rahmen der Einführung in allen Abteilungen geschult/ informiert. Eine Überprüfung der vorhandenen Notstromaggregate erfolgt regelmäßig und wird protokolliert.

## **Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung**

Der Schutz unserer Patienten stellt ein hohes Maß an einer sicheren Umgebung und eines entsprechenden Umgangs dar. Zur Gewährleistung der Patientensicherheit wird ein abgestuftes Sicherheitssystem eingesetzt. Für eigen- und fremdgefährdende Patienten steht eine geschützte Station mit Videoüberwachungsmöglichkeit zur Verfügung. Sicherungsmaßnahmen werden immer ärztlich angeordnet, dokumentiert und regelmäßig auf weitere Notwendigkeit überprüft, dabei sind diese Maßnahmen immer zeitlich befristete Einzelfallentscheidungen mit der geringsten möglichen Einschränkung für den Patienten. Für Kriseninterventionen ist das bestehende Deeskalationsteam Multiplikator für alle Mitarbeiter.

## **Medizinisches Notfallmanagement**

Der Umgang und das Verfahren mit medizinischen Notfällen sind festgelegt und den Mitarbeitern bekannt. Die Planung des Notfallkonzeptes sieht vor, dass bei medizinischem Notfall die Soforthilfe durch Ersthelfer vor Ort erfolgt. Zur Qualifikation des Pflegepersonals werden Reanimationsübungen durch den Betriebsarzt und dem Fachbereichsleiter OP/ Anästhesie der Nachbarklinik regelmäßig und verpflichtend durchgeführt. Eine regelmäßige Überprüfung der in allen Bereichen verfügbaren Notfallkoffer erfolgt unter ärztlicher Verantwortung und wird auf einheitlichen Formularen dokumentiert.

## **Hygienemanagement**

Die Sicherstellung der Einhaltung der Hygienerichtlinien hat das Ziel, Besucher, Patienten und Mitarbeiter zu schützen. Die Krankenhaushygiene des Krankenhauses ist in einem Hygienekonzept geregelt. In der Einrichtung existiert eine Hygienekommission. Die Zusammensetzung entspricht der RKI-Richtlinie. Das bedeutet, dass ein externer Hygienefacharzt greifbar ist, der jederzeit bei Belangen zur Verfügung steht. Weiterhin gibt es einen Hygienebeauftragten Arzt und eine Hygienefachschwester im Krankenhaus. Zweimal im Jahr oder bei besonderen Anlässen wird eine Hygienekommissionssitzung durchgeführt. Umzusetzende Für die Speisenherstellung garantiert der Caterer die Einhaltung des HACCP-Konzepts.

## **Hygienerrelevante Daten**

Festgelegte Daten werden durch die Hygienebeauftragte erhoben und dienen als Grundlage von Auswertungen und Besprechungen. Regelmäßige und kontinuierliche Fortbildungen und damit verbunden die Information des Pflegepersonals und der Ärzte zu den hygienerlevanten Erhebungen finden statt. Meldepflichtige Infektionskrankheiten werden durch die Stationen an die Hygieneabteilung gemeldet. Der gesetzliche Meldeweg von Infektionserkrankungen ist im Hygieneplan beschrieben und erfolgt durch die Ärzte oder Hygienefachkraft an das zuständige Gesundheitsamt.

## **Infektionsmanagement**

Im Hygieneplan sind Maßnahmen bei Auftreten von Infektionserkrankungen, hervorgerufen durch bakterielle sowie virale Infektionserreger, in Form von Merkblättern beschrieben. Alle Bereiche verfügen über Schutzausrüstungen, die bei Bedarf entsprechend angelegt werden müssen. Die Schutzkleidung ist in den Hygienemerkbältern entsprechend der Infektionserkrankung vorgeschrieben. Ebenso ist die Schutzkleidung für bestimmte Tätigkeiten festgelegt. Die Mitarbeiter werden durch die Hygienefachschwester ebenso wie durch die Fachkraft für Arbeitssicherheit dahingehend geschult. Es existiert ein Pandemieplan Influenza, indem alle relevanten Details, z.B. Personalschutzmaßnahmen beschrieben sind.

## **Arzneimittel**

Das Krankenhaus gewährleistet eine sichere, zuverlässige und ausreichende Versorgung mit Arzneimitteln. Zur Versorgung mit Arzneimitteln besteht ein Kooperationsvertrag mit einer externen Apotheke. Es existiert ein Gesamtkonzept Arzneimittelmanagement inkl. schriftlicher Regelungen z.B. zu Komplikationen, Aufklärung, Vermeidung von Dokumentations- und Übertragungsfehlern.

Die Auswahl der Medikamente ist aus der Gesamtarzneimittelliste möglich. Diese ist im Intranet hinterlegt. Überprüfungen in der Lagerung, Bevorratung und Haltbarkeit erfolgen durch halbjährliche Apothekenbegehungen auf allen Stationen und durch Schulung des Personals.

## **Blutkomponenten und Plasmaderivate**

Im Sächsischen Krankenhaus Altscherbitz wird kein Einsatz von Eigenblut vorgenommen, Blutprodukte und Blutderivate werden entsprechend der Transfusionsordnung verwendet und angewendet. Der Verbrauch dieser Produkte wird einmal jährlich an das Paul-Ehrlich-Institut gemeldet. Eine Meldung von Zwischenfällen erfolgt entsprechend den Standardmeldebögen (von der Haema AG) zu Transfusionszwischenfällen/Beinahe-Vorkommnissen und durch den Meldebogen des Risikomanagements.

## **Medizinprodukte**

Es liegt eine Dienstanweisung vor, welche den Umgang und Einsatz von Medizinprodukten entsprechen dem Medizinproduktegesetz und der Medizinproduktebetreiber-Verordnung regelt. Die Dienstanweisung regelt die Verantwortungsbereiche des Verwaltungsleiters, der Chefärzte, der Gerätebeauftragten, der Anwender, der Medizintechnik und des Einkaufs. Alle technischen Medizinprodukte werden gemäß Medizinproduktebetreiber-Verordnung den vorgeschriebenen sicherheitstechnischen und messtechnischen Kontrollen unterzogen.

## **4 Informations- und Kommunikationswesen**

### **Aufbau und Nutzung der Kommunikationstechnologie**

Aufgrund der vorhandenen IT-Infrastruktur ist allen Anwendern eine uneingeschränkte IT-Nutzung im Rahmen ihrer Zugangsberechtigungen möglich. In einem IT-Sicherheitskonzept und einem Havariekonzept sind geregelt, wie die Datensicherung erfolgt und wie sich die Mitarbeiter bei Ausfall des Systems zu verhalten haben. Die IT-Infrastruktur steht prinzipiell im 24-Stunden-Betrieb zur Verfügung, lediglich bei Hard- und Softwarewartung oder schwerwiegenden Störungen erfolgen geringfügige Unterbrechungen. Durch eine Störungshotline wird eine ständige Erreichbarkeit der entsprechenden Mitarbeiter gewährleistet, ebenfalls steht eine IT-Rufbereitschaft außerhalb der regulären Dienstzeiten zur Verfügung.

### **Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten**

Die Regelung zur Führung und Dokumentation von Patientendaten sieht vor, dass einheitlich unter Verwendung des Dokumentationssystems dokumentiert wird, wobei abteilungsspezifisch in Abhängigkeit von der jeweiligen Abteilungsstruktur intern eine gesonderte Dokumentation durchgeführt wird. Für alle Mitarbeiter bestehen Dienstanweisungen zur Dokumentationspflicht. Bei Problemen in der Durchführung der Dokumentation erfolgt eine gesonderte Belehrung. Die Einführung einer elektronischen Patientenakte wird für die gesamte Klinik vorbereitet. Für alle Mitarbeiter gelten die Grundsätze des Datenschutzes und der Schweigepflicht. Die Patientenakten werden entsprechend der Archivordnung archiviert.

### **Verfügbarkeit von Patientendaten**

Um alle Daten zeitnah und vollständig verfügbar zu halten, wird für den aktuellen stationären Aufenthalt eine Patientenakte angelegt, zu der alle am Behandlungsprozess Beteiligten einen uneingeschränkten Zugang haben. Bei einem oder mehreren vorherigen Krankenhausaufenthalten werden die Patientenakten in einem speziell angelegten Hefter archiviert und bei einem erneuten Aufenthalt der jeweiligen Station zur Verfügung gestellt. Anhand der Patientendokumentation sind aktueller Zustand und klinischer Verlauf des Patienten ersichtlich, ebenso werden ärztliche und pflegerische Maßnahmen begründet und dokumentiert. Zusätzliche Informationen über den aktuellen Zustand des Patienten liefern bei Verlegung oder Entlassung eine sog. Kurz-Epikrise (ärztlicher Kurzbrief am Entlassungstag) und ein Pflegeverlegungsbericht.

## **Information der Krankenhausleitung**

Alle relevanten internen Informationen werden nach einer Festlegung zeitnah schriftlich von der Krankenhausleitung an die Fachabteilungen gegeben. Externe Informationen werden mündlich und bei Notwendigkeit schriftlich den Fachabteilungen bekannt gemacht. Es existiert eine Verfahrensanweisung zur Meldung besonderer Vorkommnisse an die Krankenhausleitung. Festgelegte Kennzahlen werden für die Krankenhausleitung regelmäßig erstellt und dann vorgelegt. Eine Besprechungsübersicht mit klaren Regelungen zur Information der Krankenhausleitung wird genutzt und gewährleistet die notwendige Unterrichtung der Führungsebene.

## **Informationsweitergabe (intern/extern)**

Im Sächsischen Krankenhaus Altscherbitz sind die Kommunikationsstrukturen zwischen den Bereichen und Kliniken geregelt. Strukturierte Ablaufpläne sind Bestandteil der täglichen Arbeit. Berufsgruppenübergreifende Informationen und Abstimmungsgespräche sichern die qualifizierte Betreuung der Patienten. E-Mail-Zugänge sowie der Zugang zum Intranet realisieren eine durchgängige Informationsweitergabe. Von extern erhaltene Informationen werden regelmäßig überprüft und analysiert. Die Außendarstellung eigener Informationen erfolgt über das Internet, Pressemitteilungen, Veranstaltungen, Messeauftritte, Flyer, andere Druckerzeugnisse etc. über das ganze Jahr hinweg. Die Chefarzte halten regelmäßigen Kontakt zu niedergelassenen Ärzten.

## **Organisation und Service**

Das Sächsische Krankenhaus Altscherbitz führt eine zentrale Empfangstheke (einschließlich Telefonvermittlung), die rund um die Uhr besetzt ist und über alle notwendigen aussagefähigen Informationen verfügt. Die entsprechenden Informationen liegen digital bzw. in Papierform vor. Handlungsrichtlinien (z.B. für Notfallsituationen und Havariepläne) stehen dem Personal zur Verfügung. Die Ausstattung des Empfangsbereichs mit PC - Technik ermöglicht die Weitergabe von aktuellen Informationen sowohl für Besucher als auch bei telefonischen Anfragen. Die Aufnahmekabinen in der Patientenaufnahme stellen die Intimsphäre sicher. Die Wahrung des Datenschutzes ist in allen Bereichen gewährleistet.

## **Regelungen zum Datenschutz**

Daten und Informationen, insbesondere von Patienten, werden im Krankenhaus durch verschiedene Maßnahmen geschützt. Der Datenschutz ist durch technische und organisatorische Maßnahmen gewährleistet. Die Planung der Maßnahmen zum Datenschutz erfolgt durch den Datenschutzbeauftragten des Krankenhauses in Abstimmung mit der Krankenhausleitung. Alle Mitarbeiter werden bei Einstellungen zu Fragen des Datenschutzes nachweisbar unterwiesen. Der Zugriff auf Datenbanken in IT-Systemen ist durch Passwörter geschützt. Ein jährlicher Datenschutzbericht für die Krankenhausleitung wird erstellt.

## **5 Führung**

### **Vision, Philosophie und Leitbild**

Die Vision/ Unternehmensphilosophie des Krankenhauses ist im Leitbild verankert. Ein zusätzliches Pflegeleitbild stellt die Pflegequalität dar. Durch die Krankenhausführung werden alle Aktivitäten zum Klinikleitbild unterstützt, respektiert und diskutiert. Jeder Mitarbeiter hat die Möglichkeit seine Gedanken einzubringen und sich mit seinen Aufgaben auseinanderzusetzen. Die Vision, die Philosophie und das Leitbild werden in allen Hierarchieebenen unseres Krankenhauses umgesetzt und in der Qualitätspolitik verwirklicht. Alle Qualitätsprojekte, nehmen ebenso wie die im Krankenhausmanagement sich im Einsatz befindlichen Instrumente des Qualitätsmanagement Bezug auf das Leitbild.

### **Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen**

Die positive Zusammenarbeit mit der Personalvertretung, die abteilungsübergreifenden Fortbildungsveranstaltungen, die Mitarbeitergespräche, Mitarbeiterkonferenzen, Teambesprechungen, gemeinsame Veranstaltungen von Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern und Zusammenkünfte in gelockerter Atmosphäre fördern die unternehmensinterne Kommunikation und tragen zur Vertrauensförderung bei. Durch Weitergabe von Informationen an alle Mitarbeiter und die Bereitschaft der Krankenhausleitung, Mitarbeiterwünsche zu respektieren und über Möglichkeiten der Veränderungen zu diskutieren, ist ein Vertrauensbeweis gegeben. Bei der Umsetzung von vertrauensfördernden Maßnahmen in den Teams und Abteilungen werden die jeweiligen Abteilungsleiter einbezogen, über wichtige Vorhaben wird gemeinsam diskutiert, um Lösungswege aufzuzeigen und die Umsetzungen nach Bewertung zu garantieren.

### **Ethische und kulturelle Aufgaben, sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse**

Die Klärung ethischer Fragestellungen erfolgt im Rahmen der regelhaften Sitzung des Ethikkomitees. Zusätzlich ist der Krankenhauseelsorger Ansprechpartner für ethische Fragen der Patienten. Im Klinikleitbild ist die Beachtung der Individualität jedes Einzelnen, unabhängig von der sozialen Herkunft, der Weltanschauung und der Nationalität festgeschrieben. Regelmäßige Weiterbildungen für das Personal, Angehörigengruppen und Kontakte zu den Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften im Umfeld gewährleisten eine weitere kontinuierliche Information und Auseinandersetzung aller Beteiligten mit ethischen Fragestellungen.

### **Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung**

Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und nutzt diese für die Steuerung seiner Handlungen. Die allgemeine Zielplanung bestimmt die Planung der Bereiche, der medizinischen Fachabteilungen und des nicht medizinischen Bereichs und darüber hinaus die operationalen Handlungen. Des Weiteren werden die Zielplanungen durch Ergebnisse von Teambesprechungen mit beeinflusst, die falls machbar in die strategische Ausrichtung des Krankenhauses eingearbeitet werden. Zusätzlich führt das Kranken-

haus jährlich einen Ziel- und Strategieworkshop durch, in dem kurz- und mittelfristige Ziele als Empfehlung erarbeitet werden. Die Zielplanung hat einen verbindlichen Charakter und dient als Steuerungselement, das in der Personalplanung, den räumlichen Planungen, den medizinischen und nichtmedizinischen versorgungstechnischen Planungen und den gesundheitspolitischen Vorgaben Berücksichtigung findet.

### **Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen**

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

### **Festlegung einer Organisationsstruktur**

Die aktuelle Organisationsstruktur des Krankenhauses ist unter Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten festgelegt. In Anlehnung an die Vorgaben des Krankenhausträgers wird die Organisationsstruktur unseres Hauses durch ein übergeordnetes Organigramm mit Benennung der Funktionsträger dokumentiert und bei strukturellen Veränderungen aktualisiert. Zur Optimierung der Abläufe und Prozesse werden interdisziplinäre Projektgruppen berufen, welche nach Analyse des Ist-Zustandes neue Standards entwickeln und für deren Umsetzung Maßnahmen aufzeigen. Es existieren Kommissionen und Gremien sowie Beauftragte; Arbeitsgruppen; Ansprechpartner. Die Kompetenzen der entsprechenden Ansprechpartner sind in den Funktions-/Stellenbeschreibungen definiert. Die Gremien und Kommissionsarbeit ist systematisch in einer Besprechungsübersicht dargestellt.

### **Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien**

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise von Leitungsgremien und Kommissionen, das ein effizientes und effektives Vorgehen unterstützt. Zur Sicherstellung der effektiven u. effizienten Krankenhausführung im Sinne einer optimalen Patientenversorgung gibt es das Gremium der Krankenhausleitung, das QM-Gremium, die Hygiene-, Arzneimittel- und Küchenkommissionen, die Arbeitsschutz- und Katastrophenschutz Ausschüsse und die Internet- und Zeitungsredaktionen. Die Unternehmensleitung ist über die Arbeiten und Ergebnisse informiert. Die Transparenz von Projekten und definierten Prozessen ist durch Veröffentlichung im Intranet gewährleistet. Kern-, Management- und unterstützende Prozesse werden in der Kennzahlenmatrix evaluiert.

## **Innovation und Wissensmanagement**

Innovationen werden in Fachkonferenzen, im persönlichen Gespräch, über Email und durch Arbeitsanweisungen kommuniziert. Die Implementierung von Innovationen erfolgt unter Einberufung von Arbeitsgruppen durch die Klinikleitung. Um ein innovationsfreundliches Betriebsklima zu schaffen, besteht die grundsätzliche Haltung, Vorschläge der Mitarbeiter ernst zu nehmen und zu fördern. Umgesetzte Innovationen werden nach einer angemessenen Zeit einer Überprüfung unterzogen. Das Wissensmanagement und der Aspekt des zunehmend wichtiger werdenden Wissenstransfers ist Teil unseres Personalentwicklungskonzeptes und dort entsprechend verankert.

## **Externe Kommunikation**

Die Krankenhausleitung initiiert nach einem beschlossenen Konzept eine systematische Öffentlichkeitsarbeit. In diesem wird jährlich ein Maßnahmenplan „Öffentlichkeitsarbeit“ mit Definition von Zielwerten und Kennzahlen erstellt. Die Klinik wird sich zukünftig der Öffentlichkeit in einem noch stärkeren Maße präsentieren. Besucher, Gäste, Angehörige von Patienten oder Geschäftspartner werden gezielt auf das Unternehmen „Krankenhaus“ hingewiesen. Dabei sind bestimmte Verhaltensregeln zu beachten, welche sich aus der Trägerschaft ergeben. Weiterhin präsentiert sich das Krankenhaus auf der Homepage ([www.skh-altscherbitz.de](http://www.skh-altscherbitz.de)).

## **Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems**

Zur Vermeidung von Gefahren, die zur Erfolgsminderung führen, sind der Aufbau und die Umsetzung eines umfassenden Risikomanagements auf Grundlage eines Konzepts abgeschlossen. Im Rahmen des Risikomanagements werden Zwischenfälle/ Beinahe-Zwischenfälle regelmäßig ausgewertet und Gegenmaßnahmen eingeleitet. Ein internes Kennzahlensystem stellt Ziel- und Ist-Werte übersichtlich dar. Das Krankenhaus ist bestrebt, eine Vertrauenskultur aufzubauen, die das Melden von internen Zwischenfällen unterstützt und somit Risiken frühzeitig erkennen und verhindern hilft.

## **6 Qualitätsmanagement**

### **Organisation**

Die Krankenhausführung ist verantwortlich für die Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements. Bereits 2001 wurde mit den Vorbereitungen zur Einführung eines Qualitätsmanagementsystems aktiv begonnen. Der Prozess der Weiterentwicklung unseres QM- Systems mündete 2010 in der kompletten Überarbeitung unseres QM-Konzeptes. Im Organigramm des Sächsischen Krankenhauses Altscherbitz ist das QM als Stabstelle der KH-Leitung fixiert. Die geschulten Multiplikatoren stellen die Einbindung der Bereiche sicher, steuern die Arbeit und übermitteln die Ergebnisse an das Qualitätsmanagement. Der Lenkungsausschuss trifft sich regelmäßig und steuert das QM-Verfahren. Im Lenkungsausschuss werden Ziele und Vorgehensweise festgelegt und die Planung neuer Projekte strukturiert, um Qualitätsverbesserungsprozesse anzustoßen.

### **Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung**

Kern-, Führungs-, Stützprozesse dienen der Erfüllung der Erwartungen unserer Hauptkundengruppen, den Patienten, sowie Angehörigen, Mitarbeitern, Partnern und der Gesellschaft durch Führung, Zielkonsequenz, Prozessgestaltung, kontinuierliches Lernen, Innovation und Verbesserung. In unserem QM- Konzept existiert ebenfalls bereits die Aufteilung nach der Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität. Wir sind bestrebt unsere Schnittstellen und Prozesse durch Qualitätszirkel und Arbeitsgruppen ständig zu optimieren. Die fachliche Qualifikation zu unserem Prozessmodell wird in der Fort- und Weiterbildungsplanung für das kommende Jahr übernommen. Zur Prozessoptimierung nutzen wir Kennzahlen (z.B. Befragungsergebnisse). Weiterhin ist die Erstellung klinischer Pfade für die wichtigsten Diagnosen geplant.

### **Patientenbefragung**

Die Patientenzufriedenheit wird im Rahmen einer kontinuierlichen und einer umfassenden Patientenzufriedenheitsbefragungen erhoben. Alle Befragungen beruhen auf Freiwilligkeit, sind anonym und gewährleisten den Datenschutz. Die Veröffentlichung der Ergebnisse der kontinuierlichen Befragung erfolgt monatlich in den einzelnen Bereichen sowie quartalsweise im Lenkungsausschuss und einmal pro Jahr statistisch in der Hauszeitschrift der Einrichtung. Die Ergebnisse der umfassenden Befragung werden intern veröffentlicht und mit anderen sächsischen Landeskrankenhäusern und anderen Psychiatrien verglichen. Patientenbefragungen werden im Rahmen einer Maßnahmenplanung ausgewertet und Konsequenzen aus den Ergebnissen gezogen.

### **Befragung externer Einrichtungen**

Zur Befragung externer Einrichtungen ist ein Befragungskonzept entwickelt und verabschiedet. Dieses sieht vor das in einem Intervall von 3 Jahren eine Einweiserbefragung durchgeführt werden soll. Bei der Einweiserbefragung handelt es sich um ein erprobtes Instrument, das üblicherweise auch in Kliniken mit ähnlichem Schwerpunkt zur Anwen-

dung kommt und deshalb gute Möglichkeiten des Benchmarks bietet. In unserer Klinik ist in 2014 erstmals eine Einweiserbefragung durchgeführt worden.

### **Mitarbeiterbefragung**

Die Erhebung der Mitarbeiterzufriedenheit ist ein festes Instrument für die zukünftige Zielplanung der Führung und des QM des Hauses. Eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit ist ein wichtiger Indikator des Erfolgs und der Entwicklung des Krankenhauses. Die Befragung unterliegt den Forderungen des Datenschutzes. Damit werden die Anonymität und der Schutz jeder einzelnen Person gewährleistet. Im Lenkungsausschuss werden aufgetretene Verbesserungspotentiale besprochen und anschließend gemeinsam Lösungswege erarbeitet. Die Befragungsergebnisse werden für neue Qualitätsziele sowie für konkrete Verbesserungsmaßnahmen hinzugezogen, genutzt und zukünftig in den Kennzahlenkatalog eingearbeitet. Die Rücklaufquote wird durch das QM erhoben und kann mit den Folgejahren verglichen werden. Die Ergebnisse wurden intern veröffentlicht und mit anderen sächsischen Landeskrankenhäusern und mit anderen psychiatrischen Kliniken verglichen.

### **Umgang mit Wünschen und Beschwerden**

Das Konflikt- und das Beschwerdemanagement sieht vor, dass Patientenwünsche und Beschwerden anderer z.B. Mitarbeiter oder Externer umgehend behoben oder umgehend an die dafür zuständigen Mitarbeiter zur Erarbeitung einer Lösung weitergeleitet werden. Die Vorgehensweise ist in einem Konzept zum Beschwerdemanagement aufgeführt. Die Anzahl der dokumentierten Patientenbeschwerden, die Zeitdauer bis zur Abarbeitung nicht anonymer Beschwerden und die Anzahl der Beschwerden vom Patientenfürsprecher sollen statistisch erhoben werden und sind Bestandteil des einmal jährlich erscheinenden Beschwerdebericht/ Beschwerdestatistik. Zu den Beschwerden werden Gegenmaßnahmen eingeleitet, deren Wirkung in der Statistik sichtbar und messbar ist.

### **Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten**

Über die gesetzlich vorgeschriebenen qualitätssichernden Maßnahmen sind alle Fachabteilungen angehalten qualitätsrelevante Daten zu erheben. Die Kriterien dazu sind da, wo es Vergleichsmöglichkeiten gibt, mindestens in den zulässigen Spielräumen/Varianzen zu bleiben. Bei der Erhebung relevanter Daten wird stets Bezug auf die Empfehlungen der Fachverbände/ Gesellschaften genommen und dies in der Erhebung berücksichtigt. Externe Erhebungen müssen den Vorgaben der Gesellschaften entsprechen. Weitere intern erhobene qualitätsrelevante Daten sind die vom Krankenhaus eingeführte Kennzahlenübersicht, das umfangreiche Auditsystem, die Patienten- und die Mitarbeiterbefragung. Mit allen erhobenen Daten sollen sich Rückschlüsse auf die Qualität ziehen lassen, sowie Handlungsbedarfe und Verbesserungspotentiale identifizieren lassen.