



KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Klinikum Merzig
Institutionskennzeichen:	261000160
Anschrift:	Trierer Straße 148 66663 Merzig
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2017-0072 KH
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche
Gültig vom:	01.12.2017
 bis:	30.11.2020
Zertifiziert seit:	01.12.2005

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	7
1. Patientenorientierung	8
2. Mitarbeiterorientierung	11
3. Sicherheit - Risikomanagement	12
4. Informations- und Kommunikationswesen	15
5. Unternehmensführung	16
6. Qualitätsmanagement	18

Vorwort der KTQ[®]

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

Gesellschafter der KTQ[®] sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

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

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

der Einrichtung beziehen.

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.

¹ 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[®] gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

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

Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet einen strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

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

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

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

F. Wagner

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung

Das Klinikum Merzig, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität des Saarlandes, ist im Krankenhausplan des Saarlandes mit 327 Betten aufgenommen. Zum Klinikum gehören die Schule für Ergo- und Beschäftigungstherapie mit 40 Ausbildungsplätzen, sowie eine Schule für Gesundheits- und Krankenpflege mit 90 Ausbildungsplätzen.



Unter der Trägerschaft der Klinikum Merzig gGmbH wird ebenfalls in Merzig ein Seniorenzentrum* geführt mit 80 stationären Pflegeplätzen, sowie 16 Kurzzeitpflegeplätzen und sieben Tagespflegeplätzen.

Träger der Klinikum Merzig gGmbH ist die Saarland-Heilstätten GmbH. Als gemeinnützige Gesellschaft in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft zählt sie die Deutsche

Rentenversicherung Saarland, den Regionalverband, die Knappschaft-Bahn-See sowie den Arbeiterwohlfahrt Landesverband Saar e.V. zu ihren Gesellschaftern.

Ziel unserer Arbeit ist, Vertrauen sichtbar zu machen, indem wir Geborgenheit durch Kompetenz und Freundlichkeit vermitteln. Dazu gehört die ständige Qualitätsverbesserung im personellen und medizinischen Bereich, genauso wie die weitere Steigerung unseres hohen Unterbringungsstandards. Im Mittelpunkt unserer Arbeit steht der Patient mit seinen individuellen medizinischen, pflegerischen und sozialen Bedürfnissen.

Unseren Patienten und Angehörigen bieten wir ein breit gestaffeltes und umfassendes Leistungsspektrum. Die medizinische Versorgungsstruktur ergibt sich durch zehn medizinische Kliniken.



Seit Anfang 2007 ist die Klinikum Merzig gGmbH ebenfalls Gesellschafter eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)* in Losheim und seit 2009 in Merzig. Durch die enge Zusammenarbeit mit den Ärzten der verschiedenen Fachrichtungen des Versorgungszentrums kommen die Patienten in den Genuss einer Medizin auf hohem Niveau. Die kompetente Betreuung gewährleistet ein breites Diagnose- und Therapiespektrum.



Insgesamt arbeiten in unserem Klinikum fast 750 Menschen aus der Region Merzig-Wadern täglich daran, Ihnen Ihre Gesundheit zu erhalten oder im Falle einer Erkrankung Ihre Leiden zu lindern. Das Klinikum Merzig ist stolz, sich Ihnen als Ihr Gesundheitszentrum in der Region vorzustellen.

* Nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

Die KTQ-Kategorien

1. Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Unsere Klinik liegt in einem weitläufigen Parkgelände. Über ein Wegeleitsystem werden Patienten und Besucher schnell und sicher zum Ziel geführt. Dabei werden sie bei Bedarf von unseren Mitarbeitern unterstützt. An allen Kreuzungen und Knotenpunkten befinden sich einheitliche Schilder mit Richtungspfeilen. Die Patienten werden zur elektiven Aufnahme teilweise in die Fachabteilungen geleitet, wo die Voruntersuchung und die Aufnahme stattfindet. In der zentralen Patientenaufnahme werden die Patienten von einem Arzt untersucht und aufgenommen. Von dort werden sie zur aufnehmenden Station begleitet. Die Aufnahmeabläufe sind in Standards beschrieben, sodass für jeden Patienten die gleiche Qualität gewährleistet ist. In strukturierten Aufnahmegesprächen werden durch den Arzt- und Pflegedienst die für eine Behandlung notwendigen Informationen gesammelt. Notfälle werden jederzeit aufgenommen, dafür gibt es besondere Regelungen. Broschüren, Flyer und unsere Homepage informieren Patienten und Angehörige über die Angebote und Leistungen unserer Klinik.

1.1.2 Leitlinien und Standards

Bei der Behandlung unserer Patienten berücksichtigen wir im Arztdienst die aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften. Damit gewährleisten wir eine gleichbleibende Qualität und sorgen für Sicherheit. Die pflegerischen Maßnahmen orientieren sich an Pflege- sowie Expertenstandards. In Fortbildungen, Fallbesprechungen und Konferenzen werden Vorgaben vermittelt und das Wissen der Mitarbeiter auf dem aktuellen Stand gehalten. Verantwortlich für die Umsetzung sind die Chefarzte, die Pflegedienstleitung, Bereichs- und Stationsleitungen. Ein Dokumentenmanagementsystem stellt stets die Aktualität der Dokumente sicher.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Unsere Patienten werden bereits bei der Aufnahme von den Ärzten darauf aufmerksam gemacht, dass sie eine zweite Meinung einholen können. Die Aufklärung über die Behandlung oder über Änderungen erfolgt im Aufnahmegespräch, in den Visiten und in Einzelgesprächen. Die Einbeziehung des Patienten und ggf. seiner Angehörigen wird während der gesamten Behandlungsdauer sichergestellt. Wenn eine Patientenverfügung vorliegt, wird diese berücksichtigt. Dolmetscher können jederzeit hinzugezogen werden. Im Haus stehen Seelsorger und Psychologen für die Betreuung unserer Patienten zur Verfügung. Kontakte zu Selbsthilfegruppen werden vermittelt.

1.1.4 Ernährung und Service

In der modernen, klinikeigenen Küche wird nach HACCP-Standard gearbeitet. Der Essenstransport wird durch einen externen Dienstleister zu den vorgegebenen Frühstücks-, Mittags- und Abendessenszeiten sichergestellt. Auf jeder Station gibt es einen kostenlosen Wasserspender, sowie kleine Kannen um den Patienten zu versorgen. Für Heißgetränke steht ein entsprechender Automat mit vielfältiger Auswahl bereit. Für die Ernährungs- bzw. Diätberatung und ernährungsmedizinische Betreuung steht während der Regelarbeitszeit eine Ernährungs- / Diabetesberaterin DDG zur Verfügung. Die Diabetesfachberatung ist ärztlicherseits durch eine Kooperation mit einem Diabetologen sichergestellt.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Eine sorgfältige und zeitnahe Einschätzung des Gesundheitszustandes, der körperlichen und seelischen Verfassung und des sozialen Status unserer Patienten ist die Voraussetzung für eine gut geplante Behandlung. Durch die interdisziplinäre Verfügbarkeit zuständiger ärztlicher Mitarbeiter ist der Facharztstandard in der Zentralen Patientenaufnahme / Zentralen Notaufnahme rund um die Uhr sichergestellt. Nach den Erstgesprächen durch den Arzt- und Pflegedienst wird ein individueller Diagnostik- und Therapieplan erstellt. Dabei werden auch die Erwartungen und Wünsche der Patienten und seiner Angehörigen in Bezug auf Behandlung und Pflege berücksichtigt.

1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung

Bei elektiven Patienten erfolgt telefonisch eine Abstimmung mit dem Patienten bezüglich des Aufenthaltes. Bei der Erstuntersuchung sieht der Arzt ältere Patientendaten im KIS-System, eventuelle externe Vorbefunde werden durch den Patienten vorgelegt. Sowohl eine ambulante als auch stationäre Patientensteuerung erfolgt in enger Kooperation mit den klinikeigenen MVZs sowie der am Klinikum eingerichteten regionalen Notfallpraxis der kassenärztlichen Vereinigung der niedergelassenen Ärzte.

1.3.2 Ambulante Operationen

Nach Überweisung zu einer ambulanten Operation stellen sich die Patienten zunächst in den operierenden Kliniken des Hauses vor. Neben dem Aufklärungsgespräch durch einen Facharzt / Operateur findet ebenfalls die Vorstellung bei einem Anästhesisten statt. Gegebenenfalls notwendige Voruntersuchungen werden veranlasst oder direkt durchgeführt. Abhängig von der Indikation und der Verfügbarkeit kann ein Teil der ambulanten Operationen mit einem niedergelassenen Anästhesistenteam in einem Ambulanten OP-Zentrum durchgeführt werden, andernfalls erfolgen die OPs am Klinikstandort.

1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung

Die Behandlungsplanung sowie die stationäre Diagnostik erfolgen gemäß den medizinischen Behandlungsstandards der jeweiligen Kliniken. Als Basis dienen die Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften. In verschiedenen Fachbereichen kommen auf Grundlage der Leitlinien erweiterte hausinterne Behandlungsstandards zur Anwendung. Im Bereich der Pflege bilden die nationalen Expertenstandards die Grundlage der pflegerischen Behandlungsplanung.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die Behandlung jedes Patienten wird umfassend, zeitgerecht und nach aktuellen Standards interner und externer Leitlinien der Fachgesellschaften durchgeführt. Im Pflegedienst werden nationale Expertenstandards und hauseigene Vorbereitungs- und Durchführungsstandards umgesetzt. Instrumentier-, Lagerungsstandards und Standards der Funktionsdienste sind in Nutzung. Pharmazeutische Fachinformationen können jederzeit über die Zentralapotheke des SHG-Konzerns abgerufen werden.

1.4.3 Operative Prozesse

Alle elektiven Operationen und Interventionen werden OP-Saal bezogen abgebildet, wobei die OP-Indikation durch den verantwortlichen Chefarzt bzw. seinen Stellvertreter entsprechend dem aktuellen Wissensstand validiert wurde.

Die OP-Vorbereitung (Diagnostik) sowie die operative und anästhesiologische Aufklärung erfolgt unter Verwendung validierter, standardisierter Aufklärungsbögen. Das Patientenrechtgesetz wird bezüglich der Aufklärung umgesetzt. Je nach Indikation werden Röntgen, Labor, EKG bzw. notwendige erweiterte Diagnostik anhand vorgegebener Standards durchgeführt. Im Rahmen des Aufklärungsgesprächs werden Angehörige, benötigte Dolmetscher oder Betreuer insbesondere bei speziellen Patientengruppen wie Kindern, betreuten oder kommunikationskompromittierten Patienten eingebunden. Spezielle Informationsunterlagen stehen in mehreren Sprachen zur Verfügung.

1.4.4 Visite

Die Visiten dienen als zentrales Steuerungsinstrument der Patientenversorgung. Im Rahmen der Visiten wird die Therapieplanung überprüft und ggf. angepasst, der Patient wird über den Stand seiner Behandlung informiert und es besteht die Möglichkeit, Rückfragen zu stellen. Visiten dienen dem Informationsaustausch mit dem Patienten.

1.5.1 Entlassungsprozess

Bei allen Patienten wird eine ausführliche ärztliche und pflegerische Anamnese durchgeführt sowie gegebenenfalls die derzeitige Versorgungssituation erfragt. Mit der Erstdiagnose wird die voraussichtliche Verweildauer geplant und das Entlassmanagement bereits eingeleitet. Zusätzlich erfolgt ein Assessment (Checkliste), welches den weiteren Versorgungsbedarf, und die häusliche Weiterversorgung gewährleistet.

Bei Elektivaufnahmen und Kurzliegern (Orthopädie, Chirurgie) ist der voraussichtliche Entlasszeitpunkt schon bei Aufnahme bekannt, sodass alle erforderlichen Vorbereitungen durch den Ärztlichen-, Pflege- und Sozialdienst getroffen werden können.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung

Die Wünsche des sterbenden Patienten stehen im Vordergrund. Sie werden erfragt, erkannt und möglichst umgesetzt. In Gesprächen mit den Mitarbeitern der Station und den Klinikseelsorgern wird erkennbar, in welcher Form und in welchem Umfang der Patient und / oder die Angehörigen seelische, psychische und praktische Unterstützung wünschen. Wünscht der Patient Kontakt mit einem Geistlichen anderer Religionen, wird der entsprechende Kontakt vermittelt.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Der respektvolle Umgang mit Verstorbenen und die angemessene Begleitung der Angehörigen gehört zu den Grundlagen unseres Handelns. Den Angehörigen geben wir die Möglichkeit, in einem würdigen Rahmen Abschied zu nehmen. Auf Wunsch unterstützt die Seelsorge die Angehörigen bei der Trauerarbeit.

2. Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Personalbedarf

Die qualifizierte Behandlung und Versorgung unserer Patienten leiten uns bei der Personalplanung. Auf Basis von gesetzlichen Grundlagen, stationsbedingten Mindestbesetzungen, Empfehlungen von Fachgesellschaften, sowie Vergleichswerten (InEk) und betrieblicher Erfahrung wird unter Berücksichtigung von Leistungs- und Erlösveränderungen die Personalbedarfsplanung durchgeführt. Anhand von Rückmeldungen der Leitung, Belastungskennziffern und der Überstundenquote wird die Personalbedarfsplanung regelmäßig überprüft

2.1.2 Personalentwicklung

Das Personalentwicklungs-Konzept orientiert sich an den gesetzlichen Vorgaben und den kurz- und mittelfristigen strategischen Zielen der Klinik. Bei strukturellen Veränderungen wird durch eine mittelfristige Planung die Qualifikation des Personals zu einem bestimmten Zeitpunkt sichergestellt. Ausschreibungen werden konzernweit getätigt, um auch Mitarbeiter aus Schwesterhäusern anzusprechen, die die gewünschten Qualifikationen haben.

2.1.3 Einarbeitung

Einarbeitungskonzepte werden zu Beginn dem neuen Mitarbeiter ausgehändigt, mit ihm besprochen und Teilziele formuliert. Die Einarbeitung am Arbeitsplatz erfolgt strukturiert in Verantwortung des Vorgesetzten und wird dokumentiert. Im ärztlichen Bereich gibt es abteilungsspezifische Einarbeitungskonzepte. Diese richten sich nach den entsprechenden Vorgaben der Facharztweiterbildung. Die Durchführung und Kontrolle obliegt dem jeweiligen Chefarzt. Für Auszubildende in der Verwaltung und der Pflege gibt es abteilungsspezifische Handbücher mit Lernzielkatalog zur Einarbeitung und Betreuung.

2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Die gesamte Ausbildungscoordination der Pflegeschüler erfolgt in Abstimmung mit den jeweiligen Einsatzbereichen durch die zuständige Kursleitung. Die theoretische Ausbildung der Kranken- und Gesundheitspflege und der Ergotherapie findet im Blockunterricht statt. Jeder Auszubildende führt eine Praxismappe. In dieser Mappe sind übergeordnete Lernangebote der einzelnen Fachgebiete enthalten. Für die praktische Ausbildung stehen qualifizierte Praxisanleiter zur Verfügung. Für Hauswirtschaft, Bürokauffrau/-mann, EDV gibt es in jeder praktisch ausbildenden Abteilung einen Ausbilder, der die Ausbildereignungsprüfung abgelegt hat. Ausbildung, Fort- und Weiterbildung der nicht medizinischen Bereiche werden unter einer gemeinsamen Organisationsstruktur der berufsbildenden Schulen des Klinikums, dem kaufmännischen Berufsbildungszentrum Merzig sowie der IHK koordiniert. Die enge Verknüpfung von Theorie und Praxis ist die Basis einer fundierten Ausbildung. Deshalb werden unsere Schüler in den Pflege- und Gesundheitsberufen nach dem Konzept des problemorientierten Lernens unterrichtet. Zusätzlich gewährleisten qualifizierte Praxisanleiter die Anleitung auf den Stationen. Ein Regelkommunikationssystem zwischen der Schule und den Abteilungen unterstützt die Vernetzung. Mit den Schülern werden regelmäßig Feedbackgespräche geführt und dokumentiert.

2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance

Arbeitszeiten / Work Life Balance

Alle Mitarbeiter nehmen an der elektronischen Zeiterfassung teil, auf diese Weise ist die Ermittlung und fortlaufende elektronische Dokumentation der tatsächlichen Arbeitszeit der Mitarbeiter in allen Bereichen sichergestellt. An Terminals und über das Intranet können alle Mitarbeiter ihre jeweiligen Zeitkonten/Urlaubskonten einsehen. Nach Möglichkeit werden Mitarbeiterwünsche im Dienstplan berücksichtigt. Es besteht sowohl die Option, Favorisierungen der Mitarbeiter in den elektronischen Dienstplan einzupflegen als auch mittels Wunschbuch zu berücksichtigen. In enger Zusammenarbeit mit dem Betriebsrat erfolgen Anpassungen der erforderlichen Arbeitszeit- und Schichtmodelle. Diese sind unter Berücksichtigung der Mitarbeiterbedürfnisse individuell auf die Erfordernisse der jeweiligen Abteilung angepasst. Im Klinikum existieren 575 verschiedene Arbeitszeitmuster, 323 Arbeitszeitmodelle sowie 309 Arbeitszeitzyklen. Entsprechend des unterschiedlichen Arbeitsanfalls zu bestimmten Zeiten werden Kombinationen aus Regelarbeits- und Gleitzeit, sowie Bereitschafts-, Schicht- und Rufbereitschaftsdienst angewandt. Die Einhaltung der geplanten Arbeitszeit und die Anwesenheit der Mitarbeiter werden über die Zeiterfassung überwacht.

2.1.6 Ideenmanagement

Im Klinikum Merzig existiert ein geregelter Verfahren zum Umgang mit Mitarbeitervorschlägen und Beschwerden. Jeder Mitarbeiter kann Verbesserungsvorschläge, Ideen jederzeit schriftlich oder persönlich direkt an die Klinikleitung richten. Eine Kommission entscheidet über die Umsetzung der Vorschläge. Die Mitarbeiter werden darüber informiert. Neben diesem übergreifenden Verfahren werden Verbesserungen auch innerhalb der Abteilungen direkt umgesetzt.

3. Sicherheit - Risikomanagement

3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements

Im Klinikum existiert ein umfassendes Risikomanagement-Konzept. Alle Fachabteilungen wurden regelmäßig risikoauditert- und evaluiert. Eine Konformitätsbewertung des klinischen und des betrieblichen Risikomanagements nach ISO 31000 wurde geprüft. CIRS Meldungen sind bekannt und etabliert. Es werden bei entsprechenden Vorkommnissen Meldungen gemacht und zeitnah von der Auswerter-Gruppe bearbeitet. Monatlich wird ein CIRS medical Fall im Intranet veröffentlicht. In den QM-Treffen werden Fehler- und Sicherheitskultur regelhaft weiter vorangetrieben und geschult. Die Präventionsmaßnahmen nach den Vorgaben des Aktionsbündnis Patientensicherheit werden umgesetzt und beachtet.

3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung

Die Einschätzung und Dokumentation von Gefährdungssituationen erfolgt bei der ärztlichen und pflegerischen Anamnese (z.B. Bewusstseinsituation, Dekubitus-/ Sturzgefährdung). Die Ergebnisse fließen in die Behandlungs- und Pflegeplanung ein. Diese wird unterstützt durch Verlaufsdocumentationen zum Dekubitus- und Sturzrisiko sowie Standards zu Prophylaxen wie Mobilisation und Ernährung. Die Behand-

lungs- und Pflegeplanung ist die verbindliche Arbeitsgrundlage für alle an der Patientenversorgung Beteiligten. Angehörige werden in die Planung und den Versorgungsprozess einbezogen

3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement

Für das Vorgehen bei medizinischen Notfällen liegt ein geregeltes Verfahren vor. Die Intensivstation verfügt über eine Notfallnummer, die auf allen Telefonen im Haus angebracht ist. In einem Melde- und Ablaufplan ist die Vorgehensweise festgelegt. Jede Organisationseinheit verfügt über ein standardisiertes Notfallequipment. Die Notfallausrüstung wird regelmäßig überprüft. Jährlich finden praktische Reanimationsübungen statt.

3.1.4 Organisation der Hygiene

Die Belange der Hygiene werden durch die Hygienekommission, Hygienefachkräfte und hygieneverantwortliche Ärzte geregelt. Alle Vorgaben zur Hygiene sind im Hygieneplan festgelegt. Außerdem sind in den Fachbereichen hygienebeauftragte Ärzte und Pflegekräfte benannt. Der Hygieneplan ist im Nexus-Curator einsehbar. Die Einhaltung der Hygieneplanung überprüft die Hygienefachkraft und das Gesundheitsamt. Neben den jährlich stattfindenden Pflichtunterweisungen werden alle Stationen des Hauses ein bis zwei Mal jährlich zu aktuellen Themen der Klinikhygiene geschult.

3.1.5 Hygienerrelevante Daten, Infektionsmanagement

Hygienerrelevante Daten werden in unserer Klinik strukturiert erfasst und ausgewertet. Auffällige Ergebnisse werden in der Hygienekommission analysiert und entsprechende Maßnahmen eingeleitet. Die vom Infektionsschutzgesetz geforderte Surveillance erfolgt durch Teilnahme an mehreren KISS- Modulen des Nationalen Referenzzentrums für nosokomiale Infektionen am Robert-Koch-Institut (RKI).

3.1.6 Arzneimittel

Unter Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse legt die Arzneimittelkommission die Arzneimittelliste fest. Die Versorgung unserer Patienten mit Arzneimitteln erfolgt zwei Mal wöchentlich durch die Zentralapotheke der SHG. Nichtvorrätige Arzneimittel können jederzeit beschafft werden, wodurch eine Versorgung jederzeit gewährleistet ist. Die Bestellung und Anwendung erfolgt ausschließlich auf Grund schriftlicher ärztlicher Anordnung. Die Lagerhaltung auf den Stationen wird regelmäßig durch die Apotheke und darüber hinaus durch die Stationsleitungen überprüft.

3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin

Der Umgang mit Blut und Blutprodukten ist im "QM-Handbuch für die Klinische Anwendung von Blutkomponenten und Plasmaderivaten" geregelt. Blut und Blutprodukte können rund um die Uhr über das Labor angefordert werden. Dienst- und Verfahrensanweisungen regeln die Prozedere zur Bluttransfusion. Im Klinikum ist ein Transfusionsverantwortlicher Arzt benannt und eine Transfusionskommission etabliert.

3.1.8 Medizinprodukte

Eine Verfahrensanweisung regelt das Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten. Dort ist festgelegt, dass ausschließlich eingewiesene Mitarbeiter die jeweiligen medizinischen Geräte bedienen dürfen. Die Einweisungen der Mitarbeiter werden dokumentiert. Die Verantwortlichkeiten für die Anwendung von Medizinprodukten sind benannt. Der Meldeweg für Vorkommnisse und Beinahevorkommnisse mit Medizinprodukten ist beschrieben. Medizinprodukte werden regelmäßig entsprechend der Herstellervorgaben gewartet und entsprechen somit immer dem Stand der Technik. Die komplette Medizin-technische Betreuung erfolgt über einen externen Dienstleister (MedServ).

3.2.1 Arbeitsschutz

Die Umsetzung unseres Arbeitssicherheitskonzeptes hilft, Arbeitsunfälle zu verhindern und Berufsunfähigkeit zu vermeiden. Das Konzept beinhaltet Verfahren und Verhaltensregeln z.B. bei Stichverletzungen oder für den Umgang mit Gefahrstoffen. Eine Fachkraft für Arbeitssicherheit, Sicherheitsbeauftragte und der Arbeitssicherheitsausschuss überwachen die Einhaltung der Schutzbestimmungen. Sicherheitsmängel werden zeitnah behoben. Die Mitarbeiter werden regelmäßig durch den betriebsärztlichen Dienst untersucht.

3.2.2 Brandschutz

Der Brandschutz in unserer Klinik ist in einer Brandschutzordnung geregelt und als Verfahren etabliert. Flucht- und Rettungspläne werden regelmäßig überprüft und bei Veränderungen erneuert. Schulungen und Übungen zum Verhalten im Brandfall vermitteln den Mitarbeitern Sicherheit für den Notfall. Brandschutzbegehungen finden statt. In der Brandschau festgestellte Mängel werden zeitnah abgestellt.

3.2.3 Datenschutz

Der externe Datenschutzbeauftragte orientiert sich an gesetzlichen Vorgaben und dem Datenschutzhandbuch. Er erstellt jährlich einen Datenschutzbericht. Die Koordination DS vermittelt zwischen dem externen Datenschutzbeauftragten und dem jeweiligen Haus. Der Ansprechpartner Datenschutz verfügt über haus-spezifische Kenntnisse. Datenerhebungen erfolgen bei der Patientenaufnahme mittels Behandlungsvertrag bzw. in den Fachabteilungssekretariaten.

3.2.4 Umweltschutz

Die Nutzung von Energie, Wasser und anderen Ressourcen erfolgt schonend und rationell. Eine Abfallreduzierung und Kosteneinsparung wird durch Trennung der Fraktionen erreicht. Die ökologische Beschaffung von Materialien wird von unserer Einkaufsgemeinschaft APOLOG wahrgenommen. Der Wasser- und Energieverbrauch wird von der Technischen Abteilung überwacht. Die Ökoziele der Klinik fordern die Mitarbeiter zum sinnvollen Einsatz und Umgang mit allen Ressourcen auf; hierzu gehört auch der sparsame Umgang mit Energie, z.B. bei der Nutzung elektrischer Geräte.

3.2.5 Katastrophenschutz

Das Klinikum ist in den Katastrophenschutz nach den Vorgaben des Landes eingebunden. Grundlage für die Erstellung des Alarm- und Einsatzplanes bilden die landesgesetzlichen Grundlagen des Katastrophenschutzes. Alle Verantwortlichkeiten werden durch einen Alarm- und Einsatzplan geregelt und sind dort festgeschrieben. Bei Großschadensfällen übernimmt die verantwortliche Gesamtleitung innerhalb des Landkreises Merzig-Wadern der Landrat.

3.2.6 Ausfall von Systemen

Die Organisation und Verantwortlichkeit bei Systemausfällen unterscheidet sich in den unterschiedlichen Fachrichtungen. Technische Ausfälle inkl. Strom, Wasser, Heizung usw. wird durch den Technischen Dienst organisiert. Medizintechnische Ausfälle werden durch den Medizintechniker bzw. die Fa. MedServ geregelt, EDV-Ausfälle über die IT-Abteilung. Die Klinikleitung und Technik sind rund um die Uhr über die Zentrale erreichbar. Die Telefonnummern der Mitarbeiter sind hier deponiert. Dienstpläne für die technische Notbereitschaft sind dort aktuell hinterlegt. Bei umfangreichen Notfallsituationen wird die Klinikeinsatzleitung informiert bzw. einberufen. Zu verständigende Personen sind im Alarm- und Katastrophenplan definiert.

4. Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Zur Unterstützung der effektiven und effizienten Patientenversorgung nutzen wir ein vernetztes Krankenhausinformationssystem, an das sämtliche medizinische und administrative Bereiche angeschlossen sind. Sicherungssysteme schützen die Daten bzw. sorgen dem Datenausfall vor. Zudem werden abteilungsbezogene Befunddaten in verschiedenen Subsystemen erstellt und mittels Schnittstelle an das KIS übermittelt. In einem Rahmenkonzept sind Zugriffsrechte, Nutzerverzeichnisse und die Datensicherung geregelt. Das Krankenhausnetzwerk und alle Server sind rund um die Uhr in Betrieb und gegen Stromausfall gesichert. Alle Mitarbeiter haben in ihrem Kompetenzbereich einen "Rund um die Uhr Zugang" zum EDV-Netzwerk.

4.2.1 Klinische Dokumentation

Um den Behandlungsprozess nachvollziehbar zu machen, werden sämtliche diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen in der Patientenakte dokumentiert. Dazu ist jeder an der Behandlung beteiligte Mitarbeiter verpflichtet, dies ist in einer Dienstanweisung geregelt. Für die elektronische Dokumentation und den Zugriff auf die elektronisch archivierten Daten gibt es ein Berechtigungskonzept. Die Dokumentation wird von allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen zur Informationsweitergabe genutzt und u.a. im Rahmen der ärztlichen Visiten überprüft. Zur Überprüfung der Dokumentation finden Audits statt.

4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

Die für die Behandlung und Pflege unserer Patienten notwendigen Informationen, die sich in der digitalen Patientenakte befinden, sind für Berechtigte jederzeit zugänglich. Die noch in Papierform dokumentierten Daten werden in der Patientenakte im Kurvenwagen des Dienstzimmers der Stationen abgelegt. Alle berechtigten Mitarbeiter haben Zugang. Abgeschlossene Patientenakten werden durch einen externen Dienstleister digitalisiert.

4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Die Krankenhausleitung ist durch Mitwirkung und Teilnahme an Gremien, durch Protokolle und das Berichtswesen über Entwicklungen und Vorgänge im Krankenhaus umfassend und zeitnah informiert. Führungskonferenzen, monatliche Controllinggespräche, Informationsrunden für alle Mitarbeiter, Gespräche mit dem Betriebsrat sowie EDV-Verzeichnisse, die von Krankenhausleitung, Abteilungsleitern und Stabsstellen gemeinsam genutzt werden, runden den gegenseitigen Informationsfluss ab. Über ein klinikweites Berichtswesen werden alle relevanten Informationen im Krankenhausumfeld (aus internen und externen Krankenhausgremien) durch die zuständigen Vertreter aus Klinikleitung und Betriebsrat aufgenommen und in die entsprechenden Kliniken und Bereiche weitergeleitet. Regelmäßige Controllinggespräche sichern den Austausch zwischen Klinikleitung und den jeweiligen Abteilungen. Ergebnisse von Befragungen und externen Analysen werden durch das Qualitätsmanagement zeitnah an die Klinikleitung weitergemeldet. Protokolle der Hygienekommission, von Begehungen und Audits werden ihr vorgelegt. Regelmäßige Betriebsversammlungen stehen als Info- und Austauschplattform zwischen Klinikleitung und Mitarbeiter zur Verfügung.

4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Unsere Kommunikationsstruktur fördert den Informationsfluss zwischen den Bereichen und Abteilungen und den Austausch aller für die Genesung unserer Patienten verantwortlichen Mitarbeiter. Neben regelmäßigen Besprechungen (Morgenkonferenz, Abteilungsleitungs-, Stationsleitungskonferenzen, Teambesprechungen) und Übergaben werden das Intranet und E-Mails für die Weitergabe von Informationen genutzt. Über Rundschreiben werden Ergebnisse aus Gremien, Kommissionen und der Klinikleitung bekannt gemacht.

5. Unternehmensführung

5.1.1 Philosophie/Leitbild

Bei der Behandlung und Versorgung unserer Patienten leiten uns die Grundsätze des Leitbildes. Die Leitbildentwicklung fand als offener Prozess unter Beteiligung von Mitarbeitern aus allen Berufsgruppen statt. Es ist die Grundlage unseres Handelns und bildet den Rahmen für medizinisch-therapeutische und pflegerische Arbeit. Das Leitbild liegt in schriftlicher Form vor, ist an vielen Stellen in unserer Klinik präsent und im Internet und Intranet veröffentlicht.

5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Vertrauensbildende Maßnahmen werden in allen Berufs- und Hierarchieebenen praktiziert. Vertrauensfördernde Maßnahmen sind unter anderem strukturierte Mitarbeiterfördergespräche, das betriebliche Vorschlagswesen, regelmäßige Gespräche zwischen Leitung und Mitgliedern des Betriebsrates, Projekte und Arbeitsgruppen. Darüber hinaus finden Betriebsausflüge statt, langjährige Mitarbeiter werden geehrt und ehemalige Mitarbeiter werden zu Treffen eingeladen.

5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Ethische Problemstellungen werden in unserer Klinik interdisziplinär und berufsgruppenübergreifend in der täglichen Arbeit thematisiert und reflektiert. Fallbezogen werden diese Bereiche im Team zwischen ärztlichen, psychologischen, pflegerischen und seelsorgerlichen Mitarbeitern besprochen. Zudem ist im Klinikum ein Ethikkomitee etabliert, welches ebenfalls zu aktuellen ethikbezogenen Themen tagt. Darüber hinaus steht die Klinikseelsorge allen Patienten, Angehörigen und den Mitarbeitern zu Gesprächen und zur Unterstützung zur Verfügung.

5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Für das Marketing, die Außendarstellung der Klinik und die Kommunikation ist die Abteilung Öffentlichkeitsarbeit verantwortlich. Jährlich werden die Schwerpunkte zwischen dem VD und der Abteilung Öffentlichkeitsarbeit abgestimmt. So finden z.B. regelmäßig Veranstaltungen für Niedergelassene und Einweiser statt, denen im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen ein fachlicher Austausch geboten wird. Veranstaltungen für Patienten und andere Interessierte finden ebenso Berücksichtigung. Beispielsweise gibt es regelmäßig Informationsveranstaltungen zu spezifischen Krankheitsbildern.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung

Unsere Strategie und Zielplanung sieht vor, unter Einhaltung rechtlicher Vorschriften, ethischer Grundsätze und im Rahmen der gegebenen ökonomischen Rahmenbedingungen eine hohe Qualität medizinisch-pflegerischen Leistungen und hohe Zufriedenheit unserer Kunden sowie gleichzeitig ein gutes wirtschaftliches Ergebnis zu erzielen. Ein weiteres strategisches Ziel besteht in der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit, des Images und der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit.

5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement

Im Klinikum verfolgen wir im Sinne des Risikomanagements die Sicherstellung eines bewussten Umgangs, einer wirksamen Kontrolle und das konsequente Managen von auftretenden Risiken. Das Augenmerk liegt auf dem Vermeiden und Ausräumen von Risiken und potenziellen Fehlerquellen und auf der Förderung des Erkennens und Nutzens von Chancen. Risikomanagementmaßnahmen wie z.B. Dekubitus- und Sturzprävention, externe Risikoaudits in allen Fachbereichen sowie die Einführung eines CIRS (Critical Incident Reporting System) wurden strukturiert umgesetzt.

5.2.3 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Unsere Klinik beteiligt sich an mannigfaltigen Kooperationen, die das Leistungsspektrum erweitern. Viele dieser Kooperationen werden durch vertragliche Festlegungen gesteuert. Das Haus unterstützt soziale Projekte, geht verantwortungsvoll mit den natürlichen und wirtschaftlichen Ressourcen um und fördert den Erfahrungs- und Wissenszuwachs junger Menschen.

5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

Eine klare Organisationsstruktur schafft Transparenz und Handlungssicherheit. Das Klinikorganigramm zeigt alle Bereiche und Leitungsbesetzungen in ihrer jeweiligen Zuordnung und ist im Intranet hinterlegt. In zahlreichen Projekten befassen sich Teams außerhalb der Hierarchie mit aktuellen Themen zur Verbesserung der Prozess- und Versorgungsqualität.

5.3.2 Innovation und Wissensmanagement

Die Klinik verzahnt moderne Medizin mit unterstützender IT und ist offen für neue Kooperationen in einer Konzernumgebung mit hoher Kompetenz. Durch innovative Prozesse und Versorgungsangebote soll die Attraktivität der Klinik aus Sicht der Patienten, Mitarbeiter, Einweiser und Kooperationspartner stetig steigen. Dabei wird auf die Expertise der Mitarbeiter und interprofessionelle, interdisziplinäre und einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit gesetzt.

6. Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Das QM wird im Haus zentral als Stabsstelle der Krankenhausleitung geführt. Hauptverantwortlich ist ein QMB benannt. Seit kurzem wird die Abteilung zusätzlich durch einen Trainee, einem Auszubildenden (im Wechsel mit anderen Abteilungen) und zeitweise eines studentischen Praktikanten verstärkt. Regelmäßig wird im QM auch auf externe Beratung durch entsprechende Firmen zurückgegriffen (z.B. GRB, Impact usw.). Zwei leitende Mitarbeiter sind als Peers ausgebildet. Ein QM -Beauftragter für Transfusionswesen ist qualifiziert. In den Abteilungen sind jeweils Qualitätsmultiplikatoren und Stellvertreter benannt. Diese bestehen für Ärzte, Pflege und Verwaltung. Die frühere QM-Lenkungsgruppe wurde in den wöchentlichen Verwaltungs-Jour fixe einbezogen. Zusätzlich werden die Themen aus QM und Projektmanagement im sog. "Think Tank" und im quartalsweise stattfindenden Steuerkreis besprochen.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung

Es besteht ein grundlegendes Prozessmodell der Klinik, welches alle Kern-, Führungs- und Unterstützungsprozesse definiert. Aktuell befindet sich aufgrund der Changemanagement-Aktivitäten das Prozessmodell vor allem in der Zuordnung der Führungs- und Unterstützungsprozesse in Bearbeitung. Das Prozessmanagement wird überwiegend durch die QM-Abteilung koordiniert und organisiert. Maßgeblichen Input aller Prozesskennzahlen bieten hierbei das Med.Controlling (z.B. auch durch IneK- Benchmark, InMed-Benchmark, QS-Daten), das Controlling (Deckungsbeitrag-Rechnung, Verbrauch), die Personalabteilung (VK, Überstunden usw.) und das QM durch die Befragungen der Patienten und Mitarbeiter.

Prozesse werden in der gleichen Systematik wie die Ziel-BSC des Hauses nach 4 Perspektiven analysiert. Umsetzung von Prozessverbesserungen erfolgen zusammen mit den verantwortlichen Führungskräften und Mitarbeitern.

6.2.1 Patientenbefragung

Patientenbefragungen werden seit 2003 alle drei Jahre in Zusammenarbeit mit dem Picker-Institut durch das QM durchgeführt (zuletzt 2015). Durch die von Picker verwendete Methodik ist der Datenschutz, die Anonymität der Befragung, die Validität der Daten und eine strukturierte Auswertung sichergestellt. Ein Abgleich der Ergebnisse erfolgt hausintern sowie über die Befragungsergebnisse der anderen Kliniken im Konzern.

6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Die Verantwortung für Durchführung von Befragungen externer Einrichtungen liegt bei der Klinikleitung, die Vorbereitung und Bewertung übernimmt das Qualitätsmanagement. Die Ergebnisse werden der Klinikleitung und den Chefarzten der Kliniken vorgestellt. Die Erarbeitung von Verbesserungsmaßnahmen und deren Umsetzung erfolgt auf Klinikumsebene.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Die Zufriedenheit der Mitarbeiter wird durch regelmäßige strukturierte Mitarbeiterbefragungen erhoben. Die letzte Befragung wurde 2016 mit dem Institut "Great Place To Work" durchgeführt. Ein Abgleich der Ergebnisse erfolgt hausintern sowie über die Befragungsergebnisse der anderen Kliniken im Konzern. Das Befragungsinstitut stellt einen nationalen Vergleich durch die Ergebnisse aus bereits befragten Krankenhäusern zur Verfügung. Die Ergebnisse der Befragungen werden in Mitarbeiterversammlungen rückgemeldet, um anschließend zusammen mit den Mitarbeitern die besten Maßnahmen zur Weiterentwicklung und Gestaltung unserer Klinik herauszuarbeiten.

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

Ansprechpartner für Beschwerden sind grundsätzlich alle Mitarbeiter, der Patientenfürsprecher und der Qualitätsmanagementbeauftragte. Beschwerden können schriftlich, mündlich und anonym vorgebracht werden und münden in ein systematisches, intranetbasiertes Beschwerdemanagement. Mit der elektronischen Bearbeitung der Beschwerde werden alle damit verbundenen Maßnahmen sowie der Verlauf dokumentiert und reflektiert.

6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren

Wir legen sehr großen Wert auf die objektive Zieldefinition auf Basis valider Kennzahlen, Benchmarks und Best-Practice Vergleichen. Die Messung unserer selbst definierten Ziele, aber auch zur Teilnahme an gesetzlich verpflichtenden QS-Daten oder Statistiken ist kontinuierlicher Bestandteil des Klinikmanagements. Zur übersichtlicheren Kontrolle und einheitlichen Zielkaskadierung haben wir in 2017 begonnen uns am Balanced Scorecard Modell zu orientieren und in vier Perspektiven mit insgesamt 20 Unterthemen zu sortieren. Diese Methode wird umfassend von den Gesamtzielen, über die CA-Strategiegespräche bis zu der einzelnen Prozessanalyse verfolgt. Ziel soll es sein, bis 2018 ein geregeltes und überschaubares Berichtswesen zu haben, dass sich in allen Ebenen herunterbrechen und transparent darstellen lässt.