

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Einrichtung:	CaritasKlinikum Saarbrücken St. Theresia und St. Josef
Institutionskennzeichen:	261000934
Anschrift:	Rheinstraße 2 Klosterstraße 14 66113 Saarbrücken 66125 Saarbrücken
Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer:	2014-0029 KHVB
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	SAMA Cert GmbH, Stuttgart
Gültig vom:	26.05.2014
 bis:	25.05.2017

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	6
1 Patientenorientierung	7
2 Mitarbeiterorientierung	11
3 Sicherheit	13
4 Informations- und Kommunikationswesen	15
5. Führung	17
6 Qualitätsmanagement	19

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), der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) und der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e. V. (HB). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

Mit dem freiwilligen Zertifizierungsverfahren und dem damit verbundenen KTQ-Qualitätsbericht bietet die KTQ[®] 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.

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.

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

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009. 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 das **Caritasklinikum Saarbrücken** 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

Das Caritasklinikum Saarbrücken mit den Standorten St. Theresia Saarbrücken und St. Josef Dudweiler, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität des Saarlandes, ist ein Klinikum mit mehr als 20 medizinischen Fachabteilungen und 528 Planbetten. Es verfügt über ein Onkologisches Zentrum, ein Schilddrüsenzentrums, ein Gefäßzentrum, ein regionales Traumazentrum, ein Brustzentrum, ein Dialysezentrum sowie eine Stroke Unit, ferner über mehrere Tageskliniken, kooperierende Institute und Belegabteilungen. Das Caritasklinikum Saarbrücken gehört damit zu den leistungsstärksten, kompetentesten und modernsten medizinischen Einrichtungen in der Region.

Das Caritasklinikum Saarbrücken gehört zum Verbund der Caritas Trägergesellschaft Saarbrücken mbH (cts). Die cts betreibt im Saarland und in angrenzenden Regionen 27 Einrichtungen in den Bereichen Gesundheit, Jugend- und Altenhilfe und beschäftigt rund 4.500 Mitarbeitende. Zum cts-Verbund gehört auch das cts-Schulzentrum St. Hildegard, das jährlich 150 Gesundheits- und Krankenpfleger sowie Gesundheits- und Krankenpflegehelfer ausbildet, die ihre praktische Ausbildung im Caritasklinikum Saarbrücken absolvieren. Des Weiteren werden Hebammen und Logopäden im Schulzentrum St. Hildegard ausgebildet. (Diese Einrichtungen sind nicht Bestandteil der KTQ Zertifizierung)

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Die Gestaltung der Umgebung wurde konzipiert, um dem Patienten während der ärztlichen, pflegerischen und administrativen Aufnahme ein beruhigendes und sicheres Gefühl zu geben. Dies wird bei großen Um- und Neubauprojekten besonders berücksichtigt und umgesetzt wie, z. B. in St. Theresia Bettenhaus 6, in St. Josef Neugestaltung Eingangsbereich und Aufnahme. Qualifizierte Mitarbeiter sorgen für die Sicherstellung der Intimsphäre und den Datenschutz in den Aufnahmeräumen. Die Patienten und auf Wunsch auch deren Angehörige werden über die geplante Behandlung und organisatorische Abläufe mündlich und schriftlich informiert. Bei der vorstationären Vorstellung werden die Befunde der bereits durchgeführten Untersuchungen berücksichtigt, notwendige Untersuchungen werden ergänzt. Die weitere Behandlungsplanung wird besprochen. Die Patienten erhalten mündliche und schriftliche Informationen zum Ablauf, zu Eingriffen und Untersuchungen. Fragen von Patienten und Angehörigen werden beantwortet. An beiden Standorten ist das Gelände adäquat beschildert. Bushaltestellen befinden sich vor den Haupteingängen des Klinikums. Ausreichende Parkplätze stehen an beiden Standorten zur Verfügung. Persönliche Auskunft erhalten Patienten und Besucher an den zentralen und offen gestalteten Rezeptionen, diese sind 24 Stunden mit qualifiziertem Personal besetzt. In den Eingangshallen geben Informationstafeln Überblick über alle Abteilungen/ Funktionsbereiche und Pflegeebenen. Die Aufzüge und jede Etage sind nochmals separat ausgeschildert.

1.1.2 Leitlinien

In vielen Abteilungen des Klinikums existieren Behandlungsleitlinien und Standards, die sich an den aktuellen Leitlinien und Richtlinien der Fachgesellschaften orientieren. Diese werden regelmäßig in Fortbildungen mit den Mitarbeitern kommuniziert. Verfahrensweisungen regeln viele Arbeitsprozesse, z. B. der Umgang mit Bluttransfusionen oder der Umgang mit MRSA-Patienten, wie bei Infektionen die Gefahr für Mitarbeiter und Patienten verringert bzw. vermieden wird. Die Beauftragten, z. B. für Hygiene, Transfusionswesen oder Datenschutz überprüfen diese regelmäßig.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Bei den regelmäßigen Visiten der behandelnden Ärzte und Pflegenden wird der aktuelle Stand der Behandlung überprüft, neue Befunde erklärt und Fragen beantwortet. Bei Bedarf werden zusätzliche Gesprächstermine angeboten. Patienten werden über die ärztlichen oder pflegerischen Maßnahmen informiert. Für viele Belange gibt es feste Ansprechpartner für die Patienten, z. B. Sozialdienst, Überleitungspflege, Seelsorge. Eine Liste der Mitarbeiter mit Fremdsprachenkenntnissen sowie die Zusammenarbeit mit einer professionellen Dolmetscheragentur gewährleistet die Information und Behandlung bei anderssprachigen Patienten und Angehörigen.

1.1.4 Service, Essen und Trinken

Ziel des Klinikums ist es, dem Patienten, seinen Angehörigen sowie Besuchern den Aufenthalt so angenehm wie möglich zu gestalten. Hierbei spielen warme, freundliche Farben und eine adäquate Möblierung eine wichtige Rolle. Christliche Symbole finden sich im ganzen Haus. Die Zimmer sind mit Telefon und TV (kostenfrei) ausgestattet. Eine Hauskapelle und eine Bibliothek stehen Patienten und Angehörigen zur Verfügung. Im Rahmen der Umbaumaßnahmen wurden neue Aufenthalts- und Warteräume geschaffen. Großzügige Eingangshallen mit einer offenen und stilvollen Umgebung und einem integrierten Bistro laden Patienten, Angehörige und Besucher zum Verweilen ein. Auf den Pflegeebenen und Stationen sind "Servicepoints" eingerichtet, hier können sich die Patienten mit Kaffee, Tee und Mineralwasser bedienen. Es werden täglich drei Menüs angeboten, darüber hinaus können sich die Patienten das Essen auch selbst zusammenstellen. Eine Wahlleistungskarte steht den Wahlleistungspatienten ebenso zur Verfügung, wie ein Bademantel und Handtücher.

1.1.5 Kooperationen

Innerhalb der Berufsgruppen werden während den Visiten und Teambesprechungen Informationen ausgetauscht bzw. weitergegeben. Die Kooperation und Kommunikation zwischen den beteiligten Berufsgruppen findet zu festgelegten Zeitpunkten statt. Mit externen Kooperationspartnern besteht ein Austausch. Durch die Bildung von verschiedenen interdisziplinären Zentren mit breitem fachlichem Spektrum, werden andere Fachabteilungen in die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen einbezogen. Therapeutische Teams sind etabliert. Wöchentlich findet ein interdisziplinäres und multiprofessionell besetztes Tumorboard statt.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die Aufnahmebereitschaft ist gegeben. Die Notfallaufnahmen sowie die Chirurgischen Ambulanzen sind 24 Stunden mit ärztlichen und pflegerischen Fachpersonal besetzt. Chirurgische Notfallpatienten werden in der chirurgischen Ambulanz aufgenommen. Schwangere Patientinnen werden direkt in den Kreißsaal gebracht oder in der Gynäkologischen Ambulanz versorgt. Kein Patient wird ohne Untersuchung eines Arztes weiterverlegt. Werden Patienten vom Notarzt gebracht, erfolgt die Übernahme durch einen Arzt, die schnelle Weiterversorgung durch die unmittelbare Nähe des diagnostischen Zentrums wird gewährleistet. Das Bettenmanagement ist in einer Dienstanweisung geregelt somit stehen Betten für Notfälle stets zur Verfügung.

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Die Chefärzte der allgemeinchirurgischen und unfallchirurgischen Abteilung sind berechtigt zur Behandlung von Schul-, Arbeits- und Wegeunfällen sowie zur ambulanten Behandlung von Notfällen. Alle Chefärzte der Fachabteilungen sind für Ihren Fachbereich zur ambulanten Behandlung in Teilbereichen zugelassen. Jede Fachabteilung hat eigene Ambulanzzäumlichkeiten mit spezialisierter Ausstattung. Alle notwendigen Untersuchungen werden im Vorfeld koordiniert. Die Ambulanzen leiten die geplanten Untersuchungstermine an die Funktionsabteilungen weiter und treffen die Vereinbarungen. Spezielle Untersuchungen werden in den Ambulanzzäumen durchgeführt. Der Austausch mit den zuweisenden Haus- und Fachärzten ist über Arztbriefe und telefonische Kontakte gewährleistet.

1.3.2 Ambulante Operationen

An beiden Standorten sind ambulante OP-Zentren etabliert. Die Ambulatorien sind mit Aufnahmezimmer, Sekretariat, Umkleieräume für die Patienten sowie ein separater Aufwachraum ausgestattet. Ein direkter Zugang zum OP-Trakt steht zur Verfügung. Der Bereich ist ganztägig mit ärztlichen und pflegerischen Fachpersonal besetzt. Aufnahme- und Aufklärungsgespräche werden durch einen Anästhesisten in den Räumlichkeiten durchgeführt. Nach der OP werden die Patienten überwacht und nach einer ärztlichen Visite entlassen.

1.4.1 Stationäre Versorgung und Behandlungsplanung

Für die Patienten wird eine ärztliche und pflegerische Behandlungsplanung erstellt, sowie Behandlungsziele festgelegt. Die kompetente Begleitung durch einen Facharzt ist durch Visiten und außerhalb der regulären Dienstzeit durch fachärztlichen Bereitschaftsdienst gewährleistet. In Teilbereichen ist eine Prozessbegleitung (Case-Management) z. B. Koloproktologie St. Josef, Onkologie St. Theresia eingeführt. Individuelle Wünsche oder Probleme der Patienten und auf Wunsch auch seiner Angehörigen werden in der Behandlungsplanung berücksichtigt.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Gängige therapeutische Maßnahmen im Rahmen der Grund- und Regelversorgung in St. Josef und im Rahmen der Schwerpunktversorgung in St. Theresia können im Klinikum durchgeführt werden. Für weitergehende Untersuchungen, die im Klinikum nicht geleistet werden können, bestehen mit externen Partnern/Kliniken Kooperationsverträge und Absprachen. Die Planung und Verabreichung medikamentöser Therapien ist schriftlich geregelt, verantwortlich ist der behandelnde Arzt. Eine spezielle Schmerztherapie kann in Kooperation mit der Schmerzklinik eingeleitet werden, hierbei werden Bedürfnisse und Besonderheiten der Patienten berücksichtigt. Im Rahmen der Zentrenbildung sind Abstimmungswege und Inhalte von den beteiligten Berufsgruppen definiert, fachbereichsübergreifende Besprechungen finden statt. Der Facharztstandard ist in den Abteilungen gewährleistet.

1.4.3 Operative Verfahren

Für die mittel- und langfristige Vorausplanung der Operationen steht ein Planungsprogramm im Elektronische Datenverarbeitung(EDV)- System zur Verfügung. Die Koordination des täglichen OP- Plans erfolgt durch die Anästhesie. Kurzfristig notwendige Operationen und Notfälle werden dem Chefarzt der Anästhesie (OP- Leitung) oder im Bereitschaftsdienst dem Diensthabenden Anästhesisten gemeldet. Speziell qualifiziertes Personal begleitet die Patienten und erläutert die notwendigen Schritte. Die Abläufe in der täglichen Routine und im Notfall sind geregelt, um einen sicheren Ablauf zu gewährleisten.

1.4.4 Visite

Ein wichtiger Bestandteil der täglichen Patientenversorgung ist die geplante Visite, an der die beteiligten Berufsgruppen teilnehmen. Auf der Intensivstation erfolgt die Visite mit den beteiligten Fachabteilungen. Die Stationen werden von den verantwortlichen Chef- und Oberärzten visitiert. Am Wochenende visitieren die Diensthabenden Ärzten und der fachärztliche Hintergrund. So werden wichtigen Informationen der beteiligten Berufsgruppen in der Patientenversorgung berücksichtigt und dokumentiert.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Die Möglichkeit einer teilstationären Behandlung kann in verschiedenen Abteilungen erfolgen. Prä- und Poststationäre Behandlung findet überwiegend in den operativen Abteilungen statt. Die Patienten werden über die Ambulanzen einbestellt. Sämtliche Aufnahmeformalitäten werden an diesem Tag erledigt, ein ärztliches und pflegerisches Aufnahmegespräch wird geführt. Aufklärungsgespräche erfolgen durch den Anästhesisten. Die poststationäre Behandlung wird über die Ambulanzen koordiniert dabei wird auf Wünsche und Bedürfnisse der Patienten eingegangen.

1.5.1 Entlassung

Die Entlassung oder Verlegung der Patienten wird strukturiert geplant unter Berücksichtigung aller Informationen hinsichtlich der weiteren Versorgungssituation. Die Patienten und Angehörigen werden rechtzeitig informiert. Bei Entlassung findet ein strukturiertes pflegerisches und ärztliches Entlassungsgespräch statt, um die Patienten abschließend zu informieren. Die Versorgung mit Medikamenten wird gesichert. Der Hausarzt und Nachsorgeeinrichtung wird mit Einverständnis des Patienten informiert.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Die weiterbetreuenden Hausärzte, Einrichtungen oder Personen werden über den geplanten Entlassungstermin informiert und erhalten Informationen über möglicherweise notwendige Vorbereitungen. Der klinische Sozialdienst und/oder die Überleitungspflege koordiniert die Weiterbetreuung. Schon während des stationären Aufenthaltes nehmen ambulante Pflegedienste Kontakt zum Patienten auf, um die weitere Versorgung sicherzustellen, z. B. mit künstlicher Ernährung oder Pflege eines künstlichen Darmausganges. Heil- und Hilfsmittel werden wenn erforderlich schon während des Aufenthaltes bestellt.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Die Begleitung von sterbenden Patienten ist im Klinikum, ein Auftrag aller am Behandlungsprozess beteiligter Professionen. Oberste Priorität hat hierbei die Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse der Patienten und Angehörigen. Im Vordergrund der Begleitung stehen menschliche Anteilnahme und Zuwendung. Im Konsens wird der Palliative Behandlungsgedanke verfolgt. Im interprofessionellen Dialog wird die beste Begleitung für den Patienten gesucht. Insbesondere die Seelsorge steht mit eigenen Angeboten zur Verfügung. Patientenverfügungen werden berücksichtigt.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Dem Klinikum ist der würdevolle Umgang mit Verstorbenen ein besonderes Anliegen. Eine Richtlinie sichert die sorgfältige und würdevolle Versorgung des Verstorbenen unter Berücksichtigung seiner religiösen und kulturellen Bräuche.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Eine optimale Patientenversorgung wird durch entsprechend qualifiziertes Personal sichergestellt. Die Personalplanung zielt darauf ab, einen adäquaten Personaleinsatz in Korrespondenz mit den erbrachten Leistungen, aber auch unter Einhaltung gesetzlicher Vorgaben und Mindestmengen-Regelungen zu gewährleisten. Die Personalbedarfsplanung erfolgt auf Geschäftsführungs- und Leitungsebene unter Berücksichtigung von allgemein anerkannten Kennzahlen, des Leistungsspektrums, den Besonderheiten der Fachabteilung sowie des verabschiedeten Wirtschaftsplanes des Trägers.

2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Die Personalentwicklung der Mitarbeiter basiert auf der Einarbeitung neuer Mitarbeiter und der Weiterqualifikation durch interne und externe Fortbildungsmaßnahmen. Diese orientieren sich an den medizinischen Schwerpunkten sowie dem Versorgungsauftrag des Klinikums. Ebenso wird den Wünschen der Mitarbeiter und den Zielen des Trägers Rechnung getragen. Im Sinne einer caritativen Einrichtung bilden Veranstaltungen zu Ethik und Werte-Management einen großen Rahmen zur Personalentwicklung. Die Festlegung der erforderlichen Qualifikation ergibt sich aus dem Organigramm und der Geschäftsordnung sowie aus gesetzlichen Bestimmungen und Empfehlungen der Fachgesellschaften. Grundsätzliche Anforderungen an die Qualifikation der Mitarbeiter gehen aus den verschiedenen Aufgaben- und Anforderungsprofilen im fachlichen Bereich hervor. Allgemeine Qualifikationen sind durch entsprechende Gesetze, Verordnungen und Richtlinien festgelegt und werden von den verantwortlichen Mitarbeitern eingefordert. Anforderungen hinsichtlich der sozialen, spirituellen und christlich-ethischen Kompetenz ergeben sich aus dem Leitbild des Trägers.

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Neue Mitarbeiter werden vom Träger zu einem Willkommenstag eingeladen. Hier wird das Leitbild des Trägers, Werte und die Philosophie des Unternehmens vermittelt. Des Weiteren erfolgt 6 mal jährlich ein Begrüßungstag für neue Mitarbeiter im Klinikum. In den Bereichen werden dem neuen Mitarbeiter für die Einarbeitungsphase Ansprechpartner zur Verfügung gestellt. Während und vor Beendigung der Probezeit werden Mitarbeitergespräche geführt. Im Pflegebereich existieren schriftliche Einarbeitungskonzepte mit klaren Zielvorgaben und festgelegten Gesprächen mit dem Vorgesetzten.

2.2.3 Ausbildung

Für die theoretische Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpflegeschülern ist die Verbundkrankenpflegeschule verantwortlich. Die praktische Ausbildung wird durch hauptamtliche Praxisanleiter, ausgebildete Praxisanleiter und examiniertes Fachpersonal auf den jeweiligen Stationen gewährleistet. Durch eine speziell eingerichtete Kommunikationsplattform zwischen Klinikum und Schule wird die Theorie- Praxisvernetzung der Auszubildenden sichergestellt. Die Ausbildungen finden nach einem aktuellen Rahmenlehrplan statt. Der Leistungsstand wird regelmäßig überprüft.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Ein Fortbildungsbudget wurde für verschiedene Abteilungen und Berufsgruppen eingerichtet. Die Verantwortlichkeit bezüglich Befürwortung, Freistellung, Kostenübernahme innerhalb des Fort- und Weiterbildungsbudgets obliegt den jeweiligen Vorgesetzten. Die Planung der Fort- und Weiterbildung beinhaltet innerbetriebliche Veranstaltungen, externe Fortbildungen sowie externe Weiterbildungen, orientiert an den Bedürfnissen der Mitarbeiter. Ein Fachzeitschriftenabonnement regelt ein Verteilersystem. Internetzugänge stehen den Mitarbeitern zur Verfügung. CNE ein multimediales Fortbildungsprogramm für die Pflege steht Mitarbeitern auch als Heimzugang zur Verfügung.

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Gegenseitige Wertschätzung und Toleranz legen den Grundstein für eine gute Zusammenarbeit.

In den Unternehmensbereichen praktiziert der Trägerverbund einen kommunikativen und mitarbeiterorientierten Führungsstil. Gemäß Leitbild des Trägers bedeutet „Leiten“ Transparenz zu schaffen, Vertrauen zu gewinnen und Orientierung zu geben. Auf den Ebenen kommt den Führungskräften dabei eine wesentliche Verantwortung zu. Regelmäßige Fach- und Hierarchie übergreifende Sitzungen dienen dem Informationsaustausch und der Verbesserung der Leistungsfähigkeit.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Die Arbeitszeiten richten sich nach den gesetzlichen und tarifvertraglichen Bestimmungen. Die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes erfolgte durch geänderte Dienst- und Bereitschaftsdienstzeiten gemäß den Dienstvereinbarungen. Zuständig für die Überwachung und Einhaltung ist der Vorgesetzte. Verschiedene Schichtmodelle stehen den Mitarbeitern für eine bedarfsgerechte und flexible Dienstplangestaltung zur Verfügung. Wünsche und Bedürfnisse der Mitarbeiter werden im Rahmen der dienstlichen Möglichkeiten berücksichtigt. Eine elektronische Zeiterfassung ist im Klinikum eingeführt.

2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -Beschwerden

Bei internen Audits, internen Besprechungen und anderen Veranstaltungen werden Mitarbeiterideen-, und Wünsche aufgenommen. Die weitere Bearbeitung und Evaluation erfolgt in Arbeitsgruppen und den zuständigen Leitungsgremien. Für Mitarbeiterbeschwerden und Mitarbeiterwünsche stehen der jeweilige Fachvorgesetzte und die Mitarbeitervertretung zur Verfügung. Des Weiteren werden Wünsche und Beschwerden in den Mitarbeitergesprächen aufgenommen.

3 Sicherheit

3.1.1 Arbeitsschutz

Ein Arbeitsausschuss mit strukturiertem Beauftragtenwesen lenkt und überwacht die Arbeitssicherheit im Klinikum. Begehungen der Abteilungen durch die Fachkraft für Arbeitssicherheit, Erfassung von Gefahr- und Biostoffen, Einsatz von Sicherheitskanülen und regelmäßige Unterweisung der Mitarbeiter sind Grundlage für die Sicherheit am Arbeitsplatz. Das Unfallmeldewesen ist geregelt. Ein Betriebsarzt gewährleistet die arbeitsmedizinische Vorsorge der Mitarbeiter. Die Anwendung von Röntgenstrahlen erfolgt unter maximalem Schutz für Mitarbeiter und Patienten.

3.1.2 Brandschutz

Die Brandschutzbeauftragten im Klinikum, Mitglieder der freiwilligen Feuerwehr, setzen das Brandschutzkonzept in den beiden Standorten um und führen regelmäßige Begehungen unter Aspekten des Brandschutzes durch. In mehrmals jährlich stattfindenden Fortbildungsveranstaltungen werden die Mitarbeiter über Inhalte der Brandschutzverordnung informiert und im praktischen Brandschutz geschult. Flucht- und Rettungswegepläne hängen in den Bereichen aus. Die Fluchtwege sind ausgewiesen. Brandmeldeanlagen sind an den Standorten installiert.

3.1.3 Umweltschutz

In unserem Leitbild sind Grundsätze zum kreativen Nutzen und Schützen vorhandener Ressourcen beschrieben. Ein Abfallkonzept für das Klinikum existiert. Abfallbeauftragte sind benannt, diesen obliegt die Überwachung des Abfallkonzeptes und die Abfallentsorgung. Im Zuge von Baumaßnahmen wird darauf geachtet, dass über die geltende EnEV hinaus, energieeffiziente Maßnahmen umgesetzt und ressourcenschonende Technik eingesetzt werden.

3.1.4 Katastrophenschutz

Für interne wie externe Vorkommnisse sind entsprechend der gesetzlichen Vorschriften Zuständigkeiten und Abläufe von nichtmedizinischen hausinternen Notfällen in einem Katastrophen- und Alarmplan geregelt. Dieser ist in allen Arbeitsbereichen hinterlegt und jederzeit zugänglich. Durch die Einbindung des Katastrophenschutzes in die Brandschutzschulung sind die Mitarbeiter mit der Thematik vertraut.

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Das Klinikum ist für nichtmedizinische Notfälle gerüstet. Notwendige Informationen, Zuständigkeiten und Abläufe sind festgelegt. Alarmpläne für Gefahren von außen und im Brandfall liegen vor.

3.2.1 Schutz des Patienten vor Fremd- und Eigengefährdung

Für die Sicherheit unserer Patienten sind in erster Linie die Mitarbeiter des ärztlichen und pflegerischen Dienstes verantwortlich. Mittels sorgfältiger Anamnese werden direkt bei der Aufnahme Gefährdungspotentiale ermittelt und unter Respektierung der Menschenwürde die notwendigen Sicherheitsvorkehrungen getroffen. Zur Vermeidung von Stürzen werden technische Hilfsmittel eingesetzt. Sensible Bereiche wie Intensivstation, operationstechnische Abteilung und Kreißsaal sind über einen Zugangscode erreichbar.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Ein medizinisches Notfallmanagement ist etabliert. Um jederzeit effizient auf Notfallereignisse reagieren zu können, finden für die pflegerischen Mitarbeiter regelmäßig Pflichtfortbildungen zu Wiederbelebungsmaßnahmen in Theorie und Praxis statt. Zur Notfallausrüstung jeder Station gehört ein regelmäßig kontrolliertes Notfallequipment.

3.2.3 Hygienemanagement

Das Hygienemanagement basiert auf den Vorgaben des Landeskrankenhausgesetzes und den Richtlinien des Robert-Koch Institutes. Die Gesamtverantwortung der Hygiene obliegt dem ärztlichen Direktor. Hygienefachkräfte, hygienebeauftragte Ärzte und ein externer Krankenhaushygieniker stehen ihnen beratend zur Seite. Eine Hygienekommission ist etabliert. Zusammen mit aktuellen Hygienestandards stehen den Mitarbeitern des Klinikums Hygiene- und Desinfektionspläne zur Verfügung. Eine konstruktive Zusammenarbeit mit den Behörden, regelmäßige Hygienevisiten sowie die Schulung der Mitarbeiter in hygienebewusstem Verhalten sind Grundlagen der hygienesichernden Maßnahmen. Die hygienisch relevanten Umgebungsuntersuchungen und die Aktualisierung der Hygienestandards werden nach Vorgaben des Robert-Koch Institutes durchgeführt.

3.2.4 Hygienerrelevante Daten

Zur internen Qualitätssicherung nimmt das Klinikum an der Surveillance von Krankenhausinfektionen des nationalen Referenzzentrums in Berlin teil. Relevante Daten zu nosokomialen Infektionen werden erfasst. Mikrobiologische Resistenzstatistiken werden geführt.

3.2.5 Infektionsmanagement

Ziel ist die Vermeidung bzw. Minimierung endogener und exogener Infektionsrisiken auf der Basis der aktuellen Erkenntnisse von Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut, Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene. Ein Ausbruchmanagement ist festgelegt. Untersuchungen bei Risikopatienten werden bei der Aufnahme präventiv durchgeführt. Eine Infektionsstatistik wird geführt.

3.2.6 Arzneimittel

Eine Arzneimittelkommission, in der leitende Ärzte und leitende Apotheker vertreten sind, steuert die Anwendung von Arzneimitteln. Um sich jederzeit über Medikamente informieren zu können steht den Mitarbeitern eine stets aktualisierte Arzneimittelliste in elektronischer Form zur Verfügung. Bei Bedarf kann auf die elektronische Datenbank der Zentralapothekenzugriff werden. Organisatorische Abläufe sind in Verfahrensanweisungen geregelt.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Zur Anwendung von Blut- und Blutprodukten stehen im Klinikum Qualitätshandbücher zur Verfügung. In diesen ist die klinische Anwendung von Blut- und Blutprodukten geregelt. Es existiert eine vertragliche Kooperation mit einem unabhängigen Transfusionsmediziner. Für die Angestellten sind regelmäßige Fortbildungen zu diesem Thema Pflicht.

3.2.8 Medizinprodukte

Die Medizinprodukte sind in einem elektronischen Erfassungs- und Dokumentationsprogramm erfasst. Schriftliche Unterlagen sowie Gebrauchsanweisungen sind für die Abteilungen jederzeit einsehbar. Für die Instandhaltung der Medizingeräte ist der Medizintechniker verantwortlich. Er führt sicherheitstechnische Kontrollen und Reparaturen durch. Die Verantwortlichkeit ist in einer Verfahrensanweisung geregelt.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie (IT) und Kommunikationstechnologie

Alle Bereiche der Klinik sind an das zentrale EDV-System angeschlossen. Beim Ausfall der Standleitung zum Großrechner des Trägers sichert eine Notfalleitung die Verbindung. Die Planung der trägerweiten EDV-Projekte erfolgt in einem viermal jährlich stattfindenden Management Board. Es existieren Standards zur Einführung von Hard- und Software. Ein Anwendungsbeauftragter ist ernannt. Dieser führt Schulungen für neue Mitarbeiter durch und führt neue Programme oder Software ein. Es existiert ein Zugriffsberechtigungskonzept. Eine EDV-Hotline ist eingerichtet.

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Die Patientendokumentation basiert auf gesetzlichen Grundlagen. Verfahrensanweisungen und Checklisten regeln den Umgang mit Patientendaten. Die Erfassung und Dokumentation erfolgt auf standardisierten Formularen. Im pflegerischen wie im ärztlichen Bereich sind Verantwortliche benannt. Medizincontrolling und medizinische Dokumentationsassistenten zeigen sich für die Kodierung von Diagnosen und die Kostensicherung verantwortlich. Daten sind im digitalen System archiviert und somit einzelnen Berufsgruppen zugänglich.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Die Patientendokumentation erfolgt in einem hausspezifischen Kurvensystem. Handhabung und Umgang sind in einem schriftlichen Konzept geregelt. Nach Entlassung werden die Patientenakten zusammengeführt. Im Zentralarchiv werden die Patientenakten dann digitalisiert. Bei einer Wiederaufnahme eines Patienten können die Daten des Voraufenthalts jederzeit elektronisch abgerufen werden. Die digitale Patientenakte ermöglicht den 24-Stunden-Zugriff auf Arztbriefe und wichtige Befunde.

4.3.1 Informationen der Krankenhausleitung

Die Kommunikation und Information im Sinne der Weiterentwicklung und Existenzsicherung des Krankenhauses wird zwischen der Kaufmännischen Direktion und dem Geschäftsführer der Trägerschaft in monatlichen Besprechungen sichergestellt. Strukturierte Informationen über Soll-Ist-Abweichungen, Projekte und sonstige Maßnahmen werden der Klinikleitung im Rahmen der diversen Gremiensitzungen und Kommissionen zugeleitet. Die Besprechungsstruktur ist in Geschäftsordnungen geregelt.

4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

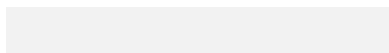
Im Klinikum finden interdisziplinäre und berufsübergreifende Besprechungen statt. Die Erstellung von zeitnahen Protokollen sichern die Dokumentation und Weitergabe von Informationen an die entsprechenden Mitarbeiter. Eine Klinikkonferenz findet regelmäßig statt. Zur berufsübergreifenden Informationsquelle stehen zusätzlich Hauszeitungen, Email, und Mitarbeiterrundschreiben zur Verfügung. Anhand eines Laufzettels werden neue Mitarbeiter in die wichtigsten übergreifenden Bereiche des Hauses eingeführt.

4.4.1 Organisation und Service

Die Rezeptionen sind als Hauptauskunftstellen des Klinikums rund um die Uhr besetzt. Die Rezeptionen erhalten regelmäßig alle nötigen Informationen von den einzelnen Abteilungen. Neue Mitarbeiter erhalten eine Einarbeitung. Schulungsmaßnahmen werden durchgeführt.

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Die EDV- Daten sind gegen einen externen Zugriff durch entsprechende Software geschützt. Zugangsberechtigungen sind festgelegt und werden durch die zentralisierte EDV-Abteilung umgesetzt. Patientendokumentationen sind in einem abschließbaren Visitenwagen im Dienstzimmer verwahrt. Schulungen zum Datenschutz werden durch den Datenschutzbeauftragten durchgeführt.



5. Führung

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Auf Trägerebene ist im Jahr 1999 ein Leitbild erarbeitet worden. Dieses Leitbild hat für alle Einrichtungen der Caritas Trägergesellschaft Saarbrücken mbH uneingeschränkt Gültigkeit. Das Leitbild ist mit Mitarbeiter-Gruppen im Gegenstromverfahren unter externer Moderation in mehreren Veranstaltungen entwickelt worden. Das Motto des Leitbilds ist: "SIE SIND IN GUTEN HÄNDEN". Sinn und Funktion von Leitbildern bestehen darin, sich auf gemeinsame Werte und Ziele zu verständigen, anstehende Veränderungsprozesse gemeinsam zu gestalten. Die Unternehmensvision ist 2004 mit der Krankenhausleitung, den Chefarzten und den anderen Leitungen erarbeitet worden, Eckpunkte sind der Dienst am Nächsten, Bestandssicherung, Erhalt der Arbeitsplätze und der Ausbau der Leistungsstruktur. Leitbild und Unternehmens-Philosophie werden durch die Qualitätsziele und die Projektziele operationalisiert. Angestrebt werden die Identifikation mit dem Krankenhaus und die Förderung der Motivation unserer Mitarbeiter. Zur konkreten Richtschnur im Verhalten ist der Verhaltenskodex 2013 verbindlich vorgestellt worden.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Die Mitarbeiter werden an der Planung und Umsetzung vielfältiger Maßnahmen beteiligt, z. B. in Projekten, Mitgliedschaft der Mitarbeitervertretung, dem Qualitätsmanagement oder dem Ethikkomitee, Beteiligung betroffener Mitarbeiter bei der Bauplanung, der Optimierung von Prozessen durch Einreichen von Vorschlägen oder der Gestaltung von Betriebsfesten. Die Mitarbeiter erhalten regelmäßig Informationen durch die Klinikleitung, den jeweiligen Abteilungsleitern und der Mitarbeitervertretung. Ein trägerweites Gesundheitsmanagement ist in Planung. Ein Sozialfond für hilfsbedürftige Mitarbeiter ist seit langem eingerichtet.

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Ein Ethikkomitee ist etabliert und befasst sich mit ethischen Problemstellungen. Es ist fach- und hierarchieübergreifend besetzt. Eine Geschäftsordnung existiert. Ethische Fragestellungen werden zudem im Rahmen der Therapeutischen Teambesprechungen thematisiert. Die Seelsorger des Hauses sind in ethische Fragestellungen eng mit eingebunden. Ein Seelsorgekonzept besteht. Initiiert und unter Leitung des Trägers ist zudem ein Qualitätszirkel "Palliative Care" eingeführt, dessen Arbeitsergebnisse in den Einrichtungen des Trägers Anwendung finden. Gemäß unserem Leitbild respektieren wir andere weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse unserer Patienten und versuchen diesen gerecht zu werden.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Die Zielplanung wird in jährlichen Klausurtagungen der Klinikleitung für das Folgejahr festgelegt. Hierbei werden die Ergebnisse des laufenden Jahres, die Vorgaben des Krankenhausplanes und der Bedarf am Markt berücksichtigt. Im Jahr 2013 wurde eine Fachabteilung Pneumologie und eine Sektion Geriatrie im Klinikum etabliert. Gedanken zur strategischen Weiterentwicklung werden zudem in Chefarztkonferenzen aufgenommen und diskutiert. Dabei wird sich am Leitbild orientiert. Im Interesse der Patienten wird mit einer Vielzahl von Partnern kooperiert. Dabei wird besonders der Kontakt zu kirchlichen Einrichtungen gesucht. Die Ergebnisse werden mit dem Träger besprochen.

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Unsere Kooperationsbereitschaft ist bereits in unserem Leitbild definiert. „Wir verpflichten uns zu kooperativem Handeln, denn die Verständigung über Grenzen der Fächer, Berufe und Einrichtungen hinweg ist für uns ein entscheidendes Qualitätsmerkmal.“ Die gesellschaftliche Verantwortung sehen wir in erster Linie durch die Versorgungen der Patienten und der Bereitstellung von vielen Arbeitsplätzen. Aber auch die Angebote für Kindergärten und Schulen, bezüglich Betriebsbesichtigungen und Praktika sind ein wesentlicher Aspekt. Wir stellen uns aber auch dem Vergleich über die Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser QKK.

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Die Organisationsstruktur ist in einem Organigramm beschrieben und allen Mitarbeitern zugänglich. Alle Geschäftsprozesse werden durch die Klinikleitung gesteuert. Es besteht eine dezentrale Organisationsstruktur mit klaren Zuständigkeiten. Je nach Tragweite der notwendigen Entscheidungen erfolgen Rücksprachen mit dem Träger. Im Klinikum wird eine offene, vertrauensvolle, Mitarbeiterorientierte und lernfähige Betriebskultur angestrebt und gelebt. Verschiedene Projektgruppen sind im Klinikum eingerichtet.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Ziel der Arbeitsweise in Leitungsgremien und Kommissionen ist eine strukturierte, zielgerichtete, geplante Arbeit unter Rückkopplung zu den Verantwortlichen. Eine interprofessionelle und interdisziplinäre Teamarbeit wird gefördert und gelebt, wobei Verantwortung und Aufgaben unter Einhaltung der Arbeitsteilung getragen werden. Der kollegiale Dialog und die interdisziplinäre Kooperation sind elementar. Dadurch wird die Transparenz, die Kommunikation und die Zusammenarbeit gefördert.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

Innovationen werden über die Leitungsebenen, durch die Teams/ Abteilungen und durch einzelne Mitarbeiter initiiert. Bei Um- und Neubaumaßnahmen wurde auf bauliche Innovationen gesetzt. Ergebnis ist eine gelungene moderne Ausstattung und Architektur. Sie vermitteln Offenheit und Wohlfühlatmosphäre. Durch Farb- und Mobiliarkonzepte ist eine hotelähnliche Atmosphäre geschaffen. Ein strukturiertes Wissensmanagement ist Voraussetzung für eine gute Qualifikation der Mitarbeiter. Ein breites Angebot an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen steht den Mitarbeitern zur Verfügung und wird auch gerne genutzt. Das Online-Portal „Thieme CNE“ ist für Mitarbeiter im Klinikum zugänglich.

5.4.1 Externe Kommunikation

Ziel sämtlicher Marketingmaßnahmen ist die Steigerung der Wahrnehmung bei den Kunden sowohl bzgl. des medizinischen Leistungsangebotes, als auch als kompetenter Arbeitgeber und starker Kooperationspartner. Ein weiteres Ziel ist es, über das Jahr verteilt eine regelmäßige Präsenz in den Medien sicherzustellen. Ein abgestimmtes Vorgehen im Marketing wird durch regelmäßige Treffen der Marketingverantwortlichen aller Trägereinrichtungen, sowie separate Treffen der Marketingverantwortlichen der Krankenhäuser sichergestellt.

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Im Auftrag des Trägers und der Krankenhausleitung hat eine Gesellschaft für Risikoberatung in Zusammenarbeit mit dem Haftpflichtversicherer ein Risikoscreening im Klinikum durchgeführt. Hieraus werden Projekte initiiert und zur Bearbeitung in die einzelnen Bereiche delegiert. Ziel ist es ein praktikables klinisches Risikomanagementsystem zu etablieren. Für das kaufmännische Risikomanagement besteht ein Bewertungssystem mit regelmäßigen Aktualisierungen.

6 Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation

In einem Organigramm sind, hausintern als auch trägerweit, die Zuständigkeiten im Qualitätsmanagement definiert. Die Qualitätsmanagement-Arbeit erfolgt dezentral in den Einrichtungen, in Abstimmung mit dem Träger. Die Qualitätskommission ist interprofessionell und interdisziplinär besetzt. Interne Audits werden durchgeführt. Die Qualitätsmanagement-Beauftragten sind in die Abteilung Medizinmanagement integriert. In enger Abstimmung werden Qualitätsmanagement-Projekte festgelegt. Es werden Projektpläne mit Zeitvorgaben erstellt.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Im Rahmen der Fusionierung wird die Prozessgestaltung überprüft und so weit möglich vereinheitlicht. Die Verfahrensanweisungen, Geschäftsordnungen, Standards und Richtlinien sind Prozessen zugeordnet. Eine Prozessoptimierung erfolgt in geplanten Projekten, dazu werden Projektgruppen initiiert und eine Projektdokumentation erstellt. Die Gruppen berichten über die Ergebnisse dem Auftraggeber und in der Klinikkonferenz. Zur Prozessoptimierung der Behandlung in den Abteilungen werden regelmäßig Daten erhoben.

6.2.1 Patientenbefragung

Ein Handbuch zur Methodik und Durchführung von Patientenbefragungen wurde durch die Trägerschaft erarbeitet. Eine kontinuierliche Befragung erfolgt im Rahmen von „Ihre Meinung ist uns wichtig“ und dem „Meinungsmanagement“. Patienten, Angehörige und Besucher können darin ihr Lob, ihre Anregung oder ihre Kritik mitteilen. Die Bearbeitung erfolgt wöchentlich. Jährlich findet eine Patientenbefragung statt, in dieser werden die Patienten nach der Entlassung angeschrieben und erhalten einen Fragebogen.

6.2.3 Befragung externer Einrichtungen

Auch hierbei wird das einheitliche Befragungskonzept der Trägerschaft eingesetzt. Befragungen mit Forschungsschwerpunkten in Zusammenarbeit mit der Hochschule für Technik und Wirtschaft Saarbrücken (HTW) z. B. die Befragung „Beeinflusst die soziale Herkunft den Behandlungsverlauf?“ werden durchgeführt.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Eine interne Mitarbeiterbefragung wird im drei-jährigen Rhythmus durchgeführt. Die letzte Befragung fand 2012 statt. Die Ergebnisse werden den Mitarbeitern in Veranstaltungen vorgestellt und mit ihnen analysiert.

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Schriftliche und mündliche Patientenrückmeldungen werden im Rahmen eines Feedback-Managements "Ihre Meinung ist uns wichtig" und im „Meinungsmanagement“ strukturiert erfasst. Patienten erhalten bei der Aufnahme einen Rückmeldebogen. Die eingegangenen Bögen werden wöchentlich im Beschwerdemanagementteam bearbeitet und an die betreffenden Abteilungen weitergeleitet. Mündliche Beschwerden werden an die zuständigen Personen weitervermittelt und wenn möglich direkt bearbeitet. Der Patientenführsprecher hat einmal pro Woche eine Sprechstunde. Die Ergebnisse werden der Klinikleitung berichtet.

6.4.1 Erhebung und Nutzung qualitätsrelevanter Daten

Im Rahmen der externen Qualitätssicherung werden relevante Daten dokumentiert und weitergeleitet. Wund-, Komplikations-, und Infektionsdaten werden erfasst und intern kommuniziert. Sturzprotokolle werden geführt und jährlich ausgewertet. Dekubiti werden erfasst, eine Statistik wird geführt. Die externen Bögen für Dekubitus werden ganzjährig bearbeitet. Die Pflegedokumentation wird standardmäßig in den internen Audits und besonders bei PKMS-Patienten überprüft. Zudem besteht eine Teilnahme an einem Vergleichsprojekt zu Qualitätsindikatoren. Ein Beschwerdemanagement ist implementiert, die Daten werden ausgewertet und an die Klinikleitung berichtet.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Im Rahmen der externen Qualitätssicherung erfolgt eine elektronische Weiterleitung der meldepflichtigen Fälle an die Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung. Jeder Berechtigte hat Zugang zu den Qualitätssicherungs-Bögen an seinem EDV-Arbeitsplatz. Das Medizincontrolling koordiniert die Prozesse im Rahmen der externen Qualitätssicherung. Die vom Arzt freigegebenen Datensätze werden quartalsweise durch die EDV versendet. Die Jahresberichte der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung werden an die Verantwortlichen der Abteilungen weitergeleitet. Im Rahmen des strukturierten Dialoges werden fachabteilungsinterne und -übergreifende Diskussionen der Ergebnisse geführt sowie über die Einleitung von Verbesserungsmaßnahmen entschieden. Der strukturierte Dialog mit dem Qualitätsbüro Saarland erfolgt über die Vermittlung des Medizincontrollings mit den Verantwortlichen der Abteilungen.