

**DRK Klinik Mettlach für  
Geriatric und Rehabilitation**

**QUALITÄTSBERICHT 2016**



## Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V über das Berichtsjahr 2016

erstellt: im März 2018

## INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung .....	1
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	2
A-0 Fachabteilungen .....	2
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....	3
A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts .....	3
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers .....	3
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....	4
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie .....	4
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	4
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	10
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit .....	13
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	14
A-8.1 Forschung und akademische Lehre .....	14
A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen .....	14
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus .....	15
A-10 Gesamtfallzahlen .....	15
A-11 Personal des Krankenhauses .....	15
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen .....	15
A-11.2 Pflegepersonal .....	15
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal .....	16
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	18
A-12.1 Qualitätsmanagement .....	18
A-12.2 Klinisches Risikomanagement .....	19
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte .....	22
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement .....	26
A-13 Besondere apparative Ausstattung .....	27
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen .....	28
B-[1] Geriatrie .....	28
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	28
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	28
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	28
B-[1].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	29
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	29
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	30
B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	30
B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	30
B-[1].11 Personelle Ausstattung .....	30

B-[2]	Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) .....	33
B-[2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	33
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	33
B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	33
B-[2].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	34
B-[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	34
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	34
B-[2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	34
B-[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	34
B-[2].11	Personelle Ausstattung .....	34
C	Qualitätssicherung .....	37
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V .....	37
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate .....	37
C-1.2	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL .....	37
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	40
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	40
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	41
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V .....	42
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V .....	42
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	42
D	Qualitätsmanagement .....	43
D-1	Qualitätspolitik .....	43
D-2	Qualitätsziele .....	46
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements .....	47
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements .....	47
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte .....	50
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements .....	50

## Einleitung

Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Patientinnen und Patienten,

im Jahre 1988 wurde das ehemalige Betriebskrankenhaus der Firma Villeroy & Boch AG als Modelleinrichtung in eine Fachklinik für Geriatrie und Rehabilitation umgewandelt und war damit die erste ihrer Art im südwestdeutschen Raum.

In unserer Einrichtung können wir im vollstationären Bereich (Akutgeriatrie) 24 Patienten aufnehmen. Für die teilstationäre Behandlung stehen insgesamt 9 akutgeriatrische Tagesklinikplätze zur Verfügung.

Nach etablierten Therapiekonzepten werden unsere Patienten stationär oder teilstationär mit folgenden Schwerpunkten behandelt:

- Patienten mit und nach Schlaganfall
- Patienten mit neurologischen Erkrankungen wie z. B. Morbus Parkinson, parkinsonoide Syndrome
- Demenz, akute Verwirrtheitszustände, hirnorganische Psychosyndrome, Depression und andere Gemütsstörungen
- Patienten nach chirurgischen oder orthopädischen Eingriffen, z.B. Versorgung nach Schenkelhalsfraktur, Osteosynthesen, Frakturen und Amputationen
- Schmerztherapie sowie Gelenk- und Skelettkrankheiten
- Patienten mit allgemein internistischen Problemen und geriatrischen Syndromen, z. B. Diabetes, Durchblutungsstörungen, Herz- und Kreislauferkrankungen, Inkontinenz, Pneumonie und andere Infektionen
- Allgemeine Altersgebrechlichkeit mit funktionellen Einschränkungen und Handicap in ADL (selbständige Verrichtungen des täglichen Lebens).

Ältere Menschen sind von zahlreichen medizinischen Problemen betroffen, die ihre Fähigkeiten zur eigenständigen Lebensführung stark beeinträchtigen können. Es besteht im Verlauf des Alterungsprozesses ein labiles Gleichgewicht zwischen den verschiedenen, gleichzeitig vorhandenen, chronischen Erkrankungen und Behinderungen. Eine akute Erkrankung oder ein akutes Ereignis (wie Schlaganfall, Sturz, Operation usw.) führen nicht nur zu einer Gesundheitsstörung, sondern zur Entgleisung dieses Gleichgewichtes und damit zum Verlust von Selbständigkeit und Alltagskompetenz.

Mit dem vorliegenden Bericht möchten wir allen Lesern einen Überblick über die Leistungen unserer Klinik sowie über unser Qualitätsmanagement geben. Wir erfüllen damit auch die Forderung des Gesetzgebers, jährlich einen strukturierten Qualitätsbericht gemäß § 136 b Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V zu veröffentlichen. Inhalt und Umfang des Berichtes orientieren sich an den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses. Danach besteht der Qualitätsbericht aus den Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses und der Fachabteilungen sowie Angaben zur externen Qualitätssicherung. Im Kapitel D ergänzen wir die Beschreibung von Stand und Maßnahmen unseres einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.

Ausführliche Informationen über unsere Klinik erhalten Sie auch auf unserer Website unter [www.drk-kliniken-saar.de](http://www.drk-kliniken-saar.de).

Mettlach, im November 2017

gez. Dipl. Kfm. Holger Kirchhoff, Kaufmännischer Direktor  
gez. Haitham Mahamid MD Syr., Ärztlicher Direktor  
gez. Ute Krauss, Pflegedirektorin

**Verantwortliche:**

<b>Verantwortlicher:</b>	<b>Für die Erstellung des Qualitätsberichts</b>
<b>Name/Funktion:</b>	Birgit Leinen, Qualitätsmanagementbeauftragte
<b>Telefon:</b>	06831 171 116
<b>Fax:</b>	06831 171 353
<b>E-Mail:</b>	birgit.leinen@drk-kliniken-saar.de

<b>Verantwortlicher:</b>	<b>Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung</b>
<b>Name/Funktion:</b>	Dipl. Kfm. Holger Kirchhoff, Kaufmännischer Direktor
<b>Telefon:</b>	06831 171 372
<b>Fax:</b>	06831 171 353
<b>E-Mail:</b>	holger.kirchhoff@drk-kliniken-saar.de

**Links:**

<b>Link zur Homepage des Krankenhauses:</b>	<a href="http://www.drk-kliniken-saar.de/mettlach/">http://www.drk-kliniken-saar.de/mettlach/</a>
---	---

**A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts****A-0 Fachabteilungen**

	<b>Abteilungsart</b>	<b>Schlüssel</b>	<b>Fachabteilung</b>
1	Hauptabteilung	0200	Geriatrie
2	Hauptabteilung	0260	Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

## A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

<b>Name:</b>	DRK Klinik Mettlach für Geriatrie und Rehabilitation
<b>PLZ:</b>	66693
<b>Ort:</b>	Mettlach
<b>Straße:</b>	Saaruferstraße
<b>Hausnummer:</b>	10
<b>IK-Nummer:</b>	261000525
<b>Standort-Nummer:</b>	0
<b>Krankenhaus-URL:</b>	<a href="http://www.drk-kliniken-saar.de/mettlach">http://www.drk-kliniken-saar.de/mettlach</a>

### A-1.1 Leitung des Krankenhauses/Standorts

<b>Leitung:</b>	<b>Verwaltungsleitung</b>
<b>Name/Funktion:</b>	Dipl. Kfm. Holger Kirchhoff, Kaufmännischer Direktor
<b>Telefon:</b>	06831 171 372
<b>Fax:</b>	06831 171 353
<b>E-Mail:</b>	holger.kirchhoff@drk-kliniken-saar.de

<b>Leitung:</b>	<b>Ärztliche Leitung</b>
<b>Name/Funktion:</b>	MD syr. Haitham Mahamid, Ärztlicher Direktor, Chefarzt
<b>Telefon:</b>	06864 88 209
<b>Fax:</b>	06864 88 2006
<b>E-Mail:</b>	haitham.mahamid@drk-kliniken-saar.de

<b>Leitung:</b>	<b>Pflegedienstleitung</b>
<b>Name/Funktion:</b>	Ute Krauss, Pflegedirektorin
<b>Telefon:</b>	06864 88 415
<b>Fax:</b>	06864 88 414
<b>E-Mail:</b>	ute.krauss@drk-kliniken-saar.de

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

<b>Name des Trägers:</b>	DRK Gesellschaft für Geriatrie und Rehabilitation mbH, Saarlouis
<b>Träger-Art:</b>	freigemeinnützig

## A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

### Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus:

Trifft nicht zu

## A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

<b>Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?</b>	Nein
---	------

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
1	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
2	Aromapflege/-therapie Im Rahmen der Anwendungen ist die Aromatherapie zusammen mit der Klang- und Farbtherapie ein wichtiges Element zur Entspannung und vermittelt gleichzeitig multimodale Sinneseindrücke (stimulierend, beruhigend, ausgleichend). Sie wird sowohl als Einzelanwendung als auch in Kleingruppen angeboten.
3	Atemgymnastik/-therapie
4	Basale Stimulation Bahnung um Impulse zu schaffen, die der Patient aufnehmen und verarbeiten kann, indem sie in allen Wahrnehmungsbereichen gut organisierte Anregung ermöglichen.
5	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung
6	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
7	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) Als Behandlungsziele stehen im Vordergrund: Wahrnehmungsschulung, Anbahnen von Bewegungen, Tonusregulation, Sensibilisierung für Haltungs- und Bewegungsmuster. Der Schwerpunkt des Bobathkonzepts liegt in der Sensomotorik. Nähere Informationen auf unserer Homepage: <a href="http://www.drk-kliniken-saar.de/mettlach">www.drk-kliniken-saar.de/mettlach</a>
8	Diät- und Ernährungsberatung

<b>Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot</b>	
	Unser verbundenes Krankenhaus Saarlouis vom DRK hält eine Diätassistentin vor, auf welche unsere Einrichtung jederzeit zurückgreifen kann. Sollte ein Patient eine spezielle Kost oder eine Beratung zur Ernährung benötigen, kommt diese in unsere Einrichtung zu einem persönlichen Gespräch.
9	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
10	Ergotherapie/Arbeitstherapie Die Ergotherapie begleitet, unterstützt und befähigt Menschen, die in ihren alltäglichen Fähigkeiten eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Speziell ausgebildete Ergotherapeuten begleiten und unterstützen unsere Patienten erworbene Fähigkeiten im Alltag umzusetzen.
11	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
12	Fußreflexzonenmassage
13	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining Kognitives Training dient der Therapie krankheitsbedingter Störungen der neuropsychologischen Hirnfunktionen, insbesondere der Störungen und der hieraus resultierenden Fähigkeitsstörungen. Unsere Patienten erfahren kognitive Anregungen auch im Rahmen der Alltagsgestaltung.
14	Kinästhetik
15	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung Der Expertenstandard "Kontinenzmanagement" wird in unserer Einrichtung gelebt. Zielführend ist hierbei die Verbesserung des Kontinenzprofils unserer Patienten. Es finden durch ausgebildete Fachkräfte Beratungen und eine möglichst optimale Inkontinenzversorgung statt.
16	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie
17	Manuelle Lymphdrainage
18	Massage Klassische Massage, Bindegewebsmassage, Kolontherapie
19	Medizinische Fußpflege Auf Wunsch steht unseren Patienten eine externe Podologin zur Durchführung der medizinischen Fußpflege zur Verfügung.
20	Musiktherapie Einmal wöchentlich bieten wir unter professioneller Leitung eines Musiktherapeuten eine Gruppentherapie an.
21	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie
22	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
23	Physikalische Therapie/Bädertherapie Ansteigendes Wannenbad, Vierzellenbad, Wechselbad, Kneipptherapie/Kneippbecken, Hydrojet, Sandbank



<b>Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot</b>	
24	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie Medizinische Trainingstherapie (z. B. Nu Step, Laufband, Beinpresse, Zugapparate, Ergometer), Theravital (Arm- und Beintrainer)
25	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
26	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
27	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
28	Schmerztherapie/-management Unser Schmerzmanagement orientiert sich an dem aktuell geltenden Expertenstandard. Die Behandlung erfolgt interdisziplinär unter Einbeziehung der Patientenwünsche.
29	Sozialdienst Beratungs- und Unterstützungsleistungen durch den Sozialdienst. Nähere Informationen auf unserer Homepage: <a href="http://www.drk-kliniken-saar.de/mettlach">www.drk-kliniken-saar.de/mettlach</a>
30	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit "Fitness im Alter", therapeutisches Angebot für alle Interessierten, jeden Freitag, 16:00 Uhr, in den Räumlichkeiten unserer Therapieabteilung
31	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen In Koop. mit Patienten, Angehörigen u. Sanitätshäusern wird durch die Therapeuten eine individuelle Beratung, Erprobung und Anpassung des jeweiligen Hilfsmittels durchgeführt. Anleitung und Beratung erfolgt auch durch unsere Pflegefachkräfte zu besonderen Pflege Techniken und Pflegeprodukten.
32	Spezielle Entspannungstherapie
33	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen Wir haben den Ernährungsplan für Diabetiker speziell auf die Erfordernisse des betagten Menschen abgestimmt. Weiter bieten wir, im Rahmen unseres Beratungsangebotes, Hilfestellungen für pflegende Angehörige zur Ernährung ihres Angehörigen und zum Umgang mit Insulininjektionen.
34	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen Bobath-Therapie, Affolter-Therapie, Dysphagiemanagement, z. B. Diagnostik, Therapie und Festlegung der Koststufe bei Dysphagie. Anleitung zur Durchführung des Schwindeltrainings. Anleitung zum selbständigen Training der Gesichtsmimik bei Facialisparesie. Computergestützte Therapie (Reha.com).
35	Sporttherapie/Bewegungstherapie
36	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
37	Stomatherapie/-beratung Bei Bedarf werden niedergelassene Stomatherapeuten zur Mitbehandlung angefordert.
38	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik

<b>Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot</b>	
	Die Hilfsmittelversorgung und das Handling ist eine wichtige Aufgabe unserer Therapeuten, auch in der Sturzprävention. Schwerpunktmäßig erstreckt sich die Sturzprävention über die Mobilität des Patienten, auf den besonderen Gefahrenbereich Bad/WC und sonstige fallgefährdende Situationen.
39	<p><b>Wärme- und Kälteanwendungen</b></p> <p>Gehören zu den SGB V-Leistungen und bedürfen generell der ärztl. Anordnung. Ist dies erfolgt, werden Anwendungen durch die Ergo-/ Physiotherapie durchgeführt. Kälte- oder Wärmeanwendungen finden aber auch im Rahmen der pflegerischen Versorgung statt z.B. Kühlungen von Hämatomen, Rotlichtanwendungen.</p>
40	<p><b>Wundmanagement</b></p> <p>Jede Station verfügt über eine Fachkraft ICW-Wundmanagerin. Ziel unseres Wundmanagements ist zum Einen die Wundversorgung nach neuesten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen, zum Anderen auch die Durchführung präventiver Maßnahmen zur Verbesserung des Hautzustandes zur Vermeidung von Wunden.</p>
41	<p><b>Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen</b></p> <p>U. a. Parkinsonselbsthilfegruppe unter eigener Leitung</p>
42	<p><b>Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege</b></p> <p>Wir pflegen einen regen Austausch mit regionalen Altenpflegeeinrichtungen wie auch ambulanten Pflegediensten. Daneben besteht ein enger Kontakt zum Pflegestützpunkt Merzig sowie zur SPAV Hochwald (palliative Versorgungsleistungen).</p>

### **Ergänzende Angaben:**

#### **Aktivteam**

Auf jeder Station sind Mitarbeiter unseres Aktivteams eingesetzt. Die Aufgaben beinhalten:

- Vorlesen der Tageszeitung
- gemeinsame Spaziergänge durch die Gartenanlage
- Frühstücksgruppe
- Mittagessensgruppe
- gemeinsame Zubereitung kleiner Mahlzeiten
- Gedächtnistraining (zusätzlich zu den therapeutischen Angeboten)
- Seniorengymnastik (zusätzlich zu den therapeutischen Angeboten)
- Einzelbetreuung

Ein weiterer Schwerpunkt beinhaltet die Aktivierung zur ausreichenden Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme unserer Patienten.

Die Mitglieder unserer Aktivteams werden regelmäßig zur Aktivierung betagter Menschen fortgebildet auch mit dem Ziel, dementiell erkrankte Patienten zu validieren und zu fördern.

#### **Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare**

Bereits im Pflegeprozess erhalten Patienten, Angehörige oder Betreuer Beratungsangebote durch die Pflegefachkraft.

Die Beratungsangebote sind zum einen abgestimmt zu allen Expertenstandards, es gibt aber auch individuelle Beratungsangebote, abgestimmt auf die Bedürfnisse des Patienten.

Zusätzlich erfahren unsere Patienten und deren Angehörige oder Betreuer Beratung durch

den Arzt, das therapeutische Team oder den Sozialdienst. Weiterhin stellt die Klinik ihre Räumlichkeiten für externe Seminare und Selbsthilfegruppen zu unterschiedlichen Themen zur Verfügung (Pflegerische Angehörige, Leben mit Parkinson usw.). So findet 1x wöchentlich die Gruppe "Vergissmeinnicht" statt. Die Gruppe dient der Entlastung pflegender Angehöriger. Hier werden ältere Menschen aus der näheren Umgebung durch Fachpersonal betreut. Durch die Anbindung an die Klinik und das im Vorfeld bekannte Umfeld wird die Bereitschaft der betagten Menschen zur akuten stationären Behandlung erheblich gesteigert.

### **Basale Stimulation**

Hier arbeiten wir mit Düften zur Entspannung oder mit ätherischen Ölen als Wasserzusätze (bei der Grundpflege). Auch versuchen wir mit unterschiedlichen Geschmackszusätzen (je nach Vorlieben des Patienten) die Mundpflege durchzuführen. Ziel dieser basalen Stimulation ist, dem Patienten so viel Wohlempfinden wie möglich zukommen zu lassen.

### **Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden**

Die DRK Klinik Mettlach verfügt über ein Konzept zur Begleitung Sterbender. Ein weiterer wichtiger Punkt beinhaltet unter anderem auch die Begleitung und Beratung der Angehörigen in dieser Phase, welche fachgerecht durch das Pflegepersonal und unsere Ärzte ausgeführt wird. Wo gewünscht, kann seelischer Beistand von unseren katholischen wie auch evangelischen Patienten/Patientinnen angefragt werden.

### **Bewegungstherapie**

In unserer Einrichtung werden geriatrische Reha-Patienten, geriatrische Akutpatienten sowie neurogeriatrische Patienten versorgt. Unsere Patienten kommen aufgrund eines in ihrem Leben massiv einschneidenden Ereignisses zu uns. Dies kann Folge eines Sturzes, eines Schlaganfalles oder einer anderen gravierenden Erkrankung sein. Leider sind solche Ereignisse beim geriatrischen Patienten meist mit Einschränkungen in der Mobilität verbunden.

Um eine Verbesserung zu erreichen, arbeiten alle Berufsgruppen interdisziplinär miteinander. Dies bedeutet, dass auch die Pflege unserer Patienten aktivierend erfolgt. Unsere Patienten erhalten Anleitungen zu allen "Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens" (AEDL's).

Die Eigenbewegung des Patienten wird gefördert und möglichst durch gezielte Prophylaxen verbessert.

### **Bobath-Therapie**

Eine Vielzahl unserer Therapeuten der Ergo- und Physiotherapie sind speziell auf das Bobathkonzept geschult. Sie arbeiten mit den Patienten und geben ihr Wissen regelmäßig den Mitarbeitern der Pflege weiter. So können spezielle Lagerungen, Aktivierungen und Transfers nach Bobath auf den Patienten abgestimmt und durchgeführt werden. Der Schwerpunkt des Bobathkonzepts liegt auf der Sensomotorik, also der Verarbeitung der Reize, die über das vestibuläre, propriozeptive und taktile System aufgenommen und verarbeitet werden sowie der dazugehörigen motorischen Anpassungsreaktion. In der ergotherapeutischen Arbeit mit Demenzkranken ist das Bobathkonzept vor allem hilfreich bei Bewegungstransfers im mittleren und schweren Stadium der Alzheimererkrankung und bei der Lagerung von Schwerstkranken.

**Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege**

Bereits ab dem Aufnahmetag erfragen unsere Ärzte im Aufnahmegespräch die häusliche Versorgung des Patienten. Im Laufe der stationären Zeit in unserer Einrichtung stellt sich dann der tatsächliche Versorgungsbedarf im Anschluss dar. Bei Bedarf wird der Sozialdienst eingeschaltet. Dieser unterstützt bei der Entscheidungsfindung zur weiteren Versorgung und Ausgestaltung. Durch die Pflegefachkraft erhält der weiter Versorgende schriftliche Informationen zur pflegerischen Versorgung des Patienten.

**Ergotherapie/Arbeitstherapie**

Unsere Ergotherapeuten betreuen unsere Patienten in Gruppen und in Einzeltherapien. Es finden, da wo möglich, Therapieeinheiten zu Haushaltstätigkeiten statt. Hier erlernen Patienten z.B. das Befüllen und Einstellen einer Waschmaschine; es finden gemeinsame Kochgruppen statt. Im Vordergrund steht natürlich das Wiedererlangen von Alltagskompetenz und somit die weitgehendste Selbstständigkeit des Patienten.

**Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege**

Einmal wöchentlich wird jeder Patient durch den Chefarzt visitiert. Im Anschluss findet die sogenannte Fallbesprechung zu jedem Patienten statt. Alle Fallbesprechungen erfolgen interdisziplinär, d.h. alle Berufsgruppen nehmen an der Besprechung teil. Hier werden der aktuelle Istzustand und weitere Ziele für die Weiterbehandlung besprochen. Alle Berufsgruppen übertragen die Ziele in ihre tägliche Arbeit, so dass der Patient täglich zu allen AEDL's Aktivierung erfährt.

**Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/ Konzentrationstraining**

Unsere Ergotherapeuten bieten unterschiedliche Therapieeinheiten zum kognitiven Training der Patienten an. Abhängig ist das Therapieangebot von der Verordnung des behandelnden Arztes. Aber auch im Pflegealltag üben die Pflegekräfte mit den Patienten vorhandenes Wissen zu behalten und fördern dies durch aktivierende Pflege und aktive Gesprächsführung.

**Hausdame**

In unserer Einrichtung ist die Funktion der "Hausdame" implementiert. Ihre Aufgaben beinhalten den Empfang und die Begleitung unserer Patienten oder/und deren Angehörigen durch den Aufnahmeprozess.

Im Laufe des Aufenthaltes in unserer Einrichtung, werden Sie regelmäßig durch die Hausdame besucht, dabei können Sie Ihre Wünsche und Anregungen äußern.

**Kontinententraining/Inkontinenzberatung**

Der Expertenstandard "Kontinententraining" ist in unserer Einrichtung fest implementiert. Auf jeder Station ist ein Inkontinenzbeauftragter benannt. Unsere Pflegefachkräfte verfügen über alle notwendigen Kenntnisse um ein zielführendes Kontinententraining sowie eine fachgerechte Inkontinenzversorgung zu gewährleisten. Beim Erstellen der Pflegeplanung wird das Ausscheideverhalten des Patienten beurteilt und ggf. Maßnahmen zur Verbesserung eingebracht. Diese Maßnahmen werden im Laufe des Aufenthaltes evaluiert und immer wieder angepasst.

Unsere Einrichtung ist mit unterschiedlichen Inkontinenzmaterialien ausgestattet, um eine individuelle Versorgung unserer Patienten sicherzustellen.

**Sozialdienst:**

Unser Sozialdienst berät, begleitet und unterstützt die Patienten, ihre Angehörigen und/oder

Betreuer bei Problemen, die Ihnen durch ihre Krankheit entstanden sind und ihr Leben in psychischer, physischer und finanzieller Hinsicht beeinträchtigen können. Hierzu gehören u. a. die Beratung in rechtlichen Angelegenheiten, z. B. Betreuungs- und Sozialrecht, Anregung von gesetzlichen Betreuungen, Hilfe bei der Beantragung von Leistungen im Bereich der Sozialgesetzgebung.

### **Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik**

Unsere Einrichtung verfügt über unterschiedliche Hilfsmittel, welche innerhalb der Klinik von den Patienten genutzt werden können. Die Versorgung erfolgt durch Anweisung des behandelnden Arztes. Zeitgleich oder im Laufe des Aufenthaltes entscheidet der Arzt im Konsens mit dem therapeutischen Team, welches Hilfsmittel benötigt wird, um auch zu Hause eine optimale Versorgung des Patienten zu gewährleisten. Dies wird rezeptiert und an ein Sanitäts- und / oder Orthopädiehaus Ihrer Wahl weitergeleitet.

### **Zusammenarbeit mit/ Kontakt zu Selbsthilfegruppen:**

In den Räumlichkeiten unserer Klinik finden einmal wöchentlich Treffen der Parkinsongruppe und einmal monatlich ein Treffen Parkinsonkranker statt.

Ein weiteres Angebot bezieht sich auf die Entlastung pflegender/betreuender Angehöriger eines demenziell erkrankten Menschen. Die zu Betreuenden können einmal wöchentlich an einem Aktivnachmittag in den Räumlichkeiten unserer Cafeteria teilnehmen (Café Vergissmeinnicht).

In regelmäßigen Abständen bietet der DRK Landesverband Informationsabende zum gegenseitigen Austausch mit pflegenden Angehörigen an.

## **A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses**

	<b>Leistungsangebot</b>
1	Abschiedsraum
2	Andachtsraum Auf unserem Klinikgelände befindet sich eine kleine Kapelle. Diese können mobile Patienten täglich in der Zeit von 8:00 - 17:00 Uhr besuchen. Auf Wunsch erhält der Patient auch eine Begleitung.
3	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: purinarmer Kost, laktosefreie Kost, passierte Kost, hochkalorische Kost, häufigere kleinere Mahlzeiten Neben den medizinischen Gesichtspunkten können auch religiöse und/oder kulturelle Aspekte bei unserem Nahrungsangebot Berücksichtigung finden.
4	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle Für Patienten mit Wahlleistung
5	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen

	<b>Leistungsangebot</b>
6	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer
	Kosten pro Tag: 0 €
	Alle Patientenzimmer sind mit Flachbildschirmen und seniorengerechter Fernbedienung ausgestattet.
7	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum
	Auf jeder unserer zwei Stationen stehen für unsere Patienten zwei Aufenthaltsräume zum Unterhalten, Fernsehen, Lesen oder für gemeinsame Gesellschaftsspiele zur Verfügung.
8	Hotelleistungen
9	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
10	Internetanschluss am Bett/im Zimmer
	Kosten pro Tag: 0 €
	Unsere Zimmer sind im Wahlleistungsbereich teilweise mit WLAN ausgestattet.
11	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen
	Max. Kosten pro Stunde: 0 € Max. Kosten pro Tag: 0 €
	Parkplätze stehen Patienten wie auch Besuchern kostenfrei zur Verfügung
12	Rundfunkempfang am Bett
	Kosten pro Tag: 0 €
13	Seelsorge
	Neben den christlich geprägten seelsorgerischen Angeboten finden in unserer Klinik auch Besonderheiten anderer Glaubensrichtungen Berücksichtigung.
14	Telefon am Bett
	Kosten pro Tag: 0 € Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,17 € Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 €
	Wir halten auch Telefonapparate mit großer Tastatur vor.
15	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
	Je nach Belegung ist es möglich, eine Begleitperson im Zimmer oder auf der Station unterzubringen. Zusätzlich besteht die Möglichkeit der Unterbringung in dem angrenzenden Gebäude, "Haus Nancy".
16	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer
17	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
18	Zwei-Bett-Zimmer

Leistungsangebot	
19	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle

Neben den vorgenannten Serviceangeboten stehen unseren Patienten auch folgende Leistungen/Einrichtungen zur Verfügung:

#### **Besuchsdienst:**

Unsere Patienten werden täglich von der Hausdame besucht. Diese bietet u. a. auch seniorengerechte Lektüre an. Unsere ehrenamtlichen Mitarbeiter übernehmen für unsere Patienten auch wertvolle Dienste, indem sie vorlesen, zuhören, kleinere Besorgungen erledigen oder einfach Gesellschaft leisten.

#### **Cafeteria/ Einkaufsmöglichkeiten:**

Für unsere Patienten sowie deren Angehörige und Besucher ist unsere moderne Cafeteria mit Sonnenterrasse und angeschlossenem Kiosk täglich geöffnet. Öffnungszeiten: werktags von 9:00 - 17:00 Uhr, am Wochenende und an Feiertagen von 14:00 - 17:00 Uhr. In der Cafeteria besteht die Möglichkeit, kleinere Dinge wie Sanitärartikel, Süßigkeiten oder Zeitungen zu kaufen. Die Tageszeitung ist täglich aktuell in der Cafeteria zu erwerben, Patienten mit Wahlleistung erhalten die Tageszeitung unentgeltlich. Wünsche nach nicht vorgehaltenen Zeitungen oder Zeitschriften bzw. nicht vorrätigen Produkten können jederzeit an die Mitarbeiter herangetragen werden. Nach Möglichkeit werden wir so auch Sonderwünsche erfüllen. In allen öffentlichen Bereichen stehen kostenlose Wasserspender zur Verfügung.

Unweit der Klinik befindet sich außerdem ein Einkaufszentrum (Outletcenter V&B).

#### **Frisiersalon:**

Ein Friseur kommt wöchentlich in unsere Klinik und steht mit seinem Leistungsangebot allen Patienten zur Verfügung.

#### **Kirchlich-religiöse Angebote:**

Samstags findet in unserer Klinik ein katholischer Gottesdienst statt. Die Kommunion wird auf Wunsch auch im Patientenzimmer gereicht.

Unmittelbar neben der Klinik steht eine kleine Kapelle. Diese ist von 8:00 - 17:00 Uhr geöffnet und für jeden zugänglich.

#### **Kostenlose Getränkebereitstellung:**

Gerade bei älteren Menschen ist regelmäßiges und ausreichendes Trinken für das Wohlbefinden äußerst wichtig. Alle Patienten unserer Klinik erhalten daher jederzeit und kostenlos ihre Wunschgetränke (Säfte, Mineralwasser, Tee, Kaffee etc.) über die Mitarbeiter der Stationen.

#### **Kulturelle Angebote:**

Mehrmals im Jahr werden, entsprechend der Jahreszeit, Feste und Veranstaltungen angeboten. Hierzu gehören die jährliche Weihnachtsfeier, Martinssingen, Grillabende oder Sommerfeste. Außerdem finden regelmäßig Veranstaltungen wie Singen, Chordarbietungen ortsansässiger Vereine sowie eines Russischen Chors usw. statt.

#### **Orientierungshilfen:**

Unsere Räumlichkeiten sind durch Türschilder ausgewiesen, Stationen und Funktionsbereiche sind durch Wegweiser kenntlich gemacht. Im Rahmen der aktivierenden Pflege sind unsere Mitarbeiter geschult, jedem Patienten individuelle Orientierungshilfen zu geben. Wir arbeiten orientiert an der Biographie des Patienten oder nehmen aktuelle Gewohnheiten zu Hilfe. Hierzu nutzen wir z. B. Kalender, Uhren oder persönliche Bilder des Patienten. Aber auch verbale Hilfen durch Anleitungen oder Begleitungen des Patienten sind im Pflegeprozess berücksichtigt.

**Parkanlage:**

Unsere Einrichtung verfügt über eine eigene Parkanlage. Hier gibt es ausreichend Bänke und Beschattung durch Bäume, welche zum Spazieren und Ruhen einladen. Ein Gangschulungsweg, der rund um das Klinikgebäude führt, bietet durch unterschiedliche Bodenbeschaffenheiten ein Gangschulungstraining. Der Weg ist auf Abschnitten erhöhter Gleichgewichtsanforderung durch Geländer gesichert. Weiter haben wir einen Therapiegarten mit Hochbeeten, welcher von unseren Patienten im Rahmen ihrer Therapien bepflanzt und gepflegt wird. Zur gegebenen Zeit wird dann auch gemeinsam geerntet und der "Ertrag" weiter verarbeitet, z. B. in der Kochgruppe.

**Postdienst:**

Unsere Patienten können über unsere Postanschrift jederzeit Post erhalten. Diese wird durch die Mitarbeiter der Pflege zugestellt. Zu versendende Briefe/Postsendungen werden über unseren Empfang an den Briefboten weitergegeben.

**Rauchfreies Krankenhaus:**

Innerhalb unserer Einrichtung besteht ein absolutes Rauchverbot. Im Außenbereich gibt es ausgewiesene Rauchzonen.

**Terrassen:**

Unsere Klinik verfügt über 2 Terrassen. Eine befindet sich direkt an der Cafeteria, die andere hat direkten Zugang zum Park. Beide Terrassen bieten ausreichend Sonnenschutz und Sitzmöglichkeiten. Im Sommer finden immer wieder Events auf der Terrasse statt.

**Wunschessen:**

Die Essensversorgung unserer Klinik ist ein wichtiger Bestandteil unseres bewährten Therapiekonzeptes. Unsere Patienten können täglich aus 2 angebotenen Menüs einzelne Komponenten wählen. Die Mahlzeiten erfolgen in der Gemeinschaft in unseren Speisesälen, auch begleitet durch unser Pflegepersonal.

Sollten unsere Patienten aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage sein, die Mahlzeiten in den Speisesälen einzunehmen, erhalten sie Zimmerservice. Zusätzlich zu den Hauptmahlzeiten können Zwischen-/Spätmahlzeiten gewählt werden.

Die Darreichung der Mahlzeiten der Begleitpersonen erfolgt in gleicher Weise wie für Patienten.

Mahlzeiten sind jedoch nicht in der Regelleistung inbegriffen und werden extra in Rechnung gestellt.

**A-7 Aspekte der Barrierefreiheit**

Aspekte der Barrierefreiheit	
1	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
2	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
3	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
4	Diätetische Angebote
	kalorienreduzierte Kost, purinarmer Kost, hochkalorische Kost, laktosefreie Kost, Vollkost 1 (kohlenhydratreichere Diabeteskost für Senioren) u. a.



Aspekte der Barrierefreiheit	
5	Dolmetscherdienst Hausinterner Übersetzer- und Dolmetscherdienst durch unsere Mitarbeiter in den Sprachen Englisch, Französisch, Arabisch, Italienisch, Persisch, Polnisch, Rumänisch, Russisch, Spanisch und Türkisch Darüber hinaus kann ebenfalls auf die Dienste vereidigter Dolmetscher zurückgegriffen werden.
6	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin Anforderung über die Dolmetscherzentrale für hörbehinderte Menschen, Saarbrücken. Die Kontaktdaten sind in unserer Übersetzer- und Dolmetscherliste aufgeführt und für alle Mitarbeiter verfügbar.
7	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung
8	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit Die Barrierefreiheit wurde im Rahmen der Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2008 in Kombination mit dem Qualitätssiegel Geriatrie für Rehabilitationseinrichtungen für die Gesamtklinik erhoben.
9	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
10	Rollstuhlgerichte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
11	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
12	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
13	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Der Chefarzt der Akutgeriatrie verfügt über die Weiterbildungsermächtigung für

- Innere Medizin, zugelassen für 2,5 Jahre
- Geriatrie, zugelassen für 2 Jahre

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Ausbildungen in anderen Heilberufen	
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
2	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin
3	Ergotherapeut und Ergotherapeutin Als kooperierende Praktikumsinstitution stellen wir ergänzend zur schulischen Ausbildung die praktische Ausbildung zum Ergotherapeuten sicher.

Ausbildungen in anderen Heilberufen	
4	Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin
	Als kooperierende Praktikums-einrichtung stellen wir ergänzend zur schulischen Ausbildung die praktische Ausbildung zum Physiotherapeuten sicher.

## A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten: 33

## A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl: 512  
 Teilstationäre Fallzahl: 165  
 Ambulante Fallzahl: 0

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Für alle Patienten unserer Klinik (sowohl Patienten der Akutgeriatrie als auch Patienten im Reha-Bereich) steht ein internistisch und geriatrisch qualifiziertes Ärzte-Team rund um die Uhr zur Verfügung.

Von den insgesamt in der DRK Klinik Mettlach angestellten Ärzten (Chefarzt, Oberärzte, Assistenzärzte) entfallen rechnerisch die angegebenen 3,41 VK auf den Bereich der Akutgeriatrie. Der verbleibende Stellenanteil der Ärzte entfällt auf die Betreuung unserer Patienten im Reha-Bereich.

Das ärztliche Team berücksichtigt die besonderen Gegebenheiten älterer Menschen und verfügt über fachübergreifendes medizinisches Wissen.

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	3,41	3,41	0	0	3,41
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	2,9	2,9	0	0	2,9

## A-11.2 Pflegepersonal

Insgesamt sind in unserer Einrichtung 84 Mitarbeiter im Pflegedienst beschäftigt. Von ihnen werden alle Patienten/Bewohner betreut, unabhängig davon, ob sie der Akutgeriatrie, der Rehabilitation oder der Altenpflege zugeordnet sind. In der angegebenen Anzahl Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Pflegedienst sind nur die Mitarbeiter/-innen enthalten, die rechnerisch für die Bereiche Akutgeriatrie vollstationär und Akutgeriatrie teilstationär (Tagesklinik) zur Verfügung stehen. Die Zuordnung aller Mitarbeiter/-innen auf die genannten Bereiche erfolgt unabhängig von den rechnerischen Größen bedarfsgerecht in Abhängigkeit von der jeweils aktuellen Belegungssituation.

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

Personal / Ohne FA-Zuordnung	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	9,99 0	9,99 0	0 0	0 0	9,99 0
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,66 0	1,66 0	0 0	0 0	1,66 0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,9 0	0,9 0	0 0	0 0	0,9 0
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	4,1 0	4,1 0	0 0	0 0	4,1 0

## A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.
Ergotherapeut und Ergotherapeutin	2,7	2,7	0	0	2,7
Klinischer Neuropsychologe und Klinische Neuropsychologin	0,3	0,3	0	0	0,3
Logopäde und Logopädin/ Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin	0,45	0,45	0	0	0,45
Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	1,3	1,3	0	0	1,3
Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF)	0,9	0,9	0	0	0,9
Physiotherapeut und Physiotherapeutin	2,7	2,7	0	0	2,7
Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin	0,1	0,1	0	0	0,1
Sozialpädagoge und Sozialpädagogin	0,6	0,6	0	0	0,6

Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta	5,4	5,4	0	0	5,4
---	-----	-----	---	---	-----

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

Das Qualitätsmanagementsystem der DRK Klinik Mettlach stellt durch festgelegte Strukturen sicher, dass die Qualitätsanforderungen erfüllt und das Leitbild sowie die daraus abgeleiteten Qualitätsziele und Rehabilitationsspezifischen Qualitätsgrundsätze in der gesamten Klinik in allen Abteilungen umgesetzt werden.

In Organigrammen, Geschäftsordnungen, Stellenbeschreibungen sowie den Dienstverträgen werden Befugnisse und gegenseitige Beziehungen aller Mitarbeiter dargestellt, die leitende, ausführende und überwachende Tätigkeiten ausüben.

Auf Trägerebene ist ein Beraterteam etabliert, das eine gemeinsame QM-Strategie für alle Krankenhäuser der Gesellschaft entwickelt und die Einrichtungen beratend begleitet.

Das QRM-Lenkungsgremium (Qualitäts-/Risikomanagement) steuert alle QM-Maßnahmen in unserer Klinik. Die Qualitätsmanagementbeauftragte ist als Stabsstelle dem Kaufmännischen Direktor zugeordnet.

Projektgruppen, Arbeitsgruppen, Qualitätszirkel und Verbesserungsteams sind fest etablierte Elemente unseres Qualitätsmanagements.

Diese Struktur dient dazu, ständig über die QM-Entwicklung auf dem aktuellsten Stand zu sein und Qualitätsmanagementmaßnahmen strukturiert und systematisch weiterzuentwickeln und umzusetzen.

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

<b>Name/Funktion:</b>	Beate Jacob, Qualitätsmanagementbeauftragte
<b>Telefon:</b>	06831 171 120
<b>Fax:</b>	06831 171 380
<b>E-Mail:</b>	beate.jacob@drk-kliniken-saar.de

#### A-12.1.2 Lenkungsgremium

<b>Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema austauscht:</b>	Ja
--	----

**Wenn ja:****Beteiligte Abteilungen/  
Funktionsbereiche:**

Klinikdirektorium, Qualitätsmanagementbeauftragte, Beschwerdebeauftragte, Leiterin des therapeutischen Teams, ein Oberarzt, Betriebsratsvorsitzende, Bereichsleitung Altenpflege

**Tagungsfrequenz des Gremiums:**

quartalsweise

**A-12.2 Klinisches Risikomanagement**

In der Verantwortung für unsere Patienten, Bewohner und Mitarbeiter haben wir besondere Strategien im Umgang mit Fehlern und Risiken entwickelt. Über unser integriertes Risikomanagement werden Risikopotentiale systematisch ermittelt, bewertet und wenn notwendig, geeignete Vorbeugemaßnahmen zur Vermeidung von Fehlern abgeleitet. Über verschiedene externe Informationskanäle bzw. Fehlermeldesysteme nutzen wir darüber hinaus die Möglichkeit, von "Fehlern anderer zu lernen".

Das Risikomanagement ist wichtiger risikopräventiver, schadenverhütender und praxisorientierter Bestandteil unseres Qualitätsmanagementsystems.

**A-12.2.1 Verantwortliche Person****Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:**

entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

**A-12.2.2 Lenkungsgremium****Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht:**

ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement

Zu den Aufgabenfeldern gehören unter anderen:

- die kontinuierliche Steuerung, Begleitung und Evaluation der innerbetrieblichen Maßnahmen im Bereich des Risikomanagements
- die Begleitung und die Steuerung der Umsetzung der Empfehlungen aus internen und externen Audits
- die Umsetzung eines CIRS
- die Durchführung von Ereignis-/Fallanalysen
- die Bewertung externer Schadensfälle ("von anderen lernen")
- die Initiierung von Risikomanagement-Projekten in der klinischen Praxis

## A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	<b>Instrument bzw. Maßnahme</b>
1	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
2	Klinisches Notfallmanagement
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Notfallkonzept Letzte Aktualisierung: 08.08.2016
3	Schmerzmanagement
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Schmerzkonzept Letzte Aktualisierung: 31.05.2017
4	Sturzprophylaxe
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Sturzprophylaxe Letzte Aktualisierung: 27.04.2016
5	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege")
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dekubitusprophylaxe Letzte Aktualisierung: 25.07.2016
6	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Konzept zum Umgang mit Freiheitsentzug-Freiheitsberaubung Letzte Aktualisierung: 09.08.2017
7	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Fehler und Risikomanagement Letzte Aktualisierung: 02.02.2015
8	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
9	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Konzept zum Umgang mit Arzneimitteln Letzte Aktualisierung: 09.12.2015
10	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
11	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Patientenidentifikation Letzte Aktualisierung: 09.12.2015
12	Entlassungsmanagement
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Entlassungskonzept Letzte Aktualisierung: 10.02.2015

**Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen:**

<input type="checkbox"/>	Tumorkonferenzen
<input checked="" type="checkbox"/>	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
<input type="checkbox"/>	Pathologiebesprechungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Palliativbesprechungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Qualitätszirkel
<input checked="" type="checkbox"/>	Andere: Projektgruppe Prozessoptimierung Dysphagiemanagement

**A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems**

**Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt?** Ja

**Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems:**

	<b>Instrument bzw. Maßnahme</b>
1	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor
	Letzte Aktualisierung: 02.02.2015
2	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem
	Intervall: halbjährlich
3	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen
	Intervall: bei Bedarf

**Details:**

**Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:** Ja

**Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:** bei Bedarf



**Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:**

Verbesserte Aufsicht der MTT-Gruppe (Medizinische Trainingstherapie), erweiterte Risikoeinschätzung zur Sturzprophylaxe bei kognitiv eingeschränkten Patienten, zusätzliche Vorsichtsmaßnahme zur Nutzung der Fahrstühle bei Notstrom, Erstellung neuer Behandlungskonzepte z.B. Malnutrition, Evaluation der Behandlungskonzepte durch spezielle Fallanalysen.

Ein CIRS-Auswertungsteam ist etabliert, welches aus Teilnehmern verschiedener Fachbereiche besteht. Das Auswertungsteam erfasst Meldungen zu Risiken und Fehlern, wertet diese aus und leitet geeignete Maßnahmen ein. Die Treffen des Auswertungsteams finden bei Bedarf statt.

Das CIRS-Meldesystem ist anonym und edv-gestützt.

Die Berichterstattung des CIRS-Auswertungsteams sowie die Ableitung geeigneter Maßnahmen ist fester Tagesordnungspunkt in den Sitzungen des QRM-Lenkungsgremiums (Qualitäts-/Risikomanagement (QRM)).

**A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen**

**Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):**

**Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem:**

Nein

**A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte**

**A-12.3.1 Hygienepersonal**

Personal	Anzahl
Krankenhaustygieniker und Krankenhaustygienikerinnen	1 <sup>1)</sup>
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	1
Hygienefachkräfte (HFK)	1
Hygienebeauftragte in der Pflege	2

<sup>1)</sup> externer Berater

### A-12.3.1.1 Hygienekommission

<b>Wurde eine Hygienekommission eingerichtet?</b>	Ja
<b>Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission:</b>	halbjährlich

#### Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

<b>Name/Funktion:</b>	MD syr. Haitham Mahamid, Ärztlicher Direktor, Vorsitzender
<b>Telefon:</b>	06864 88 209
<b>Fax:</b>	06864 88 2006
<b>E-Mail:</b>	haitham.mahamid@drk-kliniken-saar.de

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

##### 1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor:

**Auswahl:**  Trifft nicht zu

##### 2. Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor:

**Auswahl:**  Trifft nicht zu

Zentrale Venenverweilkatheter finden in unserer Klinik keine Anwendung.

#### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Antibiotikasurveillance ist seit 2015 implementiert. Die Festlegung des Antibiotikaregimes erfolgt zurzeit durch die Hygienekommission.

	Option	Auswahl
1	Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.	Nein
2	Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst.	Nein
3	Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.	Nein

**Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor:****Auswahl:**  Trifft nicht zu**A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden****Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:****Auswahl:**  Ja**Der interne Standard thematisiert insbesondere:**

	Option
1	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)
2	Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))
3	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden
4	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion

**Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert:****Auswahl:**  Ja**A-12.3.2.4 Händedesinfektion****Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde für das Berichtsjahr erhoben:**  Ja**Händedesinfektionsmittelverbrauch (Einheit: ml/Patiententag):**

... auf allen Intensivstationen:	0
... auf allen Allgemeinstationen:	20

**Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:****Auswahl:** Ja**A-12.3.2.5 Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)**

	Option
1	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke ( <a href="http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html">www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html</a> ).
2	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)

**Umgang mit Patienten mit MRE (2):**

	Option	Auswahl
1	Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen.	Nein
2	Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen	Ja

**A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement**

	Instrument bzw. Maßnahme
1	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen
	Name: Infectio-Saar-Netzwerk
2	Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH)
	Details: Zertifikat Bronze
3	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen
4	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen

**Zu HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen:**

<input type="checkbox"/>	AMBU-KISS
<input type="checkbox"/>	CDAD-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	HAND-KISS
<input type="checkbox"/>	ITS-KISS
<input type="checkbox"/>	MRSA-KISS
<input type="checkbox"/>	NEO-KISS
<input type="checkbox"/>	ONKO-KISS
<input type="checkbox"/>	OP-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	STATIONS-KISS
<input type="checkbox"/>	SARI

**A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement**

	<b>Lob- und Beschwerdemanagement</b>	<b>Erfüllt?</b>
1	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
2	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
3	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.  <a href="http://www.drk-kliniken-saar.de">http://www.drk-kliniken-saar.de</a>	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
6	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
7	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja
8	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja

	<b>Lob- und Beschwerdemanagement</b>	<b>Erfüllt?</b>
	Der Patientenführsprecher steht jeden 2. Montag im Monat (ungerade Wochen) in der Zeit von 15:00 Uhr bis 16:30 Uhr für persönliche Gespräche in unserem Haus zur Verfügung.	
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Ja

### Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

<b>Name/Funktion:</b>	Melanie Müller, Beschwerdemanagementbeauftragte
<b>Telefon:</b>	06864 88 412
<b>Fax:</b>	
<b>E-Mail:</b>	melanie.mueller@drk-kliniken-saar.de

### Patientenführsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

<b>Name/Funktion:</b>	Manfred Hensgen, Patientenführsprecher
<b>Telefon:</b>	06865 9117875
<b>Fax:</b>	
<b>E-Mail:</b>	info@drk-kliniken-saar.de

### A-13 Besondere apparative Ausstattung

Unsere Klinik verfügt über folgende diagnostische Geräte:

- EKG und Langzeit EKG
- NLG Diagnosesystem
- Röntgengerät
- Elektrolyte Analyzer
- Blutbildgerät
- RAL Stain Box Färbeautomat
- Coagulometer
- Blutgasanalysegerät
- Gerät für immunologische Diagnostik (POCT)
- Analysegerät für Klinische Chemie
- Urinanalysegerät
- Lungenfunktionsgerät
- Sonographiegeräte (stationär und tragbar)
- Echokardiographie-/Farbdoppler-/Duplex-Gerät
- Defibrillatoren
- stationäre Überwachungsgeräte
- mobile Monitore und Pulsoximeter

## B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

### B-[1] Geriatrie

#### B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Abteilungsart:</b>	Hauptabteilung
<b>Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:</b>	Geriatrie
<b>Straße:</b>	Saaruferstraße
<b>Hausnummer:</b>	10
<b>PLZ:</b>	66693
<b>Ort:</b>	Mettlach
<b>URL:</b>	<a href="http://www.drk-kliniken-saar.de/mettlach/geriatrie/akutgeriatrie-rehabilitation.php">http://www.drk-kliniken-saar.de/mettlach/geriatrie/akutgeriatrie-rehabilitation.php</a>

#### B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel	
1	(0200) Geriatrie

#### B-[1].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

<b>Name/Funktion:</b>	MD syr. Haitham Mahamid, Ärztlicher Direktor, Chefarzt
<b>Telefon:</b>	06864 88209
<b>Fax:</b>	06864 2006
<b>E-Mail:</b>	heike.fredrich@drk-kliniken-saar.de

#### B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/ Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V:

Keine Vereinbarung geschlossen

### B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Leistungsangebote	
1	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
	Die geriatrische Behandlung geht über die reine Organmedizin hinaus und erbringt neben der Organdiagnostik und -therapie auch zusätzlich frührehabilitative Leistungen. Die Behandlung hat u. a. das Ziel, die verloren gegangenen Fähigkeiten und Kompetenzen wieder herzustellen.

### B-[1].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Die Aspekte der Barrierefreiheit sind in Kapitel A-7 beschrieben.

### B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Vollstationäre Fallzahl:</b>	512
<b>Teilstationäre Fallzahl:</b>	0
<b>Kommentar/Erläuterung:</b>	Die teilstationären Fälle werden im Kapitel B "Geriatrie/Tagesklinik" gesondert dargestellt.

### B-[1].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F05	Verwirrheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt	61
2	M62	Sonstige Muskelkrankheit	58
3	G20	Parkinson-Krankheit	42
4	M47	Gelenkverschleiß (Arthrose) der Wirbelsäule	29
5	I50	Herzschwäche	28
6	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt	22
7	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	22
8	R26	Störung des Ganges bzw. der Beweglichkeit	20
9	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2	14
10	G21	Parkinson-Krankheit, ausgelöst durch Medikamente oder Krankheiten	13



**B-[1].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe**

	<b>OPS</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Fallzahl</b>
1	8-550	Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen	434
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	412
3	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	150
4	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	70
5	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	54
6	3-205	Computertomographie (CT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel	10
7	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	8
8	3-206	Computertomographie (CT) des Beckens ohne Kontrastmittel	8
9	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	6
10	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	5

**B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Es bestehen keine Ambulanzermächtigungen für den Bereich Akutgeriatrie.

**B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

In der DRK Klinik Mettlach werden keine ambulanten Operationen durchgeführt.

**B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

<b>Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden:</b>	Nein
<b>Stationäre BG-Zulassung:</b>	Nein

## B-[1].11 Personelle Ausstattung

### B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/Anz.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	2,66	2,66	0	0	2,66	192,5
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	2,15	2,15	0	0	2,15	238,1

#### B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
1	Innere Medizin Der Chefarzt der Akutgeriatrie verfügt über die Weiterbildungsermächtigung für Innere Medizin, zugelassen für 2,5 Jahre sowie über die Weiterbildungsermächtigung für Geriatrie, zugelassen für 2 Jahre.
2	Physikalische und Rehabilitative Medizin

#### B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Geriatrie
2	Labordiagnostik - fachgebunden -
3	Manuelle Medizin/Chirotherapie
4	Naturheilverfahren
5	Physikalische Therapie und Balneologie
6	Röntgendiagnostik - fachgebunden -
7	Spezielle Schmerztherapie
8	Diabetologie

**B-[1].11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	9,24	9,24	0	0	9,24	55,4
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,91	0,91	0	0	0,91	562,6
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,9	0,9	0	0	0,9	568,9
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	4,1	4,1	0	0	4,1	124,9

**B-[1].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**

Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse	
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung

**B-[1].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation**

Zusatzqualifikationen	
1	Bobath
2	Qualitätsmanagement
3	Wundmanagement
4	Geriatrie
5	Kontinenzmanagement

Desweiteren verfügen zwei Pflegefachkräfte über die strukturierte curriculare geriatricspezifische Zusatzqualifikation für Pflegefachkräfte, "Führerschein Geriatrie".

**B-[2] Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)****B-[2].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

<b>Abteilungsart:</b>	Hauptabteilung
<b>Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:</b>	Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
<b>Straße:</b>	Saaruferstraße
<b>Hausnummer:</b>	10
<b>PLZ:</b>	66693
<b>Ort:</b>	Mettlach
<b>URL:</b>	<a href="http://www.drk-kliniken-saar.de/mettlach/tagesklinik/geriatriche-tagesklinik.php?navid=12">http://www.drk-kliniken-saar.de/mettlach/tagesklinik/geriatriche-tagesklinik.php?navid=12</a>

**B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel**

Fachabteilungsschlüssel	
1	(0260) Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

**B-[2].1.2 Name des Chefarztes oder der Cheförztn**

<b>Name/Funktion:</b>	MD syr. Haitham Mahamid, Ärztlicher Direktor, Chefarzt
<b>Telefon:</b>	06864 88209
<b>Fax:</b>	06864 2006
<b>E-Mail:</b>	heike.fredrich@drk-kliniken-saar.de

**B-[2].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen**

<b>Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/ Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V:</b>	Keine Vereinbarung geschlossen
--	--------------------------------

### B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Leistungsangebote	
1	Geriatrische Tagesklinik
	Indikationsstellung und Zuweisung durch den Hausarzt sowie teilstationäre Behandlung als Fortsetzung einer vorausgegangenen stationären geriatrisch-rehabilitativen oder akuten Behandlung. Behandlungsschwerpunkte entsprechend der Therapiekonzepte des stationären Bereichs.

### B-[2].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Die Aspekte der Barrierefreiheit sind in Kapitel A-7 beschrieben.

### B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Vollstationäre Fallzahl:</b>	0
<b>Teilstationäre Fallzahl:</b>	165

### B-[2].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-98a	Umfassende Behandlung älterer Patienten, die teilweise im Krankenhaus erfolgt	2092

### B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Es bestehen keine Ambulanzermächtigungen für den Bereich Akutgeriatrie.

### B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

In der DRK Klinik Mettlach werden keine ambulanten Operationen durchgeführt.

### B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

<b>Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden:</b>	Nein
<b>Stationäre BG-Zulassung:</b>	Nein

**B-[2].11 Personelle Ausstattung****B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/Anz.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	0,75	0,75	0	0	0,75	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	0,75	0,75	0	0	0,75	0,0

**B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung**

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
1	Innere Medizin Der Chefarzt der Akutgeriatrie verfügt über die Weiterbildungsermächtigung für Innere Medizin, zugelassen für 2,5 Jahre sowie über die Weiterbildungsermächtigung für Geriatrie, zugelassen für 2 Jahre.
2	Physikalische und Rehabilitative Medizin

**B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

	Zusatz-Weiterbildung
1	Geriatrie
2	Labordiagnostik - fachgebunden -
3	Manuelle Medizin/Chirotherapie
4	Naturheilverfahren
5	Physikalische Therapie und Balneologie
6	Röntgendiagnostik - fachgebunden -
7	Spezielle Schmerztherapie
8	Diabetologie

**B-[2].11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

Personal	Anz.	mit BV	ohne BV	Amb.	Stat.	Fälle/ Anz.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,75	0,75	0	0	0,75	0,0
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,75	0,75	0	0	0,75	0,0

**B-[2].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation**

Zusatzqualifikationen	
1	Bobath
2	Geriatric
3	Qualitätsmanagement
4	Wundmanagement

## C Qualitätssicherung

### C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

#### C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

	Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate (%)
1	Dekubitusprophylaxe (DEK)	24	100
2	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>

#### C-1.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

##### C-1.2.A Qualitätsindikatoren, die vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertet wurden

##### C-1.2 A.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

1	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
	Bezeichnung des Qualitätsindikators	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür erwarben - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
	Kennzahl-ID	52009
	Ergebnis	—
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Bewertung durch strukturierten Dialog	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↔ unverändert
	Bundesdurchschnitt	0,95 %
	Referenzbereich	= 1,95 (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich (bundesweit)	0,94 % - 0,96 %
	Vertrauensbereich (Krankenhaus)	—

2	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
	Bezeichnung des Qualitätsindikators	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 4. Grades/der Kategorie 4 erwarben
	Kennzahl-ID	52010
	Ergebnis	0 %
	Beobachtete Ereignisse	0 / - / 1037



	Bewertung durch strukturierten Dialog	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↻ unverändert
	Bundesdurchschnitt	0,01 %
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 % - 0,01 %
	Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-

<b>3</b>	<b>Leistungsbereich</b>	<b>Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung</b>
	<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme</b>
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2005</b>
	Ergebnis	—
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Bewertung durch strukturierten Dialog	<b>U33</b> - Bewertung nach Strukturierem Dialog als qualitativ unauffällig: Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
	Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↻ unverändert
	Bundesdurchschnitt	98,33 %
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich (bundesweit)	98,28 % - 98,37 %
	Vertrauensbereich (Krankenhaus)	—

<b>4</b>	<b>Leistungsbereich</b>	<b>Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung</b>
	<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme</b>
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2009</b>
	Ergebnis	—
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Bewertung durch strukturierten Dialog	<b>U32</b> - Bewertung nach Strukturierem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
	Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↻ unverändert
	Bundesdurchschnitt	95,74 %
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich (bundesweit)	95,65 % - 95,82 %
	Vertrauensbereich (Krankenhaus)	—

5	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit geringem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben
	Kennzahl-ID	2012
	Bewertung durch strukturierten Dialog	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
	Bundesdurchschnitt	97,3 %
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich (bundesweit)	97,14 % - 97,45 %
	Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-

  

6	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit mittlerem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben
	Kennzahl-ID	2013
	Bewertung durch strukturierten Dialog	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
	Bundesdurchschnitt	93,63 %
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich (bundesweit)	93,5 % - 93,76 %
	Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-

  

7	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Bezeichnung des Qualitätsindikators	Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung
	Kennzahl-ID	2028
	Ergebnis	—
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Bewertung durch strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↔ unverändert
	Bundesdurchschnitt	95,88 %
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich (bundesweit)	95,79 % - 95,97 %
	Vertrauensbereich (Krankenhaus)	—

<b>8</b>	<b>Leistungsbereich</b>	<b>Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung</b>
	<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus</b>
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50722</b>
	Ergebnis	—
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Bewertung durch strukturierten Dialog	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↻ unverändert
	Bundesdurchschnitt	96,32 %
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich (bundesweit)	96,25 % - 96,39 %
	Vertrauensbereich (Krankenhaus)	—

<b>9</b>	<b>Leistungsbereich</b>	<b>Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung</b>
	<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b>
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50778</b>
	Ergebnis	—
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Bewertung durch strukturierten Dialog	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↻ unverändert
	Bundesdurchschnitt	1 %
	Referenzbereich	= 1,56 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 % - 1,01 %
	Vertrauensbereich (Krankenhaus)	—

**C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V**

<input type="checkbox"/>	Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.
<input checked="" type="checkbox"/>	Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

### **C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V**

Im Bereich der Akutgeriatrie ist kein entsprechendes Programm etabliert.

### **C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung**

In den letzten Jahren ist die Qualität der Versorgung zu einem zentralen Element im Gesundheitssystem geworden. In der Geriatrie gab es bereits Mitte der 90er Jahre Überlegungen dazu, auf welcher Basis verlässliche Aussagen hinsichtlich der Qualität und auch der Quantität der Behandlung geriatrischer Patienten getroffen werden können. Ein Ergebnis dieser Überlegungen war die Schaffung einer zentralen Datenbank, in der in anonymisierter Form die wichtigsten Behandlungsdaten der Mitgliedseinrichtungen als Grundparameter erfasst werden. Auf diesem Wege werden die Leistungen und Ergebnisse in der geriatrischen Versorgung repräsentativ abgebildet und stehen somit für Analysen zur Verfügung.

Die DRK Klinik Mettlach ist Gründungsmitglied des im Jahr 1993 gegründeten Bundesverband für Geriatrie (Damals Bundesarbeitsgemeinschaft geriatrischer Einrichtungen) und hat sich an die Entwicklung eines externen Qualitätssicherungsinstrument für die geriatrischen Einrichtungen in Deutschland 1996 mit einem an die geriatrischen medizinischen Gegebenheiten und an den Anwenderbedarf angepasstes Programm maßgeblich beteiligt.

Das Projekt wurde im Auftrag der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen e.V von der Forschungsgruppe Geriatrie der Charité in Kooperation mit dem Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH entwickelt und betrieben. Es läuft seit 1996. Die Teilnahme ist freiwillig, die Auswertung erfolgte zunächst in einer zentralen, gemeinsamen Datenbank in Berlin und später in Münster. Es handelt sich vorwiegend um die Ergebnisqualität "GEMIDAS" und seit 11/2007 "GEMIDAS PRO", der Name ist entstanden aus der Abkürzung ("Geriatrisches Minimum Dataset"). Die Datenlieferung erfolgt quartalsmäßig, die Gesamtauswertung eines Jahres wird den Kliniken Anfang April jedes Jahres zugeschickt.

Das Programm wird in einem kontinuierlichen Prozess weiterentwickelt, wobei dieser Prozess unter direkter Einbindung des Ausschusses Qualitätssicherung des Bundesverbandes Geriatrie e. V. erfolgt. So ist sichergestellt, dass sich das Gemidas-System immer parallel zu den Entwicklungen im Gesundheitssystem entwickeln kann, die Erfahrungen in den Geriatrien kontinuierlich in das System mit einfließen und vor allem der Praxisbezug nicht verloren geht.

Entsprechend der gesetzlich unterschiedlich ausgestalteten Versorgungsstruktur der geriatrischen Patienten in den einzelnen Bundesländern beteiligen sich sowohl Akutkliniken als auch Rehabilitationseinrichtungen an Gemidas. Entsprechend widerspiegeln die Datenanalysen die Situation in der gesamten Geriatrie. Gemidas ist damit die größte geriatrische Fachdatenbank in Deutschland. Zwischenzeitlich ist die Datenbank auf weit über 250.000 Datensätze angewachsen. Die Zielsetzung aus der Anfangszeit von Gemidas ist auch heute noch aktuell. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass Themenbereiche wie Qualitätssicherung und Kontrolle der eigenen Leistungen einen immer breiteren Raum im Gesundheitswesen einnehmen.

Durch dieses Projekt haben wir seit Jahren die Möglichkeit, unsere Organisationsstrukturen, die Leistungsprozesse sowie die erzielten Ergebnisse bundesweit mit denen vergleichbarer Einrichtungen zu messen und auf diese Weise ggf. bestehende Verbesserungspotentiale aufzudecken. Selbstverständlich werden alle gefundenen Ansätze zur Optimierung der Abläufe und der Ergebnisqualität unverzüglich umgesetzt.

Die bundesweite Auswertung nach einheitlichen Mess- und international anerkannten Testverfahren

hat gezeigt, dass bei über 90 % der Patienten eine relevante Verbesserung der Alltagskompetenz und des gesundheitlichen Ausgangszustandes erzielt werden kann. Unsere Ergebnisse zeigen sowohl deutliche Verbesserungen im funktionellen Status des täglichen Lebens, als auch im Bereich der Mobilität. Der bei uns ermittelte Mini Mental Status (MMSE) lag auch im Jahr 2016 niedriger als der Bundesdurchschnitt, was belegt, dass sich unsere Klinik vermehrt der Behandlung dementiell erkrankter Patienten widmet.

Unsere akutgeriatrischen Patienten werden zum einen direkt nach Einweisung durch den Hausarzt (77%), zum anderen durch Direktverlegung aus Akutkrankenhäusern (23%) in unsere Klinik aufgenommen. Dies spiegelt die gute Zusammenarbeit mit den Hausärzten im Einzugsbereich unserer Klinik wie auch den stets steigenden Stellenwert der geriatrischen Medizin bei den niedergelassenen Ärzten wider - nicht zuletzt durch die überzeugenden Behandlungsergebnisse unserer Klinik. Diese zeigen wie im Vorjahr wieder eine deutliche Verbesserung der Ergebnisqualität im funktionellen Status des täglichen Lebens (ADL) sowie im Bereich der Mobilität.

### **C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V**

Im Jahr 2016 wurden keine Leistungen erbracht, die unter eine Mindestmengenregelung fallen.

### **C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V**

Die hier zu nennenden Beschlüsse bzw. Maßnahmen gehören nicht zum Leistungsspektrum der Klinik.

### **C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V**

<b>Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen):</b>	<b>3</b>
<b>- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:</b>	<b>3</b>
<b>- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:</b>	<b>3</b>

\* nach den "Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus" (siehe [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)).

## D Qualitätsmanagement

### D-1 Qualitätspolitik

Das Leitbild und die daraus abgeleiteten Führungsgrundsätze sollen Orientierungshilfe sein für das tägliche Handeln unserer Mitarbeiter. Es erläutert unser Selbstverständnis und zeigt die wichtigsten Prinzipien für die gemeinsame Arbeit unter dem Dach der Trägergesellschaft Süd-West auf. Dabei wird der enge Bezug zu den Grundsätzen der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmondbewegung deutlich.

- Menschlichkeit
- Unparteilichkeit
- Neutralität
- Unabhängigkeit
- Freiwilligkeit
- Einheit und Universalität.

Es ist vor allem der Grundsatz der Menschlichkeit, der die Richtung weist bei der Beziehung zu den Patienten, bei der Zusammenarbeit mit anderen und beim Umgang miteinander.

Unser Leitbild ist als "Unternehmensphilosophie" langfristig ausgerichtet. Neben den strategischen Vorgaben des Trägers

- Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit und der Standorte durch adäquates Leistungsangebot an den Führungsgrundsätzen orientierte Personalentwicklung
- Risikominimierung
- Steigerung der Attraktivität und des Ansehens unserer Krankenhäuser

gibt es auch den Rahmen für die Planung und Gestaltung unseres QRM-Systems vor.

Auf dieser Grundlage wurden kurz-, mittel- und langfristige krankenhauses- und bereichsspezifische Ziele, Maßnahmen und Projekte formuliert. Diese werden aufeinander abgestimmt, Möglichkeiten für die Umsetzung gesucht und ihre Zielerreichung und Angemessenheit überprüft.

Fester Bestandteil des Planungsprozesses sind relevante Daten und Informationen des Hauses. Dazu zählen z. B. Ergebnisse aus Internen Audits, Befragungen und weiteren relevanten Prüfungen, Daten zur Risikobewertung und -minimierung, Kennzahlen, Soll-Ist-Abgleiche vereinbarter Ziele und Maßnahmen sowie gesetzliche und behördliche Anforderungen.

Das gesamte Vorgehen und die damit einhergehenden Wechselwirkungen beschreiben unsere Qualitätspolitik. Mit ihrer konsequenten Umsetzung erreichen wir, dass

- die Planungen der Einrichtungen auf die strategischen Vorgaben des Trägers abgestimmt sind
- eine Ausrichtung der vorhandenen Ressourcen auf die formulierten Ziele erfolgt, um unseren Standort weiter zu entwickeln und Arbeitsplätze zu sichern
- Führungskräfte und Mitarbeiter in die Entwicklung und Umsetzung unseres Qualitätsmanagements angemessen eingebunden werden, unser QRM-System funktionsfähig bleibt und weiterentwickelt wird.

Die Grundsätze unseres Leitbildes:

### **Grundlage: Wirtschaftliches Handeln**

Geänderte Rahmenbedingungen bei insgesamt knapper werdenden Budgets zwingen uns, die wirtschaftlichen Aspekte immer stärker zu beachten. Jeder Einzelne ist aufgefordert, uns dabei zu unterstützen. Wir erbringen unsere Leistungen unter Beachtung der Grundsätze wirtschaftlichen Handelns.

### **Beziehung zu den Patienten**

Im Mittelpunkt unseres täglichen Handelns steht der Patient als Mensch. Wir sehen ihn als Hilfebedürftigen, Partner und auch als Kunden. Wir begegnen ihm mit Würde und Respekt und setzen uns unter Beachtung seines Selbstbestimmungsrechtes gemeinsam mit ihm für die Linderung seiner Krankheit, für seine Genesung und Gesunderhaltung ein.

### **Unser Umgang miteinander**

Alle Beschäftigten achten und wertschätzen sich gegenseitig. Wir betonen die partnerschaftliche Zusammenarbeit aller Berufsgruppen und Abteilungen. Dabei fördern wir selbstständiges und eigenverantwortliches Denken und Handeln. Leistung wird anerkannt und gewürdigt. Gegenseitige Information, Kommunikation und konstruktive Kritik schaffen Offenheit, Vertrauen und ein gesundes Arbeitsklima.

### **Zusammenarbeit mit anderen**

Wir pflegen intensive Kontakte zu allen an der Gesundheitsfürsorge beteiligten Gruppen. Im Bewusstsein um die Bedeutung einer intakten Umwelt für unsere Gesundheit achten wir auf umweltgerechtes und mittelschonendes Handeln.

### **Unser Anspruch: Wer aufhört besser zu werden, hört auf gut zu sein**

Die Qualität unserer Leistungen soll im Interesse der Patienten immer besser werden. Wir wollen deshalb, dass sich alle Beschäftigten aktiv an einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess beteiligen.

Wir bieten im Rahmen unserer Möglichkeiten alle Leistungen an, die zur Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich sind. Sie sollen in Umfang und Qualität höchsten Anforderungen genügen. Die Sicherung und Weiterentwicklung der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungsqualität ist deshalb für die Einrichtungen unserer Gesellschaft erklärtes Ziel. Voraussetzung dafür ist die berufliche und persönliche Qualifikation unserer Beschäftigten.

Deshalb legen wir großen Wert auf

- gute Ausbildung
- die Weitergabe von Wissen und Erfahrung
- gezielte Fort- und Weiterbildung.

Wir wollen, dass sich das persönliche Verantwortungsbewusstsein für Qualität erhöht und sich alle Beschäftigten aktiv an einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess beteiligen.

Ergänzend zu unserem Leitbild wurden in unserer Klinik geriatricspezifische Qualitätsgrundsätze entwickelt.

## Unsere risikopolitischen Grundsätze

Das klinische Risikomanagement umfasst die Gesamtheit an Strategien, Strukturen, Prozessen, Methoden, Instrumenten und Aktivitäten in Prävention, Diagnostik, Therapie und Pflege, welche die Mitarbeiter unterstützen, Risiken bei der Patientenversorgung zu erkennen, zu analysieren, zu beurteilen und zu bewältigen. Im Fokus steht also die Patientensicherheit.

Risikomanagement (RM) und Qualitätsmanagement (QM) bilden nach unserem Verständnis eine Einheit mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Patientensicherheit ist ein Qualitätsziel. Der insgesamt durch die Qualitätspolitik definierte Handlungsrahmen für die Planung und Gestaltung unseres QRM-Systems wird, in der besonderen Verantwortung und Verpflichtung für die Sicherheit der bei uns behandelten Patienten/betreuten Bewohner, durch die folgenden risikopolitischen Grundsätze konkretisiert:

Jeder Mitarbeiter beteiligt sich in seinem Verantwortungsbereich aktiv nach seinen Möglichkeiten am Risikomanagement. Eine besondere Verantwortung kommt den Führungskräften, insbesondere den Chefarzten, zu. Gezielte Qualifizierungen und Schulungen werden durchgeführt. Für die Aufbauorganisation sind Mindestvorgaben formuliert und Verantwortlichkeiten festgelegt. Es gibt keine Parallelstrukturen von Risikomanagement (RM) und Qualitätsmanagement (QM). Risiken, Zwischenfälle und Fehler werden systematisch erfasst.

Geeignete bestehende Instrumente, Arbeitsmethoden und Strukturen werden angewandt bzw. ergänzt. Einzelaktivitäten/-maßnahmen fließen ein in ein integriertes Gesamtkonzept. Wir fördern eine offene und angemessene Kommunikation sowie einen lösungsfördernden Umgang mit Risiken, Zwischenfällen und Fehlern. Die Patienten werden, soweit sinnvoll, mit z.B. Broschüren und Infoblättern in die Patientensicherheitsstrategie einbezogen. Grundsätzlich sollten alle Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) umgesetzt werden.

Auf dieser Grundlage formuliert jede Einrichtung risikospezifische Ziele, Maßnahmen und Projekte, die in die übrige Ziel- und Maßnahmenplanung sowie Umsetzung des Hauses einfließen.

### **Von der Fehlerkultur zur Sicherheitskultur**

Jedes unternehmerische Handeln ist mit Risiken verbunden, welche Abläufe, Ergebnisse und damit das Erreichen von Zielen beeinflussen, und wo Menschen arbeiten, sind Fehler bei aller Sorgfalt nicht immer auszuschließen.

Wir wollen den Umgang mit Fehlern von einer oberflächlichen, reaktiven Kultur der Schuldzuweisung in Richtung proaktive Sicherheitskultur mit vorurteilsfreiem Umgang mit Fehlern entwickeln. Diese Sicherheitskultur orientiert sich an Prozessen und auslösenden Faktoren statt an Personen. Es steht nicht im Vordergrund, wer einen Fehler gemacht hat, sondern warum und wie dieser Fehler passieren konnte. Dies versetzt uns in die Lage, systemimmanente und organisatorische Schwächen zu erkennen, sie gezielt zu beheben und daraus zu lernen.

Während die systematische Ursachenerforschung bereits geschehener Fehler sowie unerwünschter Ereignisse rückwärtsgewandt die Fehler der Vergangenheit für die zukünftige Fehlervermeidung oder -minimierung nutzt, ist Risikomanagement prospektiv auf die Minimierung bzw. Vermeidung zukünftiger Risiken ausgerichtet. Dabei schützt Risikomanagement nicht grundsätzlich davor, dass Fehler begangen werden. Es kann aber die Folgen eingetretener Risiken minimieren helfen, die Häufigkeit und Schwere unerwünschter Ereignisse reduzieren und damit - in der medizinischen Versorgung - zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität, auch durch optimierte Abläufe, beitragen.



Die gelebte Sicherheitskultur bestimmt letztlich, wie sich Führungskräfte und Mitarbeiter im Umgang mit Risiken und Fehlern verhalten, ob sie diese bewusst wahrnehmen und frühzeitig erkennen können und Risikogesichtspunkte in alle ihre Entscheidungen und Handlungen einfließen lassen. Dabei ist uns bewusst, dass die Etablierung einer Sicherheitskultur gleichermaßen Voraussetzung wie auch Ergebnis eines erfolgreichen klinischen Risikomanagements ist.

### **Unsere Führungsgrundsätze**

Basis und Motor unserer Einrichtungen sind engagierte, fachlich und menschlich qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Deshalb legen wir großen Wert auf gegenseitige Achtung, wertschätzendes Verhalten und eine partnerschaftliche Zusammenarbeit aller Berufsgruppen und Abteilungen. Wir fördern Initiative und Selbstständigkeit, die Beschäftigten werden in ihrer Verantwortung ernst genommen, fachliche und persönliche Leistung anerkannt und gewürdigt.

Führungskräfte sollen sich im Sinne unseres Leitbildes und zur Erreichung unserer Qualitätsziele an verbindlichen Verhaltensgrundsätzen orientieren. Aus diesem Grunde haben wir Führungsgrundsätze sowie ein Verfahren zu ihrer Umsetzung entwickelt. Ziel ist es, die Führungsqualität in allen Einrichtungen unseres Verbundes zu steigern und Motivation, Engagement, Verantwortungsbewusstsein sowie Arbeitsleistung und -zufriedenheit aller Beschäftigten weiter zu verbessern.

### **Führen heißt für uns:**

- verantwortungsvoll planen, entscheiden und handeln
- Lösungen gemeinsam erarbeiten
- Kompetenzen und Pflichten übertragen
- stets in gebotener Weise informieren
- die Aufgabenerfüllung ggf. kontrollieren
- alle Mitarbeiter gleich behandeln

## **D-2 Qualitätsziele**

Zur Anwendung des Leitbildes und der Geriatriespezifischen Qualitätsgrundsätze hat das Klinikdirektorium zusammen mit den Abteilungsleitungen und ihren Mitarbeitern konkrete operative Qualitätsziele formuliert, verabschiedet und freigegeben. Die Qualitätsziele sind für jeden Mitarbeiter bindend und Vorgabe für alle Dienstleistungen, die auf den verschiedenen Ebenen festgelegt werden. Unsere Qualitätsziele werden regelmäßig aus den Forderungen und Hinweisen unserer Patienten, Kunden und Mitarbeiter abgeleitet und weiterentwickelt. Dabei fließen gesetzliche sowie Vorgaben des Trägers ebenso in die Weiterentwicklung ein wie die Ergebnisse aus internen und externen Prüfmaßnahmen.

Zu jedem Qualitätsziel ist eine Aussage zur grundsätzlichen Bedeutung des Ziels definiert. Außerdem ist zu jedem Ziel festgelegt, welche Maßnahmen erforderlich sind, um das Ziel zu erreichen. In mehreren Workshops wurden entsprechende Qualitätsindikatoren und Kennzahlen definiert, die die Bewertung der Zielerreichung zuverlässig möglich machen.

Unsere Qualitätsziele werden regelmäßig aktualisiert und intern veröffentlicht. Die Zielerreichung wird von den Führungskräften konsequent überwacht und in der Qualitätskonferenz bewertet.

Zur Gewährleistung, Begleitung und Unterstützung unserer Qualitätsziele und Umsetzung des Leitbildes haben wir bei uns u.a. etabliert:

- QRM-Lenkungsgremium (Steuergremium Qualitätsmanagement/Risikomanagement)
- übergreifende Projektgruppen, Verbesserungsteams
- Qualitätszirkel Geriatrische Behandlungskonzepte
- Betriebliches Vorschlagswesen
- Beschwerdemanagement
- Risiko- und Fehlermanagement
- Qualitätskonferenz (Managementbewertung)
- Fortbildungsmaßnahmen und -angebote
- Patientenbefragungen
- Einweiserbefragung
- Durchführung interner Audits

### **D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements**

Das Qualitätsmanagementsystem der DRK Klinik Mettlach stellt durch die festgelegte Strukturqualität sicher, dass die formulierten Qualitätsanforderungen erfüllt und das Leitbild und die daraus abgeleiteten Qualitätsziele in allen Abteilungen der Klinik umgesetzt werden.

In Organigrammen, Geschäftsordnungen, Stellenbeschreibungen sowie den Dienstverträgen werden Befugnisse und gegenseitige Beziehungen aller Mitarbeiter dargestellt, die leitende, ausführende und überwachende Tätigkeiten ausüben.

Auf Trägerebene ist ein Beraterteam etabliert, das eine gemeinsame QM-Strategie für alle Krankenhäuser der Gesellschaft entwickelt und die Einrichtungen beratend begleitet.

Das QRM-Lenkungsgremium steuert alle Maßnahmen des Qualitäts- und Risikomanagements in unserer Klinik. Es setzt sich zusammen aus dem Klinikdirektorium (Ärztlicher Direktor, Kaufmännischer Direktor, Pflegedirektorin), der Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB), der Beschwerdebeauftragten, der Leiterin des therapeutischen Teams, einem Oberarzt, der Bereichsleitung Altenpflege sowie der Betriebsratsvorsitzenden.

Die QMB sowie die Beschwerdebeauftragte sind als Stabsstelle dem Kaufmännischen Direktor zugeordnet.

Projektgruppen, Arbeitsgruppen, Qualitätszirkel und Verbesserungsteams sind fest etablierte Elemente unseres Qualitätsmanagements.

Diese Struktur dient dazu, ständig über die QM-Entwicklung auf dem aktuellsten Stand zu sein und Qualitätsmanagementmaßnahmen strukturiert und systematisch weiterentwickeln zu können. Dabei liegt ein besonderer Schwerpunkt auf den Aspekten der Patientensicherheit.

## D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

**Unser Anspruch:** Wer aufhört besser zu werden, hört auf gut zu sein

Die kontinuierliche Verbesserung ist der zentrale Prozess innerhalb unseres QRM-Systems. Wir haben verschiedene Verfahren bzw. Methoden zur Messung, Überwachung, Analyse und Verbesserung eingeführt. Die gewonnenen Informationen werden zur strukturellen, organisatorischen und fachlichen Weiterentwicklung und damit zur stetig verbesserten Versorgung unserer Patienten genutzt. Routinemäßige Elemente dabei sind Visiten und Besprechungen (patienten-, abteilungs-, klinikbezogen und trägerweit), Projektgruppen sowie Begehungen (Hygiene, Arbeitssicherheit, Apotheke etc.). Darüber hinaus setzen wir folgende weitere Instrumente des Qualitätsmanagements ein:

- klare Festlegung von Organisationsstrukturen und Verantwortlichkeiten
- Bereitstellung von Mitteln
- Entwicklung und Festlegung der Qualitätsziele für die Klinik
- Fort- und Weiterbildung
- Beschwerdemanagement
- zentrales Dokumentenverwaltungssystem
- Steuerung und Überwachung qualitätsrelevanter Kennzahlen
- CIRS-Meldesystem
- Betriebliches Vorschlagswesen

### Interne Audits

Mit der systematischen Durchführung Interner Audits möchten wir die Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit unseres Qualitätsmanagementsystems überwachen, kontinuierlich verbessern und nachweisen. Mit Internen Audits

- überprüfen wir, ob die gesetzlichen und klinik- bzw. gesellschaftsinternen Regelungen bekannt sind und Vorsorge getroffen ist, dass diese beachtet werden
- stellen wir fest, ob wir mit unseren Maßnahmen die festgelegten Ziele erreichen
- identifizieren wir Verbesserungs- und Risikopotential
- verdeutlichen wir den Mitarbeitern die Wichtigkeit des Qualitätsmanagements und fördern eine offene Diskussion
- Außerdem fördern wir die Qualitätsentwicklung in den Krankenhäusern unseres Verbundes durch wechselseitige kollegiale Audits und dem damit verbundenen Erfahrungs- und Informationsaustausch

### Befragungen

Regelmäßig durchgeführte Patientenbefragungen werden als Instrument zur Erfassung von Patientenbedürfnissen und zur Verbesserung der Patientenversorgung genutzt. Ziel ist es,

- die Bedürfnisse und Erwartungen unserer Patienten sowie ihre Zufriedenheit mit unseren Leistungen zu erfassen
- unsere Stärken und Verbesserungspotentiale aus Sicht der Patienten zu erfahren
- Anhaltspunkte zur Verbesserung von Prozessen und zur Weiterentwicklung unseres QM-Systems zu erhalten

Weiterhin werden bei uns regelmäßig Befragungen niedergelassener Ärzte und Einweiser durchgeführt. Auf der Grundlage der ausgewerteten Ergebnisse werden jeweils qualitätsverbessernde Maßnahmen eingeleitet.

### Beschwerdemanagement

Wir erkennen den Wert einer Beschwerde, auch wenn sie zunächst für Irritationen und Missklang sorgt, als "kostenlose Unternehmensberatung mit der Chance zur Verbesserung". Das bedeutet für uns, dass wir durch ein strukturiertes Beschwerdemanagement

- ein Klima schaffen, in dem Beschwerden offen vorgebracht werden können
- Beschwerden ernst nehmen
- aus Hinweisen und möglichen Fehlern lernen

### **Umgang mit Risiken und Fehlern**

In der Verantwortung für unsere Patienten und der Fürsorgepflicht für unsere Mitarbeiter haben wir besondere Strategien im Umgang mit Fehlern und Risiken entwickelt. Dabei werden die bestehenden Risiken erfasst und bewertet sowie entsprechende Maßnahmen abgeleitet. Hierzu gibt es in unserer Einrichtung bereits vielfältige Verfahren und Methoden, dem Fehlermeldesystem (CIRS) fällt dabei eine besondere Bedeutung zu.

Spezifische Regelungen (einschl. Informationswege und Dokumentationsanforderungen) sind getroffen zu

- Beschwerden von Patienten und Kunden
- Fehlern im Zusammenhang mit Medizingeräten
- Schäden an Patienteneigentum
- technischen Störfällen
- unerwünschten Arzneimittelwirkungen
- Internen Audits
- Verfahren im Umgang mit Risiken und Fehlern

Dabei liegt der Schwerpunkt unserer Bestrebungen auf der "präventiven Fehlererkennung", d. h. das Eintreten von Fehlern zu vermeiden und "Beinahefehler" zu erkennen.

Der offene und konstruktive Umgang mit Fehlern ist ein entscheidender Qualitätsfaktor unserer Arbeit. Ziel für uns ist es, die Ursachen zu analysieren und nicht mit Schuldzuweisungen zu reagieren.

### **Steuerung und Überwachung qualitätsrelevanter Kennzahlen**

Für eine zielgerichtete und wirtschaftliche Betriebsführung unserer Klinik erfassen und analysieren wir ausgewählte betriebliche Kennzahlen (z. B. Leistungs- und Belegungsentwicklung, Erlös- und Kostenentwicklung). Diese sind in unserem Berichtswesen zusammengefasst. Darüber hinaus nutzen wir eine Reihe von qualitätsrelevanten Messgrößen (z. B. Fluktuationsraten, Ausfallquoten, Nadelstichverletzungen, Dekubituserfassungen und Unfallstatistiken), um geeignete Maßnahmen für eine Risikominimierung und stetig verbesserte Versorgung der Patienten abzuleiten. Bei weiteren Kennzahlen und Ergebnissen aus dem direkten Behandlungsprozess greifen wir auf gesetzlich geforderte Daten zurück (externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V, Hygienevorschriften etc.). Diese werden mit den unmittelbar am Behandlungsprozess beteiligten Mitarbeitern besprochen sowie in geeigneten klinikinternen Besprechungen kritisch analysiert.

"Besser werden durch Lernen von anderen": In diesem Sinne führen wir sowohl trägerinterne als auch externe Benchmarks durch, um Entwicklungspotentiale zu erkennen. Die Vergleichsdaten dienen der Standortbestimmung, der Überprüfung der Behandlungsqualität sowie zur Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen.

### **Fort- und Weiterbildung**

Die Sicherung und Weiterentwicklung der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungsqualität ist für uns erklärtes Ziel. Voraussetzung dafür ist die berufliche und persönliche Qualifikation unserer Mitarbeiter. Damit die Mitarbeiter die an sie gestellten Anforderungen erfüllen und ihr Potential entwickeln und ausschöpfen können, fördern wir sie im Rahmen unserer Fort- und

Weiterbildungsmaßnahmen. Schulungsbedarf wird systematisch ermittelt, geeignete interne und externe Schulungen daraus abgeleitet sowie strukturiert geplant, durchgeführt und bewertet. Die medizinische Fort- und Weiterbildung fördern wir über die gesetzlichen Anforderungen hinaus.

### **Betriebliches Vorschlagswesen**

Ideen und Engagement der Mitarbeiter werden gefördert und belohnt. Durch das Betriebliche Vorschlagswesen möchten wir die Mitarbeiter dazu motivieren, Vorschläge und Anregungen zu machen, die vom Krankenhaus nutzbringend umgesetzt werden können. Durch das Umsetzen von Verbesserungsvorschlägen sollen Arbeitsabläufe, Zusammenarbeit, Arbeitszufriedenheit, Wirtschaftlichkeit, Umwelt und Sicherheit zum Nutzen der Einrichtungen, der Patienten und Besucher sowie der Mitarbeiter erhöht werden.

Das QRM-System gilt für alle Abteilungen der DRK Klinik Mettlach. Auch angrenzende Bereiche, wie unsere Tochtergesellschaften und andere Partner, werden je nach Thematik in unsere QM-Arbeit mit einbezogen. Dies spiegelt sich z.B. in der Entwicklung von gemeinsamen Standards und Verfahren wider.

## **D-5 Qualitätsmanagement-Projekte**

Die Projektarbeit in Projektgruppen, Qualitätszirkeln und Arbeitsgruppen ist wichtig, um den kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu gewährleisten. Sie erfolgt nach festgelegten Spielregeln (Projektmanagement) und wird über das QRM-Lenkungsgremium gesteuert und beauftragt.

Projekte:

- Umbau- und Renovierungsmaßnahmen
- Erarbeitung und Weiterentwicklung geriatrischer Behandlungskonzepte
- EDV-gestützte Patientendokumentation
- Optimierung der Pflegeplanung

## **D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements**

In unserer Klinik wird im Rahmen von interdisziplinären Teambesprechungen und Visiten die Prozess- und Ergebnisqualität der Behandlung überprüft. Die Ergebnisse werden besprochen und zu korrigierenden Maßnahmen genutzt.

Zur Beurteilung der fortwährenden Eignung, Wirksamkeit und Effizienz unseres QRM-Systems führen wir jährlich eine Managementbewertung durch. Anhand ausgewählter Daten und Informationen erfolgt damit eine Überprüfung, inwieweit Qualitätspolitik und vereinbarte Qualitätsziele umgesetzt sind. Auf der Grundlage der Ergebnisse wird über neue Maßnahmen und Ziele für weitere Verbesserungsprozesse entschieden. Dies bezieht sich auf die Verbesserung der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen in Bezug auf die Zufriedenheit unserer Patienten und Einweiser sowie auf Verbesserungen der Wirksamkeit des QRM-Systems und seiner Prozesse.

Die Managementbewertung ist jeweils durch den Kaufmännischen Direktor gemeinsam mit den weiteren Mitgliedern im Direktorium abzuschließen. Diese werden dabei, insbesondere bei der Aufbereitung der Bewertungsgrundlagen sowie der Berichterstellung, durch die Qualitätsmanagementbeauftragte des Hauses unterstützt. Die Freigabe des abschließenden Managementberichtes erfolgt durch den Kaufmännischen Direktor.

Der Bewertung geht eine Qualitätskonferenz voraus, in der relevante Daten des Hauses (z. B. Ergebnisse aus internen und externen Audits sowie Befragungen, Projekte, Kennzahlen) vorgestellt und erörtert werden. Hieraus ergeben sich konkrete Hinweise auf abzuleitende mögliche Ziele/Zielanpassungen, Maßnahmen und Projekte, die unmittelbar Eingang finden in die Bewertung des QRM-Systems. Teilnehmer der Konferenz sind die Mitglieder des Direktoriums, die Oberärzte der Klinik, die Heimleitung der angeschlossenen Altenpflegeeinrichtung "Haus Wildrose", die Stations-

und Abteilungsleitungen, die Qualitätsmanagementbeauftragte, Beschwerdemanagementbeauftragte, Hygienebeauftragte sowie die BR-Vorsitzende. Weitere Teilnehmer können bei Bedarf mit einbezogen werden.

Zum Nachweis unserer Leistungsfähigkeit sowie der Qualität unserer Krankenhausbehandlung gegenüber Patienten, Mitarbeitern, niedergelassenen Ärzten wie auch Kostenträgern unterziehen wir uns regelmäßig der Beurteilung durch externe Zertifizierungsstellen. Die gesamte Klinik (incl. Haus Wildrose/Altenpflege) ist zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2008. Zusätzlich ist die Klinik bzw. der Bereich "Rehabilitation" nach dem Qualitätssiegel "Geriatrie für Rehabilitationseinrichtungen" zertifiziert.

Jährlich stehen Überwachungsaudits an, und alle drei Jahre unterzieht sich die Klinik einem mehrtägigen Rezertifizierungsverfahren.