



# KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

<b>Krankenhaus:</b>	SHG-Kliniken Sonnenberg		
<b>Institutionskennzeichen:</b>	261000035		
<b>Anschrift:</b>	Sonnenbergstraße 10	Spitalstraße 2	Waldstraße 40
	66119 Saarbrücken	66130 Saarbrücken	66271 Kleinbittersdorf

**Ist zertifiziert nach KTQ<sup>®</sup>**  
**mit der Zertifikatnummer:** 2017-0033 KHVB  
**durch die von der KTQ-GmbH**  
**zugelassene Zertifizierungsstelle:** QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche

**Gültig vom:** 01.08.2017  
**bis:** 31.07.2020

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b>	<b>5</b>
<b>Die KTQ-Kategorien</b>	<b>7</b>
1. Patientenorientierung	8
2. Mitarbeiterorientierung	11
3. Sicherheit - Risikomanagement	13
4. Informations- und Kommunikationswesen	17
5. Unternehmensführung	18
6. Qualitätsmanagement	20

## 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) 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<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,
- 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 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-Dachverband, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Knappschaft.

Während 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.

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 die **SHG Kliniken Sonnenberg** 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

## Vorwort der Einrichtung

Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Patientinnen und Patienten,

**Die SHG-Kliniken Sonnenberg** sind als Akutkrankenhaus mit 491 Betten/Plätzen im Landeskrankenhausplan des Saarlandes ausgewiesen.

Der Träger des Krankenhauses ist die Saarland-Heilstätten GmbH (SHG).

Die Gesellschafter der SHG sind: Deutsche Rentenversicherung Saarland, Regionalverband Saarbrücken, Deutsche Rentenversicherung Knappschaft - Bahn - See, Arbeiterwohlfahrt Landesverband Saarland e.V. (AWO).

Im Jahr 2016 wurden in den SHG-Kliniken Sonnenberg 7663 stationäre, 988 teilstationäre und 8356 ambulante Patienten aus der Region in fünf Fachabteilungen versorgt: Geriatrie, Neurologie/neurologische Frührehabilitation, Psychiatrie, bestehend aus Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie und Sucht, Mutter – Kind – Station, Gerontopsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Adoleszente und Allgemeine Chirurgie.

Die SHG-Kliniken Sonnenberg bieten mit ihrer besonderen Fachabteilungsstruktur eine wohnortnahe Versorgung durch ausgelagerte Betriebsstätten in Brebach (Geriatrie und Chirurgie), in Quierschied (Chirurgie) und in Kleinblittersdorf (Kinder- und Jugendpsychiatrie) sowie durch Tageskliniken an mehreren Standorten in Saarbrücken und St. Wendel (Kinder- und Jugendpsychiatrie).



Die besonderen Stärken der SHG-Kliniken Sonnenberg liegen in der ganzheitlichen Betreuung der Patienten durch ein interdisziplinäres qualifiziertes und motiviertes Behandlungsteam sowie in einer engen Kooperation mit den Reha-Kliniken innerhalb der SHG-Gruppe: dies ermöglicht eine umfassende Behandlung „aus einer Hand“.

Wir sind ständig bestrebt unsere Leistung in der Versorgungsqualität unserer Patienten zu verbessern. So wird fortwährend an neuen und ergänzenden Behandlungskonzepten gearbeitet, wie beispielsweise der Ausbau der geriatrischen Therapiemöglichkeiten durch den Neubau eines innovativen und lichtdurchfluteten Therapieflügels oder die Ausweitung der Bettenkapazität für die neurologische Frührehabilitation und Psychiatrie/Gerontopsychiatrie.

Um den besonderen Anforderungen von Heranwachsenden und jungen Erwachsenen psychisch kranken Menschen gerecht zu werden wurde 2013 die von Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie interdisziplinär geführte Adoleszentenstation um 5 Betten auf insgesamt 21 Betten/Plätze erweitert.

Um postpartalen und weiteren psychischen Störungen junger Mütter frühzeitig eine geeignete Behandlung zukommen zu lassen ging 2103 eine Mutter-Kind Einheit mit 6 Betten ans Netz. Diese ergänzt sinnvoll das ambulante Angebot der Säuglings- und Kleinkindambulanz der SHG KJP und SIAP (Saarländisches Institut zur Aus- und Weiterbildung in Psychotherapie)

Die Kliniken Sonnenberg stellen sich ihrer sozialen Verantwortung zur Aus-, Fort- und Weiterbildung in Gesundheitsfachberufen (insbesondere Kranken- und Altenpflege, Ergotherapie, Physiotherapie, Podologie, Betriebswirt im Gesundheitswesen) und haben dazu das Lehrinstitut für Gesundheitsberufe eingerichtet. Um der gesellschaftspolitisch geforderten Nachfrage nach Akademisierung in Gesundheitsberufen zu entsprechen und zur Deckung des eigenen Bedarfes wird unser Angebot seit 2013 um eine abgeschlossene Berufsakademie (BA) erweitert.

Saarbrücken, im Juni 2017

**Verwaltungsdirektor**

Dr. Martin Huppert

**Pflegedirektoren**

Beate Weis / Volker Peters

**Ärztlicher Direktor**

Dr. Wolfgang Hofmann

# Die KTQ-Kategorien

## 1. Patientenorientierung

### 1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Bei der Vorbereitung der Aufnahme wird sichergestellt, dass Patienten und Einweisern alle notwendigen Informationen über die benötigten Unterlagen vorliegen. Die medizinische Notwendigkeit und die Wünsche von Einweisern und Patienten werden bei der Terminvergabe berücksichtigt.

Die Erreichbarkeit über private und öffentliche Verkehrsmittel wird sichergestellt, das Krankenhaus mit seinen Parkmöglichkeiten ist öffentlich ausgeschildert. Parkplätze stehen sowohl für Patienten, Angehörige, Besucher und Mitarbeiter in ausreichender Zahl zur Verfügung.

Das Krankenhaus verfügt über ein systematisches, einheitliches Wegleitsystem.

### 1.1.2 Leitlinien und Standards

Eine hochwertige, umfassende Patientenversorgung unter Berücksichtigung neuester medizinischer und pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse, um ein einheitliches Vorgehen zu gewährleisten ist sichergestellt. Leitlinien und Standards sind für die wichtigsten Problemfelder vorhanden und werden an die spezifischen Besonderheiten der Kliniken angepasst. Ihre fortlaufende Weiterentwicklung ist zentrale Aufgabe der leitenden Mitarbeiter des Hauses. Für spezielle Themenbereiche gibt es gesonderte interdisziplinär zusammengesetzte Expertenteams, die in definierten Zeitintervallen hausinterne Leitlinien überprüfen. Leitlinien der Fachgesellschaften gelten als verbindlicher Standard und werden von den CÄ auf Einhaltung und Aktualität überprüft. Die Pflegestandards werden überprüft und sind in Anlehnung an die nationalen Expertenstandards entwickelt.

### 1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Entsprechend den Unternehmensgrundsätzen und dem Leitbild steht der Patient im Mittelpunkt aller Bemühungen. Bei der ärztlichen Anamnese und dem pflegerischen Assessment werden Bedürfnisse, Wünsche und Anregungen des Patienten bei der Planung des Behandlungsprozesses berücksichtigt. Das gesamte therapeutische Team ist daran beteiligt.

Im Aufnahmegespräch erhält der Patient Informationen über patientenorientierte Angebote. In allen Bereichen werden für Patienten und Angehörige schriftliche Informationen ausgehändigt. Mitarbeiter tragen einheitliche Namensschilder und stellen sich vor. Zusätzlich informieren Mitarbeiter-Foto-Tafeln auf den Stationen. Im Pflegedienst wird nach dem Konzept der Bereichspflege gearbeitet. Stationsärzte und Therapeuten sind den Patienten persönlich zugeordnet. Begleitpersonen können im gleichen Zimmer mit aufgenommen werden und werden vom Pflegedienst mit versorgt.

### 1.1.4 Ernährung und Service

Ziel des Verpflegungsprozesses ist die optimale Versorgung des Patienten unter Berücksichtigung seines Krankheitsbildes und des individuellen bzw. kulturellen Ernährungsverhaltens. Der behandelnde Arzt legt die Kostform fest. Diätassistenten sind in der Küche beschäftigt und besuchen auf Wunsch auch die Patienten auf den Stationen. Im Stationsablauf ist die Speiserversorgung fest eingeplant, auf den psychiatrischen Stationen als Bestandteil des Therapieplanes. Zu diesem Zeitpunkt sind keine Untersuchungen eingeplant.



Der Speiseplan berücksichtigt religiöse u. kulturelle Besonderheiten ebenso wie kindgerechte Ernährung. Timbalkost (passierte in Form gebrachte Kost wie Gemüse, Fisch, Fleisch und Beilagen) kann für Patienten mit Schluckstörungen u. Beeinträchtigungen bestellt werden.

#### *1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung*

Gemäß dem Leitbild erfolgt die zügige Aufnahme freundlich und patientenorientiert unter Vermeidung längerer Wartezeiten. Alle neu aufgenommenen Patienten werden am Aufnahmetag, außerhalb der regulären Dienstzeiten aufgenommene Patienten, spätestens innerhalb von 24 Stunden von einem Facharzt gesehen. Aufnahmediagnose/ Diagnostik - und Therapieplanungen werden überprüft. Bei Problemsituationen verständigt der zuständige Assistenzarzt umgehend den Facharzt. In tägl. Klinikkonferenzen werden die Neuaufnahmen besprochen. Die direkte Patientenversorgung wird durch examinierte Pflegekräfte, mit einem hohen Anteil an Fachpflegekräften, sichergestellt. Die Qualifikation der Mitarbeiter wird durch Weiterbildungen und Pflichtveranstaltungen gesichert.

#### *1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung*

Alle psychiatrischen Fachabteilungen verfügen über eine angeschlossene Institutsambulanz, die KJPP stellt über 3 Institutsambulanzen die ambulante Versorgung von 6 Landkreisen des Saarlandes sicher. Die Sekretariate der PIAs koordinieren die elektiven Termine für das multidisziplinäre Team, die Informationen werden verschickt, die benötigten Unterlagen (z. B. Vorbefunde, Medikamente) werden angefordert. Akten vorausgehender Aufenthalte stehen in der PIA sowie in digitalisierter Form im KIS zur Verfügung.

#### *1.3.2 ambulante Operationen*

Ambulante Operationen finden bei uns nicht statt.

#### *1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung*

Die vollständige, zeitnahe Erhebung und Dokumentation des körperlichen, seelischen u. sozialen Status, sowie die Erfassung möglicher Risiken zur Durchführung adäquater Behandlungsplanung sind sicher gestellt. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Patientenversorgung bildet die Basis einer ganzheitlichen Versorgung. Interdisziplinäre Besprechungen werden strukturiert geplant und durchgeführt .z.B. Röntgenbesprechung, Besprechungen im Rahmen der Kooperation z. Alterstraumatologie. Weitere interdisziplinäre Plattformen sind die Teambesprechungen in allen Bereichen. Die Behandlungsplanung erfolgt entsprechend den Leitlinien der Fachgesellschaften. Eine Dienstanweisung zur Dokumentation regelt die Dokumentationspflichten für alle Berufsgruppen.

#### *1.4.2 Therapeutische Prozesse*

Die Behandlungsplanung erfolgt mit dem Ziel der Durchführung einer optimalen Therapie. Entsprechend den Unternehmensgrundsätzen und dem Leitbild des Krankenhauses steht der Patient im Mittelpunkt all unserer Bemühungen. Bei der ärztl. Anamnese u. dem pflegerischen Assessment werden Bedürfnisse, Wünsche u. Anregungen d. Patienten bei der Planung d. Behandlungsprozesses berücksichtigt. Das therapeutische Team (Arzt, Pflegepersonal, Therapeuten, Sozialarbeiter, Seelsorge) ist daran beteiligt. Die Entscheidung über die notwendigen Behandlungsschritte erfolgt im Rahmen der medizinischen Auf-

nahme. Eine Pflegeplanung wird für jeden Patienten erstellt u. dokumentiert. Eine standardisierte Dekubitusrisikoeinschätzung, eine Sturzrisikoeinschätzung sowie Prophylaxen (z. B. Thrombose) werden geplant durchgeführt. Die interdisziplinäre u. berufsgruppenübergreifende Abstimmung der Behandlungsschritte erfolgt im Rahmen der täglichen Visiten und Besprechungen.

#### *1.4.3 Operative Prozesse*

Ziel ist es, die Behandlung durch professionelle Standards unterstützt, umfassend und in einem angemessenen zeitlichen Rahmen durchzuführen. OPs finden ausschließlich durch die Belegärzte der chirurgischen Belegabteilung statt. Die OP-Planung liegt in der Verantwortung der Belegärzte. Für die pflegerische Absicherung ist die Pflegedirektion zuständig. Die Pflege erfolgt nach hausinternen Pflegestandards. Diese orientieren sich an den nationalen Expertenstandards.

#### *1.4.4 Visite*

Visiten dienen der Verlaufskontrolle von Diagnostik und Therapie; im Mittelpunkt steht der Patient mit seinen Fragen und Anliegen. Visiten in fachspezifischer Form sind auf allen Stationen sichergestellt. Am Wochenende finden Visiten bei Problempatienten und Neuaufnahmen statt. Bei aufeinanderfolgenden Feiertagen ist eine spezielle Visitenregelung üblich. Visitenzeiten sind fester Bestandteil des Therapieplans und werden pünktlich durchgeführt. Die Visiten berücksichtigen Essens- und Therapiezeiten. Interdisziplinäre, fachärztlich supervidierte Visiten finden in allen Abteilungen statt. Die Visitenzeiten, die Organisation und die Zuständigkeiten sind festgelegt. Die Information der Patienten erfolgt über Stationsflyer und Therapiepläne.

Die Durchführung der Visite ist gemäß der Verfahrensanweisung zu dokumentieren. Vorgaben zur Dokumentation sind in der Dienstanweisung zur Dokumentation enthalten. Pflegevisiten finden derzeit in der Gerontopsychiatrie und der Psychosomatik statt und werden sukzessive auf alle Abteilungen ausgeweitet.

#### *1.5.1 Entlassungsprozess*

Es erfolgt eine frühzeitige Planung zur optimalen Überleitung an Weiterbehandler/ nachsorgende Einrichtungen unter Einbezug und Information des Patienten bzw. seiner Angehörigen und ggf. des amtlichen Betreuers. Die Entlassungsplanung und -vorbereitung ist durchgängiger Bestandteil des Behandlungsprozesses und wird aktiv mit dem Patienten gestaltet. Die Koordination der Entlassungsvorbereitung obliegt dem behandelnden Arzt in enger Zusammenarbeit mit Pflege, Therapeuten und Sozialdienst. Die Mitarbeiter des Sozialdienstes sind in unserem Haus Mitglieder der therapeutischen Teams und von Aufnahme an in den Prozess eingebunden. Der Entlassungsablauf ist im Abteilungs- bzw. Stationshandbuch festgelegt. Ärztliche und pflegerische Entlassgespräche finden statt. Patienten, niedergelassene Ärzte und weiterbetreuende Einrichtungen werden mittels Arztbrief über die Behandlung informiert.

#### *1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung*

Ein interdisziplinärer Standard zum Umgang mit Sterbenden, Verstorbenen und ihren Angehörigen regelt die Vorgehensweise. In allen Bereichen findet eine Unterbringung des Sterbenden in einem Einzelzimmer statt. Angehörige haben jederzeit die Möglichkeit, bei dem Sterbenden zu verbleiben. Für die Kliniken Sonnenberg sind Patientenverfügungen bindend. Die Klinikseelsorge ist über Rufbereitschaft 24 Stunden zu erreichen. Mitarbeiter können belastende Erfahrungen und Umgang mit Sterbenden bei Teambespre-

chungen und in Supervisionen aufarbeiten. Aufgrund der spezifischen Patientenstruktur besteht in den betroffenen Fachabteilungen eine hohe Sensibilisierung der Mitarbeiter für das Thema Sterben, Mitarbeiter sind in Palliativmedizin geschult und weitergebildet. Die Wünsche der Angehörigen in Bezug auf Information / Benachrichtigung sowie die persönlichen, kulturellen und religiösen Wünsche werden erfasst und berücksichtigt.

### *1.6.2 Umgang mit Verstorbenen*

Ziel ist ein würdevoller Umgang mit verstorbenen Patienten unter Berücksichtigung religiöser Wünsche und eine angemessene Begleitung der Angehörigen. Das Vorgehen wird geregelt durch den interdisziplinären Standard "Umgang mit Sterbenden, Verstorbenen und ihren Angehörigen". Alle Mitarbeiter pflegen einen würdigen Umgang mit Verstorbenen. Die Verstorbenen werden nach Feststellen des Todes vom Stationspersonal zur Aufbahrung vorbereitet. Nach Ablauf von zwei Stunden werden sie in den Aufbahrungs- / Abschiedsraum gebracht.

## **2. Mitarbeiterorientierung**

### *2.1.1 Personalbedarf*

Planung und Personalbedarfsermittlung erfolgt jährlich unter Einbeziehung der Fachverantwortlichen, orientiert an den Hauptprozessen der Klinik. Der Betriebsrat ist im Rahmen des Mitbestimmungsrechtes beteiligt. Tarifliche und gesetzliche Gegebenheiten werden berücksichtigt. Die Gesamtverantwortung liegt bei der Klinikleitung. Ziel ist die Bereitstellung personeller Kapazitäten zur Erfüllung des Versorgungsauftrages und der gesetzlichen Anforderungen. Desweiteren orientiert sich die Personalbedarfsplanung am Wirtschaftsplan, am Budget, an den erbrachten Leistungen, der strategischen Zielplanung und den Arbeitszeitmodellen.

### *2.1.2 Personalentwicklung*

Die systematische Personalentwicklung eines qualifizierter MA ist gesichert durch Motivationsförderung und ein gutes Betriebsklima unter Berücksichtigung des Leistungsspektrums, des Budgets und der gesetzlichen Vorgaben. Die Fachvorgesetzten entscheiden zusammen mit den Mitarbeitern über die jährlich durchzuführenden qualifizierenden Maßnahmen. Alle Führungskräfte werden unterstützt und weiterentwickelt durch verschiedene Projekte und verpflichtende Seminarangebote. Strukturierte MA-Gespräche dienen dem Aufbau und der Verfestigung des Vertrauensverhältnisses zwischen MA und Vorgesetzten sowie der Feststellung inwieweit der Kenntnisstand und die Fähig-/Fertigkeiten des Mitarbeiters ihn zur Erfüllung seiner täglichen Aufgaben befähigen. Individuelle Fort-/Weiterbildungswünsche werden erfragt, eine persönliche Zielplanung im Hinblick auf die strategische Ausrichtung der FA ermöglicht.

### *2.1.3 Einarbeitung*

Unser Ziel ist es durch eine strukturierte Einarbeitung neue Mitarbeiter schnellstmöglich zu einer effektiven und selbstständigen Arbeit zu befähigen, sowie eine schnelle Integration ins Unternehmen zu erreichen. Jeder neue Mitarbeiter der SHG-Kliniken Sonnenberg erhält eine Einarbeitungsmappe mit allgemeingültigen, organisatorischen Informationen. Wir nutzen auf die Bereiche abgestimmte Einarbeitungs-

konzepte mit Reflektionsgesprächen und einem Paten-Modell. Neuen Mitarbeitern werden zusätzlich über Informationsmedien und Veranstaltungen die erforderlichen Informationen zur Verfügung gestellt. Am Ende der Einarbeitung wird ein MA-Gespräch gemäß der Betriebsvereinbarung geführt. Halbjährlich findet ein "neuer-Mitarbeiterstag" für alle neu eingestellten Mitarbeiter statt, bei diesen Veranstaltungen stellen wichtige Ansprechpartner, wie VD, QM, Datenschutz, IT, etc. Ihre Tätigkeitsfelder vor.

#### *2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung*

Die Fort- und Weiterbildung wird systematisch und zentral über das angegliederte Lehrinstitut für Gesundheitsberufe in Zusammenarbeit mit der Innerbetrieblichen Fortbildung geregelt, die Prozesse sind in einem QM-Handbuch beschrieben. Im Pflegedienst wird ein breit gefächertes Fort- u. Weiterbildungsprogramm erstellt, das gezielt zur MA-Entwicklung genutzt wird. Ein auf die Bedarfe d. Abteilungen ausgerichtete Weiterbildungsangebot liegt vor. MA sind in die Planungen mit einbezogen. Pflichtseminare sind für die Berufsgruppen definiert, Teilnahme wird überprüft. Weiterbildungen werden durch Teilnahmebescheinigungen bestätigt. Das Budget für Fort- u. Weiterbildung ist Bestandteil des Gesamtbudgets, fließt in die jährl. Wirtschaftsplanung ein. Fachzeitschriften/ -literatur stehen über die Bibliothek online zur Verfügung. Bestellungen können jederzeit an die Bibliothek geleitet werden. Ein ausgebautes Intranet u. Internetzugänge für die MA sichern den Zugang zu den benötigten Informationen.

#### *2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance*

Die Arbeitszeitregelungen beruhen auf den geltenden gesetzl. u. tarifvertragl. Regelungen, darüber hinaus gewähren wir eine hohe Flexibilität d. Arbeitszeiten. In den Einrichtungen besteht seit über 30 Jahren ein elektives Echtzeiterfassungssystem für vielfältige Arbeitszeitregelungen. In einer BV ist die Dienstplangestaltung für die Pflege geregelt. Für die übrigen Berufsgruppen gilt eine flexible Arbeitszeitgestaltung, die durch das Zeiterfassungssystem aufgezeichnet wird. Im ärztlichen Dienst ist das EuGH-Urteil bezüglich der Arbeitszeitrichtlinie umgesetzt. Außerhalb der Kernarbeitszeit entscheidet der MA über seine tatsächliche Anwesenheitszeit.

#### *2.1.6 Ideenmanagement*

In Einbezug mit den Unternehmensgrundsätzen und dem Leitbild die Vorschläge und Ideen der Mitarbeiter im Sinne des Unternehmens zu nutzen und gleichzeitig bei den Mitarbeitern eine möglichst hohe Identifikation mit dem Unternehmen zu erreichen. Das betriebliche Vorschlagswesen und das Beschwerdemanagement sind über Verfahrensanweisungen geregelt. Die Anregungen, die als Verbesserungsvorschlag geeignet sind, sind klar definiert.

Verantwortlich für das betriebliche Vorschlagswesen ist der Bewertungsausschuss, bestehend aus Pflegedirektorin, stellvertretende Verwaltungsdirektorin, 2 Beauftragten für betriebliches Vorschlagswesen und 2 Mitgliedern des Betriebsrates.

### 3. Sicherheit - Risikomanagement

#### 3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements

Ziel ist durch rechtzeitige Information über wesentliche Entwicklungen steuernd in die Klinikentwicklung eingreifen zu können. Die Klinikleitung nutzt Gremien und entsprechende Standardinstrumente, um wichtige Fakten zu erhalten und Ziele und Strategien zu planen. Ein Riskmanagement im Sinne des KontraG zur frühzeitigen Wahrnehmung und Bewertung von Risiken als unternehmensgefährdende Entwicklungen ist vorhanden. Hierzu wurde konzernweit ein SHG-Handbuch erstellt. Kennzahlen zur Steuerung sind festgelegt. Grundlage ist ein Konzernbeschluss zu strukturierten Risikoanalysen in den Einrichtungen. Zielsetzung ist das Erkennen von Gefährdungen für Patienten und Mitarbeiter, das Aufdecken von Schwachstellen mit Haftpflichtrelevanz sowie die Durchführung von Maßnahmen zur Vermeidung. Hierzu erfolgen Risikoanalysen in Fachabteilungen und Bereichen zur Entwicklung einer Sicherheitskultur. Potentielle Fehler sollen von Führungskräften und Mitarbeitern als Chance zur Verbesserung gesehen werden. SHG-übergreifend werden prospektiv 2-Jahrespläne zur Weiterentwicklung erstellt. Ein weiterer Baustein ist die Erfassung von Zwischenfällen und Beinahezweischenfällen über ein intranetbasiertes System (RISKOP). Mitarbeiter können Vorkommnisse und Beinahevorkommnisse melden. In den Auswerteteams analysieren qualifizierte Mitarbeiter die anonymisierten Meldungen, erstellen Fehlerursachenanalysen und bewerten die erkannten Risiken.

#### 3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung

Ziel ist allen Patienten einen sicheren Krankenhausaufenthalt zu gewähren und aufsichtspflichtigen Patienten Vertrauen und Sicherheit zu vermitteln. Im Rahmen der Arbeitssicherheitsbegehungen wird auf die sicherheitsgerechte Ausstattung und räumlichen Voraussetzungen geachtet. Die Überwachung und Begleitung gefährdeter Patienten ist gewährleistet. Besonders gefährdete Patientengruppen sind in geschützten Bereichen untergebracht. Leitlinien und Verfahrensanweisungen bieten eine Handlungsorientierung zur Aufsichtspflicht für die Mitarbeiter. In der gesamten Klinik ist darüberhinaus durch die Patientendokumentation eine Erfassung von sicherheitsrelevanter Patientengefährdung und den sich daraus ableitenden Maßnahmen sichergestellt. Es existieren Verfahrensanweisungen zum Umgang mit untergebrachten, fixierten, einwilligungsunfähigen und verwirrten Patienten, die im Intranet hinterlegt sind. Im Bereich der KJPP sind Aufsichtspflichten in den Stationshandbüchern für die Mitarbeiter geregelt. In der Hausordnung wird der individuelle "Ausgang-Status" in Absprache mit den Erziehungsberechtigten, Ärzten und Psychologen geregelt.

#### 3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement

Alle medizinischen Notfälle werden in kürzester Zeit fachgerecht und mit qualifiziertem Personal. Die Vorgehensweise bei medizinischen Notfällen ist standardisiert und in einer Verfahrensanweisung festgeschrieben. Bei allen Reanimationsnotfällen und weiteren medizinischen Notfällen wird auf allen Stationen, in den Funktionsbereichen sowie in allen anderen Bereichen der SHG-Kliniken Sonnenberg direkt über die Notrufnummer 1599 der hausinterne Notarzt alarmiert.

In allen Stationszimmern und Funktionsbereichen sind Ablaufpläne ausgehängt. Sowohl Notfallwagen / Notfallkoffer als auch Notfallampullarien sind auf allen Stationen standardisiert. Ausnahme: Station N1

verfügt über einen eigenen den Anforderungen des Patientenspektrums angepassten Notfallwagen. Im klinischen Bereich steht auf jeder Etage mindestens ein Defibrillator zur Verfügung.

### *3.1.4 Organisation der Hygiene*

Die Hygienekommission ist das beschlussfassende Organ; Teilnehmer, Aufgaben und Zuständigkeiten sind in einer Geschäftsordnung beschrieben. Ziel ist jeden MA so zu sensibilisieren, dass er hausdefinierte, festgelegte Maßnahmen integriert und umsetzt; für die Einhaltung des Hygienekonzeptes sind die Klinikleitung, CÄ, hygienebeauftragten Ärzte und HFKs zuständig; die Vorgaben sind hinterlegt. Schulungen zu aktuellen Problemstellungen werden abteilungsspezifisch durchgeführt, Anwesenheitslisten liegen vor. Hygienebeauftragte in der Pflege dienen als Multiplikatoren, sie werden 3 - 4 jährl. geschult. Neue MA werden über wichtige hausinterne Hygienevorgaben durch die HFKs im Einstellungsmonat, auf den Stationen ausführlich, im Rahmen des Einarbeitungskonzeptes eingewiesen.

### *3.1.5 Hygienerrelevante Daten, Infektionsmanagement*

Ziel der Erfassung hygienerrelevanter Daten ist, Häufungen von Infektionen rechtzeitig zu erkennen, um gezielte Maßnahmen einzuleiten. Erfassung und Nutzung erfolgen unter Berücksichtigung der Richtlinien von RKI und Infektionsschutzgesetz. Die Meldung erfolgt nach internem Meldeplan an die KL und das zuständige Gesundheitsamt. Meldeweg und Dringlichkeit sind festgelegt. Für meldepflichtigen Infektionen nach § 6 IfSG sind im KIS Formulare hinterlegt, die von den Stationsärzten ausgedruckt und an das Gesundheitsamt weitergeleitet werden.

### *3.1.6 Arzneimittel*

Bei jedem Patienten ist eine hochwertige, leitliniengerechte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gewährleistet. Die Belieferung mit Arzneimitteln erfolgt durch die Zentralapotheke der SHG in Völklingen. Eine zentrale Arzneimittelkommission, die zweimal jährlich tagt, ist eingerichtet. Die Anwendung von Arzneimitteln erfolgt zielgerichtet, der Umgang ist geregelt. Verantwortung für die Überprüfung der Bestände/Verordnung der Medikamente tragen die ärztl. Leiter. Für die Lagerung/Verteilung vor Ort tragen die Stationsleitungen die Verantwortung. Jeder Verantwortliche kontrolliert im Rahmen seines Zuständigkeitsbereiches. Die Sitzungen der Arzneimittelkommission werden protokolliert und den Verantwortlichen zugestellt. Die Protokolle gehen an die Abteilungen zur Umsetzung.

### *3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin*

Ziel ist ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Blut und Blutprodukten um eine möglichst hohe Sicherheit vor und nach Transfusionen für die Patienten zu gewährleisten. Jede Blutkonserve aus dem Blutlabor Völklingen wird begleitet vom Ergebnis der Kreuzprobe sowie zwei Formularen des Transfusionsprotokolls. Ein Formular wird in der Patientenakte abgeheftet, das andere wird ins Labor zurückgeschickt und dort archiviert. In diesem Formular ist der Zeitpunkt, die Dauer, der transfundierende Arzt, das Ergebnis des Bedside-Tests und etwaige Transfusionsreaktionen dokumentiert. Das gesamte Verfahren wird durch das QM-Transfusionshandbuch geregelt. Bei der Gabe von Immunglobulinen und Humanalbumin wird ebenfalls entsprechend dem Transfusionsgesetz verfahren.

### *3.1.8 Medizinprodukte*

Ziel ist die Sicherstellung einer qualitätsgerechten und hochwertigen Anwendung von Medizinprodukten im klinischen Alltag und die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen im Umgang mit Medizinprodukten. Die Verantwortung für die technischen Medizinprodukte ist an ein externes zertifiziertes Unternehmen, Firma MedService, vergeben. Im Organisationshandbuch als Bestandteil des vereinfachten Gerätebuches sind Meldepflicht und Meldeweg für besondere Vorkommnisse/Beinahe Vorkommnisse geregelt. MP - Beauftragte sind in allen Bereichen benannt und den Mitarbeitern bekannt. Eine Liste mit den benannten Personen ist Bestandteil des vereinfachten Gerätebuches, das auf jeder Station vorhanden ist, diese Liste wird von der Pflegedirektion jährlich überprüft und Veränderungen werden umgehend an die Fa. MedService weitergeleitet.

### *3.2.1 Arbeitsschutz*

Gemäß Arbeitssicherheitsgesetz sind FaSi, Brandschutzbeauftragter, ein Strahlenschutzbeauftragter sowie Sicherheitsbeauftragte für die einzelnen Bereiche bestellt. Der Arbeitsschutz ist als Stabsstelle beim VD angesiedelt. Ein 4 mal jährlich tagender Arbeitsschutzausschuss ist eingerichtet, Betriebsbegehungen werden mindestens 20 mal jährlich durchgeführt. Bei allen Neueinstellungen werden Pflichtuntersuchungen durch den Betriebsarzt durchgeführt, darüberhinaus erfolgen auch Wunschuntersuchungen der Mitarbeiter. Die Ergebnisse der Begehungen werden dokumentiert und strukturiert zurückgemeldet. Anhand eines Personallaufzettels wird jeder neue Mitarbeiter zu Erstunterweisungen im Bereich Arbeitsschutz, Brandschutz, Umweltentsorgung verpflichtet.

### *3.2.2 Brandschutz*

Das Ziel der Kliniken Sonnenberg ist es Brände zu vermeiden, die Kenntnisse der Mitarbeiter zum Brandschutz zu erhöhen und die Anforderungen bezüglich vorbeugendem und baulichem Brandschutz zu erfüllen. Flucht- und Rettungswegepläne sind erarbeitet und ausgehängt. Sammelplätze sind ausgewiesen. Der Alarm- und Einsatzplan enthält alle wichtigen Regelungen zum Umgang mit Schadensereignissen, inklusiv Brandfälle. Brandschutzübungen und -unterweisungen werden jährlich durchgeführt und dokumentiert. Evakuierungsübungen werden durchgeführt. Der Feuerwehrplan liegt beim Empfang vor, er enthält das Verzeichnis der Hydranten sowie die Anfahrtswege der Feuerwehr. Ein hausinterner Brandschutzbeauftragter ist bestellt. Die Dokumentation der Prüfungen über die Brandschutzmeldeanlage liegen in der technischen Abteilung vor. Die Prüfungsunterlagen zu den Löscheinrichtungen und RWA (Wärmeabzugsanlagen) befinden sich in der Abteilung Arbeitssicherheit.

### *3.2.3 Datenschutz*

Das Datenschutzhandbuch der SHG beinhaltet Datenschutzgesetze sowie interne Regelungen und stellt eine einheitliche Handlungsempfehlung darstellen. Sämtliche Mitarbeiter sind zur Einhaltung der Datenschutzvorgaben verpflichtet, d. h. jeder ist für die Daten und Informationen seines Tätigkeitsgebietes verantwortlich. Neue Mitarbeiter werden vor Beschäftigungsbeginn von der Personalabteilung auf das Datengeheimnis und andere Geheimhaltungs- und Sorgfaltspflichten verpflichtet.



### *3.2.4 Umweltschutz*

Die Schonung unserer Ressourcen und der Umwelt sind unser Ziel. Eine kontinuierliche Verbesserung der Abfallvermeidung und Abfalltrennung nach Abfallkonzept wird praktiziert. Restmüll wird dem Gemeinwohl verträglich entsorgt. Durch ein Gebäudeleitsystem wird der Energieverbrauch (Wasser, Elektrizität, Gas) gesenkt. Die Bemühungen zur Beachtung der Nachhaltigkeit für heutige und kommende Generationen wurde mit der grünen Hausnummer, überreicht vom Minister für Umwelt des Saarlandes, belohnt. Eine Photovoltaikanlage und ein Blockheizkraftwerk sind in Betrieb. Das Wassereinsparkonzept und Energieparkonzept sowie das Abfallkonzept wird im Rahmen des Umweltkonzeptes jährlich fortgeführt und aktualisiert. Die Kliniken Sonnenberg verfügen über eine eigene Wasserversorgung und -aufbereitung (eigener Brunnen). Bei Bedarf ist eine Anbindung an die öffentliche Wasserversorgung gewährleistet. Eine Umweltfibel findet sich für alle Mitarbeiter zugänglich im Intranet.

### *3.2.5 Katastrophenschutz*

Ziel ist eine einheitliche Struktur, die ein einheitliches Vorgehen aller Mitarbeiter im Falle einer nichtmedizinischen Notfallsituation und im Katastrophenschutz gewährleistet. Notfall-, Alarmierungspläne und entsprechende Verfahrensanweisungen liegen dem Verwaltungsdirektor, der PDL, an der Pforte und den zuständigen Behörden vor. Das Vorgehen bei externen Katastrophen und entsprechende Pläne sind mit dem Amt für Brand- und Zivilschutz abgestimmt.

### *3.2.6 Ausfall von Systemen*

Ziel ist eine einheitliche Struktur, die ein einheitliches Vorgehen aller Mitarbeiter im Falle einer nichtmedizinischen Notfallsituation und im Katastrophenschutz gewährleistet. Notfall-, Alarmierungspläne und entsprechende Verfahrensanweisungen liegen dem Verwaltungsdirektor, der PDL, an der Pforte und den zuständigen Behörden vor. Das Vorgehen bei externen Katastrophen und entsprechende Pläne sind mit dem Amt für Brand- und Zivilschutz abgestimmt. Der Alarm- und Einsatzplan stellt Regelungen für hausinterne Notfallsituationen bereit. Notfalltafeln mit Notrufnummer (3000) und Verhaltenshinweisen sind in allen Bereichen auf den feuerschutztechnischen Einrichtungen angebracht. Bei baulichen Maßnahmen und weiteren aktuellen Veränderungen werden die Pläne aktualisiert. Für ausfalltechnische Einrichtungen bestehen Handlungsanweisungen die an der Telefonzentrale hinterlegt sind.



## 4. Informations- und Kommunikationswesen

### 4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Für die SHG-Gruppe regelt ein Rahmenkonzept die Sicherstellung der EDV-Informationstechnik. Ziel ist die digitale Krankenakte einzuführen und die wesentlichen EDV Systeme hochverfügbar einzusetzen. Der Betrieb der EDV-Systeme liegt in der Verantwortung der EDV-Abteilungen, unterstützt von externen Dienstleistern. Die eingesetzten KIS und Datenbanksysteme sind hochverfügbar ausgelegt, entsprechende Ausfallkonzepte sind implementiert. Dies gilt ebenso für klinikspezifische Systeme unter Berücksichtigung des Kosten-Nutzen-Aspektes. Dem Ziel der digitalen Krankenakte folgend und in Abstimmung mit dem Bedarf der Abteilungen werden entsprechende Projekte abgeleitet und umgesetzt.

### 4.2.1 Klinische Dokumentation

Ziel ist eine lückenlose Dokumentation aller erhobenen Befunde, durchgeführten Therapien und Pflegeverrichtungen. Eine Dienstanweisung zur Dokumentation, veröffentlicht im Intranet regelt die ärztliche, pflegerische und therapeutische Dokumentation, die Archivierung und die Verfügbarkeit der Patientenakten. Die Dokumentation erfolgt grundsätzlich in schriftlicher Form, die Stammdaten der Patienten werden im KIS erfasst.

### 4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

Ziel ist der zeitnahe Zugang zur Patientenakte einschließlich aller Vorbefunde und vorangegangenen Aufenthalte. Der Zugriff auf die Patientenakte ist in der Dienstanweisung Dokumentation sowohl für den Zeitraum während der Behandlung als auch für die Weitergabe ins Archiv geregelt. Während der Dienstzeiten des Archives werden die Krankenblätter von den Mitarbeitern des Archives, gegen Unterschrift, an die autorisierten Personen ausgehändigt. Die entnommenen Akten werden in der Archivverwaltungssoftware dokumentiert und mit einer Mahnfrist versehen. Im System sind Voraufenthalte für befugte Personen abrufbar.

### 4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Durch rechtzeitige Information kann frühzeitig steuernd in Leistungs- und Geschäftsprozesse eingegriffen werden. Eine strukturierte Regelkommunikation und Besprechungen werden gezielt zum Informationsaustausch genutzt. Eine Besprechungsmatrix liegt vor. Durch die Mitgliedschaft in der Saarländischen Krankenhausgesellschaft (SKG) liegen der Klinikleitung alle externen Informationen über Neuerungen und Entwicklungen im Gesundheitswesen vor. Die Informationen werden intern den Abteilungsleitungen zur Verfügung gestellt.

### 4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Das Krankenhaus stellt durch eine Vielzahl berufsgruppenübergreifender Besprechungen eine kontinuierliche Weitergabe von Informationen sicher. Ziel ist die zeitnahe und umfassende korrekte Information jeden Mitarbeiters zu relevanten Themen. Die Mitarbeiter haben Zugriff auf moderne Kommunikationsmittel. Die technische Infrastruktur unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen wird genutzt, um einen weiteren Informationsaustausch sicherzustellen. Über das Intranet ist es möglich, klinik- und konzernübergreifende Informationen abzufragen (Veranstaltungen, Telefonlisten, Dienstanweisungen etc.).

Jeder Mitarbeiter ist zur Nutzung der Informationsmöglichkeiten verpflichtet. Die zentrale Auskunftsstelle ist der Empfang. Die Mitarbeiter des Empfangs sind auch für die Bedienung der Telefonanlage und Auskunftserteilung zuständig.

## **5. Unternehmensführung**

### *5.1.1 Philosophie/Leitbild*

Die Tradition des Hauses (1964 erste geriatrische Klinik in Deutschland, 1971 Gründung der sozialpsychiatrischen Klinik, 1997 die erste Frührehabilitation Neurologie im Saarland) verpflichtet die Kliniken zu einer aktiven und rehabilitativen Behandlung die in allen Abteilungen weiterentwickelt wurde. Die Kliniken Sonnenberg verfügen über ein einheitliches Leitbild, ein Pflegeleitbild und konzernweite Unternehmensgrundsätze. In die Entwicklung waren Mitarbeiter aus allen Berufsgruppen und Hierarchieebenen eingebunden. Ziel des Leitbildes ist die Schaffung eines Orientierungsrahmens für Mitarbeiter und Vorgesetzte im täglichen Handeln. Patienten, Angehörigen und Externen vermittelt das Leitbild die Prägung des Hauses. Das Leitbild und die Unternehmensgrundsätze werden im Alltag gelebt und in die Arbeit der Bereiche und Abteilungen integriert. Sie finden Anwendung im Rahmen der strategischen Ausrichtung des Hauses. Mitarbeiter können ihre Anregungen und Ideen jederzeit einbringen. Als erste Krankenhaus GmbH wurde die Saarland Heilstätten GmbH 1947 gegründet. Diese ist freigemeinnützig, überkonfessionell und der regionalen Gesundheitsversorgung verpflichtet.

### *5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen*

Die Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen obliegt der Klinikleitung und orientiert sich an den Unternehmensgrundsätzen und dem Leitbild. Unternehmensgrundsätze und Leitbild enthalten konkrete Aussagen zu der Wertschätzung der Mitarbeiter und über den bei uns gelebten kooperativen Führungsstil. Unternehmensgrundsätze und Leitbild stellen für Führungskräfte und Mitarbeiter die verbindliche Grundlage der Zusammenarbeit und der gemeinsamen Arbeit für die Patienten dar. Mitarbeiter werden gezielt unterstützt und gefördert, die Personalentwicklung ist über ein umfangreiches Weiterbildungsangebot sichergestellt. Gespräche und Abstimmung zwischen Führungskräften und Mitarbeitern spielen dabei eine zentrale Rolle für die Leistungsfähigkeit und die Ausrichtung des Unternehmens. Der Betriebsrat wird in alle Entscheidungsprozesse mit eingebunden.

### *5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung*

Ein verantwortungsvoller Umgang mit ethischen Fragen ergibt sich aus dem Leitbild und ist Bestandteil der Stationskonzepte. Ein klinisches bereichsübergreifendes Ethikkomitee ist im Krankenhaus eingerichtet. Die Geschäftsordnung für das klinische Ethikkomitee benennt Zusammensetzung, Aufgabenstellung und Arbeitsweise des Ethikkomitees. GO und Mitglieder des Ethikkomitee sind im Intranet hinterlegt. Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen finden grundsätzlich Berücksichtigung. Patienten werden aktiv bei der Erstellung von Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen unterstützt. Die Möglichkeit der Zuziehung eines Seelsorgers und des Patientenfürsprechers sowie jeden Mitglieds aus dem Ethikkomitee wird angeboten. In Grenzsituationen folgt eine ausführliche Diskussion - wenn

möglich - mit dem Patienten, dem amtsgerichtlichen Betreuer und den Angehörigen, unter Einbeziehung des Behandlungsteams und auf Wunsch des Ethikomitees. Mittels gemeinsamer Seminare und Informationsveranstaltungen werden Betroffenen- und Angehörigenverbände einbezogen. Die spezifische Ausbildung von Mitarbeitern in der Palliativmedizin wird von der Krankenhausleitung gewünscht und aktiv gefördert.

#### *5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement*

Ziel ist die sachliche Information über die Kliniken, die angebotenen Leistungen und Aktivitäten, den Bekanntheitsgrad und die Identifizierbarkeit zu erhöhen sowie Image-Aufbau und -Sicherung zu betreiben. Die Öffentlichkeit wird über Artikel und Bekanntmachungen in der Presse und Rundfunk informiert.

#### *5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung*

Die strategischen Ziele der Kliniken Sonnenberg bestehen in der kontinuierlichen Weiterentwicklung als Fachkrankenhaus mit regionalem Versorgungsauftrag und überregionalen Alleinstellungsmerkmalen. Verantwortlich für die Definition der strategischen Ziele sind die Krankenhausleitung und die Chefarzte in Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung. Ziele sind: wirtschaftliche und bedarfsorientierte Fortentwicklung des Krankenhauses unter Berücksichtigung der Entwicklungsziele des Konzerns. Die Zielplanung umfasst die Planung des medizinischen Leistungsspektrums, den Wirtschafts- und Investitionsplan sowie Bauinvestitionen. Ein Berichtswesen ist aufgebaut, Kennzahlen werden genutzt.

#### *5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement*

Ziel ist durch rechtzeitige Information über wesentliche Entwicklungen steuernd in die Klinikentwicklung eingreifen zu können. Die Klinikleitung nutzt Gremien und entsprechende Standardinstrumente um wichtige Fakten zu erhalten um Ziele und Strategien zu planen. Ein Risikomanagement zur frühzeitigen Wahrnehmung und Bewertung von Risiken als unternehmensgefährdende Entwicklungen ist vorhanden. Kennzahlen zur Steuerung sind vorhanden. Grundlage ist ein Konzernbeschluss zu strukturierten Risikoanalysen in den Einrichtungen. Zielsetzung ist das Erkennen von Gefährdungen für Patienten und Mitarbeiter, das Aufdecken von Schwachstellen mit Haftpflichtrelevanz sowie die Durchführung von Maßnahmen zur Vermeidung. Hierzu erfolgen Risikoanalysen in Fachabteilungen und Bereichen zur Entwicklung einer Sicherheitskultur. Potentielle Fehler sollen von Führungskräften und Mitarbeitern als Chance zur Verbesserung gesehen werden.

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

Die Auswahl der Kooperationspartner erfolgt mit der Zielsetzung der Stärkung der Position des Krankenhauses am Markt und der Qualitätsverbesserung für die Kunden. Kooperationen und Partnerschaften werden gezielt gepflegt und ausgebaut und sind vertraglich geregelt. Das Krankenhaus kooperiert eng mit niedergelassenen Ärzten und weiterbetreuenden Institutionen, benachbarten Kliniken, komplementären Einrichtungen, Gruppen der Selbsthilfe und den Angehörigen sowohl im Einzelfall wie auch allgemein. Kontinuität der Therapie ist wichtiger Bestandteil der klinikinternen Leitlinien und bei den häufig chronisch verlaufenden psychischen Störungen unabdingbar. Die Neuaufnahme in eine nachsorgende Einrichtung wird umfassend organisiert. Sowohl die gesellschaftliche Verantwortung als auch die soziale Verantwortung gegenüber den Mitarbeitern ist im Handeln des Unternehmens sichtbar.

### *5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien*

Ziel ist die Festlegung klarer Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten die erforderlich sind, um strategische und operative Ziele effizient und effektiv umzusetzen. Gleichzeitig erreichen wir eine hohe Transparenz gegenüber den Mitarbeitern und Externen. Ein ausführliches Organigramm ist erstellt, es bildet die aktuellen Strukturen der Kliniken Sonnenberg mit den Außenbereichen sowie der Abgrenzung zu dem benachbarten Reha-Bereich Saarbrücken ab und weist die aktuellen Funktionsträger aus. Organisationsveränderungen werden regelmäßig gemeldet und im Organigramm dargestellt. Eine Besprechungsstruktur mit Festlegung der Besprechungsintervalle, der Zuständigkeiten und der Protokollierung ist etabliert. Für die Arbeit der Gremien liegen schriftliche Festlegungen vor.

### *5.3.2 Innovation und Wissensmanagement*

Innovative Entwicklungen werden als ständiger proaktiver Prozess der Veränderung und Entwicklung verstanden. Die Weiterentwicklung des Krankenhauses erfolgt unter Berücksichtigung aktueller und zukünftiger medizinischer, organisatorischer, gesellschaftlicher und rechtlicher Entwicklungen auf Basis der Unternehmensziele. Die Bedarfe der Kliniken, der Patienten und Mitarbeiter werden hierbei beachtet. Innovationen werden gezielt über Projekt- und Arbeitsgruppen umgesetzt.

Für die Mitarbeiter wird ein vielfältiges Weiterbildungsangebot vorgehalten. Die Spezialisierung in der Ausbildung der Mitarbeiter wird gefördert (Expertenbildung). Weitergebildete Mitarbeiter fungieren intern als Multiplikatoren. Internet und Intranet stehen als Wissensplattform mit Zugang zu wissenschaftlichen Fachartikeln zur Verfügung.

## **6. Qualitätsmanagement**

### *6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements*

Die kontinuierliche Verbesserung der Qualität ist Teil der Zielplanung für das gesamte Haus und die einzelnen Kliniken und Bereiche. Auf Klinikebene besteht das verantwortliche Lenkungs-gremium, der QM-Steuerkreis, aus dem Direktorium, einem Betriebsratsmitglied und dem Qualitätsmanagement. Der Steuerkreis greift Anregungen aus Begehungen, Befragungen, etc. auf und entwickelt daraus QM-Projekte, die vom Betriebsrat begleitet werden. Er beauftragt verantwortliche Projektleiter aus den verschiedenen Kompetenzbereichen, die finanziellen und personellen Ressourcen werden bereitgestellt.

### *6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -Optimierung*

Wesentliches Ziel ist, neben der dokumentationsorientierten Festlegung, im Rahmen von Regularien eine datenbasierte Planung und Steuerung des Prozessmanagements zu ermöglichen. Hierzu werden zahlreiche Auswertungen über das KIS hinzugezogen. Eine Gesamtdarstellung findet sich im monatlichen Managementletter.

### *6.2.1 Patientenbefragung*

Die Vorbereitung, Durchführung und Bewertung der umfassenden Patientenbefragungen erfolgt im Auftrag der Geschäftsführung konzernweit für alle SHG- Häuser durch das Picker-Institut mit deutschlandwei-

tem Benchmark. Die Umsetzung erfolgt durch das QM. Finanzielle, personelle und sachliche Ressourcen werden zur Verfügung gestellt.

#### *6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen*

Ziel ist die Ermittlung der Einweiser-Zufriedenheit, um in der Weiterentwicklung der Zusammenarbeit, des QM-Systems und der Klinikorganisation Abweichungen zu erkennen, Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten u. strategisch sowie operativ steuern zu können. Eine 2007 durchgeführte Einweiserbefragung hinsichtlich der Zufriedenheit mit dem Aufnahme- bzw. Weiterleitungsprozess erbrachte nur eine geringe Beteiligung. 2016 wurde durch das QM eine telefonische Einweiserbefragung durchgeführt. Der Kontakt zu Einweisern wird durch die Chefärzte aktiv gepflegt und deren Interessen finden Berücksichtigung.

#### *6.2.3 Mitarbeiterbefragung*

Innerhalb der Saarland-Heilstätten GmbH nehmen die Mitarbeiter eine wesentliche Rolle für die Leistungsfähigkeit und den Erfolg der jeweiligen Kliniken ein. Mitarbeiterbefragungen werden kontinuierlich durchgeführt. Die Inhalte der Befragungen werden an aktuelle Entwicklungen angepasst. Ergebnisse aus früheren Befragungen werden berücksichtigt. Die Mitarbeiter werden im Vorfeld informiert. Regelungen der Mitbestimmung werden beachtet. Die Befragungsergebnisse werden strukturiert aufbereitet und den zuständigen Abteilungen und Bereichen zur Verfügung gestellt. Den Abteilungen und Mitarbeitern werden die Ergebnisse präsentiert und im Intranet veröffentlicht. Die Ergebnisse werden gezielt genutzt, die Attraktivität der Kliniken für die Mitarbeiter weiterzuentwickeln. Die Ergebnisse werden im Steuerkreis bewertet und Maßnahmen im Rahmen der Personalpolitik und der inhaltlichen Ausrichtung des Unternehmens abgeleitet. Diese sind an den Unternehmensgrundsätzen und an dem Leitbild orientiert.

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

Wir verfolgen mit dem Beschwerdemanagement das Ziel, Patienten, deren Angehörigen und unseren Mitarbeitern ein möglichst niederschwelliges Verfahren für kritische Anregungen und Beschwerden zu bieten. Gleichzeitig versuchen wir kurzfristige Lösungen von aufgetretenen und erkannten Problemen zu steigern und negative Auswirkungen von Unzufriedenheit sowie Folge- und Beschwerdekosten zu vermeiden bzw. zu reduzieren. Seit 2005 existiert ein systematisches, elektronisch gestütztes Beschwerdemanagement, das im Intranet allen MA zugänglich ist und aggregiert ausgewertet wird. Eingegangene Beschwerden werden erfasst, thematisch analysiert und bearbeitet. Mit der elektronischen Bearbeitung der Beschwerde werden alle mit der Beschwerde verbundenen Maßnahmen, sowie Verlauf dokumentiert und reflektiert.

#### *6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren*

Es werden hausübergreifende und fachabteilungsbezogene Parameter zur Behandlungsqualität und zu Behandlungsergebnissen in allen Abteilungen erhoben. Diese Parameter orientieren sich an den Vorgaben der Fachgesellschaften sowie am Qualitäts- und Risikomanagement. Ziel der internen Qualitätssicherung ist die Verbesserung der patientenorientierten Behandlung und Vermeidung von Komplikationen im Behandlungsverlauf. Zur Sicherung der Qualität werden interne Methoden / Instrumente systematisch und strukturiert in Medizin und Pflege genutzt. Die Rückmeldungen der Qualitätsdaten werden als Handlungs-

grundlage für Verbesserungs- und Entwicklungsmaßnahmen in den Abteilungen und in den Gremien verwendet.