



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Krankenhaus Püttlingen der Knappschaftsklinikum Saar GmbH
Institutionskennzeichen:	261000466
Anschrift:	In der Humes 35 66346 Püttlingen
Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer:	2016-0025 KH
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche
Gültig vom:	01.07.2016
bis:	30.06.2019

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die Kategorien	6
1 Patientenorientierung	7
2 Mitarbeiterorientierung	9
3 Sicherheit	11
4 Informations- und Kommunikationswesen	13
5 Führung	14
6 Qualitätsmanagement	16

Vorwort der KTQ[®]

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren ist ein spezifisches Zertifizierungsverfahren des Gesundheitswesens für die Bereiche Krankenhaus, Arztpraxen, MVZ, Pathologische Institute, Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Hospize und alternative Wohnformen und Rettungsdienstleistungen.

Gesellschafter der KTQ[®] sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR).

Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

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

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- 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.

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

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren[®] gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses 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 einen strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass das **Krankenhaus Püttlingen der Knappschaftsklinikum Saar GmbH**, mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

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

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung

Die Knappschaftsklinikum Saar GmbH verfügt über zwei Kliniken mit den Standorten Püttlingen und Sulzbach, die beide Netzkrankenhäuser des integrierten Versorgungsnetzes „prosper Saar“ sind. Alleiniger Gesellschafter ist die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See.

Als Schwerpunktkrankenhaus und Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität des Saarlandes verfügt die Klinik Püttlingen über 373 Betten und 11 medizinische Fachabteilungen. Jährlich werden ca. 15.000 stationäre Behandlungsfälle und ca. 70.000 ambulante Patientenkontakte registriert.

Die Qualität der Leistungen in unserem Krankenhaus und deren ständige Verbesserung ist eines unserer wichtigsten Ziele. Dieser hohe Anspruch kann jedoch nicht allein durch unsere apparative Ausstattung gewährleistet werden. Unsere Mitarbeiter entscheiden mit über den medizinischen, pflegerischen und wirtschaftlichen Erfolg. Sie gestalten die Prozesse und tragen mit ihrer Arbeit einen wichtigen Teil zum Gesamtergebnis unserer Klinik bei. Daher hat die Fort- und Weiterbildung in unserem Krankenhaus einen großen Stellenwert und sorgt dafür, dass unsere Leistungen stets nach den aktuellen Erkenntnissen der medizinischen Forschung erbracht werden.

Kollegiale Kontakte zu niedergelassenen Ärzten und die Zusammenarbeit mit anderen Kliniken/Gesundheitseinrichtungen machen unser Krankenhaus zu einem festen Bestandteil der Region. Besonders hervorzuheben ist das Gesundheitsnetz „prosper Saar“, in dem niedergelassene Haus- und Fachärzte in enger Kooperation mit uns zusammenarbeiten. Ziel dieses Verbundes ist es, den Informationsfluss zwischen den behandelnden Haus-, Fach- und Krankenhausärzten zu optimieren sowie die Qualität der medizinischen Versorgung zu ständig verbessern. Durch eine bessere Verzahnung des ambulanten und stationären Bereichs wird eine abgestimmte, patientenorientierte und optimierte medizinische Versorgung innerhalb des Netzes geschaffen.

Ein ständiger Erfahrungsaustausch gehört zu unserem Arbeitsalltag. Diesen gewährleisten wir z.B. in regelmäßigen Tumorkonferenzen und Visiten, die Fachärzte und Pflegekräfte gemeinsam durchführen.

Die Information unserer Patienten ist uns ein wichtiges Anliegen. Hierzu tragen eine Vielzahl von Veranstaltungen unserer Chefärzte und Mitarbeiter wie bspw. die Gesundheitsmesse, Gefäß- u. Prosper-Tage bei. Aber auch zu Gesundheitsthemen und Krankheitsbildern werden von den Kliniken regelmäßige Vortragsreihen durchgeführt.

Wir unterziehen uns - über die gesetzliche Verpflichtung hinaus - freiwilligen Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Hierzu gehört u. a.

- die standardisierte Erhebung zu Brustkrebserkrankungen,
- ein besonderes Qualitätssicherungsverfahren in der Schmerztherapie sowie
- die Qualitätssicherung bei Carotis- und Varizenoperationen durch die Gefäßchirurgie
- die Teilnahme an der saarlandweiten KolosSal-Studie, mit dem Ziel der Senkung der Zahl an Neuerkrankungen und der Senkung der Zahl der Sterbefälle an Darmkrebs
- die Beteiligung des Darmzentrums an der Epidemiologischen Studie zu Chancen der Verhütung, Früherkennung und optimierten Therapie chronischer Erkrankungen der älteren Bevölkerung.
- Zudem pflegen wir eine enge Zusammenarbeit mit dem Krebsregister des Saarlandes

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Bei geplanten Behandlungen erfolgt die administrative Patientenaufnahme in Büros im Eingangsbereich des Krankenhauses. Notfälle werden direkt in der Notfallambulanz versorgt. Die Einbestellung der Patienten erfolgt durch die Ambulanzen oder Chefarztsekretariate der medizinischen Fachabteilungen. Bei der Aufnahme erhält der Patient Informationen zu Service- und Wahlleistungsangeboten. Unser Krankenhaus ist mit öffentlichen und privaten Verkehrsmitteln gut zu erreichen. Ausreichende Parkplätze stehen kostenlos zur Verfügung, Behindertenplätze sind gesondert ausgewiesen. Die Mitarbeiter der Rezeption geben Patienten und Angehörigen Auskunft. Rollstühle stehen zur Verfügung. Patienten werden bei Bedarf durch qualifiziertes Personal begleitet. Die Wartebereiche sind freundlich, patientengerecht und barrierefrei gestattet.

1.1.2 Leitlinien

In allen Fachabteilungen werden wissenschaftliche Richt- und Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften genutzt. Die fachspezifischen hauseigenen Leitlinien und Standards werden in Verantwortung des jeweiligen Chefarztes und des Pflegedirektors herausgegeben und beziehen sich dabei stets auf den aktuellen Stand von Wissenschaft und Forschung. Durch die aktive Beteiligung unserer Ärzte in Fachgesellschaften und an deren Tagungen sowie durch die Nutzung des Internets und von Fachliteratur ist der Zugang zu aktuellen Entwicklungen sichergestellt. Zur Gewährleistung eines hohen Qualitätsniveaus liegen für die Diagnostik und Therapie häufiger Erkrankungen Behandlungspfade vor. Sie enthalten Informationen über den geplanten Behandlungsablauf und geben Hinweise über das, was den Patienten während seines Klinikaufenthaltes erwartet.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Die Aufklärung unserer Patienten erfolgt in einem persönlichen Gespräch anhand schriftlicher Aufklärungsbögen und Aufklärungsmaterialien. Diese Bögen sind in verschiedenen Sprachen verfügbar. Darüber hinaus stehen Mitarbeiter, die eine Fremdsprache beherrschen, als Übersetzer zur Verfügung. Bei der Anamneseerhebung, Untersuchung und täglichen Visite werden Fragen und das geplante Vorgehen mit den Patienten besprochen und dokumentiert. Sprachliche, kulturelle und religiöse Besonderheiten werden berücksichtigt. Unsere Informationsangebote beinhalten auch Auskünfte zu Selbsthilfegruppen und Nachsorgeeinrichtungen oder Tipps für eine gesunde Lebensweise. Patientenschulungen sind weitere Bestandteile unserer Therapiekonzepte. Das Selbstbestimmungsrecht unserer Patienten wird jederzeit geachtet. Entscheidungen bezüglich der Behandlung werden unter seiner Mitwirkung getroffen. Angehörige und Betreuer werden auf Wunsch mit einbezogen.

1.1.4 Service, Essen und Trinken

Für unsere Patienten halten wir zeitgemäße Zweibettzimmer mit Nasszelle, moderner Beleuchtung und großen Schränken vor. Die Zimmerausstattung ist behindertengerecht. Schränke und Ablagemöglichkeiten sind zur Patientenorientierung überwiegend gekennzeichnet. Telefon und kostenloses Fernsehen sind in allen Zimmern vorhanden. WLAN wird auf Wunsch zur Verfügung gestellt. Jeder Bettplatz ist mit einer Rufmöglichkeit ausgestattet. Die Betten sind leicht verstellbar. Aushänge auf den Stationen informieren über weitere Angebote des Hauses. Bei Aufnahme des Patienten fragen wir nach dessen Essenswünschen. Es besteht die Möglichkeit, zwischen vier Menüs zu wählen, wobei eines fleischnfrei angeboten wird. Ein Ernährungsteam steht beratend zur Verfügung. Bei religiösem/ethnischem Hintergrund wird auf besondere Wünsche Rücksicht genommen.

1.1.5 Kooperationen

Die Sicherung eines nachhaltigen Behandlungserfolges wird durch zahlreiche Kooperationen gewährleistet, die auch nach dem stationären Aufenthalt weiter bestehen. Kooperationen in der Patientenversorgung spiegeln sich insbesondere in unseren zertifizierten Zentren wieder. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist durch ein Konsiliarwesen strukturiert geregelt. Werktäglich werden interdisziplinäre Operationskonferenzen mit allen beteiligten Fachabteilungen durchgeführt. Klinikinterne Tumorkonferenzen finden wöchentlich statt. Darüber hinaus pflegen wir eine intensive Zusammenarbeit mit anderen stationären, ambu-

lanten und nachsorgenden Einrichtungen.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die Ersteinschätzung eines Patienten wird in der Ambulanz der jeweiligen Fachabteilung vorgenommen. Dort erfolgen die vorläufige Pflegeanamnese, die ärztliche Anamnese und die Erstuntersuchung durch den Ambulanzzarzt sowie die Durchführung der erforderlichen Erstmaßnahmen. Außerhalb der regulären Arbeitszeiten sind alle notwendigen diagnostischen Möglichkeiten durch die Einrichtung von Bereitschaftsdiensten gesichert. Die Aufnahme von Notfallpatienten ist durch unsere Zentralambulanz für alle Fachbereiche durchgängig gewährleistet; diese ist mit Fachärzten und examiniertem Pflegepersonal besetzt. Die Integration der Angehörigen in die Behandlung ist, insofern es der Patient wünscht, gewährleistet.

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Unsere Ambulanzen sind tagsüber mit einem Ober-/Facharzt besetzt, der für die Versorgung der Patienten verantwortlich ist. Dieser entscheidet entsprechend des Krankheitsbildes über diagnostische und therapeutische Maßnahmen. Patienten unserer Fach- und Spezialambulanzen werden terminiert in die Sprechstunden einbestellt. Diagnostik- und Therapiemaßnahmen erfolgen nach den Vorgaben des Arztes in Absprache mit dem Patienten und ggf. dessen Angehörigen. Die Information über Diagnose, Therapie und pflegerische Besonderheiten ist durch den Arztbrief und die Pflegeüberleitung gewährleistet. Verlegungsberichte mit allen wichtigen Befunden und Informationen werden den nachsorgenden Einrichtungen zur Verfügung gestellt.

1.3.2 Ambulante Operationen

Am Tag der präoperativen Diagnostik wird der Patient durch standardisierte Aufklärungsbögen über den Eingriff informiert und aufgeklärt. Bei Einverständnis des Patienten werden Angehörige in das Gespräch mit einbezogen. Am OP-Tag erfolgt die Vorbereitung durch den Operateur zur Klärung etwaiger Fragen. Nach dem Eingriff erfolgt die Versorgung, Überwachung und Schmerztherapie nach den dokumentierten Anordnungen des Operateurs und des Anästhesisten. Der Patient erhält bei der Entlassung einen Arztbrief, aus dem alle wichtigen Informationen für den nachbehandelnden Arzt hervorgehen. Dem Patienten werden ggf. ein Termin für die Fachambulanz mitgegeben. Im Rahmen der Facharztsprechstunde erfolgen der Verbandwechsel und die Wundkontrolle.

1.4.1 Station

Die stationäre Diagnostik baut auf bereits ambulant durchgeführte Untersuchungen auf. Nach Sichtung der mitgebrachten Befunde erfolgt die weitere Planung und Abstimmung notwendiger, spezialisierter Untersuchungen. Doppeluntersuchungen werden durch die Nutzung von Vorbefunden möglichst vermieden. Der Diagnosestellung folgt die Planung der weiteren Behandlung. Alle Schritte erfolgen in Abstimmung mit dem Patienten und ggf. dessen Angehörigen.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Mit dem Patienten und dessen Angehörigen werden die therapeutischen Prozesse besprochen. Diese können Operationen, invasive Eingriffe verschiedenster Art aber auch medikamentöse, psychotherapeutische, konservative, physiotherapeutische oder auch palliative Therapiemaßnahmen umfassen. Sind mehrere Prozesse notwendig, werden diese aufeinander abgestimmt. Ärzte, Pflegenden und Therapeuten verschiedener Disziplinen und Fachabteilungen arbeiten eng zusammen und koordinieren die Abläufe.

1.4.3 Operative Verfahren

Die Anwendung operativer Verfahren ist von hoher Komplexität gekennzeichnet. Durch strukturierte Regelungen von der Diagnosestellung bis zur operativen Therapie und durch die Arbeit des OP-Management-Teams schaffen wir die Voraussetzungen für eine effektive und erfolgreiche Behandlung der Patienten. Die Gewährleistung eines hohen Sicherheitsstandards hat eine herausragende Bedeutung und spiegelt sich in zahlreichen Handlungsanweisungen wider. Patientenarmbänder zur eindeutigen Patientenidentifikation sind eingeführt. Der Patientenkomfort wird durch eine adäquate Schmerztherapie und durch die Einbeziehung des Patienten in seinen Behandlungsprozess gewährleistet.

1.4.4 Visite

Unsere Visiten sind auf das individuelle Bedürfnis des Patienten ausgerichtet und werden zu festen Zeiten durchgeführt. Für eine effiziente Durchführung der Visite werden im Bedarfsfall weitere medizinische Fachbereiche und andere Berufsgruppen wie Sozialdienst, Physiotherapie und Seelsorge hinzugezogen. Es gibt gesonderte Chef- und Oberarztvisiten. Der Facharztstandard ist auch an den Wochenenden und an Feiertagen sichergestellt. Der Behandlungsablauf und Ergebnisse bisheriger Untersuchungen werden dem Patienten verständlich erläutert und die weitere Diagnostik und Therapie geplant. Erwartungen und Wünsche des Patienten werden berücksichtigt.

1.4.5 Teilstationär

Die Planung der prä- und poststationären Diagnostik und Therapie erfolgt diagnose- und symptombezogen unter Berücksichtigung der persönlichen Lebensumstände der Patienten und orientiert sich an medizinischen und pflegerischen Leitlinien, evidenz-basierten Studien und weiteren Standards. Darüber hinaus geben fachabteilungsspezifische Leitlinien Zeitziele und Algorithmen bzgl. der Diagnostik und Therapie vor. In allen bettenführenden Abteilungen werden Behandlungspfade genutzt. Die Diagnostik- und Therapieplanung wird unter Einbeziehung weiterer Fachbereiche ergänzt. Nach der Diagnosestellung werden alle wichtigen Schritte mit dem Patienten besprochen. Zudem werden die Patienten bei den Visiten über wesentliche Behandlungsschritte und Ergebnisse der durchgeführten Untersuchungen informiert sowie über weitere diagnostische Schritte aufgeklärt. Bei Bedarf können Einzelgespräche mit dem behandelnden Arzt vereinbart werden.

1.5.1 Entlassung

Der Entlassungsprozess ist in Verfahrensweisungen geregelt. Die Planung der Entlassung bzw. der Weiterbetreuung erfolgt schon zu Beginn des stationären Aufenthaltes. Am Entlassungstag oder während der letzten Visite wird mit dem Patienten ein Entlassungsgespräch geführt.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Bei Bedarf erhalten Patienten einen Überleitungsbogen, der alle Informationen zur Weiterbehandlung in nachsorgenden Einrichtungen enthält. Zusätzlich erhalten die Patienten einen Kurzarztbrief inkl. aller wichtigen Befunde. Des Weiteren wird der Bedarf an Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln durch das Pflegepersonal in Abstimmung mit dem verantwortlichen Arzt übergeben, sodass der Patient für den Zeitraum bis zum Aufsuchen des weiterbehandelnden Arztes versorgt ist. Für die nahtlose Weiterversorgung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus werden nachstationäre Termine bereits zum Entlassungszeitpunkt festgelegt.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Der würdevolle Umgang mit sterbenden Patienten unter Berücksichtigung individueller und religiöser Bedürfnisse und Wünsche unserer Patienten und Angehörigen ist für uns selbstverständlich. Auf Wunsch steht seelsorgerischer oder psychologischer Beistand zur Verfügung. Patienten mit zum Tod führenden Erkrankungen erhalten eine adäquate medizinisch-pflegerische Behandlung. Unser Selbstverständnis im Umgang mit Sterbenden und Verstorbenen ist in einem Standard festgelegt und wird in Seminaren zur Sterbebegleitung geschult. Angehörige werden auf Wunsch in die Sterbebegleitung mit einbezogen. Patientenverfügungen werden während des Aufnahmegesprächs immer erfragt, im Behandlungsteam kommuniziert und beachtet.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Das Abschied nehmen durch die Angehörigen findet nach Möglichkeit im Zimmer des Verstorbenen statt, darüber hinaus besteht aber auch die Möglichkeit zur Verabschiedung in einem gesonderten Raum unseres Krankenhauses.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Die Personalbedarfsplanung für das gesamte Haus erfolgt jährlich durch die Krankenhausleitung. Die Personalplanung für die Fachbereiche wird mit den Abteilungsleitern und der Personalleitung gemeinsam

besprochen. Der Stellenplan wird regelmäßig aktualisiert und bei Bedarf unterjährig angepasst. Planungsgrundlagen stellen bereichsbezogene Leistungsdokumentationen und andere Kennzahlen dar. Personalausfallszeiten werden regelmäßig erhoben. Arbeitsbelastungen z.B. auf den Stationen werden durch kurzfristige Personalaufbau minimiert.

2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Ziel der Personalentwicklung unseres Hauses ist es, qualifiziertes Personal für den aktuellen und zukünftigen Bedarf sicherzustellen. Fort- und Weiterbildungswünsche werden durch die Abteilungsleiter berücksichtigt. Mitarbeiter werden nach geregelten Beurteilungsrichtlinien bewertet und gefördert. Die Personalentwicklung und Qualifizierung wird durch regelmäßige Gespräche zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern unterstützt. Geeigneten Mitarbeitern wird eine langfristige berufliche Entwicklung im Krankenhaus angeboten.

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

In unserem Krankenhaus werden neue Mitarbeiter systematisch in ihre Aufgaben eingewiesen. Hierzu dienen der Besuch der Einführungsveranstaltung, die persönliche Begleitung während der Einarbeitung durch spezielle Ansprechpartner und die Einarbeitungskonzepte der Abteilungen. Alle neuen Mitarbeiter erhalten an ihrem ersten Arbeitstag einen Einarbeitungsordner, der Informationen zur Krankenhausorganisation und zu Serviceleistungen enthält und alle Fachabteilungen mit dem jeweiligen Chefarzt vorstellt. Während der Einarbeitung und vor Ablauf der Probezeit wird mit jedem Mitarbeiter ein Feedback- oder Beurteilungsgespräch geführt.

2.2.3 Ausbildung

Unserem Haus ist eine Krankenpflegeschule mit 73 Plätzen für die Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpflegern und -pflegerinnen angegliedert. In allen Ausbildungsgängen wird der Theorie-Praxis-Bezug durch die enge Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus sichergestellt. Dies geschieht durch fundierten theoretischen Unterricht und durch persönliche Anleitung der Lernenden während der Praxiseinsätze. Dazu wurden für alle Stationen Mentoren und Praxisanleiter ausgebildet. Jeder Schüler erhält eine Ausbildungsmappe mit einem Lernzielkatalog, der allgemeine und abteilungsspezifische Lernangebote enthält.

Wir bieten regelmäßig Medizinstudenten ein Praktisches Jahr an und bilden Kaufleute im Gesundheitswesen und Operationstechnische Assistenten aus.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung finden im Krankenhaus systematisch für alle Berufsgruppen statt. Die Angebote sind an dem Qualifikationsbedarf der Bereiche, an den Bedürfnissen der Mitarbeiter und an aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen ausgerichtet. Hierfür stellt die Geschäftsführung die finanziellen Mittel zur Verfügung. Längerfristige Fort- und Weiterbildungen werden dienstvertraglich vereinbart. Seminar- und Weiterbildungsangebote werden durch verschiedene Medien bekannt gemacht.

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Unser Krankenhaus verfügt über ein berufsgruppenübergreifend erstelltes Leitbild und schriftlich verfasste Grundsätze zur Führung und Zusammenarbeit. Darin ist ein "partnerschaftlicher Umgang" und "offener Dialog" festgeschrieben. Diese Führungsgrundsätze sind für alle Hierarchieebenen des Hauses verbindlich. Jährlich werden Leitungsseminare für die obere und mittlere Führungsebene angeboten. Die Einbeziehung qualifizierter Mitarbeiter in strategische Planungen erfolgt über Projekt- und Arbeitsgruppen, Qualitätszirkel und Kommissionen. Dokumentierte Mitarbeitergespräche, in denen auch das Führungsverhalten thematisiert wird, werden geführt.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Die Arbeitszeiten in unserem Krankenhaus orientieren sich an der Versorgung der Patienten. Die Regelungen dazu ergeben sich aus dem Arbeitszeitgesetz, dem Tarifvertrag und den Dienstvereinbarungen mit dem Betriebsrat. Verantwortlich für die Erstellung der Dienstpläne und die Einhaltung der Arbeitszeiten sind die jeweiligen Dienstvorgesetzten. Alle Dienst- und Urlaubspläne werden in Abstimmung mit den Mitarbeitern erstellt. In vielen Bereichen werden die Arbeitszeiten mit einem Dienstplanprogramm elektro-

nisch erfasst. Abweichungen von der Regelarbeitszeit werden so dokumentiert. Neue Arbeitszeitmodelle werden gemeinsam mit den Abteilungen entwickelt.

2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Ein betriebliches Vorschlagswesen ist in unserem Haus seit 2007 eingeführt. Ziel der Krankenhausleitung ist es, die Mitarbeiter zu motivieren ihre Kenntnisse und Erfahrungen über ihre eigentlichen Aufgaben hinaus zum Nutzen des Krankenhauses einzubringen. Eine Beauftragte ist benannt; eine Betriebsvereinbarung regelt die Grundsätze und das Prämiensystem. Umgesetzte Ideen werden belohnt, abgelehnte Vorschläge mit einer Anerkennungsprämie honoriert. Ansprechpartner für Mitarbeiteranliegen sind in erster Linie die direkten Vorgesetzten. Für alle Mitarbeiter besteht zudem die Möglichkeit Vertrauenspersonen aufzusuchen, um dienstliche Angelegenheiten zu besprechen. Darüber hinaus werden Mitarbeiteranregungen, -wünsche und -beschwerden in regelmäßigen Teamsitzungen besprochen.

3 Sicherheit

3.1.1 Arbeitsschutz

In unserem Krankenhaus ist ein Arbeitssicherheitsausschuss eingerichtet, der einmal im Quartal tagt, Sicherheitsaspekte prüft und bei Bedarf Verbesserungsmaßnahmen beschließt. Es werden regelmäßige Begehungen durchgeführt. Eine Fachkraft für Arbeitssicherheit ist bestellt, Sicherheitsfachkräfte und die Betriebsärztin stehen beratend zur Verfügung. Für alle arbeitsschutzrelevanten Bereiche liegen Sicherheitsdatenblätter und Betriebsanweisungen vor. Gefahrstoff- und Strahlenschutzbeauftragte sichern in den Fachbereichen die gesetzlichen Vorgaben. Gefährdungsbeurteilungen sind erstellt. Die Mitarbeiter werden durch jährliche Unterweisungen geschult.

3.1.2 Brandschutz

Ein Brandschutzbeauftragter mit der erforderlichen Sachkunde ist gemeinsam mit zwölf Brandschutzbeauftragten der Krankenhausleitung gegenüber beratend tätig. In jeder Abteilung existiert eine Brandschutzordnung sowie ein Alarm- u. Einsatzplan inkl. Checklisten für den Brandfall. Die Sammelplätze, Flucht- und Rettungspläne, Anfahrtswege/Laufkarten für die Feuerwehr sowie das Verzeichnis der Hydranten wurden mit der Feuerwehr abgestimmt. Regelmäßige Brandschutzunterweisungen für alle Mitarbeiter und regelmäßige Brandschutzübungen werden in Kooperation mit der freiwilligen Feuerwehr Püttlingen durchgeführt und dokumentiert.

3.1.3 Umweltschutz

Durch das in unserem Umweltkonzept beschriebene Umweltprogramm und die erstellten Verfahrensanweisungen ist die Umsetzung unserer Umweltziele gewährleistet. Auch die Beschaffung von umweltrelevanten Stoffen und Produkten ist darin festgelegt. Durch die regelmäßige Überwachung und Kontrolle der monatlichen Energie- und Abfallbilanzen sowie des Wasserverbrauchs wird die Umsetzung des Umweltkonzeptes überprüft. Ein Energiepass liegt vor und ist im Haus veröffentlicht. Durch Auswertung der verschiedenen Abfallmengen werden Einsparpotentiale erreicht.

3.1.4 Katastrophenschutz

Gemäß § 10 des saarländischen Krankenhausgesetzes nimmt unser Krankenhaus an der Bewältigung von Großschadensereignissen und Katastrophen teil. Über eine regionale Einsatzleitung und die Rettungsleitstelle erhalten wir im Bedarfsfall Instruktionen über die Aufnahmenotwendigkeiten, die Bereitstellung von Kapazitäten und den Informationsfluss. Die internen Meldewege sind in einer Brand- und Katastrophenschutzordnung geregelt. Eine Einsatzleitung ist benannt. Eine Beauftragte für interne und ext. Gefahrenlagen ist bestellt. Checklisten für das Verhalten im Katastrophenfall sowie bei Bombendrohungen liegen den Telefonisten vor.

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Zur Abwehr interner Katastrophenfälle und nichtmedizinischer Notfälle (technische Störungen etc.) sind Meldewege, Verhaltens- und Alarmierungsanweisungen im Krankenseinsatzplan definiert. Zusätzlich finden jährliche Unterweisungen aller Mitarbeiter statt. Zur schnellen Problembehebung bei technischen Störungen sind Bereitschaftsdienste für die Abteilungen Technik und IT (Informationstechnik) installiert.

3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Die Aufsichtspflichten für desorientierte oder prämedizierte Patienten sind durch Handlungsanweisungen verbindlich festgelegt. Erforderliche Maßnahmen zum Schutz des Patienten vor Eigen- und/ oder Fremdgefährdung werden nur nach gründlicher Prüfung und mit Zustimmung des behandelnden Arztes durchgeführt. Betreuungsintensive Patienten werden in der Nähe des Stationsstützpunktes untergebracht. Patienten werden zu diagnostischen Maßnahmen begleitet. Bei Bedarf stellen wir Hilfsmittel wie z.B. Gehstützen oder Gehwagen zur Verfügung.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Das medizinische Notfallmanagement ist in unserem Krankenhaus strukturiert geregelt. Bei Alarmierung werden zeitgleich ein Anästhesist und ein Anästhesiepfleger gerufen und begeben sich mit der Notfallausrüstung zu dem Ort des Notfalls. Bis zum Eintreffen dieses Teams beginnen geschulte Mitarbeiter mit der Erstversorgung. Durch Mitarbeiter der Anästhesie finden regelmäßig Notfallschulungen und praktische Übungen statt. Die zentrale Notrufnummer ist allen Mitarbeitern bekannt. Ein Notfallkonzept ist auf allen Stationen umgesetzt. Die Notfallausrüstungen werden regelmäßig dokumentiert überprüft.

3.2.3 Hygienemanagement

Das Hygienemanagement entspricht den Vorgaben der saarländischen Krankenhaushygieneverordnung und ist in der Geschäftsordnung der Hygienekommission festgelegt. Leiterin der Kommission ist die Ärztliche Direktorin. Die Umsetzung der Beschlüsse der Hygienekommission wird durch deren Mitglieder gewährleistet. Zur Krankenhaushygiene gehören drei hygienebeauftragte Ärzte, eine Hygienefachkraft sowie hygienebeauftragte Kontaktpersonen in allen Bereichen. Das Krankenhaus wird von einem externen Krankenhaushygieniker beraten. Die Umsetzung der Hygienerichtlinien wird durch eine Basishygieneordnung, Hygienestandards sowie durch Hygiene- und Desinfektionspläne gewährleistet. Hygienerrelevante Dokumente sind im Intranet für alle Mitarbeiter einsehbar. Hygienebegehungen und Mitarbeiterschulungen finden in allen Bereichen regelmäßig statt.

3.2.4 Hygienerelevante Daten

Hygienerelevante Daten werden nach Vorgabe des Infektionsschutzgesetzes § 23 systematisch erfasst und analysiert, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und geeignete Maßnahmen zu ergreifen. Statistiken zu Erregern mit besonderen Resistenzen werden anhand der Daten unseres externen Labors generiert und von den Mitgliedern der Hygienekommission analysiert und bewertet.

3.2.5 Infektionsmanagement

Der Umgang mit infektiösen Patienten ist in Hygienestandards geregelt. Diese enthalten Informationen zu Isolierungs-, Desinfektions- und Schutzmaßnahmen für Personal und Besucher. Patienten mit einem bestimmten Risikoprofil werden bei stationärer Aufnahme auf resistente Erreger wie z.B. MRSA untersucht, so dass weitere notwendige Maßnahmen eingeleitet und durchgeführt werden können. Die Vorgehensweise bei Ausbruchssituationen (z.B. Norovirus) ist in einer Dienstanweisung geregelt.

3.2.6 Arzneimittel

In unserem Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln. Die aus leitenden Ärzten bestehende Arzneimittelkommission legt jährlich mit der Leiterin der Zentralapotheke die in unserem Haus zu verwendenden Arzneimittel in Form einer Liste fest. Ein bedarfsorientiertes Kontingent an Arzneimitteln ist in allen Bereichen vorrätig. Das Verfahren zur Meldung unerwünschter Arzneimittelnebenwirkungen ist schriftlich geregelt.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Alle Regelungen im Zusammenhang mit der Anwendung von Blutkomponenten und Plasmaderivaten sind in Leitlinien und einer Verfahrensanweisung für alle Mitarbeiter im Intranet hinterlegt. Beauftragt für die Umsetzung der Regelungen ist ein transfusionsverantwortlicher Facharzt. Zu dessen Unterstützung ist in jeder Fachabteilung ein Transfusionsbeauftragter Arzt benannt. Eine Transfusionskommission tagt regelmäßig. Die dort getroffenen Beschlüsse werden protokolliert und durch die Mitglieder in ihre Bereiche weitergegeben. Neue Mitarbeiter erhalten in der monatlichen Einführungsveranstaltung eine ausführliche

transfusionsmedizinische Einweisung.

3.2.8 Medizinprodukte

In einer Geschäftsordnung zur Umsetzung des Medizinproduktegesetzes und der Medizinproduktebetriebsverordnung sind die Aufgaben, Kompetenzen, Verantwortungsbereiche und die Dokumentation der Unterweisungen für die Betreiber, die vom Betreiber beauftragten Personen und die Anwender geregelt. Die fachgerechte Handhabung von Medizinprodukten wird durch qualifiziertes und geschultes Fachpersonal auf Anwenderebene sichergestellt. Alle medizinischen Geräte werden in den gesetzlich vorgeschriebenen Intervallen durch externe Dienstleister überprüft. Die Bestandserfassung und Dokumentation der Medizinprodukte erfolgt durch die Technische Abteilung.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Der Betrieb, Ausbau und die Modernisierung unserer Informations- und Kommunikationstechnologie hat einen hohen Stellenwert. Dazu sind alle Bereiche des Hauses an ein modernes Datennetzwerk angeschlossen, das gegen Zugriffe von außen geschützt ist. Durch diese Informationstechnologie wird eine umfangreiche Unterstützung von Behandlungsabläufen, medizintechnischen, technischen und betriebswirtschaftlichen Aufgaben im gesamten Krankenhaus gewährleistet. Sie bildet die wesentliche Grundlage für die Informationsgewinnung, das Meldewesen und Statistiken. Bei der Einführung neuer Systeme oder bei einem Upgrade vorhandener Systeme werden die jeweiligen Mitarbeiter geschult. Für EDV-Fragen ist eine Hotline eingerichtet; zusätzlich ist auf jedem PC ein elektronisches Störungsmeldeformular hinterlegt.

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Vorgaben zur Patientendokumentation und die Verantwortlichkeiten sind in Verfahrensanweisungen beschrieben. Diese Regelungen wurden von einem berufsgruppenübergreifenden Team erarbeitet. Alle relevanten Informationen werden in der Patientenakte von den Mitarbeitern, die an der Behandlung beteiligt sind, dokumentiert. Aus der Akte geht stets eindeutig hervor, was für den einzelnen Patienten geplant ist, wie sein Zustand ist und welche Maßnahmen bereits durchgeführt wurden. Zusätzlich nutzen wir ein Krankenhausinformationssystem, mit dem wichtige Informationen schnell beim Empfänger vorliegen. Ein Zugriff auf die Patientendaten ist rund um die Uhr möglich. Die Entnahme von Krankenakten wird durch das Archivpersonal fallbezogen dokumentiert. Die elektronische Verfügbarkeit wesentlicher Patientendaten ist für berechtigte Mitarbeiter zeitlich uneingeschränkt über das Krankenhausinformationssystem sichergestellt.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Unser Krankenhaus verfügt über ein modernes Krankenhausinformationssystem, in dem Anforderungen an die Untersuchungs- und Behandlungsbereiche elektronisch vorgenommen und befundet werden. Digitale Dokumente wie z.B. Entlassungsbrief, OP- Bericht sind dort einsehbar. Den Zugriffsberechtigten stehen somit alle relevanten Informationen permanent elektronisch zur Verfügung. Nicht digital zur Verfügung stehende Daten sind in der Papierakte enthalten und jederzeit über das Archiv verfügbar. Handzeichen und Unterschriften der an der Dokumentation beteiligten Mitarbeiter sind so hinterlegt, dass sie auch langfristig nachvollzogen werden können.

4.3.1 Information der Krankenhausleitung

In den Sitzungen der Krankenhausleitung erfolgt die Zusammenführung der notwendigen Informationen von Verwaltung, ärztlichem Bereich und des Pflegedienstes. Die etablierten Gremien sind berichtspflichtig. Alle Führungskräfte sind verpflichtet, risikorelevante Informationen umgehend an die Krankenhausleitung weiterzuleiten. Wichtige Informationen werden darüber hinaus in Besprechungen zwischen der Krankenhausleitung und nachgeordneten Hierarchieebenen und Abteilungen ausgetauscht.

4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

Zur Gewährleistung der Informationsweitergabe im Krankenhaus sind Besprechungen und berufsübergreifende Kommunikationsstrukturen etabliert. Das Informationsmanagement gegenüber der Öffentlichkeit erfolgt durch z.B. Presseveröffentlichungen, Funk und Fernsehen sowie durch unsere Homepage. Bei

verschiedenen Veranstaltungen (Tag der offenen Tür) und Patienteninformationstagen informieren die Krankenhausleitung und die Chefärzte über Besonderheiten und Neuerungen unseres Hauses. Es finden Führungen und Besichtigungen statt. Im Rahmen der monatlichen Vortragsreihe "Ihre Gesundheit ist unser Fokus" werden Patienten, Angehörige und Besucher über Besonderheiten, neue Therapieverfahren und aktuelle diagnostische Methoden durch die Chefärzte und weiterer Mitarbeiter informiert.

4.4.1 Organisation und Service

Die Telefonzentrale als erste Anlaufstelle für Patienten, Angehörige und Besucher ist rund um die Uhr besetzt. Hier liegen alle Informationen vor, die zur Bearbeitung telefonischer oder mündlicher Anfragen benötigt werden. Auch Flyer zu den Angeboten unseres Hauses finden sich hier. Die Mitarbeiter geben Angehörigen und Besuchern Auskunft darüber, auf welchem Zimmer oder unter welcher Telefonnummer ein Patient erreichbar ist. Die entsprechenden Informationen sind über das Krankenhausinformationssystem jederzeit abrufbar. Wenn ein Patient nicht wünscht, dass über ihn Auskunft erteilt wird, werden seine Daten gesperrt. Bei Bedarf werden Patienten auf die Station begleitet. Für Gehbehinderte stehen Rollstühle und Gepäckhilfen bereit.

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Zur Gewährleistung der Einhaltung des Datenschutzes hat die Geschäftsführung eine Datenschutzbeauftragte bestellt. Wichtige Regelungen zum Datenschutz sind in einem Konzept sowie in Dienstweisungen beschrieben und im Intranet hinterlegt. Die Datenschutzbeauftragte begeht regelmäßig verschiedene Bereiche des Hauses, um die Einhaltung der Datenschutzrichtlinien zu überprüfen. Alle Mitarbeiter werden über datenschutzrechtliche Vorgaben und der Verpflichtung zur Einhaltung der Schweigepflicht nachweislich belehrt. Eine Passwort- und Rechtevergabe sichern die Einhaltung der Bestimmungen im täglichen EDV-Einsatz.

5 Führung

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

In Zusammenarbeit mit dem Träger wurden im Jahr 2000 ein Leitbild sowie Grundsätze für die Führung und Zusammenarbeit für alle Einrichtungen der Knappschaft-Bahn-See erarbeitet. In einem Lenkungsausschuss, an dem viele Mitarbeiter aller Einrichtungen beteiligt waren, wurden die Inhalte erarbeitet. Danach wurde das Leitbild in allen Krankenhäusern verbindlich eingeführt. Das Leitbild richtet sich nach Innen und Außen und beschreibt die Grundprinzipien der Krankenhäuser. Es schafft Orientierung und bildet einen Rahmen, um Strategien zu entwickeln, Maßnahmen abzuleiten und den Umgang miteinander zu vereinbaren. Die Grundsätze für die Führung treffen Aussagen dazu, welche Werte in der Zusammenarbeit gelebt werden und was für die Mitarbeiterförderung wichtig ist.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Die Krankenhausleitung unterstützt die Förderung des gegenseitigen Vertrauens und den gegenseitigen Respekt aller Mitarbeiter durch vielfältige Maßnahmen. Dazu gehören Einführungsveranstaltungen, Mitarbeitergespräche, Betriebsausflüge und Belegschaftsversammlungen. Gesundheitsfördernde Maßnahmen (z.B. Akupunktur, Schutzimpfungen, Nutzung der physikalischen Therapie im Akutfall) werden für alle Mitarbeiter kostenlos angeboten. Ein Gesundheitszirkel ist eingerichtet. Dieser beschäftigt sich mit den Schwerpunkten Gesundheitscheck, -beratung, und -angebote. Eine konstruktive Zusammenarbeit zeigt sich in den regelmäßigen Gesprächen zwischen der Krankenhausleitung und dem Betriebsrat - hier u.a. bei den Vorgesprächen zu Personalangelegenheiten.

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Bereits 2007 wurde in unserem Krankenhaus ein Ethikkomitee gegründet, das aus elf Mitgliedern besteht und berufsgruppenübergreifend zusammengesetzt ist. Eine Satzung und ein ethisches Konzept sind erstellt. Das Ethikkomitee hat eine beratende Funktion im Hinblick auf Probleme bei der Behandlung und Pflege von Patienten. Ein Informationsblatt und Unterlagen zur Durchführung von ethischen Fallbesprechungen sind erarbeitet. Um Fallbesprechungen professionell durchführen zu können, wurden zwölf Mitarbeiter zu Moderatoren ausgebildet. Falls die zu behandelnde Fragestellung es erfordert, können exter-

ne Spezialisten zur Beratung des Ethikkomitees hinzugezogen werden. Zudem besteht eine enge Zusammenarbeit mit den Seelsorgern und der Palliativgruppe unseres Hauses.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Die strukturierte Zielplanung des Hauses orientiert sich an gesundheitspolitischen Vorgaben, am strategischen Leistungsprofil, an den Anforderungen der medizinischen Fachgesellschaften und an der Krankenhausbedarfsplanung des Saarlandes. Eine qualitativ hochwertige, ressourcenschonende und wirtschaftliche Versorgung der Patienten soll mit der Zielsetzung das Behandlungsspektrum zu erweitern und Wettbewerbsvorteile zu schaffen erreicht werden. Dazu wurde das Gesundheitsnetz "prosper Saar", gegründet, in dem niedergelassene Ärzte eng mit unserer Klinik zusammenarbeiten. Ziel dieses Verbundes ist es, den Informationsfluss zwischen den behandelnden Haus-, Fach- und Krankenhausärzten zu optimieren und die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern. Diese integrierte Versorgung wird als Instrument der Kundenbindung und -gewinnung genutzt.

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Unser Krankenhaus pflegt strukturierte Kontakte zu allen Partnern, die für die Ausführung des Kernprozesses und der unterstützenden Prozesse in der Patientenversorgung wichtig sind. Eine Vielzahl von Kooperationen mit umliegenden Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten, anderen medizinischen und sozialen Einrichtungen sowie die vorrangige Berücksichtigung regionaler Anbieter bei nichtmedizinischen Belangen zeugen davon. Als großer Arbeitgeber der Region legen wir besonderen Wert auf die Erhaltung bzw. den Ausbau von attraktiven Arbeitsplätzen. Diese dienen zur Bindung von Mitarbeitern an das Krankenhaus und spiegeln sich in vielfältigen Maßnahmen (umfangreiche Gesundheitsangebote, Beschäftigung von schwerbehinderten Menschen, Angebot von diversen Ausbildungs- und Praktikumsplätzen) wider.

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Die Struktur unseres Klinikums ist in einem Organigramm festgelegt und grafisch dargestellt. Die Abteilungsleiter sind namentlich benannt. Das Organigramm ist im Intranet hinterlegt. Es wird regelmäßig überprüft und bei Veränderungen angepasst. In einer Kommunikationsmatrix sind alle Gremien unseres Krankenhauses aufgeführt. Für alle Gremien existiert eine Geschäftsordnung bzw. eine Satzung. Diese legen die Aufgaben und Kompetenzen für die Gremienarbeit fest und sind im Intranet veröffentlicht.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Die Sitzungen der Gremien und Kommissionen sowie weitere Besprechungen sind in einer Kommunikationsmatrix aufgeführt. Die Zusammenarbeit und die Arbeitsweise der jeweiligen Ausschüsse ist strukturiert geregelt. Verbindliche Vorgaben zur Tagesordnung, Protokollierung und ein festgelegter Verteilerschlüssel stellen eine effektive Arbeitsweise sicher. Wichtige Informationen werden über das Intranet bzw. durch die etablierte Kommunikationsstruktur an die Mitarbeiter weitergeleitet. Für alle Mitarbeiter besteht jederzeit die Möglichkeit zu einem persönlichen Gespräch mit der Geschäftsführung und der Krankenhausleitung.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

Innovationen im Krankenhaus Püttlingen sind vom Wissen und der Kreativität der Mitarbeiter abhängig und somit eine Grundlage des Veränderungsprozesses. Über das Vorschlagswesen können sich die Mitarbeiter an diesem Prozess aktiv beteiligen. Bei Fortbildungen, Seminaren, Workshops etc. werden im Rahmen des fachlichen und wissenschaftlichen Austausches Ideen für unsere Einrichtung entwickelt. So können neue Behandlungsmethoden etabliert oder bestehende Methoden auf dem neuesten Stand gehalten werden. Das Intranet als zentrales Instrument der internen, bereichsübergreifenden Kommunikation bietet jedem Mitarbeiter die Möglichkeit, sich aktiv an dem Aufbau eines Wissenspools für unser Haus zu beteiligen. Weitere Elemente des Wissensmanagements sind z.B. Besuch von Kongressen, Fachliteratur, Mitgliedschaft in Berufsverbänden und Netzwerken.

5.4.1 Externe Kommunikation

Verantwortlich für eine systematische Öffentlichkeitsarbeit und für die Kommunikation bei besonderen Vorkommnissen ist die Krankenhausleitung. Es existiert ein Konzept für die Presse- und Öffentlichkeitsar-

beit. Unser Krankenhaus pflegt gute Kontakte zu den Vertretern verschiedener Medien. Die Internetpräsenz informiert aktuell über die Angebote des Hauses. Veranstaltungen der einzelnen Kliniken und Bereiche wenden sich an die interessierte Öffentlichkeit und ermöglichen einen Einblick in unser Haus. Führungen von Kindergartenklassen werden organisiert. Das etablierte Beschwerdemanagement ermöglicht einen Rückschluss über die Außenwirkung unserer Arbeit, auf die wir angemessen reagieren.

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Ziel ist es, bestehende Prozesse und Strukturen in unserem Krankenhaus mit geeigneten Instrumenten zu optimieren. Dazu wurde ein hausinternes Meldesystem für Vorkommnisse und Beinahevorkommnisse (CIRS) als ein Element des Risikomanagements implementiert und im Intranet eingerichtet. CIRS-Beauftragte und CIRS Ansprechpartner sind in allen relevanten Bereichen benannt. In einer Dienstvereinbarung zwischen der Krankenhausleitung und dem Betriebsrat sind die Abläufe und Regelungen sowie die Vorbildfunktion der Vorgesetzten festgeschrieben. Eine systematische Auswertung der CIRS-Meldungen erfolgt zeitnah durch die CIRS-Beauftragten. Bei Bedarf werden die CIRS-Ansprechpartner des betroffenen Bereichs hinzugezogen.

6 Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation

Das seit dem Jahr 2000 etablierte Qualitätsmanagement sichert die kontinuierliche Weiterentwicklung unseres Hauses in organisatorischer und struktureller Hinsicht. Es beinhaltet Vorgaben zur Messbarkeit der Qualität unserer täglichen Arbeit und zur Identifizierung und Umsetzung von Verbesserungspotentialen. In der Umsetzung der Qualitätspolitik wird die Geschäftsführung durch einen interdisziplinär besetzten Steuerkreis unterstützt. Dessen Mitglieder verstehen sich als Bindeglied und Multiplikatoren zur Durchdringung des Qualitätsgedankens im gesamten Haus. Eine Geschäftsordnung regelt die Aufgaben, Zusammensetzung sowie das Berichtswesen. Gemeinsam mit der Qualitätsmanagementbeauftragten werden prozessverbessernde Maßnahmen geplant, analysiert und weiterentwickelt. Das Qualitätsmanagement ist als Stabsstelle der Betriebsleitung in der Organisationsstruktur des Hauses ausgewiesen. Ein Intranet mit vielen Unterlagen zum Qualitätsmanagement steht allen Mitarbeitern als Informationsplattform zur Verfügung.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Der Aufbau einer zusammenhängenden Prozessstruktur spiegelt sich in unseren zertifizierten Zentren wieder. In enger Abstimmung mit den Zentrumsleitern und weiteren Mitarbeitern wurden die qualitätsrelevanten Haupt- und Nebenprozesse der Kliniken sowie deren Wechselbeziehungen erarbeitet und in Prozesslandkarten nachvollziehbar abgebildet. Prozesse, die die Kundenanforderungen erfüllen sind in Flow Charts dargestellt. Um die Anforderungen unserer Kunden zu ermitteln, werden regelmäßig Befragungen durchgeführt und das Beschwerdemanagement genutzt. Die Organisation des Prozessmanagements ist über Arbeits- und Projektaufträge durch die Krankenhausleitung sichergestellt.

6.2.1 Patientenbefragung

Die Zufriedenheit der Patienten mit unseren medizinischen und unterstützenden Dienstleistungen ist allen Mitarbeitern ein besonderes Anliegen. Die Krankenhausleitung nutzt daher das Instrument der Befragungen als strategisches Lenkungsinstrument. Seit 2002 werden regelmäßig Patientenbefragungen - auch in den zertifizierten Zentren - durchgeführt. Die Auswertungen der Befragungen werden der Krankenhausleitung vorgestellt. Von ihr werden bei Bedarf Maßnahmen zur Umsetzung von Verbesserungen beschlossen und an die Verantwortlichen mit der Bitte um Umsetzung weitergeleitet. Die Ergebnisse der Befragungen zeigen eine gleichbleibend hohe Zufriedenheit unserer Patienten mit unserer Klinik.

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Niedergelassene Ärzte sind eine wichtige Gruppe externer Partner in der umfassenden Gesundheitsversorgung unserer Patienten. Ihre Anregungen, Wünschen und Kritiken dienen der Entscheidungsfindung zu Prozessoptimierungen insbesondere zu Themen der Informationsübermittlung von der Aufnahme bis zur Entlassung, der Gestaltung eines bedarfsgerechten Leistungsspektrums des Krankenhauses und die

Erreichbarkeit von Mitarbeitern. Telefonische Befragungen von sozialen Einrichtungen werden regelmäßig von unserem Entlassungsmanagement durchgeführt. Die Befragungsergebnisse werden kommuniziert, fließen in die Gremienarbeit des Hauses ein und werden zur Umsetzung von Verbesserungen genutzt.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Zufriedenes und motiviertes Personal bildet die Grundlage hoher Qualität. In Ausübung der Verantwortung gegenüber unseren Mitarbeitern dienen Befragungen als Instrument der Organisationsführung und -entwicklung sowie einer nachhaltigen Personalpolitik und Mitarbeiterpflege des Krankenhauses. Umgesetzte Maßnahmen aus den Ergebnissen der Mitarbeiterbefragung sind u. a. die Steigerung der Zufriedenheit durch verbesserte Informationen der Mitarbeiter im Rahmen des Intranets, die Förderung der Gesundheit durch Einrichtung eines Gesundheitszirkels sowie die Verringerung von Fehlzeiten durch Einführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements.

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Unser Lob- und Beschwerdemanagement dient dem Informationsgewinn und der Ursachenanalyse und liefert wichtige Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten in den Bereichen. In einer Verfahrensweisung sind die Ansprechpartner, Verhaltensregeln und die Beschwerdebearbeitung festgeschrieben. Ein Beschwerdeführer hat zudem die Möglichkeit, sich telefonisch, per E-Mail oder über die Mitarbeiter direkt mit der Krankenhausleitung in Verbindung zu setzen. Weiterer Ansprechpartner für die Patienten ist ein Patientenführsprecher mit wöchentlicher Sprechstunde. Beschwerden und Anregungen werden zeitnah mit der Krankenhausleitung und den betroffenen Bereichen besprochen und zur Verbesserung der Patientenversorgung genutzt.

6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Qualitätsrelevante Daten werden als Steuerungsinstrument mit dem Ziel der Überwachung und kontinuierlichen Verbesserung der Abläufe unseres Krankenhauses erhoben. Angewandte Methoden sind Qualitätsmessungen und Auswertungen, Standards, Leitlinien, Dokumentations- und Beschwerdeanalysen, Visiten und Teambesprechungen. Im Rahmen des internen Berichtswesens werden diverse Kennzahlen ermittelt, ausgewertet und den Abteilungen zur zeitnah Verfügung gestellt. Über das gesetzlich vorgeschriebene Maß hinaus beteiligen sich die Kliniken an weiteren qualitätssichernden Maßnahmen. In der Pflege werden Daten für Dekubitus, Sturz, Schmerz und chronische Wunden elektronisch erfasst und analysiert.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Unser Krankenhaus beteiligt sich an allen für uns vorgesehenen Maßnahmen der externen Qualitätssicherung. Alle zu meldenden Daten werden anonymisiert und fristgerecht an die zuständige Auswertungsstelle übermittelt. Unsere Dokumentationsrate liegt bei 100%. Die Datenerfassung und Übermittlung erfolgt elektronisch. Wir nutzen die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung für die systematische Verbesserung der Patientenversorgung. Der Chefarzt der jeweiligen Fachabteilung sorgt für die klinikinterne Aufarbeitung und Analyse der Ergebnisse und falls notwendig, für die Ableitung von Verbesserungen.