



KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2015 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Saarlouis
Institutionskennzeichen:	261000331
Anschrift:	Kapuzinerstraße 4 66740 Saarlouis
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2020-0006 KH
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft, Frankfurt am Main
Gültig vom:	30.03.2020
 bis:	29.03.2023
Zertifiziert seit:	30.03.2005

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
1 Patientenorientierung	7
2 Mitarbeiterorientierung	10
3 Sicherheit - Risikomanagement	12
4 Informations- und Kommunikationswesen	15
5 Unternehmensführung	16
6 Qualitätsmanagement	18

Vorwort der KTQ®

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

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 Informations- und Kommunikationswesen,
- die Unternehmensführung und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

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

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

Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem

Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

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

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

Wir freuen uns, dass das **Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Saarlouis** 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. B. Metzinger, MPH

Für die Deutsche
Krankenhausgesellschaft

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

F. Wagner

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung

Marienhaus Unternehmensgruppe

Die **Marienhaus Unternehmensgruppe** wurde 1903, damals als Marienhaus GmbH, von der Ordensgemeinschaft der Waldbreitbacher Franziskanerinnen gegründet und zählt heute mit mehr als 50 Einrichtungen - Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen, Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen, Hospizen und einigen weiteren Einrichtungen - zu den großen christlichen Trägern in Deutschland. Die Häuser liegen in den Bundesländern Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, dem Saarland und Hessen. Insgesamt arbeiten in der **Marienhaus Unternehmensgruppe** etwa 11.000 Frauen und Männer.

Die Ordensgemeinschaft der Waldbreitbacher Franziskanerinnen entstand im Jahre 1863. Mutter Rosa Flesch (1826-1906), die Stifterin der Gemeinschaft, und ihre Mitschwester kümmerten sich um die Ärmsten ihrer Zeit und halfen dort, wo die Not am größten war. In diesem Geiste haben die Waldbreitbacher Franziskanerinnen die Einrichtungen über viele Jahrzehnte geprägt und ihnen ihren unverwechselbaren Charakter gegeben.

Das verpflichtet. Und so ist es ein erklärtes Anliegen der **Marienhaus Unternehmensgruppe**, den christlichen Charakter der vormals ordenseigenen Einrichtungen zu erhalten und sie in eine sichere Zukunft zu führen.

Als christliches Unternehmen orientieren wir uns *"am Leben und an der Botschaft Jesu. Leitlinien unseres Handelns sind daher seine Nächstenliebe, seine bedingungslose Annahme des Mitmenschen und seine besondere Zuwendung zu den Randgruppen der Gesellschaft."*

So heißt es im Leitbild, das sich die **Marienhaus Unternehmensgruppe** 1996 als Grundgesetz und Wegweiser für die Zukunft gegeben hat. Größe, Leistungsstärke und Kompetenz sind Markenzeichen der **Marienhaus Unternehmensgruppe**. Und als großes Unternehmen bekennt sich die **Marienhaus Unternehmensgruppe** zu ihrer gesellschaftlichen Verantwortung. Größe und Verantwortung verlangen aber auch nach Solidarität, beispielsweise mit den Menschen, die sich in der Gesellschaft kaum Gehör verschaffen können. - Beispielsweise schwerstkranke und sterbende Menschen. Um ihnen ein Leben in Würde bis zuletzt ermöglichen zu können, wurde 2003 die **Waldbreitbacher Hospiz-Stiftung** gegründet. - Auch das zeichnet ein christliches Unternehmen wie die **Marienhaus Unternehmensgruppe** aus.

Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Saarlouis

Das **Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Saarlouis** ist ein modernes Krankenhaus in Trägerschaft der Marienhaus Unternehmensgruppe, mit 498 Betten das Schwerpunktkrankenhaus im Landkreis Saarlouis. Mit hohen medizinischen und ethischen Standards werden jährlich ca. 25000 Patienten stationär behandelt.

Die Geschichte des **Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Saarlouis** reicht bis in das Jahr 1875 zurück. Die Waldbreitbacher Franziskanerinnen gründeten, begleitet von der Ordensgründerin Mutter Rosa, in Saarlouis eine ambulante Kranken- und Altenpflege. 1902 wurde die Klinik der Franziskanerinnen in Saarlouis eröffnet. Mit Befürwortung der Stadtverordneten von Saarlouis und der Bezirksregierung entstand rasch eine Krankenanstalt mit ausgezeichnetem Ruf.

In den zurückliegenden über 100 Jahren hat das Klinikum auch schwere Zeiten erlebt. Besonders im 2. Weltkrieg mussten die Schwestern und ihre Mitarbeiter Not, Leid und Zerstörung in ungeahntem Ausmaß meistern. Mit unerschütterlichem Gottvertrauen durchstanden sie auch diese Prüfungen. Nach dem Krieg begann die Erweiterung des Klinikbaus.

Von Anfang an waren die Schwestern bestrebt, die Klinik zu einer mustergültigen Einrichtung zu entwickeln. Das **Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Saarlouis** ist über die Landesgrenzen bekannt für sein modernes Leistungsspektrum und das Engagement für die Kranken. Es ist ein erklärtes Ziel, das **Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Saarlouis** als leistungsstarkes Krankenhaus zu erhalten und weiter zu entwickeln. Ein Krankenhaus, dem sich die Patienten gern anvertrauen und in dem sie sich medizinisch und pflegerisch bestens betreut fühlen.

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

KTQ:

1.1 Rahmenbedingungen der Patientenversorgung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Saarlouis liegt im Stadtzentrum und ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar. Patienten haben die Möglichkeit, sich vor der stationären Aufnahme über das Klinikum per Internet zu informieren (www.marienhaus-klinikum-saar.de).

Wegeleitsysteme mit farblicher Kennzeichnung der einzelnen Gebäudetrakte unterstützen eine gute Orientierung von Patienten und Besuchern.

Die Aufnahme der Patienten erfolgt in der Zentralen Patientenaufnahme.

1.1.2 Leitlinien und Standards

Die medizinische Behandlung der Patienten erfolgt gemäß den Leitlinien der deutschen Fachgesellschaften für Medizin. Für viele Erkrankungen sind hausinterne klinische Behandlungspfade und Behandlungsstandards erarbeitet und in der täglichen Anwendung.

Um im pflegerischen Bereich eine hohe Qualität zu gewährleisten, sind hier Pflegeleitlinien in der täglichen Anwendung, die sich an den neusten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen orientieren.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Im pflegerischen Aufnahmegespräch werden die Patienten über den Tagesablauf und über weitere Planungen informiert. Anhand der Patientenbroschüre "Herzlich Willkommen" erhalten die Patienten und deren Angehörige Angaben zu den Besuchszeiten und Angebote der Seelsorge. Die Mitarbeiter stellen sich namentlich bei den Patienten vor und tragen ein Namensschild. Auf allen Etagen gibt es Gesprächsräume. In allen Zimmern sind Telefon-, Radio und TV-Anschlüsse zugänglich.

1.1.4 Ernährung und Service

Die Patienten können sich individuell zu allen Mahlzeiten aus verschiedenen Komponenten ihr Essen zusammenstellen. Auf den Kinderstationen halten wir darüber hinaus noch gesonderte Essenspläne vor. Wahlleistungspatienten haben die Möglichkeit, spezielle Menüs zu bestellen.

Kulturelle und religiöse Aspekte werden im Speiseangebot berücksichtigt. Für die Ernährungsberatung stehen Diätassistentinnen zur Verfügung.

1.2 Akut-/Notfallversorgung

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Für die Aufnahme von Patienten ist eine zentrale Patientenaufnahme eingerichtet. Eine Aufnahmebereitschaft für Notfallpatienten ist kontinuierlich gegeben. Hierbei erfolgt eine Triagierung nach der Manchester Triage. Im Rahmen der Erstdiagnostik und Erstversorgung erhalten die Patienten ein ärztliches und pflegerisches Aufnahmegespräch. Mitgebrachte Befunde werden in der Erhebung der Krankengeschichte berücksichtigt. Spezifische Risiken (wie z.B. Dekubitus, Sturz) werden gesondert erfasst und dokumentiert.

Auf die in der EDV archivierten Befunde und Akten kann jederzeit im gesamten Krankenhaus zugegriffen werden.

1.3 Elektive, Ambulante Versorgung

1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung

Die ambulante Versorgung von medizinischen Notfällen ist rund um die Uhr durch qualifiziertes Personal gewährleistet. Hierbei erfolgt eine Triagierung nach der Manchester Triage. Ein Management zur Behandlung von Patienten mit Brustschmerz sind etabliert. Im Rahmen der kassenärztlichen Ermächtigungen können Patienten in den Ambulanzen behandelt werden. Spezialsprechstunden werden angeboten.

1.3.2 Ambulante Operationen

Ambulante Operationen werden im ambulanten Operationszentrum in Kooperation mit einem niedergelassenen Anästhesisten angeboten. Das ambulante Operationszentrum steht auch niedergelassenen Ärzten zur Verfügung. Es stehen Patientenzimmer für die Vor- und Nachbetreuung zur Verfügung. Es erfolgt immer ein Abschlussgespräch mit dem Anästhesisten und dem Operateur.

1.4 Stationäre Versorgung

1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung

Für diagnostische und therapeutische Maßnahmen liegen in den Fachabteilungen und im Pflegedienst klinische Behandlungspfade, Behandlungsstandards, Pflegeleitlinien und Prozessbeschreibungen vor. Die aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisse finden dabei Berücksichtigung. Die Behandlungsplanung für den Patienten wird ärztlicherseits individuell nach seiner Erkrankung und seinen Ressourcen festgelegt. Pflegerisch wird auf Grundlage der Pflegeanamnese eine individuelle Pflegeplanung erstellt.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Zur Planung der therapeutischen Prozesse liegen abteilungsbezogene QM-Handbücher, klinische Behandlungspfade und Behandlungsstandards vor. Die Leitlinien der WHO zur Schmerzbehandlung werden eingehalten und sind in einem hausinternen Schmerzkonzept dargestellt. Im Pflegedienst werden diagnosebezogene Pflegeplanungen genutzt.

1.4.3 Operative Prozesse

Die OP-Koordination ist durch eine OP-Geschäftsordnung festgelegt. Ein benannter OP-Koordinator ist für die Umsetzung verantwortlich. Die OP-Wochenplanung wird in einer täglichen Besprechung aktualisiert.

Für Notfälle ist ein Stufensystem eingeführt. Notfalleingriffe werden in den geplanten Ablauf integriert, mit dem Ziel, geplante Termine einzuhalten. Durch die fachübergreifende Nutzung der OP-Säle wird ein Absetzen von Patienten minimiert.

Eine OP-Bereitschaft wird rund um die Uhr vorgehalten. Dabei können zwei OP-Säle parallel betrieben werden.

1.4.4 Visite

Für die Patienten erfolgen Visiten durch den Stationsarzt mit der zuständigen Pflegekraft. In operativen Fächern nehmen Physiotherapeuten an den Visiten teil. Oberarztvisiten erfolgen in allen Abteilungen mindestens einmal wöchentlich.

Bei Visite werden mit dem Patienten Untersuchungsergebnisse besprochen und weitere Behandlungsmaßnahmen erörtert.

Im Intensivbereich finden täglich mehrere Visiten statt. Die Visiten finden zu festgelegten Zeiten oder in festgelegten Zeitfenstern statt.

1.5 Weiterbetreuung / Übergang in andere Bereiche

1.5.1 Entlassungsprozess

Die an der Entlassung beteiligten Berufsgruppen werden frühzeitig informiert und eingebunden. Bei Entlassung erhalten die Patienten einen Arztbrief zur Vorlage beim Hausarzt. Den notwendigen poststationären, häuslichen Pflegebedarf koordiniert der Sozialdienst in enger Zusammenarbeit mit dem zuständigen Pflegepersonal und dem behandelnden Arzt.

1.6 Sterben und Tod

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung

Aufgrund des christlichen Selbstverständnisses ist es uns wichtig, die Bedürfnisse der sterbenden Patienten und ihrer Angehörigen zu berücksichtigen. Bei sterbenden Patienten wird grundsätzlich auf Einbettbelegung geachtet. Die Angehörigen haben die Möglichkeit, den Sterbenden zu begleiten. Ein Seelsorgekonzept und ein Konzept zum Umgang mit Patientenverfügungen sind etabliert. Für die palliativmedizinische Versorgung steht eine Palliativstation zur Verfügung.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Der ganzheitliche Dienst am Menschen und der würdevolle Umgang mit Sterbenden enden nicht mit Eintritt des Todes. Die Richtlinien des Seelsorgekonzepts beschreiben daher auch den verbindlichen, von uns gewollten Rahmen für den Umgang mit Verstorbenen: "Wir sind um einen pietätvollen, im christlichen Geist gestalteten Umgang mit Verstorbenen bemüht u. a. durch die räumliche und inhaltliche Gestaltung der Verabschiedung. Für die Spendung der Sakramente und Kriseninterventionen ist die Erreichbarkeit der Krankenhauspfarrer rund um die Uhr sicher gestellt."

2 Mitarbeiterorientierung

KTQ:

2.1 Personalplanung / Personalentwicklung

2.1.1 Personalbedarf

Die Patientenversorgung wird durch die Bereitstellung von qualifiziertem Personal der verschiedenen Berufsgruppen sichergestellt. Die Personalplanung erfolgt jährlich. Sie orientiert sich an den zur Verfügung stehenden Ressourcen (genehmigtes Budget), den Leistungen der Abteilungen sowie der Strategie und den Zielen des Hauses. Die Planung erfolgt nach den einschlägigen Anhaltszahlen-, Mindestbesetzungs- und Leistungseinheitsrechnungsverfahren.

2.1.2 Personalentwicklung

Ziel der Personalentwicklung ist es, Mitarbeiterkompetenzen mit den aktuellen und zukünftigen Aufgaben in Einklang zu bringen und dadurch eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung zu gewährleisten.

Den Mitarbeitern werden sowohl fachliche als auch persönliche Fort- und Weiterbildungen angeboten.

2.1.3 Einarbeitung

Der Einarbeitung neuer Mitarbeiter liegt ein Konzept zugrunde, welches von den jeweiligen Führungskräften umgesetzt wird.

Mentoren werden zur Einarbeitungsbegleitung eingesetzt. Die neuen Mitarbeiter werden zu einem Trägertag nach Waldbreitbach eingeladen.

2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Die praktische Ausbildung für die Berufe Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege erfolgt systematisch. Das Ausbildungskonzept ist in Handlungsaufträgen niedergelegt und steht als Katalog den Schülern zu Beginn der Ausbildung zur Verfügung. Koordinierende Praxisanleiterinnen sind für die praktische Ausbildung freigestellt. Auf den Stationen sind ca. 40 ausgebildete Praxisanleiter eingesetzt.

Es wird regelmäßig ein Jahresprogramm mit berufsgruppenübergreifenden Fortbildungsangeboten erstellt, das den Mitarbeitern zur Verfügung steht. Das Angebot gliedert sich in fachliche, spirituelle, hygienische, pflegebezogene und gesundheitsförderliche Aspekte. Ein Schwerpunkt im Bereich pflegebezogene Aspekte ist die Implementierung der Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP).

Die Weiterbildung des ärztlichen Personals orientiert sich an der ärztlichen Weiterbildungsverordnung des Saarlandes. Den ärztlichen Mitarbeitern wird ergänzend zur praktischen Tätigkeit in der Fachabteilung die Teilnahme an externen Veranstaltungen und Hospitationen ermöglicht.

2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance

Grundlage für die Arbeitszeitregelungen sind die Allgemeinen Vertragsrichtlinien des deutschen Caritasverbandes und das gültige Arbeitszeitgesetz in Verbindung mit der Europäischen Arbeitszeitrichtlinie.

Die Dienstplangestaltung erfolgt für alle Bereiche über ein EDV-gestütztes Dienstplanprogramm. In verschiedenen Bereichen profitieren Mitarbeiter von der Möglichkeit einer gleitenden Arbeitszeit. Im ärztlichen Dienst werden entsprechend der geltenden Arbeitszeitregelung unterschiedliche Dienstmodelle praktiziert.

2.1.6 *Ideenmanagement*

Das innerbetriebliche Vorschlagswesen "MQV - Mitdenken - Querdenken - Vorschlagen" bietet den Mitarbeitern die Möglichkeit Ideen, Wünsche und Verbesserungsvorschläge einzureichen. Eine Beauftragte für das Innerbetriebliche Vorschlagswesen sowie eine Bewertungskommission sind bestellt. Positiv bewertete Vorschläge werden prämiert, der vorschlagende Mitarbeiter erhält eine Anerkennungsurkunde.

3 Sicherheit - Risikomanagement

KTQ:

3.1 Patientenbezogene Risiken

3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements

Entsprechend der Qualitätsmanagement-Richtlinie für Krankenhäuser sollen durch das klinische Risikomanagement potenzielle Gefährdungen von Patienten und Mitarbeitern frühzeitig erkannt und abgewendet werden. Im Sinne einer positiven Fehlerkultur steht bei Zwischenfällen und sog. "Beinahezweischenfällen" nicht der Verursacher im Mittelpunkt, sondern die Frage, ob durch Verbesserungen des Ablaufs die Auftretenswahrscheinlichkeit eines Fehlers gesenkt werden kann.

3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung

Der Schutz der Patienten wird in den Fachabteilungen durch die kontinuierliche Anwesenheit von Pflegekräften und/oder Ärzten unterstützt. Bei gefährdeten Patienten besteht die Möglichkeit der Fixierung unter Einhaltung der Richtlinie zur Fixierung von Patienten. Einschätzung und Beurteilung der Sturz- und Dekubitusgefährdung erfolgt in Anlehnung an die nationalen Expertenstandards in der Pflege. In der Kinderklinik und Kinderchirurgie tragen zusätzliche sicherheitstechnische Vorkehrungen, wie kindersichere Steckdosen, gesicherter Zugang zu den Balkonen, zur Sicherheit bei.

3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement

Im Falle eines medizinischen Notfalls wird ein Reanimationsteam mit Reanimationsausrüstung zum Einsatzort gerufen. Für die Notfallversorgung bis zum Eintreffen des Reanimationsteams sind alle Stationen mit Notfallmedikamenten und Reanimationsausrüstung ausgestattet, die regelmäßig durch die Anästhesie-Abteilung überprüft werden. Im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildungen werden jährlich mehrere Reanimationsfortbildungen und Mega-Code-Training angeboten.

3.1.4 Organisation der Hygiene

Das Hygienemanagement ist durch ein Organigramm abgebildet. Hygieneverantwortlicher Arzt ist der ärztliche Direktor. Es gibt Hygienefachkräfte und hygienebeauftragte Ärzte. Die eingerichtete Hygienekommission tagt viermal jährlich. Für alle relevanten Bereiche liegen Hygiene- und Desinfektionspläne vor. Die Überprüfung der Einhaltung der Hygienepläne erfolgt durch regelmäßige Stations- und Abteilungsbegehungen der Hygienefachkräfte. Ein jährlicher Hygienebericht wird erstellt.

3.1.5 Hygienerrelevante Daten, Infektionsmanagement

Gemäß Infektionsschutzgesetz werden vom Auftragslabor meldepflichtige Erreger erfasst und vom Labor direkt an die Hygienefachkräfte und das zuständige Gesundheitsamt gemeldet. Umgebungsuntersuchungen und mikrobiologische Untersuchungen werden durchgeführt. Die Daten werden vom Auftragslabor ausgewertet und an die Hygienefachkräfte weitergeleitet. In Zusammenarbeit mit dem Robert-Koch-Institut werden nosokomiale Infektionen über spezielle Software-Module erfasst und ausgewertet. Zur Vermeidung einer Entstehung und Ausbreitung von nosokomialen Infektionen sind für die verschiedenen Infektionserreger Anweisungskarten und Vorgaben erarbeitet. Ein Ausbruchmanagement ist schriftlich geregelt. Das Marienhaus Klinikum Saarlouis nimmt an der „Aktion saubere Hände“ teil. Darüber hinaus beteiligt sich das Klinikum am MRSA-Netzwerk.

3.1.6 Arzneimittel

Die Anordnung von Arzneimitteln erfolgt durch den behandelnden Arzt.

Die nach DIN EN ISO 9001 zertifizierte Apotheke stellt die angeforderten Arzneimittel bereit. Die Verantwortung für eine ausreichende Vorratshaltung auf der Verbrauchsstelle obliegt der Stationsleitung.

Die Aufbewahrung der Arzneimittel erfolgt laut den Angaben der Arzneimittelliste. Zytostatika werden in der Apotheke zubereitet, deren Anwendung ist durch eine Dienstanweisung geregelt. Die Apotheke überprüft zweimal jährlich die Vorräte an Arzneimitteln und deren Lagerbedingungen auf den Stationen.

3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin

Es existiert ein Transfusionshandbuch, das die Anwendung von Blutkomponenten und Plasmaderivaten gemäß Transfusionsgesetz und den jeweils aktuellen Richtlinien der Bundesärztekammer regelt. In regelmäßigen Treffen der Transfusionskommission mit der Transfusionsverantwortlichen und den Transfusionsbeauftragten wird das Vorgehen besprochen und aktualisiert. Der Blutspendedienst Saarpfalz Saarbrücken wird bei besonderen Fragestellungen zu Rate gezogen.

3.1.8 Medizinprodukte

Der Umgang mit Medizinprodukten und deren Einsatz sind per Dienstanweisung verbindlich geregelt. In allen Abteilungen sind Gerätebeauftragte benannt. Neue Mitarbeiter werden durch den Gerätebeauftragten oder die Medizintechnik eingewiesen. Die Medizintechnik ist für die Reparatur, Wartung und sicherheitstechnischen Kontrollen und Messungen der Medizinprodukte verantwortlich. Der Umgang mit Sterilgut ist gemäß den Richtlinien des Robert-Koch-Institutes und des Medizinproduktegesetzes geregelt.

3.2 Schutz- und Sicherheitskonzepte

3.2.1 Arbeitsschutz

Ein Arbeitsschutzausschuss ist eingerichtet und tagt regelmäßig. Sicherheitsbeauftragte sind ernannt und durch Weiterbildungen auf ihre Aufgaben vorbereitet. Gefährdungsanalysen werden durchgeführt. Arbeitsplatzbezogene und tätigkeitsbezogene Betriebsanweisungen sind erstellt und die Mitarbeiter darin unterwiesen. Ein Gefahrstoffkataster ist erstellt. Arbeitsunfälle werden dokumentiert, die Mitarbeiter werden in der unfallchirurgischen Ambulanz versorgt. Arbeitsmedizinische Untersuchungen und Beratungen erfolgen nach den gesetzlichen Vorschriften durch die Betriebsärztin.

3.2.2 Brandschutz

Der Brandschutz ist im Rahmen einer Brandschutzordnung geregelt. Ein Brandschutzbeauftragter ist bestellt. Flucht- und Rettungspläne sind angebracht. Die Stationen sind mit Brandschutzdecken und eingebauten Rauchmeldern ausgestattet und an eine Entrauchungsanlage angeschlossen. In Bereitschaftsdienstzimmern ist eine akustische Warnanlage installiert.

3.2.3 Datenschutz

Bei Neueinstellung wird dem Mitarbeiter die für das Klinikum gültige kirchliche Datenschutzordnung ausgehändigt. Alle Mitarbeiter unterliegen der Schweigepflicht. Regelungen zur Herausgabe von Patientendaten sind in der Archivordnung und der Ordnung zum Schutz von Patientendaten in katholischen Krankenhäusern der Diözese Trier getroffen. Sie sind für alle Mitarbeiter verbindlich. Zwei Datenschutzbeauftragte sind benannt.

3.2.4 Umweltschutz

Die Verantwortung für den Umweltschutz betrifft alle Mitarbeiter. Sie sind durch das Leitbild aufgefordert, sparsam mit Energien und Rohstoffen umzugehen. Für die Trennung von Abfallstoffen gibt es einen Entsorgungsplan.

Wasser- und Energieeinsparmaßnahmen werden z. B. durch Perlatoren und Energiesparlampen vorgenommen. Wasser- und Energieverbrauch werden monatlich ermittelt und in einer Statistik verglichen. Wärmerückgewinnungsmaßnahmen erfolgen durch Wasser- und Heizungsvorwärmung durch die Abwärme der Kältemaschinen und Kondensatorkühlung.

3.2.5 Katastrophenschutz

Das Klinikum hat in Zusammenarbeit mit der Landesbehörde für Bauwesen sowie mit dem Gesundheitsministerium einen Katastrophenschutzplan erstellt. Dieser regelt Verhaltensmaßnahmen bei externen Katastrophen. Das Krankenhausdirektorium ist für die Umsetzung dieses Planes verantwortlich. Der Katastrophenschutzplan ist mit dem Brandschutzplan abgestimmt.

3.2.6 Ausfall von Systemen

Nichtmedizinische Notfälle wie zum Beispiel ein Wassereintritt oder ein Stromausfall liegen im Zuständigkeitsbereich des technischen Leiters. Dieser gibt eine entsprechende Meldung ab, beauftragt die Reparatur (intern oder extern) und überprüft nach Abschluss der Reparatur die Einsatzfähigkeit der technischen Vorrichtungen. Für nichtmedizinische Notfallsituationen sind im Krankenhaus Vorgehensweisen definiert, damit die Störungen rasch und effizient behoben werden können. Zu jeder Zeit ist ein 24-Stunden Notdienst gesichert.

4 Informations- und Kommunikationswesen

KTQ:

4.1 Informations- und Kommunikationstechnologie

4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Um eine unterstützende Informations- und Kommunikationstechnologie effektiv nutzen zu können, ist eine komplette EDV-Vernetzung vorhanden. Ein detailliertes EDV-Ausfallkonzept in Schriftform regelt vorbeugende Maßnahmen (Notstromversorgung der Komponenten, Backuppläne, Redundanz kritischer Systeme) und die Durchführung von Notfallprozeduren. Schulungen für die Mitarbeiter werden durchgeführt.

4.2 Patientendaten

4.2.1 Klinische Dokumentation

Damit eine Verlaufsdocumentation der Behandlung systematisch von der Aufnahme bis zur Entlassung eines Patienten erfolgt, findet ein Dokumentationssystem Anwendung. Die ärztliche und pflegerische Dokumentation orientiert sich an den Empfehlungen der deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), die auch in der klinikweit gültigen Archivordnung festgehalten sind. Die medizinische Dokumentation erfolgt zunehmend in digitaler Form.

4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

Die Patientendokumentation eines aktuell stationären Patienten befindet sich auf der jeweiligen Station und steht den Beteiligten zur Verfügung. Auf EDV-technisch erfasste OP-Berichte, Laborwerte, Röntgenbefunde und Entlassungsbriefe haben Berechtigte jederzeit Zugriff. Der Zugriff auf papierbasierte Patientenakten früherer Krankenhausaufenthalte aus dem Zentralarchiv ist rund um die Uhr gewährleistet. Neue Patientenakten werden digitalisiert archiviert.

4.3 Informationsmanagement

4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Alle Gremien dienen auch der Information des Krankenhausdirektoriums. Wöchentlich findet eine Krankenhausdirektoriumssitzung statt. Fachzeitschriften und weitere wichtige Informationen wie z. B. Rundschreiben der saarländischen Krankenhausgesellschaft oder des Caritasverbandes werden per Verteiler zur Verfügung gestellt. Ein strukturiertes Besprechungs- und Berichtswesen (Protokolle) ist vorhanden. Das Vorgehen bei Krisensituationen ist eindeutig geregelt.

4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Für die externe Informationsweitergabe ist eine Stabsstelle "Öffentlichkeitsarbeit" eingerichtet. Patienten und deren Angehörigen können sich über die Internetseite und die Patienteninformationsbroschüre informieren. Regelmäßig findet die Veranstaltungsreihe: "Medizin verstehen - von Ärzten für Jedermann" statt. Im Bereich Geburtshilfe finden regelmäßige Informationsabende mit Kreißaalbesichtigung statt. Jährlich wird ein "Tag der offenen Tür" angeboten. Die interne Informationsweitergabe erfolgt u.a. über interne Newsletter sowie die fest etablierten Besprechungen.

Die Telefonzentrale an der Pforte ist rund um die Uhr besetzt. Sie ist mit modernen Telekommunikationsanlagen ausgestattet. Informationen, die zur Auskunftserteilung notwendig sind, werden durch die jeweiligen Abteilungen hierhin gemeldet (z. B. Dienst- und Bereitschaftsdienstpläne).

5 Unternehmensführung

KTQ:

5.1. Unternehmensphilosophie und -kultur

5.1.1 Philosophie/Leitbild

Im Jahr 1996 wurde durch eine trägerweite Projektgruppe das Leitbild erarbeitet. Das Leitbild stellt einen Orientierungsrahmen dar. Für die Pflege wurde abgeleitet vom Leitbild ein Pflegeleitbild erstellt. Alle Führungskräfte und Mitarbeiter sind gefordert, das Leitbild mit Leben zu füllen.

5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Vertrauensbildende Maßnahmen fördern die Zufriedenheit der Mitarbeiter und somit die Identifikation mit ihrem Dienstgeber. Das Krankenhaus legt großen Wert auf die langfristige Bindung seiner Mitarbeiter an das Unternehmen und bietet daher neben Personalentwicklungsmaßnahmen und Mitbestimmungsmöglichkeiten weitere mitarbeiterorientierte Maßnahmen, die sowohl die Akzeptanz als auch das Zusammengehörigkeitsgefühl steigern. Hierzu zählen beispielsweise Gesundheitsvorsorgeprogramme.

5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Die Marienhaus Unternehmensgruppe hat ein trägerweites Konzept zur Unternehmensethik beschlossen. Eine Stabsstelle "Ethik und Werte" ist eingerichtet. Es besteht eine trägerweite „Kommission Klinische Prüfung“ zu Fragen wissenschaftlicher Studien. Im Marienhaus Klinikum ist ein Ethikkomitee etabliert. Dieses befasst sich mit grundsätzlichen ethischen Fragestellungen und erstellt Handlungsempfehlungen. Individuelle ethische Problemlösungen werden in ethischen Fallbesprechungen mit den an der medizinischen und pflegerischen Versorgung beteiligten Mitarbeitern besprochen.

5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Auf Trägerebene ist für die Öffentlichkeitsarbeit eine Stabsstelle Unternehmenskommunikation eingerichtet. Darüber hinaus wurde für drei saarländische Krankenhäuser der Marienhaus Unternehmensgruppe eine Stabsstelle "Marketing und Öffentlichkeitsarbeit" eingerichtet. Die Aktivitäten hinsichtlich der Information der Öffentlichkeit werden von der Stabsstelle "Marketing und Öffentlichkeitsarbeit" in Zusammenarbeit mit dem Krankenhausdirektorium geplant und von der Stabsstelle ausgeführt. Hier handelt es sich um Marketing (z.B. Anzeigen), Pressearbeit (Presstexte) und Öffentlichkeitsarbeit (Eventmanagement, Flyer, Broschüren, Internet-Auftritt etc.) Über eine trägerweite Verfahrensweisung "Krisen-PR" ist die Pressearbeit bei Zwischenfällen klar geregelt.

5.2 Strategie und Zielplanung

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung

Für die Entwicklung der Zielplanung ist das Krankenhausdirektorium in Absprache mit der Geschäftsführung unter Berücksichtigung der Trägerphilosophie und dem Leitbild verantwortlich. Die Ziele werden in einer strategischen Landkarte abgebildet.

5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement

Im Leitbild verpflichtet sich das Haus zu wirtschaftlichem und effizientem Handeln. Das Krankenhausdirektorium erhält über ein aussagekräftiges Berichtswesen die notwendigen Informationen, um beginnende Fehlentwicklungen zu erkennen, Abläufe zu optimieren und die nachgeordneten Mitarbeiter sinnvoll und zielgerichtet einzusetzen. Eine Abstimmung erfolgt darüber hinaus in verschiedenen Gremien. Der langfristige Erhalt des Hauses durch hohe Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit steht bei der Umsetzung wirtschaftlicher Ziele über der kurzfristigen Gewinnerzielung.

5.2.3 *Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen*

Das Marienhaus Klinikum ist sich seiner gesellschaftlichen Verantwortung bewusst. Es bestehen umfangreiche Kooperationen mit externen Partnern, die weite Bereiche der erforderlichen Patientenbetreuung umfassen. Durch die "Rest-Cent-Aktion" der Mitarbeiter und die Tombola der Weihnachtsfeier werden Arme und Hilfsbedürftige finanziell unterstützt. Es findet eine enge Kooperation mit der Deutschen Stiftung Organtransplantationen (DSO) statt.

5.3 **Unternehmensentwicklung**

5.3.1 *Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien*

Die Organisationsstruktur unseres Klinikums ist eindeutig geregelt. Es existiert ein verbindliches Organigramm. Hier sind alle Abteilungen des Klinikums dargestellt und die aktuellen Funktionsträger namentlich benannt. Neben den Krankenhausdirektoriumssitzungen, Chefarztsitzungen, Stationsleitungssitzungen und Abteilungsleitersitzungen sind im Marienhaus Klinikum fachübergreifende Gremien eingesetzt. Diese sind u. a. Hygienekommission, Arbeitssicherheitsausschuss, Ethikkomitee, Arzneimittelkommission und Baukommission. Die Sitzungen erfolgen auf Einladung mit Tagesordnung und anschließender Protokollerstellung.

5.3.2 *Innovation und Wissensmanagement*

Zur Schaffung eines innovationsfreundlichen Betriebsklimas finden in allen Bereichen Abteilungsbesprechungen statt. Innovative Ideen können darüber hinaus über das Innerbetriebliche Vorschlagswesen von den Mitarbeitern eingebracht werden. Ein "Online-Wissensportal", eine Pflegebibliothek, ein Intranet sowie das Share Center (Dokumentenlenkungssystem) stehen als Methoden des Wissensmanagements zur Verfügung.

6 Qualitätsmanagement

KTQ:

6.1 Struktur und Ablauf

6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Für die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems sind das Krankenhausdirektorium und alle nachgeordneten Hierarchieebenen verantwortlich. Auf Trägerebene wird eine Stabsstelle Qualitätsmanagement vorgehalten. Die Stabsabteilung QM (2 Beauftragte) des Klinikums ist organisatorisch der kaufmännischen Direktorin unterstellt. Eine strategische Landkarte benennt die Ziele des Klinikums. Jährliche Zielvereinbarungen werden getroffen.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -Optimierung

Kernprozesse, unterstützende Prozesse und Managementprozesse sind identifiziert und zum Teil schriftlich festgelegt. Zur einheitlichen Darstellung der Prozesse und Lenkung der erforderlichen Dokumente wird ein Dokumentenlenkungssystem (Share Center) genutzt. Klinische Behandlungspfade werden in multiprofessionellen Projektgruppen erarbeitet. Analysen und Interne Audits und die Erarbeitung von Verbesserungsmaßnahmen gewährleisten eine Weiterentwicklung und Optimierung.

6.2 Befragungen

6.2.1 Patientenbefragung

Die Zufriedenheit unserer Patienten ist zentrales Ziel unserer Aktivitäten. Um die Zufriedenheit zu ermitteln, wird eine kontinuierliche Befragung der stationären Patienten durchgeführt. Die Befragung erfolgt anhand eines Flyers "Ihre Meinung ist uns wichtig!". Die Ergebnisse werden regelmäßig veröffentlicht und Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet.

6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Niedergelassene Ärzte sind eine wichtige Gruppe externer Partner in der umfassenden Gesundheitsversorgung unserer Patienten. Ihre Anregungen, Wünsche und Kritiken dienen der Entscheidungsfindung zu Prozessoptimierungen insbesondere zu Themen der Informationsübermittlung von der Aufnahme bis zur Entlassung, der Gestaltung eines bedarfsgerechten Leistungsspektrums des Krankenhauses und die Erreichbarkeit von Mitarbeitern. Mit anderen Einrichtungen, wie z.B. den kirchlichen Sozialstationen des Caritasverbandes, finden regelmäßige Gespräche statt, in denen auch die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit besprochen wird.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

In einem Beurteilungs- und Fördergespräch werden die Mitarbeiter zur Einschätzung seiner individuellen Arbeitsplatzsituation befragt sowie in einem moderierten Mitarbeiter-Feedback zur Zufriedenheit des Führungsverhaltens des jeweiligen Vorgesetzten.

6.3 Meinungsmanagement

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

Ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement ist etabliert und in einer Prozessbeschreibung festgelegt. Es repräsentiert in erheblichem Maße die Unternehmenskultur und ist daher der Krankenhausoberin, als direkte Trägervertreterin vor Ort, zugeordnet. Zudem ist ein Mitarbeiter als Beschwerdebefragter benannt. Beschwerden werden erfasst und zeitnah bearbeitet, um somit eine hohe Patienten- und Angehörigenzufriedenheit zu erreichen.

6.4 Qualitätsrelevante Daten

6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren

Die Erfassung, der für die externe Qualitätssicherung erforderlichen Daten, erfolgt in den jeweiligen Fachabteilungen durch ärztliche und pflegerische Mitarbeiter, die für diese Aufgabe geschult wurden. Die Daten werden fristgerecht an das Qualitätsbüro Saarland verschickt. Die Auswertungen werden den Chefarzten der Fachabteilungen und den DRG-beauftragten Ärzten zur Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen zur Verfügung gestellt.