

# KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

<b>Krankenhaus:</b>	SHG-Kliniken Völklingen
<b>Institutionskennzeichen:</b>	261000126
<b>Anschrift:</b>	Richardstraße 5-9 66333 Völklingen
<b>Ist zertifiziert nach KTQ<sup>®</sup> mit der Zertifikatnummer:</b>	2017-0028 KH
<b>durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:</b>	QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche
<b>Gültig vom:</b>	29.07.2017
<b>    bis:</b>	28.07.2020
<b>Zertifiziert seit:</b>	24.08.2005

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b>	<b>5</b>
<b>Die KTQ-Kategorien</b>	<b>8</b>
1. Patientenorientierung	8
2. Mitarbeiterorientierung	11
3. Sicherheit - Risikomanagement	12
4. Informations- und Kommunikationswesen	15
5. Unternehmensführung	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 Bundesebene<sup>1</sup>, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

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

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

der Einrichtung beziehen.

---

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

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes Visitorteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die sogenannte Fremdbewertung – vorgenommen.

Während der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren<sup>®</sup> gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft. Aufgrund 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 aufwendige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass die **SHG-Klinik Völklingen** 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](http://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 Pflegeerrat

## Vorwort der Einrichtung

Die SHG-Kliniken Völklingen sind seit der Übernahme eines benachbarten Krankenhauses aktuell noch mit 357 Betten, 41 psychiatrische Tagesklinikplätzen und 19 teilstationären Dialyseplätzen ausgestattet. Die SHG-Kliniken sind sowohl ein Haus der Grund- und Regelversorgung als auch ein Haus der Schwerpunktversorgung. Pro Jahr werden rund 15.500 Patienten stationär, 900 Patienten teilstationär und mehr als 11.000 Patienten ambulant behandelt. Das Einzugsgebiet erstreckt sich - abhängig von der jeweiligen Fachabteilung - regional oder überregional. Die SHG-Kliniken Völklingen sind ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung für die Bereiche HerzZentrum Saar, LungenZentrums Saar, Gefäßzentrum, der Nephrologie und Dialyse sowie der Psychiatrie und Psychosomatik. Die Kliniken befinden sich in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft der Saarland-Heilstätten GmbH (SHG).



**Das HerzZentrum Saar** in Völklingen besteht aus der Medizinischen Klinik I (Kardiologie / Angiologie) und der Klinik für Herz-, und Thoraxchirurgie. Es gehört zu den leistungsfähigsten medizinischen Herzzentren in Südwestdeutschland. **Die Klinik für Kardiologie / Angiologie** versorgt jährlich über 7.000 stationäre und etwa 4.000 ambulante Patienten. Sie verfügt über die modernsten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten in der Erwachsenen-Kardiologie, inklusive mehrerer Herzkatheterlaboratorien, Koronar-CT (Dual-Source), portabler Herzlungenmaschine (ECMO) und Ultraschallgeräte zur invasiven sowie konventionellen Diagnostik. Alle interventionellen Eingriffe am Herzen, an den Herzkranzgefäßen, Herzklappen (sowohl die der Aortenklappe [TAVI] als auch der Mitralklappe [Mitraclip], der Halsschlagader und sonstiger Gefäße sowie die Behandlung aller Herz- und Kreislauferkrankungen sind Bestandteil des Leistungsspektrums der Klinik. Dies schließt ebenfalls das gesamte Spektrum von Herzschrittmacher- und Defibrillatoreingriffen, einschließlich Herzunterstützender Systeme (CRT, CCM) sowie die invasive Diagnostik und Therapie der Herzrhythmusstörungen (Elektrophysiologische Untersuchungen und Ablationen) ein. **Die Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie** ist spezialisiert auf konventionelle und minimal-invasive Bypass- und Herzklappenoperationen, Eingriffe an der Aorta und Lungenchirurgie. Behandelt werden Patienten mit Herzleiden wie Durchblutungsstörungen, Herzklappenerkrankungen und sonstigen Herzfehlern, Erkrankungen der Hauptschlagader, Entzündungen des Brustkorbs oder Geschwulstbildungen an der Lunge. Ebenso werden bei Lungenoperationen hochmoderne Verfahren der Robotik (DaVinci) eingesetzt. Die

Gefäßchirurgie wurde etabliert. Die gelebte interdisziplinäre Zusammenarbeit, die Kooperation, der gemeinsame Zugriff auf diagnostische und therapeutische Möglichkeiten sowie die Unterstützung aller anderen Fachabteilungen sichern die Versorgungs- und Behandlungsqualität der Patienten auf höchstem Niveau.

**Das Gefäßzentrum** in Völklingen besteht aus der Angiologie, der Gefäßchirurgie und der Radiologie. In enger Kooperation der Kliniken des GefäßZentrums werden nach entsprechender Diagnostik alle interventionellen, endovasculären und konventionellen Eingriffe durchgeführt. Die Integration der Gefäßchirurgie in das HerzZentrum ermöglicht zusätzlich die Versorgung der Brust-Aorta und der herznahen Gefäße. Durch einen modern ausgestatteten Hybrid-Operationssaal (Artis Zeego) können alle Kombinationseingriffe durchgeführt werden.

**Das Lungenzentrum Saar** in Völklingen besteht aus der Medizinischen Klinik II (Pneumologie) und der Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie. Hier erfolgt die interdisziplinäre Schwerpunktversorgung von Patienten mit Lungenerkrankungen und insbesondere mit Lungenkrebs. In der wöchentlich stattfindenden Thoraxkonferenz werden alle Fälle mit thorakalen Tumorerkrankungen interdisziplinär unter Beteiligung von kooperierenden Strahlentherapeuten und Onkologen besprochen und individuelle Therapien festgelegt. Seit 2011 besteht eine Zertifizierung als Lungenkrebszentrum durch die Deutsche Krebsgesellschaft. Hierzu finden alle 2 Jahre Rezertifizierungen statt. In der Medizinischen Klinik II werden im Schwerpunkt Pneumologie alle Erkrankungen der Atmungsorgane diagnostiziert und behandelt. Die Klinik führt minimalinvasive endoskopische Verfahren zur Lungenvolumenreduktion beim Lungenemphysem durch. Chemotherapien werden sowohl stationär als auch ambulant durchgeführt. Palliativmedizinische Behandlungskonzepte werden frühzeitig im Therapieplan berücksichtigt. Ein weiterer Schwerpunkt der Klinik sind neben allgemein-internistischen Erkrankungen Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. Eine entsprechend leistungsfähige und modern ausgestattete Funktionsabteilung, insbesondere in der Endoskopie, steht hier zur Verfügung. Alle Verfahren der thorakalen Endoskopie kommen zum Einsatz.

**Das Nierenzentrum** bilden die Klinik für Nieren- und Hochdruckkrankheiten, Immunologie und Dialyse sowie die Klinik für Urologie, Kinderurologie und urologische Onkologie. Gemeinsam stellen sie einen Schwerpunktstandort für die Versorgung von Patienten mit Nieren- und Hochdruckkrankheiten sowie Erkrankungen der Harnwege, der Blase, von Prostata und Hoden dar. **In der Klinik für Nieren- und Hochdruckkrankheiten, Immunologie, Dialyse** - werden jährlich über 800 Patienten stationär behandelt und über 15000 Dialysen pro Jahr durchgeführt. Besondere Schwerpunkte der Abteilung sind die Förderung der Heimdialyse, insbesondere der Peritonealdialyse, die Früherkennung und Prävention von Nieren- und Hochdruckkrankheiten sowie die Diagnostik und Therapie von Hochdruckkrankheiten. Es besteht engste Kooperation mit der Gefäßchirurgie (Shuntchirurgie, Vorhofkatheter), dem saarländischen Transplantationszentrum, Kontakte zu Lothringen sowie zum Transplantationszentrum in Straßburg. **Die Klinik für Urologie, Kinderurologie und urologische Onkologie** als urologischer Schwerpunkt ist ein Leistungszentrum für alle Probleme rund um Niere und Nebenniere sowie Harnwege (Harnleiter, Harnblase, Harnröhre) bei Frauen, Kindern und Männern sowie von Prostata

und männlichen Geschlechtsorganen. Die Klinik versorgt jährlich mehr als 8000 Patienten, davon über 3000 vollstationär. Hauptfeld der Diagnostik und der Therapie bilden konservative, operative und strahlentherapeutische Behandlung von Krebserkrankungen, Harnsteinerkrankungen sowie funktionellen Störungen, die Harninkontinenz und Sexualstörungen. Weitere Schwerpunkte bilden die organerhaltende Operation von Nierentumoren, die Behandlung von Prostatakrebs (auch mittels DaVinci Operationsroboter) sowie die Kinderurologie. Eine enge Kooperation mit niedergelassenen Ärzten besteht bei allen urologischen Krankheitsbildern. Das Prostatazentrum, ein regelmäßiges interdisziplinäres Tumorboard mit Fallkonferenzen sowie ein Zweitmeinungszentrum für jegliche Art urologischer Tumore betonen den onkologischen Schwerpunkt der Klinik.

**Das Psychiatriezentrum** besteht aus der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik mit Tagesklinik sowie einer psychiatrischen Institutsambulanz, interdisziplinärem Schlaflabor und angegliedertem Zentrum für Psychiatrische Familienpflege. Ein hochkompetentes Team von Ärzten, Pflegekräften, Psychologen, Sozialpädagogen und Therapeuten kümmert sich um die jährlich rund 2000 Patienten, sichert individuelle medizinische und menschliche Begleitung in mitunter schweren Lebensphasen. Behandelt werden alle seelischen Erkrankungen, so etwa Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Abhängigkeitserkrankungen, Psychosen, schwere Angstzustände und psychische Erkrankungen des höheren Lebensalters. Eine ausführliche Diagnostik, die Kombination von medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung sowie die engmaschige Verzahnung mit weiterbehandelnden Institutionen sichert die Versorgung und Behandlungsqualität auf höchstem Niveau. Das Schlaflabor ist von der Deutschen Gesellschaft für Schlafmedizin erneut rezertifiziert. Es dient Patienten, die über längere Zeit Probleme beim Ein- oder Durchschlafen haben oder in möglichem Zusammenhang mit schlechtem oder mangelndem Schlaf über Tagesmüdigkeit oder Erschöpfungszustände klagen. Psychisch Kranke, deren akute Krankheitsphase abgeklungen ist, die aber noch nicht alleine leben können, werden von den Mitarbeitern des Zentrums für Familienpflege in Gastfamilien vermittelt. Ein erfahrenes Familienpflegeteam begleitet die Gastfamilie durch regelmäßige Besuche und ist jederzeit Ansprechpartner bei auftretenden Fragen und Problemen.

Den Kliniken wurde als einem der ersten saarländischen Unternehmen das Gütesiegel 'Familienfreundliches Unternehmen' verliehen. Die Kliniken wurden zudem mit der ‚Grünen Hausnummer‘ für ihr Engagement im Bereich Umweltschutz durch das Saarländische Umweltministerium ausgezeichnet.

## **Die KTQ-Kategorien**

### **1. Patientenorientierung**

#### *1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung*

Die Klinik ist mit privaten und öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen. Eine Ausschilderung der Klinik erfolgt ab Ortseingang, ein modernes Parkhaus steht zur Verfügung, Haltestellen befinden sich in unmittelbarer Nähe. Patienten, Angehörige, Besucher und niedergelassene Ärzte können sich auf den Internetseiten [www.shg-kliniken.de](http://www.shg-kliniken.de) bzw. [www.herzzentrum-saar.de](http://www.herzzentrum-saar.de) sowie über den eigenen Facebook-Auftritt über das Leistungsspektrum und die Zuwegung informieren. Die Abstimmung der Aufnahmetermine erfolgt vorab über die Sekretariate der Fachabteilungen. Die Patienten erhalten bei Aufnahme einen Klinikkompass und einen Stationsflyer, in denen die Abläufe und die Angebote des Hauses beschrieben werden. Über ein Wegeleitsystem wird den Patienten die Orientierung im Haus erleichtert. Mit einem Patientenarmband zur sicheren Patientenidentifikation wird ab Aufnahme des Patienten das Thema der Patientensicherheit beachtet.

#### *1.1.2 Leitlinien und Standards*

Für die Behandlung werden medizinische und pflegerische Standards genutzt. Diese beruhen auf den Leitlinien der Fachgesellschaften, dem G-BA und den geltenden Expertenstandards. Leitlinien und Standards sind im Intranet und im EDV-System veröffentlicht und werden regelmäßig überprüft.

#### *1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten*

"Geborgenheit durch Kompetenz und Freundlichkeit" ist der Anspruch, an dem sich die Kliniken messen lassen. Im Rahmen der Behandlung stehen die Persönlichkeitsrechte des Patienten im Vordergrund und die Patientenwünsche werden respektiert. Die Patienten werden bezüglich des Vorliegens von Patientenverfügungen/Vorsorgevollmachten befragt. Das Vorhandensein wird in der Patientenakte dokumentiert. Notwendige Eingriffe erfolgen nur nach vorheriger ärztlicher Aufklärung. Für fremdsprachige Patienten stehen hausintern Mitarbeiter mit diversen Sprachkenntnissen zur Übersetzung bereit. Über einen Klinikkompass sowie Stationsflyer werden die Patienten über die Abläufe und die Dienstleistungsangebote des Hauses informiert. Ein umfangreiches Schulungsangebot (z.B. Diabetesschulungen) kann von Patienten und Angehörigen genutzt werden. Mit der hauseigene Broschüre ‚Gemeinsam für Ihre Sicherheit‘ werden Patienten und Angehörige aktiv in das Thema Patientensicherheit mit einbezogen.

#### *1.1.4 Ernährung und Service*

Die Kliniken verfügen über Patientenzimmer mit einer modernen Ausstattung an Mobiliar und Technik. Alle Zimmer verfügen über eine separate Nasszelle (barrierefrei), Telefon und Fernseher. Alle Betten sind elektronisch verstellbar und auf dem neuesten Stand. Auf jedem Zimmer wird eine Tageszeitung zur Verfügung gestellt. Die Patienten können täglich zwischen unterschiedlichen Menüs und Kostformen wählen. Die Essenswünsche werden durch Serviceassistenten erfragt. Tee nach Wahl sowie Sprudel und Kaffeeautomaten stehen auf den Stationen kostenlos zur Verfügung. Ein Bistro mit einem ganztägigen Speiseangebot und einer Außenterrasse kann zusätzlich genutzt werden. Ein Internetcafé kann im Eingangsbereich genutzt werden. Ein WLAN-Angebot steht fast flächendeckend zur Verfügung und ein Friseursalon bietet seine Dienstleistungen an.



### *1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung*

Erstdiagnostik und Erstversorgung sind über eine 24 Stunden fachärztlich besetzte interdisziplinäre Zentrale Patientenaufnahme, den Zentralen OP- und Intensivbereich, eine kardiologische Funktionsabteilung mit Herzkatheterlaboren sowie die Bereitschaftsdienste der Fachabteilungen gesichert. Die Planung der Behandlung erfolgt auf Basis einer ärztlichen und pflegerischen Erstanamnese. Digitalisierte Patientenakten von Voraufenthalten stehen zur Nutzung im Krankenhausinformationssystem zur Verfügung.

### *1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung*

Die ambulante Versorgung wird über eine 24 h besetzte Zentrale Patientenaufnahme, die Ambulanzen der Fachabteilungen sowie die sich im Haus befindliche Bereitschaftsdienstpraxis der niedergelassenen Ärzte sichergestellt. Die für die ambulante Behandlung benötigten Informationen, wie z.B. bereits vorliegende Befunde, Medikamente, werden bei der Terminvergabe bereits abgefragt.

### *1.3.2 Ambulante Operationen*

Die Durchführung ambulanter Operationen erfolgt nach Terminvergabe durch die Sekretariate der Fachabteilung. Notwendige Voruntersuchungen, die Indikationsstellung und die Patientenaufklärung erfolgen im Vorfeld. Die organisatorischen Abläufe sind in einem OP-Statut und in einer Verfahrensanweisung für ambulante Operationen festgelegt.

### *1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung*

Die Behandlungsplanung erfolgt auf Basis einer ausführlichen ärztlichen und pflegerischen Anamnese und der bereits vorliegenden Befunde. Besondere Lebensumstände und bestehende Risiken (z.B. Sturzrisiko) werden hierbei beachtet und ggf. entsprechende vorbeugende Vorkehrungen getroffen. Mitarbeiter sind als Experten für Wund- und Druckgeschwüre ausgebildet. Die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen werden durch den behandelnden Arzt eingeleitet und im Rahmen der stattfindenden ärztlichen und pflegerischen Visiten wird die weitere Behandlungsplanung mit dem Patienten und auf Wunsch mit den Angehörigen besprochen.

### *1.4.2 Therapeutische Prozesse*

Die Einleitung der notwendigen therapeutischen Behandlungsschritte erfolgt auf ärztliche Anordnung. Die Nachvollziehbarkeit ist jederzeit durch die Dokumentation in der Patientenakte und im Krankenhausinformationssystem gewährleistet. Die Patienten werden vor den therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen durch einen Arzt aufgeklärt und Informationsmaterial wird zur Verfügung gestellt.

### *1.4.3 Operative Prozesse*

Die OP-Planung erfolgt auf Basis der vorhandenen Betten- und OP-Kapazitäten. Für die Koordination ist ein zentraler OP-Koordinator zuständig. Ein OP-Statut regelt die Umsetzung. Die Vorbereitung auf die Operation erfolgt auf Basis der vorliegenden Standards. Jeder Patient wird vor der Durchführung des Eingriffes aufgeklärt. Die Patientensicherheit wird durch den Transport mit examinedem Pflegepersonal, der Nutzung von Patientenarmbändern und dem aktiven Abfragen von Name und Geburtsdatum beim Patienten vor dem

Einschleusen in den OP-Bereich gewährleistet. Die operative Nachbetreuung erfolgt auf der räumlich angegliederten Intensivstation. Eine patientenorientierte Schmerztherapie wird durchgeführt.

#### *1.4.4 Visite*

Die Patienten werden über die bei der Aufnahme zur Verfügung gestellten Stationsflyer über die Visitenzeiten informiert. Die Visite wird generell unter ärztlicher und pflegerischer Beteiligung durchgeführt, bei Bedarf werden Supportivbereiche integriert. Der Patient und die Planung seiner weiteren Behandlung stehen im Mittelpunkt.

#### *1.5.1 Entlassungsprozess*

Die Entlassungsplanung erfolgt am Vortag im Rahmen der Visite. Ärztliche und pflegerische Entlassgespräche werden mit dem Patienten geführt. Mit der Patientenbroschüre ‚Gemeinsam für Ihre Sicherheit‘ stehen zusätzliche Informationen im Rahmen der Entlassung zur Verfügung. Die Abklärung einer ggf. vorliegenden Weiterversorgungsnotwendigkeit erfolgt bereits im Rahmen der pflegerischen und ärztlichen Aufnahmeanamnese sowie im Rahmen der weiteren Behandlung. Der Sozialdienst übernimmt nach Rücksprache mit dem Patienten die weitere Organisation. Bei entsprechender Indikation werden Anschlussheilbehandlungen (AHB) eingeleitet. Liegt nach der Entlassung ein pflegerischer Bedarf vor bzw. ist der Umgang mit unterstützenden Geräten notwendig, werden für Patienten und Angehörige Schulungen angeboten.

Für die weitere Behandlung erhält der Patient einen Arztbrief und bei der Versorgung durch eine weiterbetreuende Einrichtung wird zusätzlich ein Pflegeüberleitungsprotokoll zur Verfügung gestellt. Die für den Entlasstag bzw. das Wochenende benötigte Medikation wird dem Patienten mitgegeben. Ggf. notwendige Koordinationstätigkeiten (z.B. Terminierung Krankentransport) erfolgen durch die Stationssekretärinnen.

#### *1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung*

Sterbende werden mit Respekt und Würde behandelt. Individuelle, religiöse und kulturelle Wünsche werden beachtet. Den Angehörigen wird die Möglichkeit gegeben, beim Patienten anwesend zu sein. Vorliegende Patientenverfügungen werden berücksichtigt. Seelsorge und ein Ethikkomitee können zur Unterstützung hinzugezogen werden. Im Lungenzentrum Saar stehen zusätzlich eine Psychoonkologin und eine onkologische Fachschwester als Ansprechpartner zur Verfügung. Eine Palliativbetreuung wird angeboten.

#### *1.6.2 Umgang mit Verstorbenen*

Den Angehörigen wird Raum und Zeit für die Verabschiedung vom Verstorbenen gegeben. Pflege, Ärzte und Seelsorge unterstützen sie hierbei. Die Versorgung von Verstorbenen ist schriftlich festgelegt. Die kulturellen Besonderheiten bei der Versorgung von Verstorbenen werden beachtet. Ein Verabschiedungsraum steht zur Verfügung sowie ein multireligiöser Andachtsraum.

## **2. Mitarbeiterorientierung**

### *2.1.1 Personalbedarf*

Das Krankenhaus betreibt eine strukturierte Personalplanung als Teil des jährlichen Wirtschaftsplans auf Basis der Erlös- und Leistungsentwicklung der Fachabteilungen, der medizinisch-technischen Entwicklung (z. B. neue Geräte und Verfahren) der Berücksichtigung der Grundlagen der Fachgesellschaften (z. B. DKG), der rechtlichen Rahmenbedingungen (z.B. Beschlüsse G-BA) und der demografischen Entwicklung. Als Berechnungs- und Planungsgrundlagen wird das Schema der DKG genutzt sowie in der Pflege die Arbeitsplatzmethode. Die Planungen im Bereich Intensivmedizin erfolgen auf Basis der Anhaltszahlen des DKI. Krankheitsbedingte Ausfallzeiten werden berücksichtigt.

### *2.1.2 Personalentwicklung*

Resultierend aus den Unternehmensgrundsätzen und dem Leitbild, in denen die Wichtigkeit qualifizierter Mitarbeiter für die Qualität der erbrachten Dienstleistung betont werden, wird eine strukturierte Fort- und Weiterbildung sowie Personalentwicklung unter Berücksichtigung aktueller und zukünftiger Entwicklungen des Leistungsspektrums, der Ergebnisse aus Befragungen, den Anforderungen von Fachgesellschaften und deren Audits, der Bedarfe der Mitarbeiter und der demografischen Entwicklung angestrebt. Personal- und Organisationsentwicklung werden hierbei gezielt miteinander verbunden und dienen der Umsetzung der strategischen Zielsetzungen. Die Personalentwicklung erfolgt durch eine strukturierte Einarbeitung und ein umfangreiches, mit den Bereichen der Kliniken abgestimmtes Angebot an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie für alle Mitarbeiter geltende Pflichtveranstaltungen. Für die Umsetzung der Angebote der Fort- und Weiterbildung steht die zertifizierte Bildungs- und Kompetenzschmiede zur Verfügung. Im SHG-Konzern stehen zudem ein eigenes zertifiziertes Fort- und Weiterbildungsinstitut und eine Berufsakademie mit einem Angebot an Studienmöglichkeiten an zentraler Stelle zur Verfügung. Für den Aufbau einer systematischen Personal- und Organisationsentwicklung wurde ein eigener Bereich geschaffen.

### *2.1.3 Einarbeitung*

Die Einarbeitung von Mitarbeitern erfolgt auf Basis von Einarbeitungskonzepten. Der Stand der Einarbeitung wird in Gesprächen mit den Mitarbeitern reflektiert. Neuen Mitarbeitern werden erfahrene Paten zur Seite gestellt. Die Mitarbeiter erhalten bei Arbeitsbeginn einen Informationsordner mit einer Broschüre mit allen wesentlichen Informationen zu den Kliniken. Für neue Mitarbeiter werden verpflichtende Informationstage angeboten, in denen die wesentlichen Bereiche der Kliniken vorgestellt und die notwendigen Pflichtschulungen durchgeführt werden. Eine Servicestelle für Mitarbeiter unterstützt die Mitarbeiter beim Ankommen im Unternehmensalltag und bietet vielfältige Unterstützungsangebote an.

### *2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung*

Die Kliniken verfügen über eine angegliederte Krankenpflegeschule. Diese ist Teil der zertifizierten Bildungs- und Kompetenzschmiede. In der Ausbildung wird insbesondere die Vernetzung von Theorie und Praxis durch eine strukturierte Praxisanleitung der Schüler gefördert. Den Schülern stehen auf jeder Station und in jedem Funktionsbereich weitergebildete Praxisanleiter als Ansprechpartner zur Verfügung. Die Fort- und Weiterbildung wird durch die Bildungs- und Kompetenzschmiede organisiert. Die Weiterbildungsbedarfe der Abteilungen werden jährlich abgestimmt und veröffentlicht. Für die ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter

existiert ein Fort- und Weiterbildungsbudget. Für Fortbildungen steht ein modernes Kongresszentrum zur Verfügung ([www.kongresszentrum-saar.de](http://www.kongresszentrum-saar.de)). Die Räume sind mit moderner Kommunikations- und Moderationstechnik ausgestattet.

#### *2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance*

Die Arbeitszeitregelungen beruhen auf den geltenden gesetzlichen und tarifvertraglichen Regelungen. Den Mitarbeitern wird eine Vielzahl von Arbeitszeitmodellen angeboten, innovative lebensphasenorientierte Modelle werden erprobt und bei positiven Ergebnissen eingeführt. Gleitzeitmodelle und eine Wahlarbeitszeit werden angeboten. In einer Betriebsvereinbarung werden die Themen Arbeitszeit und Mehrarbeit geregelt. Mehrarbeitsstunden können durch Freizeit ausgeglichen werden. An einem Stichtag hat der Mitarbeiter die Wahl zwischen Auszahlung und Vortrag der Mehrarbeitsstunden. Orientiert an der strategischen Zielsetzung der Entwicklung als Arbeitgeber- und Unternehmensmarke, der Entwicklung einer mitarbeiterorientierten Unternehmens- und Arbeitsplatzkultur (Stichwort: Verbindung Mitarbeiterzufriedenheit mit Patientenzufriedenheit und -sicherheit) engagieren sich die Kliniken für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie Pflege und Beruf. Das Engagement ist lebensphasen-, alltags- und bedarfsorientiert, wird unter einem generationenübergreifenden Aspekt nachhaltig betrieben und ist institutionalisierter Bestandteil der Unternehmensstruktur (Bereich Familie und Beruf). Motto hierbei: "Den Mitarbeitern lebensphasen- und alltagsorientiert den Rücken freihalten".

#### *2.1.6 Ideenmanagement*

Das Ideenmanagement ist auf die Förderung, Prüfung, Anerkennung und Verwirklichung von Vorschlägen vonseiten der Mitarbeiter ausgerichtet. Hierbei wird allen Mitarbeitern die Möglichkeit gegeben, sich aktiv am Unternehmensgeschehen zu beteiligen. Ziel ist es dabei nicht nur, die Anzahl der Ideen und Verbesserungsvorschläge zu erhöhen, sondern das Erfahrungswissens aller Mitarbeiter als Chance für neue Innovationen und Strategien zu nutzen. Alle Mitarbeiter/innen der SHG - Kliniken Völklingen können eine Idee oder einen Vorschlag einreichen. Eine Bewertungskommission entscheidet über die Umsetzbarkeit oder die Wertigkeit. Verbesserungsvorschläge oder Ideen müssen dabei formale Anforderungen erfüllen. Der Prämiensatz ist variabel gestaltet, so dass ein besonders kreativer oder weitreichender Vorschlag auch besonders belohnt werden kann.

### **3. Sicherheit - Risikomanagement**

#### *3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements*

Mit dem Leitsatz "Gemeinsam für die Sicherheit unserer Patienten!" spannen die Kliniken einen schützenden Schirm über ihre Patienten mit einer Vielzahl von Aktivitäten und Themen rund um das Thema Patientensicherheit und Risikomanagement im Krankenhaus. Der Leitgedanke ist hierbei, dass alle Mitarbeiter und Bereiche der Kliniken sich gemeinsam an der Patientensicherheit beteiligen. Die Sicherheit der Patienten, die Entwicklung innovativer Behandlungsverfahren und ein Miteinander aller Akteure stehen dabei ganz besonders im Fokus. Die Kliniken nutzen hierzu in Zusammenarbeit mit externen Experten vielfältige Instrumente (z.B. CIRS, Risikoaudits) und sind Mitglied im Aktionsbündnis Patientensicherheit.

### *3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung*

Die bauliche und technische Infrastruktur berücksichtigen immer auch Aspekte der Patientensicherheit. Alle Betten sind mit einem Seitenschutzteil ausgestattet. Auf allen Stationen werden Sicherheitsstandards wie z.B. Sturz- und Dekubitusprophylaxen umgesetzt. Der Schutz bei Selbstgefährdung erfolgt durch eine intensive Betreuung des Patienten durch qualifiziertes Personal sowie durch fachärztliche psychiatrische Intervention und den Einsatz von Psychologen. Die Kliniken streben die Umsetzung der Empfehlungen des APS an. Die Mitarbeiter werden regelmäßig geschult und Deeskalationstrainings finden statt. Patienten und Angehörige werden aktiv in das Thema Patientensicherheit mit einbezogen.

### *3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement*

In den Kliniken ist ein medizinisches Notfallmanagementkonzept etabliert. Ein Reanimationsteam kann jederzeit über eine Notfallnummer erreicht werden. Auf den Stationen und in den Funktionsbereichen werden einheitlich ausgestattete Notfallkoffer vorgehalten. Die Mitarbeiter werden regelmäßig im Umgang mit Notfallsituationen geschult.

### *3.1.4 Organisation der Hygiene*

Das Hygienemanagement entspricht den geltenden gesetzlichen Anforderungen. Aufgaben, Struktur und Verantwortlichkeiten sind eindeutig geregelt. Eine Hygieneabteilung als Stabstelle der Verwaltung ist im Haus etabliert. Die Mitglieder der Hygieneabteilung sind in Projekten zu hygiene relevanten Themen involviert, sind Mitglieder im Arbeitssicherheitsausschuss und CIRS-Auswertungsteam. Für alle Bereiche des Hauses liegen Hygienepläne vor unter Berücksichtigung der Empfehlungen des RKI vor. Schulungen für die Mitarbeiter sowie ein Hygienetag finden regelmäßig statt.

### *3.1.5 Hygienerrelevante Daten, Infektionsmanagement*

Hygienerrelevante Daten werden systematisch erfasst, um bei Auffälligkeiten direkt reagieren zu können. Die Hygienefachkräfte überprüfen täglich alle mikrobiologischen Befunde bezüglich des Standes von multiresistenten Erregern. Meldepflichtige Krankheiten werden über das Krankenhausinformationssystem dokumentiert und an das zuständige Gesundheitsamt weitergeleitet. Der Hygieneordner enthält neben den Hygiene- auch die Isolierungspläne. In diesen sind die in Bezug auf die unterschiedlichen Erreger notwendigen Isolier-, Schutz- und Desinfektionsmaßnahmen beschrieben. Der Umgang mit infektiösen Patienten ist bereits ab der Aufnahme in einer Verfahrensweisung geregelt und ermöglicht somit die Einleitung der notwendigen organisatorischen Maßnahmen zur Isolierung des Patienten.

### *3.1.6 Arzneimittel*

Die Festlegung der im Haus genutzten Arzneimittel erfolgt regelmäßig durch die Arzneimittelkommission. Die jeweils aktuelle Arzneimittelliste steht in allen Bereichen über das Intranet zur Verfügung. Die Bestellung der Arzneimittel erfolgt über ein elektronisches Bestellverfahren mit ärztlicher Freigabe. Die Versorgung mit Medikamenten ist jederzeit über eine Dienstbereitschaft gewährleistet. Die Abgabe der Tabletten erfolgt in einigen Abteilungen patientenbezogen über ein spezielles Apothekensystem (Unit Dose). Die Menge, die ordnungsgemäße Lagerung und das Verfallsdatum der Medikamente werden auf den Stationen durch Apothekenbeauftragte überprüft.

### *3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin*

Durch die Arbeit der in den Kliniken eingerichteten Transfusionskommission, des transfusionsverantwortlichen Arztes, Transfusionsbeauftragte der Fachabteilungen und durch den qualitätsbeauftragten Arzt für Hämotherapie wird die Umsetzung und Einhaltung der transfusionsmedizinisch relevanten Gesetze und Verordnungen unterstützt. Im Transfusionshandbuch sind die Zuständigkeiten, Verfahrens- und Arbeitsabläufe in der Therapie mit Blutprodukten beschrieben. Das Handbuch ist im Intranet veröffentlicht. Die produkt- und chargenbezogene Dokumentation der Blutprodukte und Plasmaderivate ist sichergestellt.

### *3.1.8 Medizinprodukte*

Die Umsetzung der gesetzlichen Regelungen und der Instandhaltung erfolgt in Zusammenarbeit mit einem externen Dienstleister. Die Umsetzung ist in einer Dienstanweisung festgelegt. Verantwortlich sind die Chefarzte der Fachabteilungen und die Pflegedirektion. Auf allen Stationen und in den Funktionsbereichen stehen Medizinproduktbeauftragte zur Verfügung. Eine Geräteeinweisung der Mitarbeiter findet regelmäßig statt. Die Dokumentation der Einweisung erfolgt elektronisch in einer speziellen Softwarelösung.

### *3.2.1 Arbeitsschutz*

Eine Fachkraft für Arbeitssicherheit ist in den Kliniken angestellt, für alle Bereiche sind Sicherheitsbeauftragte ernannt, wöchentlich finden Begehungen statt. Die Mitarbeiter werden in regelmäßigen Informationsveranstaltungen zum Thema Arbeitssicherheit geschult. Gefahrstoffkataster und Betriebsanweisungen sind im Intranet hinterlegt.

### *3.2.2 Brandschutz*

Die Brandschutzordnungen beinhalten neben den Regelungen zum Brandschutz die Melde- und Alarmierungswege sowie die Sammelplätze. Flucht- und Rettungswege hängen in allen Bereichen der Kliniken aus. Regelmäßige Brandschutzunterweisungen werden für die Mitarbeiter durchgeführt. Brandschutzhelfer stehen zur Verfügung und werden von den Kliniken ausgebildet.

### *3.2.3 Datenschutz*

Die Einhaltung der Regelungen des Datenschutzes wird über einen konzernweiten Datenschutzbeauftragten und einen klinikinternen Datenschutzverbindungsmann überwacht. Ein Datenschutzhandbuch liegt vor, Begehungen und verpflichtende Schulungen der Mitarbeiter werden durchgeführt. Alle Mitarbeiter unterzeichnen bei Vertragsbeginn eine Datenschutzerklärung. Die EDV-Systeme sind durch Zugriffe von außen gesichert. Die Zugriffsmöglichkeiten sind über ein Benutzer- und Rechtekonzept geregelt. Der Datenaustausch mit den Kostenträgern erfolgt verschlüsselt.

### *3.2.4 Umweltschutz*

Der ressourcenschonende Umgang mit der Natur ist in der Umweltfibel formuliert, die jeder Mitarbeiter bei Neueinstellung erhält. Ein Abfallkonzept liegt vor und den Kliniken wurde 2010 die ‚Grüne Hausnummer‘ durch das Umweltministerium verliehen. Innovative Energiekonzepte wie z. B. der Einsatz eines Blockheizkraftwerkes sowie die Versorgung des OP-Neubaus mit Wärme und Kälte durch eine Geothermieanlage werden umgesetzt. In der Zentralküche wurde ein System zur Wärmerückgewinnung der Kühlgeräte, Spülmaschine und Klimadecke etabliert, das für die Produktion von Warmwasser für den Küchenbereich genutzt wird.

### *3.2.5 Katastrophenschutz*

Die Regelungen des Katastrophenschutzes sind in einem Alarm- und Katastrophenplan beschrieben. Die Regelungen entsprechen den geltenden landesrechtlichen Vorgaben und sind mit der für die Kliniken zuständigen Einsatzleitung der Feuerwehr abgestimmt. Regelmäßige Schulungen werden durchgeführt. Für pandemische Ereignisse (z.B. Grippeformen) regelt ein Seuchenalarmplan die Vorgehensweisen. Alle wichtigen medizinischen und technischen Bereiche sind an Notstromaggregate angeschlossen. Die Funktionsfähigkeit der technischen Anlagen wird durch regelmäßige Wartung sichergestellt.

### *3.2.6 Ausfall von Systemen*

Die Kliniken haben die notwendigen organisatorischen Regelungen für die Vermeidung und Bewältigung nicht-medizinischer Notfälle getroffen. Die Verfügbarkeit aller wichtigen Infrastrukturleistungen (z. B. Strom, Wasser, IT) wird gesichert. Eine hauseigene technische Abteilung mit Bereitschaftsdienst steht zur Verfügung. Die IT-Systeme werden hochverfügbar und ausfallsicher vorgehalten, eine interne und konzernweite Systeminfrastruktur ist hierfür geschaffen. Die Systeme sind nach außen über ein mehrstufiges Verfahren geschützt.

## **4. Informations- und Kommunikationswesen**

### *4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme*

Die Weiterentwicklung der IT und der Nutzung der elektr. Patientenakte ist ein wesentlicher Teil der Unternehmensstrategie. Ziel ist eine moderne Informationstechnik und Infrastruktur, deren sichere und jederzeitige Verfügbarkeit sowie der kontinuierliche Ausbau der elektr. Patientenakte im KIS incl. mobiler Nutzungsmöglichkeiten. Die ständige Verfügbarkeit wird durch eine Konzernzentrale ausfallsichere Infrastruktur mit regelmäßigen Datenspiegelungen gewährleistet. Ein IT-Rahmenkonzept liegt hausintern vor. Eine konzernweite Rahmenbetriebsvereinbarung Informations- und Kommunikationssysteme regelt die Einführung neuer EDV-Systeme.

### *4.2.1 Klinische Dokumentation*

Die lückenlose, rechtssichere Dokumentation und Nachvollziehbarkeit der Patientendaten im gesamten Behandlungs- und Administrationsprozess wird gewährleistet. Die Dokumentation erfolgt schriftlich in einem einheitlichen Dokumentationssystem (Hinz) und in der elektronischen Patientenakte.

#### *4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung*

Die lückenlose, rechtssichere und nachvollziehbare Dokumentation erfolgt in einem einheitlichen Aktensystem und in der elektronischen Akte im Krankenhausinformationssystem. Für die Dokumentation, Prüfung der Vollständigkeit der Akten und deren Archivierung sind Regelungen getroffen. Die Patientenakten werden in den Kliniken digitalisiert und stehen im Krankenhausinformationssystem zur Verfügung. Durch die zeitnahe und vollständige Dokumentation der Patientendaten stehen allen an der Behandlung Beteiligten jederzeit die benötigten Informationen zur Verfügung. Die Zugriffsmöglichkeiten erfolgen unter Beachtung des Datenschutzes auf Basis eines Berechtigungskonzeptes.

#### *4.3.1 Information der Unternehmensleitung*

Der Verwaltungsdirektor bekommt von den Abteilungen über ein Berichtswesen regelhaft alle Informationen und Kennzahlen zur Verfügung gestellt, die für die Unternehmensführung wichtig sind. Eine strukturierte Regelkommunikation und Besprechungen werden gezielt zum Informationsaustausch genutzt. Durch die Mitgliedschaft in der Saarländischen Krankenhausgesellschaft (SKG) liegen dem Direktorium alle externen Informationen über Neuerungen und Entwicklungen im Gesundheitswesen vor. Die Informationen werden intern den Abteilungsleitungen zur Verfügung gestellt.

#### *4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang*

Die Information erfolgt über ein Berichtswesen und die Durchführung regelmäßiger Besprechungen unter Teilnahme der Mitglieder des Krankenhausdirektoriums. Alle Besprechungen sind in einer Besprechungsmatrix festgehalten. Eine Dienstanweisung regelt die Meldung besonderer Vorkommnisse an das Direktorium. Die regionale Presse wird regelmäßig ausgewertet. Die interne Informationsweitergabe erfolgt in festgelegten regelmäßigen Besprechungen und ist als Führungsaufgabe in den Führungsgrundsätzen der Kliniken festgehalten. Ein Intranet als Informations- und Wissensplattform steht jedem Mitarbeiter zur Nutzung zur Verfügung. Die Kliniken und das HerzZentrum Saar verfügen über Internetseiten mit Informationsmaterialien und Filmen. Ein eigener Facebook-Auftritt der Kliniken liegt vor. Für Patienten, Angehörige, Besucher und Mitarbeiter steht eine 24 h besetzte Rezeption in der Eingangshalle als zentrale Auskunft-, Informations- und Servicestelle (z.B. Anmeldung Telefon, Fernsehen, Nutzung Internetcafé) zur Verfügung. Ein zusätzlicher Informationsstand im Wartebereich der administrativen Aufnahme unterstützt Patienten und Besucher bei der Orientierung im Haus. Die Mitarbeiter sind im Datenschutz, in der Kundenorientierung und im Umgang mit Notsituationen geschult.



## 5. Unternehmensführung

### 5.1.1 Philosophie/Leitbild

Die Grundlagen des Handelns von Führungskräften und Mitarbeitern sind in den Unternehmensgrundsätzen, dem Leitbild, den Führungsgrundsätzen und den Richtzielen der Pflege beschrieben. Die Führungskräfte und Mitarbeiter wurden in die Erarbeitung mit einbezogen. Die Kliniken lassen sich an dem Leitsatz "Geborgenheit durch Kompetenz und Freundlichkeit" messen. Die konsequente Delegation von Aufgaben, die Ansprechbarkeit der Führungskräfte durch eine Philosophie der offenen Tür, sowie die gezielte Information der Mitarbeiter spiegeln die Grundsätze im Alltag wider.

### 5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Führungsgrundsätze und das Leitbild stellen für Führungskräfte und Mitarbeiter die verbindliche Grundlage der Zusammenarbeit und der gemeinsamen Arbeit dar. Die Gleichstellung aller Mitarbeiter wird hierdurch verdeutlicht. Stellen- und Tätigkeitsbeschreibungen stehen zur Verfügung. Die Regelungen des AGG werden intern und extern eingehalten. Mitarbeiter werden gezielt unterstützt und gefördert, die Personalentwicklung sichergestellt. Kompetente und engagierte Mitarbeiter sind die Voraussetzung für eine hochwertige medizinische und pflegerische Versorgung. Die Mitarbeiter werden daher gezielt informiert, in Veränderungsprozesse mit eingebunden und über ein umfangreiches Fort- und Weiterbildungsangebot qualifiziert. Betriebsausflüge und ein jährlicher Neujahrsempfang werden als gesellige Veranstaltungen angeboten. Um Mitarbeiter in der Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu unterstützen, hat das Haus eine Servicestelle eingerichtet und bietet in einem eigenen Familienhaus eine flexible, bedarfsorientierte Kinderbetreuung und Ferienfreizeiten an. Den Mitarbeitern stehen Fortbildungsreihen der Fachabteilungen sowie ein umfangreiches Schulungsangebot durch die IEF zur Verfügung. Dieses beinhaltet auch Themen resultierend aus der Fürsorgepflicht des Direktoriums gegenüber den Mitarbeitern. So wird das Thema Work-Life-Balance durch spezielle Seminarangebote aufgegriffen. Gesundheitstage, an denen die Mitarbeiter während der Arbeitszeit teilnehmen können, werden angeboten.

### 5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Die Achtung der Bedürfnisse der Patienten ist wesentlicher Bestandteil der Unternehmensgrundsätze und des Leitbildes der Kliniken. Kulturelle, religiöse und weltanschauliche Bedürfnisse werden beachtet, sei es z.B. durch die Möglichkeit der Nutzung eines interreligiösen Andachtsraumes oder im Rahmen der Essensversorgung. Die Kliniken beschäftigen Mitarbeiter unabhängig von Weltanschauung und Religion. Bei ethischen Fragestellungen kann das im Haus etablierte Ethikkomitee zur Beratung hinzugezogen werden.

### 5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Die Kliniken veröffentlichen regelmäßig Pressemitteilungen und Artikel in der regionalen und überregionalen Presse (z. B. zu neuen medizinischen Verfahren). Über Projekte wird ebenso regelmäßig in der Presse berichtet wie auch über neue und innovative Entwicklungen. Über eine jährliche Beilage in den regionalen Tageszeitungen unter dem Titel ‚Mensch & Medizin‘ wird regelmäßig über das Leistungsspektrum der Kliniken informiert. Die Kliniken stellen sich zudem über einen Kurzfilm vor. Dieser ist auch über YouTube abrufbar. Die Darstellung nach innen und nach außen (z.B. Broschüren, Flyer, Internet) erfolgt nach einem einheitlichen Corporate Design. Die Kontakte zu Einweisern werden gezielt gepflegt. Die Kliniken sind das

erste Krankenhaus im Saarland, das seit April 2016 eine "aktive Facebook Unternehmensseite" mit professioneller, zielgerichteter Unterstützung nutzt. Für die Kliniken war dies der Startschuss zum Einstieg in die Welt der sozialen Medien, die auch zukünftig genutzt wird, um die Unternehmens- und Arbeitgebermarke zu präsentieren. In einem konzernweiten Handbuch sind die Zuständigkeiten und Regelungen für die Öffentlichkeitsarbeit festgelegt. Bei medizinischen Problematiken liegt die Verantwortung beim Ärztlichen Direktor und dem Krankenhaushygieniker. Die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit des Krankenhauses erfolgt über den Bereich Informationsmanagement mit Unterstützung durch eine externe Presseagentur.

#### *5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung*

Die Zielplanung der Kliniken beruht auf den im Leitbild und den Unternehmensgrundsätzen beschriebenen Werten und der Bildung von Behandlungszentren. Die Ergebnisse von Befragungen und Audits im Rahmen des Qualitätsmanagements fließen ebenso ein wie demografische und epidemiologische Entwicklungen und neue Erkenntnisse in Medizin und Pflege. Der jährlich erstellte Wirtschaftsplan beinhaltet eine Finanz- und Investitionsplanung. Die Entwicklungen in den Kliniken werden pro Quartal mit den Fachabteilungen in interdisziplinären Budgetgesprächen besprochen.

#### *5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement*

Die Einführung des Risikomanagements in den klinischen und ökonomischen Bereichen wurde von der Konzernleitung als vorrangige Strategie festgelegt. Es bestehen mehrere Instrumente die genutzt werden, um das Risikomanagement in das QM System sinnvoll zu integrieren. Die Führung ist sensibel im Umgang mit Risiken und initiiert Maßnahmen in den klinischen und ökonomischen Bereichen. Es ist eindeutig geregelt, wie betriebswirtschaftliche und klinische Risiken im Schadenfall geregelt werden und auf welche Weise die Partner, Makler und Versicherer bei der Bearbeitung des Vorfalls einzubeziehen sind. Die Verantwortlichkeiten sind festgelegt. Ein CIRS Auswertungsteam ist vorhanden. Konzernweit sind Experten (-Teams) am ökonomischen, versicherungstechnischen und klinischen RM beteiligt, u. a. Mitarbeiter des hausinternen Präventionsdienstes und der Hygiene sowie interne und externe Spezialisten der Medizintechnik, des Datenschutzes, externe Justiziere sowie Mitarbeiter von Beraterfirmen.

#### *5.2.3 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen*

Die Kliniken sind ein verlässlicher Kooperationspartner, der sowohl gesellschaftliche als auch regionale Verantwortung übernimmt und Initiativen vor Ort unterstützt. Die Auswahl der Kooperationen hat immer das Ziel, die Qualität der Dienstleistungen für Patienten und Einweiser zu verbessern sowie das Leistungsspektrum der Kliniken weiterzuentwickeln. In den Räumlichkeiten des Kongresszentrums finden regelmäßige kulturelle und soziale Veranstaltungen statt.

#### *5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien*

Die Organisationsstruktur der Kliniken ist in einem Organigramm abgebildet, welches für alle Mitarbeiter auf der Intranetseite zur Verfügung steht. Patienten, Angehörige und externe Partner können sich über die Struktur und die Ansprechpartner der Kliniken über die Internetseite informieren. Patienten erhalten bei Aufnahme einen Klinikkompass, in dem die wichtigsten Ansprechpartner benannt werden. Die Arbeit der Führungsgremien erfolgt auf Basis von Geschäftsordnungen und einer schriftlichen Regelung zur Vorbereitung, Durchführung und Protokollierung. Die Transparenz der etablierten Besprechungskultur wird

durch eine Besprechungsmatrix, in der alle Besprechungen der Kliniken festgehalten sind, gesichert. In allen Bereichen finden regelmäßige Besprechungen und Teamsitzungen statt.

### *5.3.2 Innovation und Wissensmanagement*

Innovationen einzuführen und das Wissen der Mitarbeiter zu nutzen und weiterzuentwickeln, ist eine der wesentlichen Aufgaben der Kliniken im Rahmen der Weiterentwicklung der Versorgungsangebote. Neben der Einführung neuer Behandlungsmethoden wurden auch durch den Neubau der OP-Abteilung mit einem Hybrid-OP, die Entscheidung für eine Geothermienutzung sowie eines Blockheizkraftwerks und der Wärmerückgewinnung in der Zentralküche, innovative Entscheidungen in die Praxis umgesetzt. Mitarbeiter und deren Expertise werden konsequent in die Entscheidungsprozesse mit einbezogen. Ein Ideenmanagement sowie ein Fort- und Weiterbildungsprogramm können genutzt werden. Über das Intranet als Wissensplattform stehen den Mitarbeitern alle Informationen des Hauses und das Fachwissen der Fachabteilungen zur Verfügung. Für ihre Innovationen im Bereich der Vereinbarkeit von Familie und Beruf wurden die Kliniken mehrfach ausgezeichnet.

## **6. Qualitätsmanagement**

### *6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements*

Bereits 2003 haben die Kliniken damit begonnen, ein systematisches internes Qualitätsmanagement aufzubauen. Qualitätsmanagement wird als unternehmensweite Managementaufgabe und als Aufgabe der Mitarbeiter in ihrer täglichen Arbeit verstanden. Der Aufbau und die Organisation des Qualitätsmanagements tragen diesem Ansatz Rechnung. Alle zentralen und übergreifenden Qualitätsmanagementmaßnahmen werden durch den Steuerkreis - bestehend aus dem Krankenhausdirektorium, Vertretern des Betriebsrates, des Qualitätsmanagements und der Abteilung Personal- und Organisationsentwicklung - in die Wege geleitet. Der Steuerkreis trifft sich einmal monatlich. Die Koordination, Durchführung und Begleitung aller durch den Steuerkreis initiierten Maßnahmen - z.B. von Projekten - erfolgt durch die Abteilung Qualitätsmanagement. Als Bindeglied zwischen den Abteilungen und dem Bereich Qualitätsmanagement stehen in allen Abteilungen qualitätsverantwortliche Mitarbeiter zur Verfügung. Die Mitarbeiter werden regelmäßig zu den Themenfeldern des Qualitätsmanagements geschult. In der Zentrale Sterilgutversorgung (ZSVA) und in der Bildungs- und Kompetenzschmiede wurde zudem ein QM-System auf Basis DIN EN ISO etabliert, im Lungenzentrum Saar auf Basis der Regelungen der Deutschen Krebsgesellschaft. Das Schlaflabor ist zertifiziert nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Schlafmedizin.

### *6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung*

Prozesse der Behandlung und Organisation sind beschrieben. Die Mitarbeiter werden in die Erarbeitung mit einbezogen. Die Prozesse werden regelmäßig überprüft und angepasst. Die Ergebnisse von Befragungen (z.B. Patientenbefragung) sowie der externen und internen Qualitätssicherung werden genutzt, um die Prozesse auf die Bedarfe der Kunden abzustimmen.

### *6.2.1 Patientenbefragung*

Seit 2003 werden alle drei Jahre Patientenbefragungen (zuletzt 2015) in Zusammenarbeit mit dem auf das Gesundheitswesen spezialisierten Picker-Institut durchgeführt. Die Ergebnisse werden ausgewertet und für weitere Optimierungsmaßnahmen genutzt. Zusätzlich erhält jeder Patient im Rahmen der Aufnahme einen Patientenfragebogen mit dem Titel ‚Ihre Meinung ist uns wichtig!‘. Mit diesem kann der Patient seinen aktuellen Aufenthalt bewerten. Jeder Fragebogen wird durch den Verwaltungsdirektor und die Pflegedirektion gesichtet, so dass ggf. direkt Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden können. Die Fragebögen werden zentral im QM mithilfe der Befragungssoftware Evasys erstellt, über die elektronische Datenerfassung gespeichert und über automatische Reportingfunktionen ausgewertet. Die Ergebnisse werden im Steuerkreis besprochen und halbjährlich im Intranet veröffentlicht. Die Auswertung erfolgt sowohl auf Klinikenebene als auch für die einzelnen Fachabteilungen. Die Daten externer Befragungen (z.B. Weiße Liste) werden zum kontinuierlichen Vergleich und zur Bewertung der Ergebnisse der internen Befragungen genutzt.

### *6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen*

Seit 2005 werden Befragungen der Einweiser durchgeführt. Diese werden vom Steuerkreis unter Beteiligung der Fachabteilungen vorbereitet und ausgewertet. Im Herzzentrum Saar werden die Bedarfe und Wünsche der niedergelassenen Ärzte im Rahmen des betriebenen Einweisermarketings kontinuierlich durch eine Mitarbeiterin in einem persönlichen Gespräch erhoben. Im Lungenzentrum Saar findet eine zusätzliche Einweiserbefragung statt.

### *6.2.3 Mitarbeiterbefragung*

Die Kliniken wollen für die jetzigen und zukünftigen Mitarbeiter ein attraktiver Arbeitgeber sein, Mitarbeiter an das Unternehmen binden und neue Mitarbeiter für das Unternehmen begeistern. Die Perspektive der Mitarbeiter- und der Patientenorientierung werden miteinander verknüpft. Die Überzeugung, dass zufriedene Mitarbeiter eine der wesentlichen Voraussetzungen für zufriedene Patienten und deren Sicherheit sind Teil der strategischen Ausrichtung und der Unternehmenskommunikation. Von 2004 bis 2010 führten die Kliniken alle drei Jahre fragebogengestützte Mitarbeiterbefragungen mit dem Picker-Institut durch. 2013 erfolgte der Wechsel zur Befragungsmethodik von Great Place To Work (GPTW). Dieser Wechsel resultierte u.a. aus den Ergebnissen und Entwicklungen des 2010 begonnenen Projektes zum Thema der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, in dem auch die Unternehmenskultur stärker in den Blickpunkt rückte. Hintergrund war der Wunsch, mit einem Befragungsinstrument zu arbeiten, welches auf der Basis eines werteorientierten Modells beruht und stärker die Entwicklungsperspektive einer mitarbeiterorientierten Unternehmenskultur mit einbezieht. Dieses Modell stellt GPTW mit seinem Ansatz der Entwicklung hin zu einer ausgezeichneten Arbeitsplatzkultur zur Verfügung. Die Kliniken schaffen ein breites Unterstützungsangebot für die Mitarbeiter. Auf Basis der Ergebnisse der Mitarbeiterbefragungen wird die Weiterentwicklung einer mitarbeiterorientierten Arbeitsplatz- und Unternehmenskultur gezielt unter Partizipation der Mitarbeiter vorangetrieben.

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

Ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement für Patienten, Angehörige und Besucher sowie Mitarbeiter ist etabliert und basiert auf der Grundidee, dass Qualität dann entsteht, wenn die Erwartungen derjenigen, die von den Kliniken eine Leistung erwarten erfüllt bzw. sogar übertroffen werden. Beschwerden werden als Chance verstanden, um die Kliniken und deren Dienstleistungen nachhaltig zu verbessern und Kundenwünschen zu entsprechen. Dieser Anspruch spiegelt sich auch in den Unternehmensgrundsätzen wieder. Lob wird als Motivation für die Mitarbeiter gesehen aufgrund der positiven Erfahrungen auch weiterhin in der täglichen Arbeit das Beste zu geben. Die Patienten werden im Klinikkompass ausführlich darüber informiert. Ein Flyer mit dem Titel "Was können wir für Sie noch besser machen" ist in allen Bereichen des Hauses ausgelegt sowie Plakate ausgehängt, die auf die Nutzung des Lob- und Beschwerdemanagements hinweisen. Ein eigenes Logo begleitet alle Aktivitäten. Eine Rückmeldung ist dabei nicht an eine bestimmte Form gebunden, sondern kann schriftlich, mündlich, telefonisch, per Mail oder über ein Internetformular jederzeit abgegeben werden. Zusätzlich kann der Patient im Rahmen der permanenten Patientenbefragung in einem Freitextfeld seine Beschwerden und Wünsche äußern. Im Regelfall erfolgt innerhalb des ersten Werktages nach Eingang der Beschwerden eine Reaktion und es wird versucht eine Lösung zu finden. Die Beteiligten erhalten generell eine Rückmeldung über den Eingang der Beschwerde sowie über weitere Bearbeitungsschritte. Präsente als kleine Entschuldigung für den Patienten stehen zur Verfügung.

### *6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren*

Die Kliniken wenden sowohl die gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsverfahren als auch interne Verfahren (z.B. psychiatrische Basisdokumentation; Dekubituserfassung; Sturzerfassung) an. In den Behandlungszentren werden regelmäßig interdisziplinäre Fallbesprechungen und Qualitätszirkel durchgeführt. Für die Überprüfung der Qualität der Pflegedokumentation sind Dokumentationsbeauftragte in der Pflege benannt. Die Kliniken nehmen an den für ihre Leistungsbereiche verpflichtenden Verfahren der externen Qualitätssicherung teil. Die Organisation der Dokumentation und der Export der Daten erfolgt durch das Medizincontrolling. In allen Fachabteilungen stehen zuständige Ansprechpartner zur Verfügung. Die gesetzlich geforderten Rücklaufquoten werden generell erreicht. Die Daten der Qualitätssicherung werden im externen Qualitätsbericht im Intranet und Internet veröffentlicht.