



KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2021 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Saarlouis
Institutionskennzeichen:	261000331
Anschrift:	Kapuzinerstraße 4 66740 Saarlouis
Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer:	2023-0004 KH
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft, Frankfurt am Main
Gültig vom:	30.03.2023
 bis:	29.03.2026
Zertifiziert seit:	30.03.2005

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
1 Patientenorientierung	7
2 Mitarbeiterorientierung	9
3 Sicherheit - Risikomanagement	10
4 Informations- und Kommunikationswesen	12
5 Unternehmensführung	13
6 Qualitätsmanagement	15

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, alternative Wohnformen und Rettungsdiensteinrichtungen.

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).

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 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,
- das Informations- und Kommunikationswesen,
- die Unternehmensführung und
- das Qualitäts- und klinisches Risikomanagement

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 Krankenhausbereiche überprüft.

Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Mit dem KTQ-Qualitätsbericht werden umfangreiche, durch die Fremdbewertung validierte, Informationen über das betreffende Krankenhaus in standardisierter Form veröffentlicht.

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 48 Kriterien des KTQ-Kataloges 2021. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet einen strukturierten Qualitätsbericht nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 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. Thilo Grüning, MSc.
Für die Deutsche
Krankenhausgesellschaft

San.-Rat Dr. med. Josef Mischo
Für die Bundesärztekammer

Thomas Meißner
Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung

Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Saarlouis

Das Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Saarlouis ist ein modernes Krankenhaus in Trägerschaft der Marienhaus Unternehmensgruppe, mit 420 Betten, das Schwerpunktkrankenhaus im Landkreis Saarlouis. Mit hohen medizinischen und ethischen Standards werden jährlich ca. 20.000 Patienten stationär behandelt.

Das Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Saarlouis verfügt über ein modernes Leistungsspektrum mit hohem Engagement für die Kranken.

Die Kategorien

1 Patientenorientierung

KTQ:

Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das Marienhaus **Klinikum** St. Elisabeth Saarlouis liegt im Stadtzentrum und ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar. Jeder Patient hat 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 gewährleisten eine gute Orientierung von Patienten und Besuchern.

Die Aufnahme der Patienten erfolgt in der Zentralen Patientenaufnahme.

Leitlinien, Standards und Richtlinien

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 neuesten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen orientieren. Die nationalen Expertenstandards Dekubitus, Sturzprophylaxe, Schmerzmanagement, Pflege von Menschen mit chronischen Wunden und Entlassungsmanagement finden Anwendung.

Information und Beteiligung des Patienten (MeSeGe)

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 Angeboten 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.

Service und Ausstattung

Jeder Patient kann sich individuell zu allen Mahlzeiten aus verschiedenen Komponenten sein Essen zusammenstellen. Auf den Kinderstationen halten wir darüber hinaus noch gesonderte Essenspläne vor. Wahlleistungspatienten haben die Möglichkeit spezielle Menüs zu bestellen. Für Wöchnerinnen wird ein Frühstücksbuffet angeboten. Kulturelle und religiöse Aspekte werden im Speiseangebot berücksichtigt. Für die Ernährungsberatung stehen Diätassistentinnen zur Verfügung.

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.

Elektive, ambulante Diagnostik, Behandlung und Operationen

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

Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität, Behandlung und Visite (MeSeGe)

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.

Therapeutische Prozesse und Ernährung (MeSeGe)

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.

Operative und interventionelle Prozesse

Die OP-Koordination ist durch eine OP-Geschäftsordnung festgelegt. Eine benannte OP-Koordinatorin 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.

Entlassungsprozess

Alle an der Entlassung beteiligten Berufsgruppen werden frühzeitig informiert und eingebunden. Bei Entlassung erhält jeder Patient 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.

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.

2 Mitarbeiterorientierung

KTQ:

Personalbedarf und Akquise

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.

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.

Einarbeitung

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

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

Ausbildung, Fort- und Weiterbildung (G-BA MeSeGe) RL: Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus

Die praktische Ausbildung für die Pflegeberufe erfolgt systematisch. Das Ausbildungskonzept ist in Handlungsaufträgen niedergelegt und steht als Katalog allen 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 allen 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 Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP).

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

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 die 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.

3 Sicherheit - Risikomanagement

KTQ:

Eigen- und Fremdgefährdung

Der Schutz der Patienten ist in den Fachabteilungen durch die kontinuierliche Anwesenheit von Pflegekräften und Ärzten gewährleistet. Einschätzung und Beurteilung der Sturz- und Dekubitusgefährdung erfolgt in Anlehnung an den nationalen Expertenstandards Pflege. In der Kinderklinik und Kinderchirurgie tragen zusätzliche sicherheitstechnische Vorkehrungen, wie kindersichere Steckdosen, gesicherter Zugang zu den Balkonen, zur Sicherheit bei.

Medizinisches Notfallmanagement

Im Falle eines medizinischen Notfalls wird ein Reanimationsteam 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 Reanimationsfortbildungen und Reanimationstrainings angeboten.

Organisation der Hygiene, Infektionsmanagement

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 die 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.

Hygienerrelevante Daten

Gemäß Infektionsschutzgesetz werden vom Auftragslabor sämtliche meldepflichtigen 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 SoftwareModule 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.

Arzneimittel und Arzneimitteltherapiesicherheit

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. 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.

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.

Medizinprodukte

Der Umgang mit Medizinprodukten und deren Einsatz sind per Dienstanweisung verbindlich geregelt. In den 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.

Arbeitsschutz

Ein Arbeitsschutzausschuss ist eingerichtet und tagt regelmäßig. Sicherheitsbeauftragte sind ernannt und durch Fortbildungen 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 in der unfall-chirurgischen Ambulanz versorgt. Arbeitsmedizinische Untersuchungen und Beratungen erfolgen nach den gesetzlichen Vorschriften durch die Betriebsärztin.

Brandschutz

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

Krankenhausalarm und -einsatzplanung inkl. Ausfall von Systemen (DAKEP)

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.

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.

4 Informations- und Kommunikationswesen

KTQ:

Netzwerkstruktur und Datensysteme (APS) HE: Digitalisierung und Patientensicherheit – Risikomanagement in der Patientenversorgung

Um eine unterstützende Informations- und Kommunikationstechnologie effektiv nutzen zu können, ist eine 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.

Einsatz von Software

Auf der Intensivstation im Erwachsenenbereich ist eine elektronische Patientenakte auf Basis der Software Integrated Care Manager (ICM) der Firma Dräger vollständig umgesetzt.

Auf allen anderen Stationen ist das Klinikinformationssystem iMedOne der Firma Telekom im Einsatz.

Klinische Dokumentation

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

Datenschutz

Bei Neueinstellung wird jedem 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.

Einsatz neuer Medien

Social Media Plattformen werden genutzt. Die Mitarbeiter-App "Wir" dient als Kommunikationstool zur kurzfristigen, einrichtungsunabhängigen Informationsweitergabe innerhalb der Marienhaus Unternehmensgruppe.

5 Unternehmensführung

KTQ:

Unternehmenskultur (MeSeGe)

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

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.

Ethische, religiöse und gesellschaftliche Verantwortung (MeSeGe)

Die Marienhaus Unternehmensgruppe hat ein trägerweites Konzept zur Unternehmensethik beschlossen. Eine Stabstelle "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.

Unternehmenskommunikation

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.

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 strukturiert regelmäßig überprüft und angepasst.

Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement und Compliancemanagement

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 der Hauses durch hohe Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit steht bei der Umsetzung wirtschaftlicher Ziele über der kurzfristigen Gewinnerzielung.

Partnerschaften und Kooperationen (MeSeGe)

Das Marienhaus Klinikum ist sich seiner gesellschaftlichen Verantwortung bewusst. Es bestehen umfängliche 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.

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.

Innovation, Wissens- und Ideenmanagement

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:

Organisation, Aufgabenprofil des Qualitäts- und des klinischen Risikomanagements

Für die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems sind das Krankenhausdirektorium und alle nachgeordneten Hierarchieebenen verantwortlich. Auf Trägerebene wird eine Stabstelle Qualitätsmanagement vorgehalten. Die Stabstelle QM (2 Beauftragte) des Klinikums ist organisatorisch der kaufmännischen Direktorin unterstellt.

Methoden des klinischen Risikomanagements zur Patientensicherheit (APS) HE: Anforderungen an klinische Risikomanagementsysteme im Krankenhaus

Entsprechend der Qualitätsmanagement-Richtlinie für Krankenhäuser sollen durch klinisches Risikomanagement potenzielle Gefährdungen von Patienten und Mitarbeitern frühzeitig erkannt und abgewendet werden. Dies geschieht durch ein etabliertes Fehlermeldesystem, an dem sich alle Mitarbeiter beteiligen können. 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.

Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung (MeSeGe)

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, interne Audits und die Erarbeitung von Verbesserungsmaßnahmen gewährleisten eine Weiterentwicklung und Optimierung.

Patientenbefragungen (MeSeGe)

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 in der Mitarbeiterzeitung veröffentlicht und Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet.

Mitarbeiterbefragungen (MeSeGe)

Eine Befragung der Mitarbeiter fand als „Betriebsbarometer“ statt. Die Befragung wurde anonymisiert durchgeführt und anschließend extern ausgewertet.

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 Beschwerdebeauftragter benannt. Die Beschwerden werden erfasst und zeitnah bearbeitet, um somit eine hohe Patienten- und Angehörigenzufriedenheit zu erreichen.

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 die Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung verschickt. Die Auswertungen werden den Chefarzten der Fachabteilungen und den DRG-beauftragten Ärzten zur Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen zur Verfügung gestellt.