



## KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

**Krankenhaus:** Siloah St. Trudpert Klinikum  
**Institutionskennzeichen:** 260820865  
**Anschrift:** Wilferdinger Straße 67  
75179 Pforzheim

**Ist zertifiziert nach KTQ®  
mit der Zertifikatnummer:** 2014-0046 KH  
**durch die von der KTQ-GmbH  
zugelassene Zertifizierungsstelle:** proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft, Frankfurt  
am Main

**Gültig vom:** 17.06.2014  
**bis:** 16.06.2017

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b>	<b>5</b>
<b>Die KTQ-Kategorien</b>	<b>8</b>
1 Patientenorientierung	9
2 Mitarbeiterorientierung	15
3 Sicherheit	18
4 Informations- und Kommunikationswesen	22
5 Führung	24
6 Qualitätsmanagement	27

## Vorwort der KTQ®

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

Gesellschafter der KTQ® sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene<sup>1</sup>, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) und der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e. V. (HB). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

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

- Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit,
- das Informations- und Kommunikationswesen,
- die Führung und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

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

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

---

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

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

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009/2. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet im zweijährigen Turnus den strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass das **Siloah St. Trudpert Klinikum** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter <http://www.ktq.de/> abrufbar.

**Dr. med. G. Jonitz**

Für die Bundesärztekammer

**S. Wöhrmann**

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

**Dr. med. B. Metzinger, MPH**

Für die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

**A. Westerfellhaus**

Für den Deutschen Pflegerat

**Dr. med. M. Vogt**

Für den Hartmannbund

### Das Siloah St. Trudpert Klinikum



Das Siloah St. Trudpert Klinikum mit insgesamt 490 Betten bietet ein großes Leistungs- und Behandlungsspektrum zur umfassenden Versorgung der Patientinnen und Patienten auf einem hohen fachlichen, wissenschaftlichen und technischen Standard in folgenden Kliniken und einem Institut an:

- Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und minimal-invasive Chirurgie
- Klinik für Anästhesie, Operative Intensivmedizin und Schmerztherapie
- Frauenklinik
- Klinik für Gefäßchirurgie
- Klinik für Innere Medizin 1
- Klinik für Innere Medizin 2 (Kardiologie)
- Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Klinik für Urologie
- Klinik für Hals-Nasen-Ohr-Heilkunde und Plastische Gesichtschirurgie
- Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

Zudem verfügt das Haus über ein zertifiziertes Brustzentrum, eine Anerkennung als Babyfreundliches Krankenhaus, ein Gefäßzentrum, ein zertifiziertes Hypertoniezentrum sowie eine zertifizierte Versorgungseinrichtung für Typ-2-Diabetiker. Es ist als Regionales Traumazentrum Mitglied im Traumanetzwerk Nordbaden anerkannt.

Am Klinikum befindet sich ein Medizinisches Versorgungszentrum\* mit einer Praxis für Anästhesie, einer hausärztlichen hämato-onkologischen und einer orthopädischen Praxis. Eine enge Kooperation besteht mit dem Nephrologischen Zentrum, das in den Räumen des Hauses angesiedelt ist.

Wir behandeln jährlich rund 21.500 Patienten stationär und 18.000 ambulant. Als Akut- und Notfallkrankenhaus stehen rund um die Uhr die Fachteams aus Ärzten, Pflegekräften, Therapeuten, Sozialdienst und Seelsorge zur Verfügung. Am Haus ist ein Notarztwagenstandort angesiedelt. Ein Hubschrauberlandeplatz und ein mit modernster Medizintechnik ausgestatteter Schockraum stehen zur Notfallversorgung bereit.



Eine hohe Bedeutung haben für uns auch die Aus-, Fort- und Weiterbildung unserer Mitarbeiter. In Kooperationen betreibt das Siloah St. Trudpert Klinikum eine staatlich anerkannte Gesundheits- und Krankenpflegeschule sowie eine Fort- und Weiterbildungsstätte. In den Kliniken bestehen Weiterbildungsermächtigungen für die Facharztausbildung.

Alle Servicedienste im Haus wie Betriebstechnik, Medizintechnik, Verwaltung sowie Küche und Hausreinigung tragen dazu bei, dass die Abläufe rund um die Patienten und im gesamten Haus gut funktionieren und die Patienten sich bei uns wohlfühlen können.

Im Mittelpunkt unserer Qualitätspolitik stehen auf der Grundlage unseres Leitbildes die Patienten, die sich uns anvertrauen. Der christliche Glaube ist für unseren Trägerverein und das Klinikum bis heute die bestimmende Leitlinie unseres Handelns.

Das Siloah St. Trudpert Klinikum entstand Anfang 2009 durch den Zusammenschluss der beiden Krankenhäuser Siloah und St. Trudpert. Es wird vom 1872 gegründeten Evangelischen Diakonnenverein Siloah getragen, der im Jahre 1884 mit der Krankenhausarbeit begonnen hat. Die Motivation der Gründungsmitglieder waren die Liebe Jesu Christi und der Wunsch, diese Liebe an kranke, alte und behinderte Menschen weiterzugeben. Für den Trägerverein und das damalige Krankenhaus Siloah wurde ein Name aus einer Krankenheilung gewählt, in der berichtet wird, wie Jesus am Teich Siloah einen Blinden heilte.

\* Nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

Der Name des Krankenhauses St. Trudpert ging zurück auf den heiligen St. Trudpert, einem irischen Mönch und Glaubensboten. Die 1845 durch den Priester Abbé Blank gegründete Ordensgemeinschaft übernahm im Jahr 1920 das Kloster St. Trudpert im Münstertal und eröffnete 1929 das Krankenhaus St. Trudpert in Pforzheim. Die Motivation des Gründers, Gottes Liebe durch caritative Tätigkeit an kranke Menschen weiterzugeben, steht bis heute im Vordergrund. Auf der Grundlage des christlichen Menschenbildes und der Selbstverpflichtung in unserem Leitbild engagieren sich in unserem Klinikum täglich hervorragend ausgebildete Fachkräfte mit Sachverstand und Hingabe für die Umsetzung unseres Auftrages.

Weitere Informationen finden Sie auch im Internet unter [www.siloah.de](http://www.siloah.de).

# Die KTQ-Kategorien

# 1 Patientenorientierung

*KTQ:*

## **Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung**

Das Siloah St. Trudpert Klinikum ist an beiden Standorten mit öffentlichen Verkehrsmitteln und Auto gut erreichbar. Im Internet findet sich eine Anfahrtsskizze. Es sind Parkplätze gegenüber dem Klinikumsgebäude ausgewiesen. Ein einheitliches Wegeleitsystem ist vorhanden.

Über das gesamte Klinikum mit allen Fachbereichen können auf der Homepage Informationen eingesehen werden. Die Internetpräsenz wurde 2013 komplett überarbeitet und die Informationsseiten für die Ansprechpartner übersichtlicher gestaltet. Für zahlreiche Fragestellungen und Behandlungen sind schriftliche Informationen vorhanden. In einer ausführlichen Patientenbroschüre werden alle wichtigen Informationen zum Krankenhausaufenthalt erläutert und das Leistungsspektrum des Klinikums vorgestellt. Die Abstimmung mit den einweisenden Ärzten geschieht im direkten Kontakt durch den behandelnden Arzt in der Klinik. Die Aufnahmeplanung erfolgt über die Ambulanzen und Aufnahmezimmer. Bei der Terminvergabe werden die erforderlichen Informationen an die Patienten weitergegeben. Der Aufnahmeprozess ist administrativ und auf den Stationen klar gegliedert. Die Patienten werden zeitnah von qualifizierten Fachkräften aufgenommen. Die Aufnahme der Notfallpatienten erfolgt über die Notaufnahme und die interdisziplinäre Aufnahmestation.

## **Leitlinien**

Zur Umsetzung einer leitliniengerechten Betreuung in Diagnostik und Therapie finden in den Kliniken Besprechungen und Fortbildungen statt wie z.B. Einzelfallbesprechungen im Therapeutischen Team, tägliche Röntgenbesprechung, Tumorkonferenzen, regelmäßige zertifizierte Fortbildungen, Informationen zu Neuerungen und Berichte von Kongressen. Die Mitarbeiter nehmen an externen Fortbildungen und Kongressen teil. Hauseigene schriftliche Leitlinien und Anweisungen liegen in den Kliniken vor. In der Pflege werden die Expertenstandards Dekubitus, Wunde, Sturz, Kontinenz, Entlassmanagement sowie Schmerz umgesetzt. Die Hygienestandards werden durch die Hygienefachkraft bereitgestellt und in der Hygienekommission überprüft. Die Kernprozesse des Klinikums sind im Organisationshandbuch interdisziplinär festgelegt.

## **Information und Beteiligung des Patienten**

Die Patienten werden im Arztgespräch, bei der Aufnahme und der Aufklärung ausführlich informiert. Schriftliche Materialien unterstützen dies. Auf die Wahrung der Patientenrechte wird im Verlauf des Aufenthaltes geachtet. Das Vorliegen einer Patientenverfügung wird in der Patientenakte festgehalten. Aufklärungsbögen zu den Behandlungen liegen digital in der aktuellsten Version auch in verschiedenen Sprachen vor.

Die Klinikseelsorge bietet Begleitung durch Gespräche an. Durch die im Klinikum befindliche Psychosomatische Klinik wird eine psychologische Beratung sichergestellt. Zur Unterstützung der Patienten und ihrer Angehöriger zum selbstbestimmten Umgang mit ihrer Krankheit gibt es Schulungen, Seminare, Kurse und Informationstage, z.B. Kurse und Angebote "Rund um die Geburt", Kosmetikseminare im zertifizierten Brustzentrum, Diabetikerschulungen, Informationstage wie Gelenktag, Gefäßtag, Herztag, Krebstag. Es besteht eine Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen. Die Mitaufnahme von Begleitpersonen ist bei Kindern (HNO-Klinik) die Regel. In der Geburtshilfe gibt es ansprechend gestaltete Familienzimmer. Bei schwerkranken und sterbenden Patienten wird einer Begleitperson ein Bett im Zimmer zur Verfügung gestellt.

## **Service, Essen und Trinken**

Das Klinikum verfügt über modern ausgestattete Zimmer mit Essplatz, Telefon, Radio und Fernsehen. Internetanschluss ist möglich. In jeder Betriebsstätte gibt es eine Besuchercafeteria mit Angebot von Frühstück, Mittagessen, Kaffee und Kuchen sowie in der Wilferdinger Straße auch mit Abendessen.

Ein Team von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen bietet Unterstützung für Besorgungen, Begleitung zu Untersuchungen und Hilfe beim Essen an. Es ist eine Patientenbibliothek eingerichtet. Verpflegungsassistentinnen nehmen die Essenswünsche direkt beim Patienten in ein elektronisches System auf, über das auch Diät- oder andere Ernährungsanforderungen sichergestellt werden.

Über eine hauseigene Küche wird ein hochwertiges und abwechslungsreiches Speiseangebot bereitgestellt. Diätvorschriften werden in Zusammenarbeit mit Diätassistentin und ernährungsbeauftragtem Arzt umgesetzt. Auf religiöse Speisevorschriften wird soweit als möglich Rücksicht genommen. Für die Betreuung von Diabetespatienten steht ein Diabetesteam zur Verfügung.

## **Kooperationen**

Die Versorgung der Patienten wird durch eine effiziente Zusammenarbeit der Fachkliniken und Abteilungen auf einem hohen medizinischen Standard sichergestellt. Interdisziplinäre Besprechungen wie z. B. Tumorkonferenzen und Radiologiebesprechungen sowie regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen mit Mitarbeitern aus anderen Bereichen unterstützen das Zusammenwirken. Über das Konsilwesen werden weitere benötigte Disziplinen hinzugezogen. Medizinische Zentren sind etabliert, z. B. Brustzentrum, Diabeteszentrum, Traumazentrum.

Um eine umfassende und hochwertige Versorgung der Patienten zu gewährleisten, arbeitet das Klinikum auch gezielt mit externen Leistungserbringern im Gesundheitswesen zusammen. Am Haus sind das Medizinische Versorgungszentrum (Onkologie, Anästhesiologie, Orthopädie) des Trägers und ein Nephrologisches Zentrum angesiedelt. Es bestehen gute Kontakte zum Belegkrankenhaus des Trägers. Eine enge Verbindung zu Selbsthilfegruppen wurde aufgebaut.

## **Erstdiagnostik und Erstversorgung**

Im Klinikum ist die Versorgung von Notfällen an beiden Betriebsstätten 24 Stunden durch entsprechend qualifiziertes Personal sichergestellt. Die Notfallambulanz in der Wilferdinger Straße ist rund um die Uhr ärztlich und pflegerisch besetzt. In der Notaufnahme erhält jeder Patient eine Einstufung seiner Behandlungsdringlichkeit nach einem anerkannten Ersteinschätzungssystem. Nach der Erstdiagnostik wird über eine ambulante oder stationäre Weiterbehandlung entschieden. Es steht ein Schockraum zur Verfügung. Ein Hubschrauberlandeplatz befindet sich auf dem Dach des Klinikums. Das Schockraummanagement mit Basisteam und Alarmierungskette ist festgelegt. Im Haus ist ein Herzkatheterlabor eingerichtet und mit 24-Stunden Bereitschaft besetzt.

## **Ambulante Diagnostik und Behandlung**

Die ambulante Notfallversorgung geschieht in der Notfallambulanz, in der interdisziplinären Aufnahmestation (IAS) und in den Fachambulanzen. Die Notfallambulanz und die IAS sind rund um die Uhr besetzt. In den Fachambulanzen stehen qualifizierte Mitarbeiter im Bereitschaftsdienst zur Verfügung. Es werden in den Kliniken Spezialsprechstunden angeboten. Zuständig für die Terminvergabe sind die Sekretariate und Aufnahmezimmer. Alle notwendigen Vorbefunde werden genutzt, um Doppeluntersuchungen zu vermeiden. In den Spezialsprechstunden werden die jeweiligen Untersuchungen von speziell qualifizierten Ärzten durchgeführt.

## **Ambulante Operationen**

In allen Kliniken - außer Anästhesie, Psychosomatik und Radiologie - werden ambulante Operationen und Eingriffe durchgeführt. Es wurden in Kliniken in den letzten Jahren spezielle Zimmer für den Aufenthalt von ambulanten Patienten geschaffen. Bei ambulanten Patienten wird beim Vortermin vom verantwortlichen Arzt die Anamnese erhoben und es werden alle Voruntersuchungen festgelegt. Es wird darauf geachtet, dass die Weiterbetreuung nach dem Eingriff zu Hause gewährleistet ist. Die Aufklärung erfolgt patientenorientiert, wo angezeigt, auch unter Einbeziehung der Angehörigen. Schriftliche Materialien informieren über Eingriffe und weisen die Patienten auf notwendige Verhaltensregeln hin.

## **Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung**

Eine ausführliche Anamnese, in der neben dem aktuellen Krankheitsbild auch die Krankengeschichte und die Lebensumstände berücksichtigt werden, ist die Grundlage für die Festlegung der erforderlichen Diagnostik und einer patientenorientierten Behandlung. Hierfür sind in den Kliniken Regelungen getroffen. Diagnostik und Behandlung erfolgen leitliniengestützt. Diagnosestellung und Anforderung von Untersuchungen werden grundsätzlich mit dem zuständigen Oberarzt und Chefarzt abgeklärt. In der Pflegeanamnese werden die Risikofaktoren zu Dekubitus, Wunde und Sturz eingeschätzt. Die Abstimmung zwischen den an der Behandlung Beteiligten geschieht in den Visiten und in interdisziplinären Fallbesprechungen. Patienten und Angehörige werden durch persönliche Gespräche und die Bereitstellung schriftlicher Informationen in die Behandlungsplanung einbezogen.

## **Therapeutische Prozesse**

Die Therapieformen werden in den ärztlichen Teambesprechungen und den interdisziplinären Fallbesprechungen erörtert. Ihre Leitlinienkonformität, die adäquate Umsetzung und die Wirksamkeit werden überprüft. Weiterqualifikationen von Mitarbeitern sowie regelmäßige Fortbildungen in den Teams gewährleisten einen hohen fachlichen Standard. Ein hoher Spezialisierungsgrad in den medizinischen Disziplinen ist umgesetzt. Viele Ärzte verfügen über Zusatzbezeichnungen und Pflegekräfte über Zusatzausbildungen.

Auf eine patientenorientierte individuelle Aufklärung wird Wert gelegt. Über die Psychosomatische Klinik ist eine psychotherapeutische Beratung und Begleitung möglich.

## **Operative Verfahren**

Der Ablauf zur Indikationsstellung für eine Operation ist in den Kliniken klar geregelt. Die operative und anästhesiologische Versorgung nach dem neuesten wissenschaftlichen Stand wird durch qualifizierte Besetzung der Stellen, kontinuierliche Weiterbildung der Mitarbeiter und eine Ausstattung in allen Funktionsbereichen gewährleistet. Es sind Maßnahmen nach den Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit zur Patientenidentifikation getroffen wie die OP-Sicherheitscheckliste nach WHO-Vorgaben. Für die verschiedenen Operationssäle liegen Eingriffsstandards mit Angaben zur Lagerung vor. Für eine sichere postoperative Überwachung steht ein Aufwachraum zur Verfügung. Es besteht eine 24-stündige Operationsbereitschaft.

## **Visite**

Für jeden Patienten findet werktäglich mindestens einmal am Tag eine Visite durch den Stationsarzt statt, Ober- und Chefarztvisite mindestens einmal wöchentlich. Auf der Intensivstation sowie der Aufnahmestation erfolgen mehrmals täglich Visiten. Auf einen patientenorientierten Ablauf wird Wert gelegt. Die Visiten werden zusammen mit dem Pflegedienst durchgeführt, auf der onkologischen Station einmal wöchentlich mit einem Apotheker. Im Brustzentrum erfolgt eine onkologische Pflegevisite. Auf der Diabetikerstation gibt es täglich eine Blutzuckervisite, auf der Wochenstation dreimal in der Woche eine Sondervisite zur Stillberatung.

## **Prästationär, Poststationär**

Es werden vor- und nachstationäre Leistungen vorgehalten. Die notwendigen Strukturen und Ressourcen sind vorhanden. Es liegen Leitlinien und Standards vor. Die vorstationären Aufnahmeprozesse sind geregelt. Die Entscheidung für eine prästationäre oder stationäre OP-Vorbereitung ist abhängig von der Art des Eingriffs sowie von der Einschätzung des Arztes zum Status des Patienten. Der Ablauf zur Indikationsstellung zur Operation ist in allen Kliniken geregelt.

## **Entlassung und kontinuierliche Weiterbetreuung**

Mit dem Ziel, den Behandlungserfolg zu sichern und eine Weiterversorgung der Patienten zu gewährleisten, wird der Ablauf der Entlassung geplant. Bei Patienten, deren Situation eine umfangreichere Entlassungsplanung erfordert, beginnen die Vorbereitungen schon vor einem feststehenden Entlassetermin. Abstimmungen mit Pflege- oder Reha-Einrichtungen sowie Anträge zur notwendigen Weiterbehandlung erfolgen in Zusammenarbeit von Arzt, Pflege und Sozialdienst. Verbindungen zu Selbsthilfegruppen werden über das Behandlungsteam hergestellt. Die Beschaffung von Hilfsmitteln und die Einweisung in deren Gebrauch sowie die Klärung der häuslichen Versorgung erfolgen bis zum Entlassetermin. In den Entlassgesprächen werden die erforderlichen Informationen z.B. auch anhand von schriftlichem Material weitergegeben. Entlassbriefe, Pflegeüberleitungsbogen, Gespräche mit Bezugspersonen und ggf. eine persönliche Kontaktaufnahme mit dem weiterbehandelnden Arzt gewährleisten eine kontinuierliche Weiterbetreuung.

## **Umgang mit sterbenden Patienten und mit Verstorbenen**

Eine würdevolle Begleitung von Sterbenden und ihren Angehörigen sowie das Abschiednehmen von Verstorbenen sind im Siloah St. Trudpert Klinikum wichtige Anliegen. Deshalb wird auf qualifiziertes Personal für schwerkranke Patienten Wert gelegt, wie z.B. Palliativ Care Pflegekräfte, onkologische Fachausbildung. Über das Medizinische Versorgungszentrum ist ein Hämatonkologe und Palliativmediziner konsiliarisch eingebunden.

Auf einen sensiblen Umgang bei Fehl- und Totgeburten wird Wert gelegt. Hier sind entsprechenden Vorkehrungen getroffen.

Zur Begleitung steht darüber hinaus das Team der Klinikseelsorge zur Verfügung, das eng mit dem Behandlungsteam zusammenarbeitet. Hausinterne interdisziplinäre Fortbildungen sensibilisieren und unterstützen die Mitarbeiter bei ihrer Aufgabe. Angehörige können rund um die Uhr beim Patienten sein.

Im Haus arbeitet ein Palliativ-Arbeitskreis, der u.a. palliativ-medizinische Kolloquien initiiert. Das Haus ist Mitträger des stationären Hospizes in Pforzheim.

## 2 Mitarbeiterorientierung

KTQ:

### **Planung des Personalbedarfs**

Die Planung des Personalbedarfs stellt über Stellenpläne die Anzahl und Qualifizierung der Mitarbeiter für eine fachlich hochwertige Versorgung sicher. Bei neuen Leistungsfeldern wird auf Grund von voraussichtlichen Leistungszahlen der Bedarf berechnet. Wegen Leistungserweiterung wurde auf einer Station eine zusätzliche Nachtwache eingerichtet. Wegen erhöhtem Patientenaufkommen wurden auf der Aufnahmestation und im Kreißaal die Stellen erweitert. In regelmäßigen Gesprächen mit den Chefarzten und dem Pflegedirektor stimmt der Personalleiter den Bedarf in den Bereichen ab.

### **Personalentwicklung/Qualifizierung**

Gemäß unserem Leitbild legen wir „für die Entwicklung einer leistungsfähigen Krankenhausorganisation und die Erfüllung unseres diakonisch-caritativen und gesellschaftlichen Auftrags“ auf eine kontinuierliche Aus-, Fort- und Weiterbildung Wert. Das Konzept zur Personalentwicklung umfasst die Aspekte Ausbildung, Fortbildung und Umschulung sowie Karriereplanung und Konfliktbewältigung. Es werden jährliche Mitarbeitergespräche geführt. Erforderliche Qualifikationen werden über die Anforderungen, besonders auch bei Neuerungen festgelegt. Sie ergeben sich aus strategischen Überlegungen (Führungskraft, Leistungsspektrum u.ä.) und gesetzlichen Vorgaben. Bei Leistungsspektrumserweiterungen werden Mitarbeiter entsprechend qualifiziert. Interne Karriereplanungen werden hier gezielt eingesetzt. Es wird Wert darauf gelegt, in der Personalentwicklung die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu unterstützen.

### **Einarbeitung von Mitarbeitern**

Um zu gewährleisten, dass neue Mitarbeiter über Abläufe und Ziele im Klinikum umfassend informiert sind, gibt es im Haus ein Einarbeitungskonzept. Neue Mitarbeiter werden in einer Informationsveranstaltung in bereichsübergreifende Themen eingeführt und über Einarbeitungschecklisten strukturiert in die Arbeit eingewiesen. Die Einarbeitung erfolgt durch die Abteilungsleitungen oder benannte Mentoren. Regelungen im Organisationshandbuch, Pflegestandards und Hygienepläne, die Dienst-anweisung zum Transfusionswesen, Informationen der Apotheke, zu Brandschutz u. a. m. stehen im Intranet zur Verfügung. Die Einarbeitung wird mittels eines Rückmeldebogens überprüft. Die Erreichung der Einarbeitungsziele wird im Probezeitgespräch abgeglichen.

## **Ausbildung**

Am Standort des Klinikums ist eine Gesundheits- und Krankenpflegeschule mit 81 Plätzen angesiedelt. Die Zusammenarbeit zwischen Schule und den Einsatzorten der Praxisblöcke ist geregelt. Die Ausbildungsqualität wird durch verschiedene Konzepte sichergestellt wie z.B. Vernetzung mit den Praxisanleitern, Vorbereitung auf das Examen durch die praktische Klinikwoche, Verbesserung der Kommunikation durch einen internen Bereich auf der Internetpräsenz für die Schüler. Das Konzept zur Evaluation der Ausbildung umfasst z. B. Gespräche der Lehrkräfte oder Praxisanleitern mit den Schülern, Beurteilungsbögen, Feedbackrunden.

Es besteht eine Vereinbarung mit der Dualen Hochschule Karlsruhe zur Ausbildung in den Bereichen Physician Assistant und „angewandte Gesundheitswissenschaften“.

## **Fort- und Weiterbildung**

Die Förderung der Kompetenz und Professionalität ist ein wichtiges Ziel im Klinikum. Das Klinikum verfügt über eine Fort- und Weiterbildungseinrichtung (BiZ). Viele Angebote sind hier für Mitarbeiter des Klinikums kostenfrei. In den Kliniken finden regelmäßig interne, im ärztlichen Dienst auch zertifizierte Fortbildungen statt. Zudem werden von den Kliniken Fortbildungsangebote für niedergelassene Ärzte und andere externe Berufsgruppen organisiert.

In den jährlichen Mitarbeitergesprächen werden Bedürfnisse und Wünsche der Mitarbeiter erfasst und vom Vorgesetzten an die Personalabteilung weitergeleitet. Bei Veränderungen im Haus oder Einführung von Neuerungen werden Mitarbeiter entsprechend geschult.

## **Mitarbeiterorientierter Führungsstil**

Grundlage für den Führungsstil im Haus ist das christliche Selbstverständnis des Klinikums. Dabei ist die Einbeziehung der Mitarbeiter in Zielplanungen und Veränderungsprozessen ein wichtiger Aspekt. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit der Mitarbeitervertretung. In der eigenen Weiterbildungsstätte werden regelmäßig Seminare wie z. B. Grundlagen der Führung, Kommunikation, Konfliktmanagement angeboten.

Das Thema Vereinbarkeit von Beruf und Familie wird im Haus aktiv bearbeitet. Jährlich findet ein Elternzeitfrühstück statt. In der sich auf dem Klinikumsgelände befindenden Kindertagesstätte stehen 20 Plätze für Kleinkinder und 20 Plätze in der Kindergartengruppe zur Verfügung. Eine Zielvereinbarung für das Zertifikat beruf- undfamilie ist verabschiedet. Die Situation von Mitarbeitern bei der Pflege von Angehörigen wird berücksichtigt.

## **Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit**

Die Arbeitszeiten sind tariflich geregelt. Innerhalb dieser Vorgaben werden neben den üblichen Schichten (wie Früh-, Spät- und Nachtdienst) individuelle flexible Arbeitszeitmodelle angeboten. Im ärztlichen Dienst gibt es den Anforderungen der jeweiligen Klinik entsprechende Dienstplanmodelle. Ein EDV- gestütztes Dienstplanprogramm für den Pflegedienst ist im Einsatz.

Für die Inanspruchnahme flexibler Arbeitszeitmodelle in bestimmten Familiensituationen wurden in der Arbeitsgruppe Beruf und Familie Kriterien erarbeitet.

## **Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden**

Ein strukturiertes Ideenmanagement im Haus ist eingeführt. Hier werden Mitarbeiterideen und -rückmeldungen gezielt für Verbesserungen genutzt. Direkte Rückmeldungen von Mitarbeitern werden von den Abteilungsleitungen aufgenommen und weitergeleitet. Die Ideen wurden genutzt, um in verschiedenen Bereichen Anliegen umzusetzen, wie z. B. Jobticket, Parkplätze, Ausweitung der Öffnungszeiten des Kindergartens und der Altersgrenzen.

Mitarbeiterwünsche werden auch in den jährlichen Mitarbeitergesprächen erfasst. In der Projektgruppenarbeit bringen sich Mitarbeiter mit ihren Ideen zu verschiedenen Lösungsmöglichkeiten ein.

## 3 Sicherheit

KTQ:

### **Arbeitsschutz**

Im Klinikum sind Maßnahmen für den Arbeitsschutz getroffen. In jeder Betriebsstätte ist eine Fachkraft für Arbeitssicherheit benannt. Ein gemeinsamer Arbeitsschutzausschuss ist eingerichtet. In verschiedenen Bereichen wie z.B. Pflege, Küche, Labor sind Sicherheitsbeauftragte berufen.

Das Meldeverfahren für Berufsunfälle ist festgelegt. Für die Sicherheit der Mitarbeiter wurden schriftliche Regelungen erarbeitet. Schutzausrüstung steht vor Ort zur Verfügung. Der Betriebsarzt und die Fachkraft für Arbeitssicherheit führen regelmäßig Begehungen durch. Die Mitarbeiter werden turnusmäßig vom Betriebsarzt untersucht.

### **Brandschutz**

Um Brände zu verhüten und im Brandfall richtig zu reagieren sind im Klinikum zahlreiche Maßnahmen umgesetzt: In beiden Betriebsstätten sind Brandschutzbeauftragte berufen. Brandschutzordnungen liegen vor. Die Melde- und Alarmierungswege sind festgelegt und die Häuser mit Flucht- und Rettungswegeplänen ausgestattet. Die Einrichtungen und Maßnahmen im Brandschutz im Klinikum sind mit der örtlichen Feuerwehr eng abgestimmt. Regelmäßige Überprüfungen in den Bereichen erfolgen. Die Mitarbeiter sind in die im Brandfall erforderlichen Maßnahmen eingewiesen.

### **Umweltschutz**

Der sparsame Umgang mit den zur Verfügungen stehenden Ressourcen ist ein wichtiges Ziel. Dieses wird sowohl bei der Beschaffung als auch beim Umgang mit Wasser und Energie verfolgt. Bei Beschaffungen erfolgt eine Abwägung der Umweltverträglichkeit auch unter der Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und der Realisierbarkeit in der Ablauforganisation. Der Verbrauch von Energie und Wasser wird kontinuierlich kontrolliert und die Nutzung von Einsparpotentialen umgesetzt. Der Müll wird gemäß einem Abfallplan getrennt und entsorgt. Das Haus nimmt an einer vom Land Baden-Württemberg geförderten Energiediagnose durch eine Stiftung des Instituts für Umweltmedizin des Universitätsklinikums Freiburg teil.

### **Katastrophenschutz**

Das Klinikum ist in den Katastrophenschutz nach Landesrecht eingebunden und steht in enger Verbindung mit der verantwortlichen Stelle im Landratsamt des Enzkreises. In Zusammenarbeit mit dem Landratsamt ist ein Katastrophenplan bei Massenansturm von Verletzten (MANV) erarbeitet worden. Hier sind Vorgehen und Zuständigkeiten geregelt. Die Alarm- und Einsatzpläne werden von den Verantwortlichen aktualisiert.

## **Nichtmedizinische Notfallsituationen**

Um bei nicht medizinischen Notsituationen die Patientenversorgung nicht zu gefährden, liegen Ausfallkonzepte für die Stromversorgung, die Telefonanlage, die Heizungs- und die Wasserversorgung vor. Die Technische Abteilung ist für die Umsetzung verantwortlich und die Mitarbeiter sind entsprechend geschult. Es stehen zwei unterschiedliche Stromeinspeisungen von den Stadtwerken und Notstromaggregate an den Betriebsstätten zur Verfügung, für Funktionsbereiche zusätzlich ein batteriegestütztes Stromnetz.

## **Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung**

In den Abteilungen und auf den Stationen wird die Sicherheit durch qualifiziertes Personal gewährleistet; Handlungsanweisungen und Standards unterstützen dies. Es werden Identifikationsbänder für Patienten genutzt, um eine gesicherte Identifikation vor jeder Maßnahme zu ermöglichen.

Auf der Wochenstation werden Sicherheitshinweise von den Pflegekräften und dem Kinderarzt weitergegeben. Die Expertenstandards Wunde, Dekubitus und Sturz sind eingeführt. Maßnahmen bei akuter Eigen- und Fremdgefährdung erfolgen in Abwägung zwischen Schutz und Wahrung der persönlichen Freiheit der Patienten unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben.

## **Medizinisches Notfallmanagement**

Die Versorgung bei einem medizinischen Notfall ist durch ein speziell geschultes Notfallteam aus ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern sichergestellt, das über eine eigene Notfallnummer gerufen wird. Es ist in kurzer Zeit mit eigener Ausrüstung und entsprechenden Notfallmedikamenten beim Patienten. In den Bereichen stehen standardisierte Notfallkoffer zur Verfügung. Die Mitarbeiter werden von qualifiziertem Personal geschult. Im Kreißaal findet eine spezielle Schulung zur Neugeborenenreanimation statt. Die regelmäßige Überprüfung der Ausrüstung des Notfallteams sowie der Koffer in den Bereichen ist sichergestellt.

## **Hygienemanagement**

Es stehen hygienebeauftragte Ärzte mit entsprechender Weiterbildung, eine hauptamtliche Hygienefachkraft, Hygienebeauftragte in der Pflege sowie ein Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin als externer Berater zur Verfügung.

Die Hygienekommission unter Leitung des hygienebeauftragten Chefarztes tagt monatlich. Hygienestandards und Desinfektionspläne sind festgelegt. Überprüfungen finden in Begehungen, Praxisbegleitungen, Hygieneuntersuchungen und Hygieneunterweisungen statt. Das Haus beteiligt sich an der Aktion Saubere Hände.

Ein vorbeugendes System zur Erkennung, Beurteilung und Verhinderung von Fehlerquellen und zur Gewährleistung der Lebensmittelsicherheit ist in der Küche umgesetzt.

## **Hygienerelevante Daten**

Verantwortlich für die Erfassung und Auswertung der hygienerelevanten Daten ist die Hygienefachkraft in enger Abstimmung mit den hygienebeauftragten Ärzten und dem externen Facharzt. Die Hygienekommission überwacht die Infektionsstatistiken. Die Ergebnisse werden bewertet und entsprechende Maßnahmen eingeleitet. Durch unmittelbare Meldung von Infektionen und deren systematische Erfassung wird eine weitere Verbreitung verhindert. Ein detailliertes Ausbruchmanagement ist festgelegt.

## **Infektionsmanagement**

Die Planungen im Infektionsmanagement haben zum Ziel, Infektionserkrankungen zeitnah zu erkennen und eine Ausbreitung zu verhindern. Infektionskrankheiten nach dem Infektionsschutzgesetz werden vom behandelnden Arzt an die Hygienefachkraft und das Gesundheitsamt gemeldet. In den Hygieneplänen sind Verhalten und Maßnahmen bei Infektionskrankheiten festgelegt. Die Bereitstellung der Schutzausrüstung, die Schulung der Mitarbeiter und das Reinigungskonzept sind geregelt. Zur Infektionsprävention wird eng mit dem Gesundheitsamt zusammengearbeitet.

## **Arzneimittel**

Über die klinikeigene Apotheke wird eine Versorgung mit Arzneimitteln, Verbandstoffen, Infusionslösungen und Zytostatika gewährleistet. Die Bevorratung auf den Stationen wird von Pharmazeutisch-techn. Assistentinnen direkt vor Ort betreut. Die im Haus bereitgehaltenen Arzneimittel sind elektronisch gelistet. Eine Beratung der Ärzte erfolgt im telefonischen Kontakt und durch Besuche der Apotheker auf Stationen. Die Versorgung mit nicht bevorrateten Arzneimitteln ist über die Apotheke sichergestellt.

Für den Umgang mit Zytostatika und zur Zubereitung aseptischer Lösungen liegen Betriebsanweisungen vor. Der Umgang mit Betäubungsmitteln ist gemäß den gesetzlichen Sicherheitsvorschriften geregelt.

Unerwünschte Wirkungen von Arzneimitteln werden an die Apotheke gemeldet.

## **Blutkomponenten und Plasmaderivate**

Die Prozesse zur Anwendung von Blut und Blutprodukten sind in einer Dienstanweisung gemäß den gesetzlichen Vorgaben geregelt. Sie wird vom Transfusionsverantwortlichen des Hauses regelmäßig aktualisiert. In den Kliniken stellen Transfusionsbeauftragte die Umsetzung sicher. Die Dokumentation der Anwendung erfolgt patienten- und chargenbezogen.

Durch die Qualitätsmanagementbeauftragte, Chefärztin der örtlichen Blutbank, werden die Prozesse jährlich in einem Audit überprüft.

## **Medizinprodukte**

In der Zentralsterilisation liegt ein Qualitätsmanagement-Handbuch für die Regelungen zur Aufbereitung der Medizinprodukte vor. Das Verfahren zur Einweisung in medizinische Geräte nach der Medizinprodukte-Betreiberverordnung ist festgelegt. Es sind Beauftragte Personen in den Bereichen benannt. Die Einweisungen werden dokumentiert. Das Medizinproduktebuch wird in der Medizintechnik geführt. Vorkommnisse und Beinahevorkommnisse werden schriftlich an den Medizintechniker gemeldet. Die Einhaltung der Wartungsintervalle und Sicherheitstechnischen Kontrollen wird über ein elektronisches System überwacht.

## 4 Informations- und Kommunikationswesen

KTQ:

### **Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie**

Mit der Informationstechnologie im Klinikum werden den Mitarbeitern in den Bereichen rund um die Uhr die notwendigen Informationen sowie Dokumentations- und Arbeitsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt. Das Krankenhaus-Informationssystem enthält Daten für die elektronische Patientenakte wie z. B. Patientenstammdaten, Laborwerte, digitale Bilder der Radiologie, OP-Berichte und Arztbriefe.

Ein Ausfallkonzept stellt sicher, dass bei Ausfall eines Servers der Zugriff auf das System erhalten bleibt. Bei einem Stromausfall gewährleistet eine USV die Verfügbarkeit der Serversysteme. Ein mehrstufiges Firewallkonzept sowie ein zentraler Virens Scanner schützen das interne System.

### **Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten**

Die Führung, Dokumentation und Archivierung der Patientendaten ist festgelegt. Die Chefarzte tragen die Verantwortung für die ärztliche Dokumentation. Für die pflegerische Dokumentation ist der Pflegedirektor verantwortlich. Hausinterne Regelungen unterstützen den Prozess der Dokumentation. In den Kliniken werden klinikspezifische Anamnesebögen verwendet. Für Aufenthalte ab Anfang 2013 stehen die archivierten Patientenakten digital zur Verfügung.

### **Verfügbarkeit von Patientendaten**

Der Zugriff auf die Daten in der elektronischen Patientenakte ist rund um die Uhr sichergestellt. Die Patientenakten aus früheren Aufenthalten werden seit 2013 digital vorgehalten. Interne Befunde sind im Krankenhaus-Informationssystem einsehbar. Die Bilder der Radiologie stehen auch auf den Stationen digital zur Verfügung. Die Dokumentation des Behandlungsverlaufs erfolgt nachvollziehbar. Der Verlauf sowie die Begründungen für die eingeleiteten Maßnahmen werden in der Patientenkurve dokumentiert.

### **Information der Krankenhausleitung**

Die Krankenhaus-Betriebsleitung erhält monatlich ein Berichtswesen zur Entwicklung im Haus. Täglich wird eine Mitternachtsstatistik erstellt.

Weiter informiert sich die Krankenhaus-Betriebsleitung durch ein strukturiertes Protokollwesen verschiedener Gremien wie z.B. der Hygienekommission. Zudem werden Jahresberichte erstellt z.B. zum Energiemanagement, zum Abfallmanagement, zur Patientenbefragung und dem Rückmeldungsmanagement, um so die Geschäftsführung zu informieren.

## **Informationsweitergabe (intern/extern)**

Es ist ein wichtiges Anliegen, dass Mitarbeiter zeitgerecht und umfassend über die sie betreffenden Sachverhalte informiert werden. Im Haus ist eine Regelkommunikation eingeführt. Verschiedene interdisziplinäre und interprofessionelle Gremien (wie z.B. Tumorkonferenzen, Hygienekommission, QM-Konferenz) stellen die Kommunikation zwischen den Bereichen sicher. Das Medium des Intranets wird genutzt. Vierteljährlich erscheint eine Mitarbeiterzeitung.

Den Patienten und Angehörigen stehen über eine Patientenbroschüre, die Ansprechpartner und Leistungsspektrum der Kliniken darstellt, sowie über das Internet umfangreiche Informationen zur Verfügung. Das Angebot von Info-Tagen unterstützt das Informationsmanagement. Für die niedergelassene Ärzteschaft werden regelmäßig Fortbildungen angeboten.

## **Organisation und Service**

Der Krankenhaus-Empfang und die Telefonzentrale sind rund um die Uhr besetzt. Geschulte Mitarbeiter helfen Patienten und Besuchern weiter und leiten sie an die betreffenden Stellen im Haus. Über einen Zugang zum Krankenhaus-Informationssystem sind die Mitarbeiter mit den erforderlichen Informationen ausgestattet. Anweisungen für kritische Situationen und entsprechende Alarmlisten liegen vor.

Der Eingangsbereich ist mit Sitzgelegenheiten, einem Getränke- und Kaffeeautomaten ausgestattet. Im Bereich der Notfallambulanz ist eine Kinderecke eingerichtet. Rollstühle und Gepäckkulis stehen zur Verfügung.

## **Regelungen zum Datenschutz**

Es wird Wert darauf gelegt, dass der Datenschutz im Klinikum eingehalten wird. Die Mitarbeiter werden über ihre Verantwortung im Datenschutz informiert und erhalten ein Merkblatt über Datenschutz, Betriebsgeheimnis, Schweigepflicht und Auskünfte. Weitere schriftliche Regelungen unterstützen die Umsetzung im Arbeitsalltag. Ein Datenschutzbeauftragter ist berufen, der auf die Einhaltung im Haus achtet. Das EDV-System ist mit Sicherungsvorkehrungen vor unberechtigtem Zugriff auf Daten ausgestattet. Durch ein internes Rollenkonzept wird nur berechtigten Mitarbeitern der Zugriff auf die elektronisch gespeicherten Patientendaten ermöglicht.

## 5 Führung

KTQ:

### **Vision, Philosophie und Leitbild**

Der diakonisch-caritative Auftrag, der den Wurzeln der beiden konfessionellen Krankenhäuser St. Trudpert und Siloah entspricht, ist die Grundlage für unser Klinikum. Hier kommen die wichtigsten Werte zum Ausdruck, die Orientierung bieten in der Versorgung der Patienten, im Leistungsspektrum und in den Angeboten der Klinikseelsorge. Der Entwicklung des Zusammenwachsens der Häuser wurde Rechnung getragen, indem schon 2005 ein gemeinsames Leitbild verabschiedet wurde, das 2011 aktualisiert und in einer ansprechenden Broschüre veröffentlicht wurde. Allen neuen Mitarbeitern wird das Leitbild bei der Einstellung ausgehändigt und es wird in der Einarbeitung vorgestellt.

### **Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen**

Die im Leitbild ausgeführten Grundsätze zu Führung bilden die Basis für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit im Haus. Wir legen Wert auf die Einbeziehung verantwortlicher Mitarbeiter bei Entscheidungen und auf die Information der betroffenen Mitarbeiter. Es wird auf eine gute Zusammenarbeit mit der Mitarbeitervertretung geachtet. Weihnachtsfeiern und Betriebsfeste, die von der Krankenhaus-Betriebsleitung zusammen mit der Mitarbeitervertretung organisiert werden, sowie Abteilungsfeste tragen zur Integration der Mitarbeiter und zur Stärkung der Teams bei.

Am Thema Vereinbarkeit von Beruf und Familie wurde im Klinikum in den letzten Jahren verstärkt gearbeitet. 2012 konnten zwei Kleinkindergruppen auf dem Gelände in Betrieb gehen. Spezielle Teilzeitmodelle und vollzeitnahe Arbeitszeitreduzierungen auch in Leitungspositionen konnten umgesetzt werden. Im März 2014 hat das Haus das Zertifikat berufundfamilie erhalten.

### **Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse**

Die Klärung ethischer Fragestellungen erfolgt über Gespräche im Behandlungsteam sowie mit der Klinikseelsorge und im Ethikkomitee. Das Ethikkomitee ist mit Mitarbeitern unterschiedlicher Berufsgruppen besetzt. Es hat den Teams Leitfäden zu verschiedenen Themen als Unterstützung zur Verfügung gestellt.

Es ist uns wichtig, die kulturellen, weltanschaulichen und religiösen Bedürfnisse der Patienten zu beachten. Die Klinikseelsorge begleitet Patienten und ihre Angehörigen, aber auch die Mitarbeiter bei ethischen Fragen und in schwierigen Situationen. Wir achten darauf, dass in unserer Weiterbildungsstätte Angebote zu ethischen Themen gemacht werden. Im Unterricht der Gesundheits- und Krankenpflegeschule ist das Fach Ethik ein wichtiger Bestandteil.

## **Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung**

Die Zielplanung für das Klinikum wird im Verwaltungsrat zusammen mit der Krankenhaus-Betriebsleitung entwickelt. Ein wichtiges Ziel ist es, in den nächsten Jahren die starke Position in der Region zu halten und das Leistungsspektrum auszubauen. Dabei wird darauf geachtet, dass die Ziele dem Auftrag eines christlichen Krankenhauses dienen, aber auch der medizinischen Entwicklung und dem Versorgungsbedarf in der Region entsprechen.

Die Umsetzung der Ziele wird durch die mittelfristige Finanzplanung und den jährlichen Haushalts- und Investitionsplan gesteuert. Ein strukturiertes Kennzahlensystem informiert die Geschäftsführung kontinuierlich.

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

Kooperationen des Hauses sind davon bestimmt, den Versorgungsauftrag auf einem hohen medizinischen Standard sicherzustellen. Hierbei wird die Zusammenarbeit kontinuierlich weiterentwickelt und neue Kooperationen werden geschlossen. Die Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten und anderen Krankenhäusern spielt eine wichtige Rolle.

Es wird eine Vielzahl von Veranstaltungen zur Information und zur Gesundheitsprävention mit verschiedenen Partnern und Selbsthilfegruppen durchgeführt. Als konfessionelles Klinikum nimmt das Haus seine Aufgabe im Evang. und im Kath. Krankenhausverband durch Vertreter in verschiedenen Gremien wahr.

Der Träger unterhält vier Altenpflegeeinrichtungen, ein Medizinisches Versorgungszentrum, eine Kindertagestätte, eine Gesundheits- und Krankenpflegeschule, eine Altenpflegeschule sowie eine Weiterbildungseinrichtung. Der Ausbildungsauftrag sowie die Sicherung und der Ausbau attraktiver Arbeitsplätze sind ein wichtiger Bestandteil unserer gesellschaftlichen Verantwortung.

## **Festlegung einer Organisationsstruktur**

Eine transparente Organisationsstruktur ist unabdingbar für klare Handlungsabläufe. Die Verantwortlichkeiten sind im Organigramm dargelegt; organisatorische Strukturen und Kompetenzen sind in Geschäftsordnungen, Dienstanweisungen und Stellenbeschreibungen sowie im Dienstverteilungsplan festgelegt. Das oberste Leitungsgremium ist der Verwaltungsrat, der zusammen mit der Krankenhaus-Betriebsleitung das Klinikum führt. Verantwortliche Ansprechpartner sind benannt und sowohl intern wie auch extern bekannt gemacht.

## **Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien**

Ein effektiver Informationsaustausch und Informationsfluss sind eine wichtige Grundlage für die Erfüllung unserer Aufgabe. Die Vorgaben zur Arbeitsweise der Führungsgremien sind festgelegt. Eine Regelung zu Besprechungen definiert den Rahmen für eine effektive Arbeitsweise in den Teams. Informationen zeitgerecht und möglichst umfassend weiterzugeben, ist ein wichtiger Bestandteil der Kommunikati-

onskultur des Hauses. Für Projekt- und Arbeitsgruppen gibt es Festlegungen zur Berichterstattung und Evaluation erarbeiteter Maßnahmen. Die Kommunikationskultur wird durch regelmäßige Mitarbeiterbefragungen überprüft.

## **Innovation und Wissensmanagement**

Mit dem Bewusstsein, dass bei den Herausforderungen im Gesundheitswesen eine hohe Flexibilität bei gleichzeitigem Abwägen der Risiken und Chancen notwendig ist, werden von der Krankenhaus-Betriebsleitung in Abstimmung mit den verantwortlichen Führungskräften im Klinikum Neuerungen und Veränderungen geplant. So wurde in den letzten Jahren die Chirurgische Klinik geteilt in Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und minimal-invasive Chirurgie sowie Orthopädie und Unfallchirurgie. Es wurde die interdisziplinäre Lungenstation eröffnet. In verschiedenen Kliniken wurden neue Behandlungsmethoden etabliert. In der Urologie wurde der OP-Bereich mit einem speziellen digitalen System ausgestattet.

## **Externe Kommunikation**

Es wird eine umfangreiche Öffentlichkeitsarbeit betrieben mit dem Ziel einer Darstellung des Leistungsspektrums und der Information zu Krankheitsbildern für die verschiedenen Zielgruppen wie Patienten, Einweiser und weitere Leistungserbringer im Gesundheitswesen sowie allgemeine Öffentlichkeit. Es besteht ein guter Kontakt zur örtlichen Presse, über die in regelmäßige Pressemitteilungen und -einladungen z. B. bei Neuerungen oder bei Veranstaltungen informiert wird. Es finden zahlreiche Veranstaltungen statt: Gefäßtag, Gelenktag, Herztag, Krebstag, Weltstilltag, Fortbildungen für die niedergelassene Ärzteschaft.

Eine umfangreiche Patientenbroschüre und verschiedene Flyer informieren über Behandlungsmöglichkeiten. Die Interpräsenz des Klinikums wurde 2013 komplett überarbeitet.

## **Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems**

Die Sicherheit der Patienten und der Mitarbeiter stehen im Mittelpunkt. Zur Steuerung des betriebswirtschaftlichen Risikomanagements dient der Leitung ein monatliches Reportingsystem. Im Klinischen Risikomanagement werden die Kernprozesse überprüft und angepasst. An Maßnahmen zur Patientensicherheit wurden in den letzten Jahren u.a. umgesetzt: Einführung von Identifikationsbänder für Patienten, OP-Sicherheitscheckliste nach Vorgaben der WHO, Einführung eines Ersteinschätzungssystems (Triagierung). Im Haus wird ein Meldesystem für Beinahefehler (CIRS) genutzt.

## 6 Qualitätsmanagement

KTQ:

### **Organisation**

Im Klinikum ist ein internes Qualitätsmanagementsystem umgesetzt. Verantwortlich für die Steuerung und Weiterentwicklung des QM-Systems ist die Krankenhaus-Betriebsleitung. Sie wird unterstützt durch eine interdisziplinäre Steuerungsgruppe. Eine QM-Konferenz der Qualitätsbeauftragten der Kliniken und Bereiche trifft sich quartalsweise. Es wurde ein Organisationshandbuch für das Gesamtklinikum erarbeitet sowie klinikspezifische Handbücher. Das Überprüfungskonzept umfasst Befragungen, Audits, Begehungen, ein Rückmeldungsmanagement, Auswertung von Statistiken und Reportings. Ausgehend von der Qualitäts- und Risikopolitik sowie den Ergebnissen aus den Überprüfungen werden jährlich Ziele für das Klinikum festgelegt.

Das Haus wurde 2011 erstmals nach KTQ® zertifiziert. Weitere Zertifikate bestehen im Brustzentrum, der Anerkennung als Babyfreundliches Krankenhaus, der Versorgungseinrichtung für Typ-2-Diabetiker, als Regionales Traumazentrum, als Hypertoniezentrum und beim Zertifikat berufundfamilie.

### **Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung**

Die Verbesserung von Abläufen ist ein zentrales Anliegen im Klinikum. Ausgehend von der Prozesslandschaft des Klinikums werden Prozesse analysiert und Verbesserungen bearbeitet. Beteiligte Mitarbeiter sind hierbei in Projektgruppen und Qualitätszirkel eingebunden. Zur Prozessverbesserung wurde in den letzten Jahren z. B. an folgenden Themen gearbeitet: Aktenarchivierung / Digitalisierung der Patientenakte, Aufnahmeprozess, Aufnahme Notfallpatient, Patientenidentifikation im OP, Entlassmanagement, Einführung eines EDV-Systems zur Erfassung von Essenswünschen, Bereitstellung von digitalen Aufklärungsbögen, OP-Statut zur OP-Koordination, Kontakthalteprogramm für Mitarbeitende in Elternzeit.

### **Patientenbefragung**

Mit dem Ziel, die Patientenzufriedenheit zu verbessern und die Ergebnisse für Verbesserungsmaßnahmen zu nutzen, werden die Patienten seit 2005 kontinuierlich befragt. Der Fragebogen umfasst Themen wie die Kompetenz und Freundlichkeit der Mitarbeiter oder die Zufriedenheit mit dem Essen. Die Ergebnisse werden in der Krankenhaus-Betriebsleitung analysiert und es werden entsprechende Maßnahmen abgeleitet. Im Brustzentrum wird eine eigene Patientenbefragung durchgeführt.

## **Befragung externer Einrichtungen**

Wichtig für die Einweiserkommunikation ist der persönliche Kontakt der Chefärzte zu den niedergelassenen Kollegen. Die Rückmeldungen aus der Ärzteschaft zu gewünschten Leistungsangeboten konnten in verschiedenen Punkten aufgegriffen werden, z.B. 24-Stunden Bereitschaft im Herzkatheterlabor, neue Leistungsfelder durch die Teilung der Chirurgischen Klinik.

## **Mitarbeiterbefragung**

Alle drei Jahre wird eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt. Ziel ist es, damit die Mitarbeiterzufriedenheit zu verbessern und die Wertschätzung der Mitarbeiter von Seiten der Krankenhaus-Betriebsleitung zum Ausdruck zu bringen sowie die Ergebnisse für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu nutzen. Um ehrliche Rückmeldungen zu erhalten, wird auf die Wahrung der Anonymität geachtet. Ein externes Forschungsinstitut begleitet das Projekt wissenschaftlich und wertet die Fragebögen aus. Die Ergebnisse werden mit den Werten aus anderen Einrichtungen im Gesundheitswesen verglichen.

## **Umgang mit Wünschen und Beschwerden**

Die Rückmeldungen und Ideen von Patienten, Angehörigen und Besuchern haben für uns eine wichtige Bedeutung, weil wir so wertvolle Hinweise über unserer Arbeit erhalten können. Deshalb haben wir im Haus ein strukturiertes Rückmeldungsmanagement eingeführt. Den Patienten wird bei der administrativen Aufnahme ein Bogen ausgehändigt, auf dem Wünsche, Anregungen und Beschwerden geäußert werden können. Rückmeldungen werden individuell bearbeitet und zentral ausgewertet.

## **Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten**

Die Erfassung und Auswertung von qualitätsrelevanten Daten ist eine wichtige Grundlage für die interne Qualität. Die Ergebnisse werden über die Verantwortlichen analysiert und in internen Besprechungen mit den an der Behandlung Beteiligten erörtert. Qualitätsindikatoren werden mit einer entsprechenden Software aus Routinedaten überprüft. Im Brustzentrum, Diabeteszentrum, im Rahmen des Babyfreundlichen Krankenhauses und im Traumanetzwerk werden Daten gemäß den Vorgaben der Fachgesellschaften erhoben und ausgewertet.

## **Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung**

Das Klinikum beteiligt sich entsprechend dem Leistungsspektrum an der externen verpflichtenden Qualitätssicherung. Für die Erfassung der Daten sind in den Kliniken ärztliche Mitarbeiter verantwortlich benannt. Für die Einhaltung der Dokumentationsrate, die Vollständigkeit der Daten sowie die Plausibilitätskontrolle ist ein Mitarbeiter der Controllingabteilung zuständig. Die Ergebnisdaten aus der externen Qualitätssicherung werden durch die Verantwortlichen in der Klinik aufbereitet und in das Team eingebracht. Die daraus resultierenden Maßnahmen werden vom jeweiligen Chefarzt in die Wege geleitet.