



KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Einrichtung: SHG-Klinikum Merzig
Institutionskennzeichen: 261000160
Anschrift: Trierer Straße 148
66663 Merzig

Ist zertifiziert nach KTQ®
mit der Zertifikatnummer: 2014-0074 KH
durch die von der KTQ-GmbH QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH,
zugelassene Zertifizierungsstelle: Bramsche

Gültig vom: 01.12.2014
bis: 30.11.2017

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	7
1 Patientenorientierung	8
2 Mitarbeiterorientierung	12
3 Sicherheit	14
4 Informations- und Kommunikationswesen	17
5 Führung	19
6 Qualitätsmanagement	21

Vorwort der KTQ®

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

Gesellschafter der KTQ® sind die Bundesärztekammer (BÄK), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Deutsche Pflegerat (DPR), der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e.V. (HB) und die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹. 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 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.

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren® gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft.

¹ zu diesen zählen: Verband der Ersatzkassen e. V., AOK-Bundesverband, BKK-Bundesverband, IKK-Bundesverband, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Knappschaft-Bahn-See.
KTQ-Qualitätsbericht SHG Klinikum Merzig

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

Wir freuen uns, dass die **SHG-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

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Dr. med. M. Vogt

Für den Hartmannbund

Vorwort der Einrichtung

Die Klinikum Merzig gGmbH



Das Klinikum Merzig, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität des Saarlandes, ist im Krankenhausplan des Saarlandes mit 305 Betten aufgenommen. Zum Klinikum gehören die Schule für Ergo- und Beschäftigungstherapie mit 40 Ausbildungsplätzen, sowie eine Schule für Gesundheits-, Krankenpflege mit 105 Ausbildungsplätzen.

Unter der Trägerschaft der Klinikum Merzig gGmbH wird ebenfalls in Merzig ein Seniorenzentrum* geführt mit 91 stationären Pflegeplätzen, 4 Kurzzeit- sowie 7 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 Stadtverband Saarbrücken, 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 10 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.

* Nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

Weiterhin nehmen wir an Disease- Management- Programmen Koronare Herzerkrankung, Chronisch-Obstruktive Lungenerkrankungen und Asthma Bronchiale teil. Einen Vertrag der Integrierten Versorgung haben wir mit dem Verband der Angestellten-Ersatzkassen (VDAK) und der AOK des Saarlandes geschlossen. Inhaltlich geht es hierbei um die integrierte Versorgung von depressiven und suchtkranken Menschen.

Insgesamt arbeiten in unserem Klinikum fast 900 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.

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

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. 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, so dass 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.

Leitlinien

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 Chefärzte, die Pflegedienstleitung, Bereichs- und Stationsleitungen. Ein Dokumentenmanagementsystem stellt stets die Aktualität der leitenden Dokumentation sicher.

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. Soweit möglich werden Patientenverfügungen berücksichtigt. Dolmetscher können jederzeit hinzugezogen werden. Im Haus stehen Seelsorger und Psychologen für die Betreuung unserer Patienten zur Verfügung. Kontakte zu Selbsthilfegruppen werden vermittelt.

Service, Essen und Trinken

Die Zimmerausstattung besteht aus Dusche, WC, Schrank, Essplatz, TV, Radio, Telefon und einem elektrischen Krankenhausbett. Für unsere Patienten stehen Aufenthaltsräume, Cafeteria, Kapelle und eine großzügige Parkanlage zur Verfügung. In der Geburtshilfe können Familienzimmer genutzt werden. Grundsätzlich ist uns eine abwechslungsreiche und gesunde Ernährung ein wichtiges Anliegen. Der Speiseplan bietet den Patienten ausgewogene und schmackhafte Gerichte.

Kooperationen

Die gute Kooperation aller an der Patientenversorgung Beteiligten ist Voraussetzung für den Behandlungserfolg. Deshalb sorgt ein differenziertes, berufsgruppenübergreifendes Besprechungswesen für einen engen und zeitnahen Austausch. An den regelmäßigen Fall-, Verlaufs-, Therapieplan- und Abteilungskonferenzen nehmen alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen teil. Bei Bedarf werden Experten anderer Fachrichtungen hinzugezogen.

Erstdiagnostik und Erstversorgung

Eine sorgfältige und zeitnahe Einschätzung 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 rund um die Uhr sicher gestellt. Nach den Erstgesprächen durch den Arzt- und Pflegedienst wird ein individueller Diagnostik- und Therapieplan erstellt. Dabei werden auch die Erwartungen und Wünsche der Patienten in Bezug auf Behandlung und Pflege berücksichtigt.

Ambulante Diagnostik und Behandlung

Mit der Einrichtung einer zentralen Patientenaufnahme ist rund um die Uhr eine fachärztliche- und pflegerische Versorgung gewährleistet. Es besteht eine enge kooperative Zusammenarbeit mit den einzelnen Fachdisziplinen. Sowohl eine ambulante als auch stationäre Patientensteuerung erfolgt in enger Kooperation mit den klinikeigenen MVZs sowie der am Klinikum eingerichteten regionalen Notfallpraxis der kasernenärztlichen Vereinigung der niedergelassenen Ärzte.

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. Aufgrund der am jetzigen Standort eingeschränkten OP-Saalkapazitäten wird ein Großteil der ambulanten Operationen in Kooperation mit einem niedergelassenen Anästhesistenteam in OP-Räumen der ehemaligen Klinik durchgeführt.

Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Die Behandlung unserer Patienten erfolgt gezielt und geplant. Nach der Aufnahme erstellt der verantwortliche Arzt für jeden Patienten einen individuellen Diagnostik- und Therapieplan. Er orientiert sich am aktuellen medizinischen Kenntnisstand, z.B. an den Leitlinien der Fachgesellschaften. Der Pflegedienst führt mit jedem Patienten innerhalb von 24h eine Pflegeanamnese durch und erstellt eine Pflegeplanung. Hierbei wird ebenfalls das Dekubitus- und Sturzrisiko erhoben. Ein MRSA-Suchtest erfolgt innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme für definierte Risikopatienten.

Therapeutische Prozesse

Medizinische Leitlinien bilden die Grundlage für hausspezifische Diagnostik- und Therapiepfade. Auf dieser Grundlage erfolgen die Diagnosestellung und die Therapieplanung inklusive der Medikamentenverordnung. Pharmakologische Fragestellungen werden zwischen Arzt und Apotheker erörtert. Die an der Behandlung beteiligten Kliniken treffen sich in täglichen Besprechungen. Dazu gehören die Frühbesprechungen zwischen Radiologie und Innerer Medizin, Chirurgie, Neurologie und Orthopädie. Im 14-tägigen Rhythmus findet eine interdisziplinäre Tumorkonferenz statt.

Operative Verfahren

Nach Bestätigung der OP-Indikation in den Ambulanzen der Kliniken wird der Patient dem Anästhesisten vorgestellt und ein OP-Termin vereinbart. Alle Patienten erhalten vor einer Operation einen Termin in der anästhesiologischen Sprechstunde. Leitlinienorientierte Verfahren zur Vorbereitung und Durchführung der Anästhesie kommen zur Anwendung. Für die operativen Kliniken existieren Schmerzkonzepte.

Visite

Visiten dienen der Überprüfung des Behandlungsverlaufs, der Information des Patienten und der Anpassung des Therapieplanes. In unserer Klinik werden Einzel-, Gruppen- und Kurvenvisiten durchgeführt. Zum Teil nehmen der Pflegedienst bzw. die Bezugspflegekraft und die Therapeuten daran teil. Neben der Stationsarztvisite gibt es die Chefarzt- bzw. Oberarztvisite. Die einzelnen Stationskonzepte enthalten differenzierte Regelungen zu den Visiten. Bei der Durchführung der Visite wird stets auf eine störungsfreie und angenehme Atmosphäre geachtet.

Teilstationär, prästationär, poststationär

Vor- u. nachstationäre Vorstellungen und Behandlungen inklusive weiterführender Diagnostik erfolgen in allen Fachambulanzen. Bei OP-Patienten wird beim vorstationären Besuch die OP-Indikation gestellt. Nach Bestätigung der OP-Indikation wird der Patient dem Anästhesisten vorgestellt und ein OP-Termin vereinbart. Die Entlassung von Patienten, die einen über das Krankenhaus hinausgehenden Versorgungsbedarf haben, ist im Entlassungsmanagement geregelt. Bereits in den ersten Tagen nach Aufnahme des Patienten wird der Versorgungsbedarf an den Sozialdienst weitergemeldet. Unter Einbeziehung der Patienten und ihrer Angehörigen wird die Organisation der Heil- und Hilfsmittel, die Information einer Sozialstation oder eines Kooperationspartners zur weiteren Versorgung des Patienten eingeleitet.

Entlassung

Der Übergang in andere Versorgungsbereiche erfolgt strukturiert und systematisch. Die Überleitung unserer Patienten in eine Rehabilitationsklinik, stationäre Pflegeeinrichtung, Sozialstation oder häusliche Versorgung durch pflegende Angehörige wird frühzeitig vorbereitet. Für Patienten und ihre Angehörige wird eine kontinuierliche Weiterbetreuung in andere Versorgungsbereiche gewährleistet. Bei schwierigen Behandlungsverläufen wird zusätzlich Kontakt mit dem Hausarzt aufgenommen. Jeder Patient wird mit einem Entlassbrief entlassen, der alle relevanten Informationen zur Diagnose, Medikamenten und Therapieempfehlungen für den weiterbehandelnden

Arzt enthält.

Kontinuierliche Weiterbetreuung

Patienten, die in eine Pflegeeinrichtung entlassen werden, erhalten einen Pflegeüberleitungsbogen. Bei Bedarf erfolgt eine zusätzliche telefonische Information der weiterbehandelnden oder betreuenden Stelle. Der Sozialdienst organisiert ggf. die ambulante Pflege. Eine gute Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten, Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen, Selbsthilfegruppen u.a. wird durch regelmäßige Kontakte und Teilnahme an Arbeitskreisen gepflegt. Bereits während der Behandlung nehmen wir Kontakt zur weiterbehandelnden Einrichtung auf.

Umgang mit sterbenden Patienten

Dem Patienten wird ein würdevolles Sterben und seinen Angehörigen ein würdevolles Abschiednehmen ermöglicht. Den besonderen Bedürfnissen Sterbender wird das Krankenhaus durch die Aufnahme der Patienten auf der Palliativstation sowie die intensive seelsorgerische Betreuung durch die Klinikseelsorge gerecht. Im Bereich der Palliativmedizin stehen dem sterbenden Menschen speziell ausgebildete therapeutische Mitarbeiter (Palliativ-Care, Palliativ-Mediziner) zur Seite.

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

Planung des Personalbedarfs

Die qualifizierte Behandlung und Versorgung unserer Patienten leiten uns bei der Personalplanung. Auf Basis des Wirtschaftsplanes und der Vorgabe der Geschäftsführung wird ein Stellenplan erstellt, der die Leistungsentwicklung, geplante strukturelle Veränderungen sowie die gesetzlichen Bestimmungen berücksichtigt. In Ekkalkulationsdaten werden bei der Bedarfsberechnung im medizinischen Umfeld immer mit betrachtet. Die erforderliche Quote qualifizierter Mitarbeiter ist jederzeit verfügbar. Um die Ausfallquote gering zu halten, werden verschiedene Angebote zur Gesundheitsförderung gemacht. Ein Verfahren zur Wiedereingliederung nach längerer Krankheit ist eingeführt.

Personalentwicklung / Qualifizierung

Die Verantwortung für die Weiterentwicklung des Personals obliegt in erster Linie den Führungskräften im ärztlichen, pflegerischen und Verwaltungsbereich. In Mitarbeitergesprächen werden Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zur weiteren Entwicklung geplant (Mitarbeiterkonsens). Die Weiterentwicklung unserer Mitarbeiter richtet sich an den veränderten aktuellen Anforderungen und Qualifikationsbedürfnissen /-vorgaben aus. Alle neu zu besetzenden Stellen werden grundsätzlich hausintern ausgeschrieben.

Einarbeitung von Mitarbeitern

Die systematische Einarbeitung neuer Mitarbeiter stellt eine gleichbleibend gute Qualität der Patientenversorgung sicher. Die Einarbeitung neuer Mitarbeiter erfolgt über Einarbeitungskonzepte der Kliniken und Bereiche. Die jeweiligen Vorgesetzten sind Ansprechpartner und für eine gezielte Einarbeitung verantwortlich. Während und am Ende der Einarbeitungsphase werden Feedback-Gespräche geführt.

Ausbildung

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.

Fort- und Weiterbildung

Damit unsere Mitarbeiter die Patienten nach aktuellen Erkenntnissen untersuchen, behandeln und pflegen, bilden sie sich kontinuierlich fort. Dazu werden in den Abteilungen für einzelne Dienstgruppen und klinikübergreifend Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt. Pflichtthemen wie z.B. Reanimation, Arbeitssicherheit, Hygiene und Brandschutz werden regelmäßig angeboten. Zu weiteren Fach- und Führungsthemen besuchen Mitarbeiter auch externe Seminare, Kongresse und Tagungen. Die Klinik fördert die Teilnahme von Mitarbeitern an Fort- und Weiterbildungen auf vielfältige Weise. So werden die Mitarbeiter für interne Veranstaltungen freigestellt. Bei externen Veranstaltungen werden unterschiedliche Finanzierungsmodelle angewendet, die von der alleinigen Freistellung vom Dienst bis zur vollständigen Übernahme der Kosten reichen.

Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Der Führungsstil stützt sich auf Vertrauensbildung durch Übernahme von Verantwortung und berücksichtigt die Integration aller Mitarbeiter mit dem Ziel, verantwortungsbewusst, motiviert und nach betriebswirtschaftlichen Aspekten eine fachlich einwandfreie Patientenversorgung zu sichern und fortlaufend zu verbessern. Dies ist mit dem Leitbild und den Unternehmensgrundsätzen vereinbart. Strukturierte Mitarbeitergespräche werden in allen Bereichen angeboten.

Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Die Arbeitszeitregelungen in unserem Haus orientieren sich an den Bedürfnissen unserer Patienten, den Wünschen unserer Mitarbeiter und an den gesetzlichen Bestimmungen. Eine Vielzahl von Teilzeitregelungen und Arbeitszeitmodellen (Kernarbeitszeiten, flexible Arbeitszeiten u.a.) innerhalb eines fest gelegten Rahmens tragen diesen Anforderungen Rechnung. Das Klinikum arbeitet mit einem elektronischen Zeitwirtschaft- und Managementsystem in dem alle Berufsgruppen an die elektronische Zeiterfassung angeschlossen sind.

Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Im Klinikum Merzig existiert ein geregelter Verfahren zum Umgang mit Mitarbeiter-vorschlägen 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. Ebenso steht den Mitarbeitern ein intranetbasiertes Beschwerde-Eingabemodul zur Verfügung, welches auch anonyme Eingaben zulässt.

3 Sicherheit

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.

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.

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 Wasserverbrauch 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.

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.

Nichtmedizinische Notfallsituationen

Im Katastrophenschutzplan unserer Klinik ist die Handlungskette für nicht medizinische Notfallsituationen festgelegt. Die Klinikeinsatzleitung sowie die Verantwortlichkeiten im Alarmfall sind klar geregelt, um die reibungslose Zusammenarbeit interner und externer Rettungskräfte sicher zu stellen. In regelmäßigen Zeitabständen wird ein Notstromtest zur Überprüfung der kontinuierlichen Einsatzbereitschaft der Klinik durchgeführt.

Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Der Patientensicherheit dienende Aktivitäten sind im Leitbild, Pflegeleitbild sowie den Unternehmensgrundsätzen abgebildet. Die Einschätzung und Dokumentation von Gefährdungssituationen erfolgt bei allen Patienten bei der ärztlichen und pflegerischen Aufnahme und im weiteren Aufenthaltsverlauf. Auf der Basis gesetzlicher Bestimmungen wurden Vorgaben und Verfahren bei Selbst- und Fremdgefährdung erarbeitet. So liegen Regelungen für den Umgang mit Suizidalität, Sturzrisiko und Dekubitusgefährdung vor.

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 einen standardisierten Notfallkoffer. Die Notfallausrüstung wird regelmäßig überprüft. Jährlich finden praktische Reanimationsübungen statt.

Hygienemanagement

Die Belange der Hygiene werden durch die Hygienekommission, eine Hygienefachkraft und einen hygieneverantwortlichen Arzt geregelt. Alle Vorgaben zur Hygiene sind im Hygieneplan festgelegt. Außerdem sind in den Fachbereichen hygienebeauftragte Ärzte und Pflegekräfte benannt. Der Hygieneplan ist im Intranet einsehbar. Die Einhaltung der Hygieneplanung überprüft die Hygienefachkraft und das Gesundheitsamt. Neben den jährlich stattfindenden Pflichtunterweisungen werden alle Stationen des Hauses 3-4x jährlich zu aktuellen Themen der Klinikhygiene geschult.

Hygienerelevante Daten

Hygienerelevante Daten werden in unserer Klinik strukturiert erfasst und ausgewertet. Dafür liegen externe und interne Meldebögen vor. 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).

Infektionsmanagement

Die Hygienekommission überwacht die Infektionsstatistiken, Meldungen und die Ergebnisse von Begehungen und leitet ggf. Maßnahmen ein. Wir schützen unsere Patienten und Mitarbeiter vor Infektionserregern, indem der Umgang mit infizierten Patienten im Hygieneplan eindeutig geregelt ist. Ein klinikinternes Ausbruchsmanagement ist etabliert. Die Hygienefachkraft unterweist und berät die Mitarbeiter.

Arzneimittel

Unter Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse legt die Arzneimittelkommission die Arzneimittelliste fest. Die Versorgung unserer Patienten mit Arzneimitteln erfolgt 2x 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.

Blutkomponenten und Plasmaderivate

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. Dienstanweisungen regeln die Prozedere zur Bluttransfusion. Im Klinikum ist ein Transfusionsverantwortlicher Arzt benannt.

Medizinprodukte

Eine Dienstanweisung 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 (Subitec).

4 Informations- und Kommunikationswesen

Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Zur Unterstützung der effektiven und effizienten Patientenversorgung nutzen wir ein vernetztes Krankenhausinformationssystem, an das sämtliche medizinischen und administrativen Bereiche angeschlossen sind. Sicherungssysteme schützen die Daten bzw. sorgen für den 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.

Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

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 archivierte 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.

Verfügbarkeit von Patientendaten

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.

Information der Krankenhausleitung

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. Monatliche 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.

Informationsweitergabe (intern / extern)

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.

Organisation und Service

Die zentrale Auskunftsstelle am Haupteingang unserer Klinik ist für Patienten und Besucher die erste Anlaufstelle. Sie ist rund um die Uhr besetzt. Die Mitarbeiter der Zentrale verfügen über ein umfangreiches Wissen über Prozesse, Struktur und die Leistungsangebote der Klinik, die eine gezielte Weiterleitung der Patienten/Besucher in alle gewünschten Bereiche ermöglicht. Über das Krankenhausinformationssystem haben sie Zugriff auf alle wesentlichen Informationen (Telefonnummern, Namenslisten). Die Rufdienstpläne der Ärzte und der Funktionsbereiche sind ebenfalls dort hinterlegt. Bei der Erteilung von Auskünften werden die Datenschutzbestimmungen eingehalten.

Regelungen zum Datenschutz

Mit den Daten unserer Patienten gehen wir verantwortlich um. Für das Klinikum ist ein externer Datenschutzbeauftragter bestimmt, der für die Erarbeitung und Aktualisierung der Datenschutzregelungen zuständig ist. Über ein spezielles Zugriffssystem und Passwörter wird der Zugang Unberechtigter auf die elektronisch gespeicherten Daten verhindert. Im Rahmen ihrer Einarbeitung werden die Mitarbeiter besonders auf die Datenschutzbestimmungen hingewiesen.

5 Führung

Vision, Philosophie und 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.

Durchführung vertrauensbildender und -fördernder 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 regelmäßig Betriebsausflüge statt, langjährige Mitarbeiter werden geehrt und ehemalige Mitarbeiter werden zu Treffen eingeladen.

Ethische und kulturelle Aufgaben, sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

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.

Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

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.

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 Wissenzuwachs junger Menschen.

Festlegung einer Organisationsstruktur

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.

Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Die Leitungsgremien und Kommissionen der Klinik tagen in festgelegten Zyklen. Geschäftsordnungen regeln die Arbeitsweise und Verantwortlichkeiten vieler Gremien. Die Effektivität der Besprechungen wird durch Tagesordnungen, Protokolle und Maßnahmenpläne zur Ergebnissicherung gewährleistet. Relevante Ergebnisse werden den jeweiligen Mitarbeitern über E-Mail, auf dem Postweg oder in Besprechungen mitgeteilt.

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.

Externe Kommunikation

Jährlich wird mit einem für die Presse- und Medienarbeit verantwortlichen Mitarbeiter ein Marketingzielplan erarbeitet. Innerhalb der SHG-Gruppe existiert hierfür ein Handbuch zur Öffentlichkeitsarbeit. Die interessierte Öffentlichkeit wird über Neuerungen, besondere Ereignisse in der Klinik und über Fachthemen umfassend informiert. Dazu führt die Klinik u.a. Fachvorträge und Informationsveranstaltungen durch. Mit unserem Internetauftritt und den schriftlichen Patientenbroschüren und -flyern geben wir einen umfassenden Überblick über das Leistungsportfolio unserer Klinik.

Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

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.

6 Qualitätsmanagement

Organisation

Aus dem Klinik-Organigramm geht die Organisation der Stabstelle Qualitätsmanagement hervor. Auf Klinikebene besteht das verantwortliche Lenkungsgremium aus Klinikdirektorium, Betriebsrat und einer Qualitätsmanagementlenkungsgruppe. Der Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB) und der in Personalunion stellvertretende Verwaltungsdirektor als zentraler QM- Projektverantwortlicher bilden die Schnittstelle zum Klinikdirektorium und sind verantwortlich für die Umsetzung und Koordination der Qualitätsmanagementmaßnahmen. Multiplikatoren unterstützen die Prozesse des QM.

Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Zentraler Prozess unserer Klinik ist die Behandlung der Patienten, die sich uns anvertrauen. Für die wesentlichen Kernprozesse existieren fachabteilungsspezifische detaillierte Prozessbeschreibungen sowie visuell im Rahmen von Flussdiagrammen abgebildete Haupt- und Nebenprozesse. Unterstützende Prozesse stellen einen reibungslosen Ablauf durch die nötige Ressourcenbeibringung sicher.

Patientenbefragung

Die Verantwortung für die Vorbereitung, Durchführung und Bewertung der Patientenbefragungen erfolgt im Auftrag der Geschäftsführung aller SHG-Häuser. Die Befragungen werden durch das Picker-Institut 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 anderen bereits befragten Krankenhäusern zur Verfügung. Die Patientenbefragung wird in allen Kliniken der SHG-Unternehmensgruppe zeitgleich alle drei Jahre durchgeführt. Die Ergebnisse werden den Mitarbeitern in Veranstaltungen vorgestellt und im Intranet veröffentlicht.

Befragung externer Einrichtungen

Die Verantwortung für die Vorbereitung, Durchführung und Bewertung der Einweiserbefragung liegt beim Qualitätsmanagement. Die Ergebnisse werden der Klinikleitung und den Chefarzten der Kliniken vorgestellt. Die Erarbeitung von Verbesserungsmaßnahmen und deren Umsetzung erfolgt auf Klinikumsebene.

Mitarbeiterbefragung

Die Zufriedenheit der Mitarbeiter wird durch regelmäßige strukturierte Mitarbeiterbefragungen erhoben. Die Befragung wird durch ein externes Institut 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.

Umgang mit Wünschen und Beschwerden

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.

Erhebung und Nutzung von Qualitätsrelevanten Daten

Das Klinikum Merzig erhebt regelmäßig und systematisch Daten mit dem Ziel, ihre Arbeit zu analysieren, zu bewerten und fundierte Entscheidungen für die Weiterentwicklung und Verbesserung treffen zu können. Die Datensammlung erfolgt durch das Medizincontrolling, das betriebswirtschaftliche Controlling, das Personalwesen, das Finanzwesen, den Qualitätsmanagementbeauftragten und die Abteilungsleiter in den medizinischen und pflegerischen Bereichen. Die Bewertung der Ergebnisse und die Entwicklung von Maßnahmen erfolgt in den verschiedenen Qualitätsgremien und innerhalb der Klinikorganisation.

Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Das Klinikum beteiligt sich an der externen Qualitätssicherung. Ziel ist die Nutzung der Ergebnisse der externen Qualitätssicherung zur Überprüfung der Behandlungsqualität und Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen. Das Klinikum strebt eine 100% Meldequote aller geforderten Datensätze an. Die Dokumentation erfolgt softwaregestützt. Verantwortlich für die externe Qualitätssicherung sind die Leiter der Kliniken.