



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Knappschaftsklinikum Saar GmbH	
Institutionskennzeichen:	261000466	261000477
Anschrift:	In der Humes 35 66346 Püttlingen	An der Klinik 10 66280 Sulzbach
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2020-0003 KHVB	
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche	
Gültig vom:	30.01.2020	
bis:	29.01.2023	

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	8
1. Patientenorientierung	8
2. Mitarbeiterorientierung	10
3. Sicherheit - Risikomanagement	11
4. Informations- und Kommunikationswesen	14
5. Unternehmensführung	15
6. Qualitätsmanagement	16

Vorwort der KTQ®

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

Im Beirat der KTQ® sind die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) vertreten. 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 Krankenhausesperten besetztes Visitorteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

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

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

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die Deutsche Krankenhausgesellschaft

Dr. hc. F. Wagner

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

wir freuen uns über Ihr Interesse an unserem KTQ-Qualitätsbericht. Patienten und ihre Angehörigen, aber auch niedergelassene Ärzte, Kooperationspartner und Kostenträger, finden in diesem Bericht wichtige Informationen über die medizinische Versorgung in der Knappschaftsklinikum Saar GmbH. Die Knappschaftsklinikum Saar GmbH verfügt über zwei Kliniken mit den Standorten Püttlingen und Sulzbach, die beide Netzkrankenhäuser des integrierten Versorgungsnetzes „prospere Saar“ sind. Der vorliegende Bericht gliedert sich entsprechend der KTQ-Systematik in die Bereiche Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Sicherheits- und Risikomanagement, Informationsmanagement, Unternehmensführung und Qualitätsmanagement. Der Bericht beschreibt daher alle qualitätsrelevanten Aspekte unserer beiden Krankenhäuser.

Der vorliegende Bericht ermöglicht es auch dem medizinischen Laien, sich einen Überblick über die Strukturen unserer Häuser sowie die verschiedenen Diagnose- und Therapiemöglichkeiten zu verschaffen. Damit leistet er einen wichtigen Beitrag zu einer transparenten und umfangreichen Information unserer Patienten und ihrer Angehörigen.

Das Krankenhaus Sulzbach stellt sich vor



Das Krankenhaus Sulzbach ist in einem modernen, von gepflegten Grünanlagen umgebenen Gebäude im Herzen von Sulzbach untergebracht. Es ist eines der traditionsreichsten Krankenhäuser des Saarlandes. Seine Entstehung geht auf das Jahr 1862 zurück. Damals gründete der Saarbrücker Knappschaftsverein das "Knappschaftslazarett" als Lazarett für die Bergleute, die in den Gruben der näheren Umgebung arbeiteten. Heute ist das Krankenhaus Sulzbach eine hochmoderne Klinik mit einem breit gefächerten Leistungsspektrum, das nicht nur knappschaftlich versicherten Patienten, sondern allen Patienten offensteht.

Durch die Fachabteilungen - Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin - Klinik für Augenheilkunde - Klinik für Chirurgie - Klinik für Innere Medizin - Klinik für Neurologie - Klinik für Radiologie

und Nuklearmedizin und - Klinik für Urologie gewährleistet das Krankenhaus Sulzbach eine umfassende und zuverlässige medizinische Versorgung. 2018 wurden 16.677 stationäre Behandlungsfälle und mehr als 60.000 ambulante Patientenkontakte registriert. Seit dem 1. April 2001 gehört das Krankenhaus Sulzbach dem integrierten Versorgungsnetz "prosper" an, dem erfolgreichen Modell der Knappschaft zur sektorübergreifenden integrierten medizinischen Versorgung. Ziel des Krankenhauses Sulzbach ist es, die Qualität der medizinischen Versorgung ständig weiter zu verbessern. Dazu gehört etwa die Entwicklung und konsequente Umsetzung von Qualitätsstandards, die Anschaffung innovativer Medizintechnik sowie die enge Zusammenarbeit verschiedener Fachbereiche, wie sie zum Beispiel im Magen-Darm-Zentrum Saar und im Diabeteszentrum erfolgreich praktiziert wird. Die optimale Versorgung unserer Patienten hat dabei stets oberste Priorität. "Jede Form der Kritik unserer Patienten betrachten wir als Anreiz, unsere Leistungen und Angebote ständig zu verbessern." So haben wir es in unserem Leitbild festgeschrieben. In diesem Sinne freuen wir uns auf Ihre Rückmeldung und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung. Sollten Sie Informationen über das Krankenhaus Sulzbach wünschen, besuchen Sie uns bitte im Internet unter der Adresse www.kksaar.de. Dort finden Sie auch die Kontaktdaten Ihres jeweiligen Ansprechpartners.

Das Krankenhaus Püttlingen stellt sich vor



Als Schwerpunktkrankenhaus und Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität des Saarlandes verfügt die Klinik Püttlingen über 400 Betten und 11 medizinische Fachabteilungen. 2018 wurden 15.720 stationäre Behandlungsfälle und mehr als 51.603 ambulante Patientenkontakte registriert. Die Qualität der Leistungen in unserem Krankenhaus und deren ständige Verbesserung ist eines unserer wichtigsten Ziele. Dieser hohe Anspruch kann jedoch nicht allein durch unsere apparative Ausstattung gewährleistet werden. Unsere Mitarbeiter entscheiden mit über den medizinischen, pflegerischen und wirtschaftlichen Erfolg. Sie gestalten die Prozesse und tragen mit ihrer Arbeit einen wichtigen Teil zum Gesamtergebnis unserer Klinik bei. Daher hat die Fort- und Weiterbildung in unserem Krankenhaus einen großen Stellenwert und sorgt dafür, dass unsere Leistungen stets nach den aktuellen Erkenntnissen der medizinischen Forschung erbracht werden.

Kollegiale Kontakte zu niedergelassenen Ärzten und die Zusammenarbeit mit anderen Kliniken/Gesundheitseinrichtungen machen unser Krankenhaus zu einem festen Bestandteil der Region. Besonders hervorzuheben ist das Gesundheitsnetz „prosper Saar“, in dem niedergelassene Haus- und Fachärzte in enger Kooperation mit uns zusammenarbeiten. Ziel dieses Verbun-

des ist es, den Informationsfluss zwischen den behandelnden Haus-, Fach- und Krankenhausärzten zu optimieren sowie die Qualität der medizinischen Versorgung zu ständig verbessern. Durch eine bessere Verzahnung des ambulanten und stationären Bereichs wird eine abgestimmte, patientenorientierte und optimierte medizinische Versorgung innerhalb des Netzes geschaffen. Ein ständiger Erfahrungsaustausch gehört zu unserem Arbeitsalltag. Diesen gewährleisten wir z.B. in regelmäßigen Tumorkonferenzen und Visiten, die Fachärzte und Pflegekräfte gemeinsam durchführen. Die Information unserer Patienten ist uns ein wichtiges Anliegen. Hierzu tragen eine Vielzahl von Veranstaltungen unserer Chefärzte und Mitarbeiter wie bspw. die Gesundheitsmesse, Gefäß- u. Prosper-Tage bei. Aber auch zu Gesundheitsthemen und Krankheitsbildern werden von den Kliniken regelmäßige Vortragsreihen durchgeführt.

Die KTQ-Kategorien

1. Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Die Krankenhäuser sind ausgeschildert und mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen. Informationen erhalten Patienten bereits im Vorfeld auf unserer Homepage www.kksaar.de oder bei Informationsveranstaltungen. Flyer zu verschiedenen gesundheitlichen Themen werden vorgehalten. Bei der Aufnahmeplanung werden die Wünsche der Patienten und der niedergelassenen Ärzte berücksichtigt. Notfallpatienten werden jederzeit in der Zentralen-Patienten-Notaufnahme (ZNA) und in der Augenambulanz versorgt und behandelt. Elektive Aufnahmen und Notfallaufnahmen werden über das Belegungsmanagement organisiert.

1.1.2 Leitlinien und Standards

Die Behandlung erfolgt strukturiert mit Unterstützung von Klinischen Behandlungspfaden und nach dem aktuellen Stand der Medizin

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Ziel ist es, bei der Behandlung stets den Willen des Patienten ins Zentrum zu stellen. Die Aufklärung unserer Patienten entsprechend den Vorgaben des Patientenrechtegesetzes ist als formulierter Anspruch in unserem Leitbild verankert. Zur Gewährleistung einer sicheren Kommunikation können fremdsprachige Mitarbeiter oder externere Dolmetscher hinzugezogen werden. Besucher sind auf den Normalstationen bis 20.00 Uhr herzlich willkommen, nach 20.00 Uhr sind Besuche bei individuellem Bedarf möglich.

1.1.4 Ernährung und Service

Die Zimmer: Überwiegend Zweibettzimmer, wenige Drei- bzw. Vierbettzimmer mit TV, Radio, Telefon und Wertfach. Fast alle Betten sind elektronisch verstellbar. W-LAN steht allen Patienten kostenlos zur Verfügung. Auf unserer Komfortstation bieten wir besonderen Komfort und eine gehobene Ausstattung an. Ernährung: Der Küchenleiter erstellt wöchentlich den Speiseplan. Die Patienten werden täglich bezüglich ihrer Speisewünsche befragt. Besondere Ernährungsgewohnheiten, Allergien und Unverträglichkeiten werden individuell berücksichtigt. Diätassistentinnen stehen für die Beratung zur Verfügung. Die gepflegte Parkanlage mit Teich / Blick über das Köllertal lädt Patienten und Besucher zum Verweilen im Freien ein.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Alle Notfall-Patienten werden in der Zentralen-Patienten-Notaufnahme (ZNA), Augen-Patienten in der Augen-Notfall-Ambulanz aufgenommen. Hier erfolgen zentral und schnell alle Formalitäten, die notwendige Diagnostik und die Untersuchung durch entsprechende Fachärzte zur Klärung der Notwendigkeit einer stationären Aufnahme. Kann das Behandlungsziel nicht ambulant erreicht werden, koordiniert die ZNA den stationären Behandlungsplatz für den Patienten. Die Behandlung von Arbeitsunfällen erfolgt gemäß den Vorgaben der Berufsgenossenschaften. Zertifizierte Traumazentren sind an den Standorten etabliert.

1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung

Die ambulante Notfallversorgung erfolgt in der Zentralen-Patienten-Notaufnahme (ZNA) bzw. in der Augen-Notfall-Ambulanz. Knappschaftsversicherte Patienten können nach Überweisung vom Hausarzt einen Termin in unseren Ambulanzen vereinbaren. Anders versicherte Patienten benötigen zur ambulanten Behandlung in unserem Krankenhaus eine Überweisung vom Facharzt. In den Abteilungen sind verschiedene Spezialsprechstunden eingerichtet. Wir sind bestrebt, unsere Terminkoordinierung weiter zu optimieren um Wartezeiten zu verkürzen.

1.3.2 Ambulante Operationen

Ambulante Operationen werden in folgenden Abteilungen durchgeführt:

- Augen
- Chirurgie
- Urologie
- Gefäßchirurgie
- Innere
- Ortho- und Traumatologie

Die Koordination der Voruntersuchung und die Aufklärung der Patienten sowie die gemeinsame Abstimmung des OP-Termins erfolgt in den entsprechenden Ambulanzen. Die Mitarbeiter des ambulanten OP-Zentrums begleiten unsere Patienten durch den gesamten OP-Prozess.

1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung

Die Erfassung von Risiken und Wünschen des Patienten erfolgt bei der ärztlichen und pflegerischen Aufnahme. Die Behandlungsplanung erfolgt gemeinsam mit dem Patienten. Die Koordination der Behandlung erfolgt mit Unterstützung von klinischen Behandlungspfaden unter Berücksichtigung der Leitlinien der Fachgesellschaften. Eine Überprüfung der Behandlung erfolgt bei den täglichen Visiten. Auf Wunsch des Patienten werden Angehörige in die Behandlungsplanung einbezogen.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die Aufklärung über diagnostische und therapeutische Möglichkeiten ist als Anspruch in unserem Leitbild formuliert. Die Koordination wird dort wo es möglich ist mit Hilfe von klinischen Behandlungspfaden unterstützt. Kooperationen mit z.B. Logopäden und Ergotherapeuten stellen eine umfassende Therapie in unserem Krankenhaus sicher.

1.4.3 Operative Prozesse

Operationen werden geplant. Notfalloperationen werden entsprechend ihrer Dringlichkeit berücksichtigt. Maßnahmen aus den Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit sind umgesetzt. Checklisten, OP- und Pflegestandards regeln die Vorbereitung und Rahmenbedingungen operativer Eingriffe. Die Augen-OPs wurde komplett modernisiert.

1.4.4 Visite

Im Rahmen der Visiten findet die zeitnahe Überprüfung des Behandlungskonzeptes statt. Täglich finden Visiten durch den Stationsarzt statt, mindestens zweimal pro Woche nimmt auch der Chefarzt oder der Oberarzt an den Visiten teil. Im Magen-Darm-Zentrum und auf der Intensivstation finden regelmäßig gemeinsame fachabteilungsübergreifende Visiten statt.

1.5.1 Entlassungsprozess

Die Entlassplanung stellt den reibungslosen Übergang des Patienten in den ambulanten oder nachgeordneten stationären Bereich sicher. Der Rahmenvertrag Entlassmanagement ist umgesetzt, so dass die Weiterbehandlung durch den niedergelassenen Arzt und durch den ambulanten oder stationären Pflegedienst kontinuierlich erfolgen kann.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung

Unser Ziel ist es, sterbenden Patienten und deren Angehörigen eine würdevolle und auf Ihre individuellen Bedürfnisse abgestimmte Situation zu gestalten. Angehörigen werden Übernachtungs- und Versorgungsmöglichkeiten angeboten. Die Seelsorge oder Vertreter anderer Religionsgemeinschaften werden auf Wunsch des Patienten hinzugezogen.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Entsprechend der Bräuche verschiedener Kulturkreise ermöglichen wir den Angehörigen einen würdevollen Abschied von verstorbenen Patienten. Angehörige können sich in Ruhe im Patientenzimmer oder im Abschiedsraum von ihren Angehörigen verabschieden. Es besteht die Möglichkeit zum Gespräch mit unseren Seelsorgerinnen und zur Nutzung unserer Hauskapelle.

2. Mitarbeiterorientierung

2.1.2 Personalentwicklung

Entsprechend der Formulierung im Kapitel "Fördern - Beurteilen - Entwickeln" aus unseren Grundsätzen für Führung und Zusammenarbeit werden in der KK Saar den Mitarbeitern Entwicklungsgespräche angeboten. Bei diesen Gesprächen, die mit dem Vorgesetzten geführt werden, wird die individuelle berufliche Entwicklung der Mitarbeiter geplant und gesteuert.

2.1.3 Einarbeitung

Alle neuen Mitarbeiter erhalten bei Zusage eines Arbeitsvertrages einen Informationsordner in Form eines USB-Sticks, der wichtige Informationen zu allen Bereichen des Krankenhauses enthält. Gesetzlich vorgeschriebene Unterweisungen, Informationen über Besonderheiten des Hauses, erste Unterweisungen in EDV und Kodierung erhalten neue Mitarbeiter im Rahmen einer Orientierungseinheit an den beiden ersten Arbeitstagen. Die bereichsspezifische Einarbeitung erfolgt mit Hilfe von Einarbeitungsmappen oder schriftlich festgelegten Organisationsabläufen wie z.B. OP- und Pflegestandards.

2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Die theoretische Ausbildung in der Krankenpflegeschule orientiert sich am Krankenpflegegesetz mit der entsprechenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege. Der Lehrplan orientiert sich am Oelke Curriculum. Der praktische Einsatz der Schüler wird durch den Schulleiter geplant und erfüllt die Vorgaben des Krankenpflegegesetzes bezüglich der vorgeschriebenen Einsatzzeiten und Orte. Mentoren auf jeder Station sind Ansprechpartner für die Schüler. Zusätzlich ermöglichen Praxisanleiter eine Umsetzung der Theorie in die Praxis.

2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance

Die Einhaltung der Arbeitszeiten wird in den meisten Bereichen des Krankenhauses mittels elektronischem Dienstplanprogramm geregelt. Die Arbeitszeiten der verschiedenen Bereiche sind in einer umfangreichen Betriebsvereinbarung zwischen Betriebsrat und Betriebsleitung bzw. Geschäftsführung geregelt. Diese Betriebsvereinbarung ist für alle Mitarbeiter einsehbar im Intranet des Hauses hinterlegt.

2.1.6 Ideenmanagement

In der KK Saar ist für alle Mitarbeiter ein Vorschlagswesen eingeführt, in dem jeder die Möglichkeit hat, Vorschläge einzureichen. Die Vorschläge werden anonym in einem Vorschlagsausschuss beraten. Angenommene Vorschläge werden nach festen Regeln honoriert. Die Ergebnisse werden intern in der hauseigenen Mitarbeiterzeitung und im Intranet veröffentlicht. Beauftragte für „Partnerschaftliches Verhalten“ und "Beschwerdewesen für Mitarbeiter" sind benannt.

3. Sicherheit - Risikomanagement

3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements

Es wird unter Nutzung bestehender Prozesse und Strukturen mittels geeigneter Instrumentarien (z.B. CIRS, Audits) ein Risikomanagement aufgebaut. Weiterhin kommt eine spezielle Software für das Risikomanagement zum Einsatz. Morbiditäts- und Mortalitäts-Konferenzen sind ein weiteres essentielles Element des Risikomanagements.

3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung

Es existiert ein Sturz- und Dekubitusmanagement. Verfahren zur Vermeidung von Eingriffsverwechslung und zur Patientenidentifikation wurden eingeführt. Im Rahmen des Aufbaus eines Risikomanagementsystems erfolgen Risikoaudits. Es existiert ein hausinternes CIRS (Critical Incident Reporting System) zur anonymen Meldung von Vorkommnissen bzw. Beinahevorkommnissen. Das Haus nimmt an einem übergreifenden Fehlermeldesystem teil.

3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement

Bei medizinischen Notfällen wird ein Reanimationsteam alarmiert. Die Mitarbeiter beginnen unverzüglich mit den Maßnahmen zur Lebensrettung und führen diese bis zum Eintreffen des Arztes weiter. Die Mitarbeiter sind im medizinischen Notfallmanagement geschult und dadurch in der Lage, sofort die richtigen Maßnahmen zu ergreifen.

3.1.4 Organisation der Hygiene

Die hygienische Gesamtleitung obliegt den ärztlichen Direktoren als Leiter der Hygienekommission. Verantwortlich für die Umsetzung von Beschlüssen der Hygienekommission ist die Krankenhaushygiene. In der Krankenhaushygiene arbeiten Hygienefachkräfte, Hygienebeauftragte Ärzte und curricularer Krankenhaushygieniker. Beratend tätig ist ein externer Krankenhaushygieniker. Es existieren schriftliche Regelungen zur Umsetzung von Hygienerichtlinien.

3.1.5 Hygienerrelevante Daten, Infektionsmanagement

Mikrobiologische Befunde (Erregernachweise) werden vom externen Labor täglich elektronisch übermittelt. Mit einem EDV-Programm wird überprüft, welche Keime in welchen Bereichen nachgewiesen wurden. Durch diese Überwachung lassen sich mögliche Auffälligkeiten frühzeitig erkennen. Dieses EDV-Programm dient auch zur Erstellung der Erregerstatistiken nach §23 Infektionsschutzgesetz und zur Umsetzung der gesetzlich vorgeschriebenen Überwachung von Infektionen. Weiterhin werden damit Resistenzstatistiken generiert. Es gibt einen umfangreichen Hygieneplan der vollständig im Intranet einsehbar ist. Teil dieses Hygieneplans sind z. B. Hygienestandards für den Umgang mit infektiösen Patienten (z.B. MRSA, ESBL). Bei Noro-Ausbrüchen trifft sich ein interdisziplinär zusammengesetztes Team (Ausbruchmanagement) mit leitenden Kräften regelmäßig vor Ort. Die KK Saar testet alle Patienten bei stationärer Aufnahme auf MRSA. Zusätzlich werden alle Patienten bei Aufnahme auf die Intensivstation auf MRGN getestet. Für alle stationären OP-Patienten wird eine präoperative Dekontamination durchgeführt. In der Zentralküche wird ein hauseigenes HACCP-Konzept (Hazard Analysis and Critical Control Points) umgesetzt.

3.1.6 Arzneimittel

Die Auswahl der Medikamente jeder Abteilung wird in der Arzneimittelkommission durch den jeweiligen Chefarzt mitbestimmt. Lagerung und Transport sind entsprechend den Herstellerangaben korrekt geregelt. Leitlinien und klinische Pfade sichern die richtige Auswahl der zu verordneten Medikamente. Deren Verabreichung wird dokumentiert. Die Kontrollen durch den Apotheker bestätigen die Richtigkeit unserer Regelungen. Ein EDV-System für einen Interaktionscheck von Medikamenten ist etabliert.

3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin

Die Regelungen zur Anwendung von Blut- und Blutprodukten sind verbindlich in einer Dienstanweisung festgelegt. Jeder einzelne Schritt von der Bestimmung der Blutgruppe des Patienten über die Anforderung von Blutkonserven bis zu ihrer Verabreichung unterliegt strengen, den gesetzlichen Vorgaben entsprechenden Regeln, deren Einhaltung einer ständigen Kontrolle durch die Transfusionsbeauftragten der einzelnen Abteilungen, den Transfusionsverantwortlichen und die Transfusionskommission unterliegen. Spezielle Transfusionsaudits, d.h. Begehungen vor Ort, werden regelmäßig durchgeführt.

3.1.8 Medizinprodukte

Der Umgang mit medizinischen Geräten unterliegt den Regelungen aus der Medizinprodukte Betreiberverordnung. Gerätebeauftragte sorgen für die Geräteeinweisung aller Anwender ihres Bereiches.

3.2.1 Arbeitsschutz

Ansprechpartner in allen Angelegenheiten des Arbeitsschutzes ist eine Fachkraft für Arbeitssicherheit. Ein Arbeitsschutzausschuss ist eingerichtet. Geschulte Beauftragte setzen in den einzelnen Bereichen die beschlossenen Maßnahmen um und kontrollieren die Einhaltung der jeweiligen Verfahren. Unterstützend werden externe Fachkräfte hinzugezogen. Dienst- und Verfahrensanweisungen regeln Vorgehen und Verantwortlichkeiten. Zur Schulung der Mitarbeiter werden jährlich Unterweisungen durchgeführt und in ebenfalls jährlichen Audits wird der Kenntnisstand der Mitarbeiter überprüft.

3.2.2 Brandschutz

Das Vorgehen im Brand- und Katastrophenfall ist umfassend in der Brand- und Katastrophenschutzordnung geregelt. Der Brandschutzbeauftragte führt regelmäßige, protokollierte Begehungen durch. Verbesserungsmaßnahmen werden in einer Brand- und Katastrophenschutzkommission beschlossen. Die Brandmeldeanlage wurde erneuert. Festgelegt sind der schnellstmögliche Weg der Feuerwehr zum Brandort wie auch die Flucht- und Rettungswege. Brandschutz-, Katastrophenschutz- und Evakuierungsübungen werden durchgeführt. Im jährlichen Audit wird die Kenntnis der Mitarbeiter überprüft.

3.2.3 Datenschutz

In einer Dienstanweisung werden die Belange des Datenschutzes geregelt. Die Datenschutzbeauftragte führt regelmäßig Audits und Schulungen durch, um die korrekte Umsetzung der Dienstanweisung zu überprüfen. Externe Beratung erfolgt über einen Fachanwalt für Datenschutz im Rahmen der Umsetzung der neuen Datenschutzgrundverordnung.

3.2.4 Umweltschutz

In unseren Kliniken werden Maßnahmen zum ökologisch sinnvollen Materialeinsatz getroffen. Abfall wird entsprechend einem Abfallentsorgungsplan, der von dem Abfallbeauftragten erstellt wurde, getrennt. Abfallmengen und Energieverbrauch werden ständig kontrolliert. Von einem unabhängigen Gutachter wurden Energieausweise ausgestellt.

3.2.5 Katastrophenschutz

Die Krankenhäuser sind in den Katastrophenschutz des Stadtverbandes Saarbrücken integriert. Die freie Bettenanzahl wird abteilungsspezifisch an die Rettungsleitstelle des Saarlandes auf dem Winterberg in Saarbrücken gemeldet. Von dort erfolgt im Katastrophenfall die Zuteilung von Verletzten oder Erkrankten. Die Verantwortung im Haus trägt ein Gremium, das sich aus dem Direktorium (Krankenhausverwaltungsleiter, Ärztlicher Direktor und Pflegedirektorin) und dem Technischen Leiter zusammensetzt. Umfangreiche Krankenhausalarmpläne wurden erstellt.

3.2.6 Ausfall von Systemen

Für den Ausfall von Systemen (z.B. Stromausfall, EDV-Ausfall) wurden Vorkehrungen getroffen. Entsprechende Ausfallkonzepte stehen zur Verfügung.

4. Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Ein Krankenhausinformationssystem zur Unterstützung der Planung und Durchführung der Behandlung ist implementiert und wird kontinuierlich weiterentwickelt.

4.2.1 Klinische Dokumentation

Die Dokumentation von Patientendaten ist in einer Dienstanweisung geregelt. Darin wird die Dokumentation aller relevanten Maßnahmen der Patientenversorgung geregelt. Dokumentationsbeauftragte und das Medizincontrolling prüfen regelmäßig, stichprobenhaft die Vollständigkeit und Richtigkeit der Dokumentation. Die digitale Archivierung erfolgt gemäß den gesetzlichen Vorschriften

4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

Die Verfügbarkeit von Patientendaten ist rund um die Uhr gewährleistet. Zugriffe auf die elektronische Patientenakte sind durch ein Rechtekonzept festgelegt. Außerhalb der Archiv-Öffnungszeiten ist an der Telefonzentrale ein Schlüssel hinterlegt, der bei Bedarf an den diensthabenden Arzt gegen Unterschrift ausgehändigt wird.

4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Die externe Information der Krankenhausleitung erfolgt durch regelmäßige Mitteilungen der Saarländischen Krankenhausgesellschaft (SKG), Fachzeitschriften und Auswertung von Pressemeldungen. Interne Informationen erreichen die Klinikleitung u.a. durch die Teilnahme bei den Chefarztkonferenzen, regelmäßige Controllingberichte und durch die Einbindung der Krankenhausleitung in verschiedenen Gremien.

4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Ziel ist die Informations- und Kommunikationsstruktur so zu gestalten, dass alle Mitarbeiter so nachhaltig wie möglich über alle relevanten Sachverhalte informiert sind. Die Kommunikationsstruktur der verschiedenen Gremien ist festgelegt. Unterstützend sind ein Intranet und ein Mailprogramm installiert. Die Telefonzentrale ist rund um die Uhr besetzt. Die Mitarbeiter der Telefonzentrale sind mit einer speziellen Benutzeransicht an das Krankenhausinformationssystem angebunden und haben Zugriff auf das Intranet. Zusätzlich gibt es einen Informationsschalter der bis 16.00 Uhr besetzt ist. In der Augenklinik wurde wegen des hohen Anrufaufkommens ein Callcenter eingerichtet. Im Eingangsbereich befinden sich ein Cafe und zahlreiche Sitzmöglichkeiten. Jacken und Taschen können kostenlos an der Garderobe abgegeben werden.

5. Unternehmensführung

5.1.1 Philosophie/Leitbild

Das Leitbild und die Grundsätze für Führung und Zusammenarbeit der knappschaftlichen Krankenhäuser und Rehakliniken stellen einen Rahmen und eine Zielvorgabe für unser Handeln dar. Es wurde krankenhäusübergreifend mit Mitarbeitern unterschiedlicher Berufsgruppen und Hierarchieebenen entwickelt und intensiv in unser Haus hineingetragen. Auf unserer Internetseite und über Informationsbroschüren stellen wir uns mit unserem Leitbild der Öffentlichkeit und setzen so selbst einen Maßstab für unser Handeln.

5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Führungskräfte nehmen an speziellen Führungskräfte-seminaren teil. Die Grundsätze für Führung und Zusammenarbeit werden Schritt für Schritt umgesetzt. Hierzu gehören die Einrichtung von Mitarbeiterentwicklungsgesprächen und einem Vorschlagswesen, die Professionalisierung des internen Informationswesens und die Befragungen der Mitarbeiter.

5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

In unserem Leitbild formulierte Aussagen zum Umgang miteinander und mit den Patienten sind für uns ein Maßstab unseres Handelns. Themen wie "Gewalt in der Pflege, Tod und Sterben, Jenseitsvorstellungen, Männer und Frauen in der Pflege, Kommunikation am Krankenbett, Religionsverschiedenheit in der Pflege" sind integriert in die Krankenpflegeausbildung. Ein Ethikkomitee erarbeitet Verfahren, organisiert Fortbildungen, schafft Transparenz und bietet ein Forum für ethische Themen.

5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Dem Leitbild entsprechend werden für die Darstellung unserer Ziele und Leistungen in der Öffentlichkeit eine Vielzahl von Maßnahmen ergriffen. Newsletter, Klinikmagazine, Internetauftritt etc. unterliegen einem einheitlichen Layout. Der Internetauftritt ist auf die Bedürfnisse der Patienten abgestimmt. Weiterhin finden regelmäßige Netzwerk- und Schnittstellenkonferenzen mit den niedergelassenen Prosperärzten statt. Der strukturierte Umgang mit der Presse (Pressemitteilungen, Pressetermine) erfolgt über den externen Medienberater und in Zusammenarbeit mit den Fachbereichen. Die Kommunikation im Krisenfall ist detailliert geregelt.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung

Der Strategieentwicklungs- und Planungsprozess basiert auf den Grundsätzen des Leitbildes. Zielplanungen auf unterschiedlichen Ebenen ermöglichen eine Fortentwicklung. Die Prioritäten der Investitionsvorhaben werden mit den Chefärzten abgestimmt. Der Umbau der Augenklinik, eine Hausübergreifende Leitung der Orthopädie und Traumatologie, ein breit gefächertes Behandlungsangebot der Inneren Abteilung und die Umsetzung innovativer Behandlungsmethoden in der Augenklinik sind Beispiele für die Weiterentwicklung unserer Häuser. Aus den Zielen der Kliniken lassen sich die laufenden QM-Projekte ableiten.

5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement

Zum Erkennen von finanziellen Risiken werden kontinuierlich von der Finanzabteilung Berichte und Analysen erstellt. Weiterhin kommt eine spezielle Software für das Risikomanagement zum Einsatz.

5.2.3 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Die Auswahl und Komplettierung der Kooperationspartner bei niedergelassenen Ärzten und Laboren erfolgt zur Erweiterung des Angebotes nach Spektrum, Qualität und Wirtschaftlichkeit. Beispiele hierfür sind Kooperationen im Bereich Pathologie, Dermatologie, Neurochirurgie, Handchirurgie. Innerhalb der integrierten Versorgung im Gesundheitsnetz Prosper besteht Kooperation zu den niedergelassenen Knappschaftsärzten (Prosperärzte). Eine Rettungswache am Standort Sulzbach und Bereitschaftsdienstpraxen der Kassenärztliche Vereinigung (KV) sind angegliedert.

5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

In der KK Saar sind verschiedene Kommissionen eingerichtet. Die Verantwortung für Einladung, Tagesordnung und die Berichte gegenüber der Geschäftsleitung liegt beim Vorsitzenden der jeweiligen Kommission. In der Chefarztkonferenz werden alle Fachbereiche über die Arbeit der Kommissionen informiert, Lösungsvorschläge werden hier diskutiert und deren Umsetzung beschlossen. Der Steuerkreis koordiniert die Projektarbeit. Verantwortlich für die Protokollerstellung, die Veröffentlichung und die weitere Koordination ist das Qualitätsbüro.

5.3.2 Innovation und Wissensmanagement

Verbesserungsprozesse in der KK Saar sind stets vom Know-How und von der Kreativität der Mitarbeiter abhängig. Innovation ist daher eine Grundlage des QM-Verbesserungsprozesses. Dies ermöglicht eine strukturierte Planung und Durchführung von Projekten oder Einzelmaßnahmen zur gezielten Umsetzung von Verbesserungen. Das Intranet als zentrales Instrument der internen, bereichsübergreifenden Kommunikation und Information bietet jedem Mitarbeiter jederzeit die Möglichkeit, sich aktiv am Wissens- und Innovationspool des Hauses zu beteiligen. Einmal jährlich erfolgt eine Abfrage bei allen leitenden Ärzten des Hauses zu gewünschten neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ("NUB"). Weitere Innovationen ergeben sich aus der Entwicklung der DRGs (Diagnosebezogene Fallgruppen), z.B. die Einführung des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS).

6. Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Die Organisation des Qualitätsmanagements erfolgt über ein zentrales Qualitätsmanagement. Dieses ist mit hauptberuflichen Mitarbeitern besetzt. Grundlage für Tätigkeiten bilden Beschlüsse der Betriebsleitung bzw. des Steuerkreises. In schriftlichen Konzeptionen sind die Verantwortlichkeiten für Projekte und Verbesserungsmaßnahmen beschrieben. Der Steuerkreis berät über Projekte, die sich aus den Ergebnissen von KTQ-Rezertifizierungen, Internen Audits, Befragungen und Beschwerdemanagement ableiten.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -Optimierung

Ab 2005 wurde das Trägerkonzept zur Implementierung eines Prozessmanagements in den Knappschaftskliniken umgesetzt. Klinisches Prozessmanagement wurde mittels Klinischer Pfade implementiert. Weitere Aufgaben des Prozessmanagements sind die Unterstützung bei der Optimierung der OP-Koordination, Unterstützung bei der Organisation der Zentralen-Patienten-Notaufnahme sowie die Implementierung einer digitalen Patientenakte.

6.2.1 Patientenbefragung

Es wird eine kontinuierliche Patientenbefragung innerhalb der Knappschaftskrankenhäuser durchgeführt. Auswertungen erfolgen quartalsmäßig.

6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Einweiserbefragungen durch externe Anbieter werden als Baustein unseres Einweisermanagement genutzt. Im Rahmen des Einweisermanagement werden zu den niedergelassenen Ärzten systematische und strukturierte Kontakte gepflegt. Dies gilt insbesondere im Rahmen der integrierten Versorgung Prosper. Von den Fachabteilungen werden Fortbildungen für niedergelassene Ärzte gestaltet.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Mitarbeiterbefragungen werden jeweils zwischen zwei KTQ-Rezertifizierungen durchgeführt. Diese Befragungen werden durch ein externes Unternehmen durchgeführt. Die Ergebnisse der Befragung werden durch das interne Marketing (Mitarbeiterzeitung, QM-Newsletter, Intranet) bekannt gemacht.

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

Lob und Beschwerden von Mitarbeitern, Patienten und weiteren Externen werden in einem aktive Beschwerdemanagementsystem erfasst. Der Kontakt der Beschwerdemanagerin zum Beschwerdeführer wird innerhalb weniger Tagen garantiert. Durch den Einsatz einer eigens dafür angeschafften Software führt die anonymisierte, systematische Weiterverarbeitung der Beschwerden zu Erkenntnissen, welche die Grundlage für weitere Optimierungsprozesse bilden. Ein Beratungsgremium für Grundsatzfragen wurde gebildet. Die Wünsche oder Beschwerden können auch anonym angebracht werden. Ferner steht der externe Patientenfürsprecher mit wöchentlicher Sprechstunde zur Verfügung.

6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren

Qualitätsrelevante Daten werden von dem Betriebswirtschaftlichen Controlling, vom Medizinischen Controlling, von der Personalabteilung, vom Qualitätsmanagement sowie von den einzelnen Fachabteilungen selbst erfasst. Im Rahmen des internen Berichtswesens werden betriebswirtschaftliche Kennzahlen ermittelt, ausgewertet und stehen somit den Verantwortlichen als Entscheidungsgrundlage zur Verfügung. Ebenso werden Abweichungen bei der Behandlung von Pfadpatienten erfasst und untersucht. In der Pflege ist ein Sturz- und Dekubitusmanagement eingerichtet. Externe Verfahren: Ziel der Datenerhebung und -übermittlung ist Vollständigkeit und inhaltliche Korrektheit. Die Qualitätssicherungsbögen, werden außer bei Herzschrittmacher-OP vom Medizincontrolling nach Aktenlage ausgefüllt. Verantwortlich für die Kontrolle und den Export, den Reimport und die Bearbeitung eventueller Fehler ist das Medizincontrolling

Hohe Datenqualität und Dokumentationsraten werden durch die stetige Zusammenarbeit von Ärzten und Mitarbeitern des Medizincontrollings erreicht. Ziel der Nutzung der Ergebnisse der externen Qualitätssicherung ist der Vergleich auf Landesebene und die systematische Verbesserung der Patientenversorgung. Abweichungen werden durch Einzelfallbetrachtungen analysiert und mit den verantwortlichen Ärzten sowie im strukturierten Dialog mit der BQS bewertet.