



## KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2015 für Krankenhäuser

<b>Krankenhaus:</b>	Siloah St. Trudpert Klinikum
<b>Institutionskennzeichen:</b>	260820865
<b>Anschrift:</b>	Wilferdinger Straße 67 75179 Pforzheim
<b>Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:</b>	2017-0024 KH
<b>durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:</b>	proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft, Frankfurt am Main
<b>Gültig vom:</b>	17.06.2017
<b>          bis:</b>	16.06.2020
<b>Zertifiziert seit:</b>	17.06.2011

## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort der KTQ®</b>	3
<b>Vorwort der Einrichtung</b>	5
<b>Die KTQ-Kategorien</b>	8
1 Patientenorientierung	9
2 Mitarbeiterorientierung	13
3 Sicherheit - Risikomanagement	15
4 Informations- und Kommunikationswesen	19
5 Unternehmensführung	21
6 Qualitätsmanagement	24

## 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) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR).. Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

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

- Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit - Risikomanagement
- das Informations- und Kommunikationswesen,
- die Unternehmensführung und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

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

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-Dachverband, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Knappschaft.  
KTQ-Qualitätsbericht Siloah St. Trudpert Klinikum Pforzheim

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

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

## Vorwort der Einrichtung

### Das Siloah St. Trudpert Klinikum



Das Siloah St. Trudpert Klinikum mit insgesamt 499 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 Lungenzentrum, ein zertifiziertes Hypertoniezentrum sowie eine zertifizierte Versorgungseinrichtung für Typ-2-Diabetiker, Diabeteszentrum, ein zertifiziertes Endoprotektik-Zentrum sowie eine Chest-Pain-Unit. Es ist als Regionales Traumazentrum Mitglied im Traumanetzwerk Nordbaden anerkannt und Mitglied im Bundesverband Geriatrie.

Am Klinikum befindet sich ein Medizinisches Versorgungszentrum\* mit 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 22.400 Patienten stationär und über 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 Weiterbildungsmöglichkeiten für die Facharztausbildung. Das Thema Vereinbarkeit von Beruf und Familie wird aktiv bearbeitet. Seit 2014 trägt das Haus das Zertifikat zum **audit berufundfamilie**.

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 Diakonissenverein 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.

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

krankte 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).

\* Nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

# Die KTQ-Kategorien

# 1 Patientenorientierung

KTQ:

## Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das Siloah St. Trudpert Klinikum ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln und Auto gut erreichbar. Im Internet findet sich eine Anfahrtsskizze. Es sind Parkplätze gegenüber dem Klinikumsgebäude ausgewiesen.

Über das gesamte Klinikum und die Fachbereiche können auf der Homepage Informationen eingesehen werden [www.siloah.de](http://www.siloah.de). Es wurden ein Parkplatzplan und der Gebäudeplan als Wegweiser durch das Klinikum eingestellt, ebenso eine Checkliste für den Krankenhausaufenthalt. Für Fragestellungen und Behandlungen sind schriftliche Informationen vorhanden. 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 weitergeben. Der Aufnahmeprozess ist administrativ und auf den Stationen klar gegliedert. Die Patienten werden von qualifizierten Fachkräften aufgenommen. Die Aufnahme der Notfallpatienten erfolgt über die Zentrale Notaufnahme.

## Leitlinien und Standards

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

## Information und Beteiligung des Patienten

Die Patienten werden im Arztgespräch, bei der Aufnahme und der Aufklärung informiert. Schriftliche Materialien unterstützen dies. Auf die Wahrung der Patientenrechte wird im gesamten Verlauf des Aufenthaltes geachtet. Das Vorliegen einer Patientenverfügung wird in der Patientenakte festgehalten. Aufklärungsbögen zu den Behandlungen liegen digital auch in verschiedenen Sprachen vor. Die Klinikseelsorge bietet Begleitung durch Gespräche an. Durch die im Klinikum befindliche Psychosomatische Klinik wird eine psychologische Beratung ermöglicht. Zur Unterstützung der Patienten und ihrer Angehörigen zum selbstbestimmten Umgang mit ihrer Krankheit gibt es Schulungen, Seminare, Kurse und Informationstage. Es besteht eine Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen. Die Mitaufnahme von Begleitpersonen ist bei Kindern (HNO-Klinik) möglich. In der Geburtshilfe gibt es ansprechend gestaltete Familienzimmer. Bei schwerkranken und sterbenden Patienten wird einer Begleitperson ein Bett im Zimmer zur Verfügung gestellt. Auf Wunsch des Patienten werden Angehörige in den Behandlungsprozess miteinbezogen.

## **Ernährung und Service**

Für Patienten und Angehörige gibt es auf allen Stockwerken Aufenthaltsmöglichkeiten. Eine Cafeteria mit Angebot von Frühstück, Mittagessen, Kaffee und Kuchen sowie Abendessen steht für Patienten und Angehörige zur Verfügung. Dort wird auch ein kleines Kiosksortiment vorgehalten. Die Versorgung mit Essen und Trinken geschieht über die Klinikums eigene Küche. Versorgungsassistentinnen erfragen die Essenswünsche der Patienten.

In Zusammenarbeit mit der Diätassistentin und dem ernährungsbeauftragten Arzt wurde ein Kostformkatalog erstellt, in dem die einzelnen Diätformen in medizinischer Indikation, Durchführung und Bestellung geregelt sind. Kulturelle und religiöse Speisewünsche werden erfasst und berücksichtigt. Für die Betreuung von Diabetespatienten steht ein Diabetesteam zur Verfügung.

## **Erstdiagnostik und Erstversorgung**

Im Klinikum besteht eine 24 Stunden Aufnahmebereitschaft. In der Zentralen Notaufnahme werden alle Patienten nach dem Manchester Triagesystem eingeschätzt. Hier sind rund um die Uhr ein internistischer und ein chirurgischer Arzt sowie qualifiziertes Pflegepersonal im Einsatz. Ärzte anderer Fachabteilungen sind rund um die Uhr im Klinikum. Bei Patienten, die eine Schockraumversorgung benötigen, greifen die Festlegungen des Schockraummanagements. Das Schockraum Basisteam und die Alarmierungskette sind festgelegt. Für die Versorgung steht ein mit neuester Medizintechnik ausgestatteter Schockraum zur Verfügung. Ein Hubschrauberlandeplatz befindet sich auf dem Dach des Klinikums. Im Klinikum ist ein Herzkatheterlabor eingerichtet und mit 24-Stunden Rufbereitschaft besetzt.

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

Die ambulante Notfallversorgung geschieht in der Zentralen Notaufnahme und in den Fachambulanzen. Die Zentrale Notaufnahme ist rund um die Uhr mit qualifizierten Mitarbeitern besetzt. Es werden in den Kliniken Sprechstunden angeboten. Hier werden die jeweiligen Untersuchungen von qualifizierten Ärzten durchgeführt. Zuständig für die Terminvergabe sind die Sekretariate und Aufnahmezimmer. Alle notwendigen Vorbefunde werden genutzt, um Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Patienten erhalten nach einer ambulanten Behandlung einen Kurzarztbrief bzw. den Untersuchungsbefund für den einweisenden Arzt.

## **Ambulante Operationen**

Für ambulante Operationen und Eingriffe stehen entsprechende Räumlichkeiten zur Verfügung. Die Terminvergabe für ambulante Operationen erfolgt über die Sekretariate und Ambulanzen. Die ambulanten Patienten werden bei einem Vortermineinsehen, bei welchem eine individuelle Aufklärung erfolgt. Es wird darauf geachtet, dass die Weiterbetreuung nach dem Eingriff zum Klinikum 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, Interdisziplinarität und Behandlung**

Eine 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 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 Festlegung der Therapie erfolgt durch Fachärzte bzw. Oberärzte und Chefarzte. Ihre Leitlinienkonformität, die adäquate Umsetzung und die Wirksamkeit werden in den Visiten, in ärztlichen Teambesprechungen oder in interdisziplinären Fallbesprechungen überprüft. Weiterqualifikationen von Mitarbeitern sowie Fortbildungen in den Teams ermöglichen einen hohen fachlichen Standard. Ein Spezialisierungsgrad in den medizinischen Disziplinen ist umgesetzt. 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 Prozesse**

Die operative und anästhesiologische Versorgung nach dem aktuellen wissenschaftlichen Stand wird durch qualifizierte Besetzung der Stellen, kontinuierliche Weiterbildung der MA und eine angemessene Ausstattung in den Funktionsbereichen gewährleistet. Die Leitlinien der Fachgesellschaften werden beachtet. Für eine postoperative Überwachung steht ein Aufwachraum zur Verfügung. Es sind Maßnahmen nach den Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit zur Patientenidentifikation getroffen wie die OP-Sicherheitscheckliste nach WHO-Vorgaben. Die Einbeziehung von Patienten ist als Ziel in den entsprechenden Prozessbeschreibungen definiert.

## **Visite**

Die Visite stellt eine fachlich qualifizierte Überprüfung von Diagnostik und Therapie sowie des Status des Patienten sicher. Auf einen patientenorientierten Ablauf wird Wert gelegt, ebenso auf die verständliche Information sowie auf ein adäquates Eingehen auf die Fragen von Patienten. Die Visiten finden unter der Berücksichtigung der Intimsphäre statt.

## **Entlassungsprozess**

Mit dem Ziel, den Behandlungserfolg zu sichern und eine Weiterversorgung der Patienten zu ermöglichen, wird der Ablauf der Entlassung geplant. Bei Patienten, deren Situation eine umfangreichere Entlassungsplanung erfordert, beginnen die Vorbereitungen schon weit vor einem feststehenden Entlasstermin. 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 zumeist bis zum Entlassungstermin. In Entlassgesprächen werden die erforderlichen Informationen z.B. auch anhand von schriftlichem Material weitergegeben. Entlassbriefe, Pflegeüberleitungsbogen, einzuhaltende Verhaltensregeln und ggf. eine persönliche Kontaktaufnahme mit dem weiterbehandelnden Arzt ermöglichen eine kontinuierliche Weiterbetreuung.

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

Eine würdevolle Begleitung von Sterbenden und ihren Angehörigen sind im Siloah St. Trudpert Klinikum wichtige Anliegen. Deshalb wird auf qualifiziertes Personal für schwerkranke Patienten Wert gelegt, wie z.B. Palliativ Care Pflegekräfte, Palliativmediziner, onkologische Fachausbildung. Zur Schmerzlinderung liegen entsprechende Standards vor. Auf einen sensiblen Umgang bei Fehl- und Totgeburten wird Wert gelegt. Hier sind entsprechende Vorkehrungen getroffen. Zur Begleitung steht darüber hinaus das Team der Klinikseelsorge zur Verfügung, das mit dem Behandlungsteam zusammenarbeitet. Klinikumsinterne interdisziplinäre Fortbildungen sensibilisieren und unterstützen die Mitarbeiter bei ihrer Aufgabe. Angehörige können rund um die Uhr beim Patienten sein. Im Klinikum arbeitet ein Palliativ-Arbeitskreis, der u.a. palliativ-medizinische Kolloquien initiiert. Das Klinikum ist Mitträger des stationären Hospizes in Pforzheim.

## **Umgang mit Verstorbenen**

Wenn ein Patient verstorben ist, haben Angehörige die Möglichkeit sich im Patientenzimmer oder in dem entsprechend ausgestatteten Abschiedsraum zu verabschieden. Angehörige werden dabei auf Wunsch von Mitarbeitern oder der Klinikseelsorge begleitet. Bei Angehörigen anderer Religionen kann Kontakt zu entsprechenden Ansprechpartnern hergestellt werden. Bei Bedarf kann von der Klinikseelsorge Kontakt zu Angeboten für Menschen in Trauer vermittelt werden.

## 2 Mitarbeiterorientierung

KTQ:

### **Personalbedarf**

Die Planung des Personalbedarfs stellt über Stellenpläne die Anzahl und Qualifizierung der Mitarbeiter für eine fachliche Versorgung sicher. Die regelmäßige Einbeziehung der Mitarbeitervertretung erfolgt bei strukturellen Veränderungen in Abteilungen oder Bereichen. Durch entsprechende Umstrukturierung von Prozessen können den Berufsgruppen flexible Arbeitszeitmodelle angeboten werden. Um die Fluktuation gering zu halten, werden Fortbildungskosten übernommen und verschiedene Aktivitäten zum Thema Beruf und Familie angeboten. In der Pflege werden sehr häufig unbefristete Verträge abgeschlossen, Examensschüler erhalten 6 Monate vor Ausbildungsende von der Pflegedirektorin und dem Personalleiter unbefristete Verträge in Vollzeit angeboten.

### **Personalentwicklung**

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 Mitarbeitergespräche geführt. Das Mitarbeitergespräch ist konzipiert und bietet die Möglichkeit regelmäßig Feedback zu geben. Es ist Ziel, Mitarbeiter so weiter zu entwickeln, dass leitende Positionen dadurch intern besetzt werden können. Es wird Wert darauf gelegt, in der Personalentwicklung die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu unterstützen.

### **Einarbeitung**

Ziel des Einarbeitungskonzeptes im Klinikum ist es eine strukturierte und am Leitbild orientierte Einarbeitung für alle neuen Mitarbeitenden sicherzustellen. Die Qualität der Arbeit und die Sicherheit für Patienten und Mitarbeitende sollen gestärkt werden. Patienten sollen sicher sein, dass neue Mitarbeitende über die Abläufe und Ziele der Arbeit im Krankenhaus umfassend informiert sind. Die Integration neuer Mitarbeiter in das Team soll gefördert werden. Diese Ziele sind im Gesamtkonzept für das Klinikum formuliert. Hierfür liegt ein Modul für das Klinikum vor. Darüber hinaus finden in den Bereichen zusätzlich spezifische Einarbeitungsmodule Anwendung. Die Verantwortlichen planen die Einarbeitung entsprechend, Mentoren werden benannt. Die Einarbeitungsmodule werden von Verantwortlichen überprüft und angepasst. Dabei werden auch die Rückmeldungen der Mitarbeiter berücksichtigt. Neue Mitarbeitern werden zu einer Informationsveranstaltung mit anschließender Hausführung eingeladen, in der über wichtige Themen, die das Gesamthaus betreffen, informiert wird.

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

Am Standort des Klinikums ist eine Gesundheits- und Krankenpflegeschule mit 81 Plätzen angesiedelt. Die Zusammenarbeit zwischen Schule und den Einsatzorten der Praxisblöcke ist strukturiert geregelt. Die Ausbildungsqualität wird durch verschiedene Konzepte sichergestellt. 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“.

Die fachliche und persönliche Weiterentwicklung aller Mitarbeitenden hat einen besonderen Stellenwert in der Personalpolitik. Für die Ausbildung im Praktischen Jahr liegen in den Kliniken die jeweiligen Curricula vor. Für die Planung der Facharztweiterbildung ergibt sich die Grundlage aus der Weiterbildungsordnung der zuständigen Ärztekammer. Fachweiterbildungen orientieren sich auch am Leistungsspektrum des Klinikums. Die Förderung der Kompetenz und Professionalität ist ein wichtiges Ziel im Klinikum. Das Klinikum verfügt über eine Fort- und Weiterbildungseinrichtung. Viele Angebote sind hier für Mitarbeiter des Klinikums kostenfrei. In den Kliniken finden regelmäßig interne, im ärztlichen Dienst auch zertifizierte Fortbildungen statt. In den Zielvereinbarungsgesprächen werden Bedürfnisse und Wünsche der Mitarbeiter erfasst und vom Vorgesetzten an die Personalabteilung weitergeleitet. Bei Veränderungen im Klinikum oder Einführung von Neuerungen werden Mitarbeiter entsprechend geschult.

## **Arbeitszeiten / Work Life Balance**

Innerhalb der Vorgaben der im Klinikum geltenden Tarifverträge werden individuelle flexible Arbeitszeiten angeboten. Bei Veränderungen in den organisatorischen Abläufen werden zusätzliche Arbeitszeitmodelle in Zusammenarbeit zwischen Personalabteilung und dem Vorgesetzten erarbeitet. Wünsche der Mitarbeiter und dienstliche Anforderungen werden bei der Entwicklung von Arbeitszeitmodellen miteinander abgestimmt. Der Träger betreibt eine Kindertagesstätte auf dem Klinikumsgelände, die von Mitarbeiterkindern besucht wird. Im Sommer wird eine dreiwöchige Ferienbetreuung für Mitarbeiterkinder angeboten. Es bestehen gesundheitsfördernde Angebote für die MA. In diesem Rahmen finden z. B. Veranstaltungen zu Entspannung und zur Stressbewältigung für MA statt. Ein jährliches Programm wird im Frühjahr an alle MA verteilt.

## **Ideenmanagement**

Ein strukturiertes Ideenmanagement im Klinikum ist eingeführt, mit dem Ziel das Problembewusstsein zu fördern, die Motivation zu stärken und das Betriebsgeschehen zu verbessern. Dafür liegt ein schriftliches Konzept vor. Für Verbesserungsvorschläge die umgesetzt werden, erhält der Mitarbeiter eine Prämie. Mitarbeiterwünsche werden auch in Mitarbeitergesprächen erfasst. Mitarbeiterideen und -rückmeldungen werden zudem in Teambesprechungen aufgenommen und von den Abteilungsleitungen weiterverfolgt.

## 3 Sicherheit - Risikomanagement

*KTQ:*

### **Methoden des klinischen Risikomanagements**

Ziel unseres integrierten Risikomanagements ist es, ein System aufzubauen, in dem Risiken frühzeitig erkannt und zeitnah Maßnahmen zur Gegensteuerung ergriffen werden. Hierzu gehören sowohl die klinischen Risiken wie auch die betriebswirtschaftlichen. Verantwortlich für das betriebswirtschaftliche Risikomanagement sind die Krankenhausbetriebsleitung und der Verwaltungsrat. Im klinischen Risikomanagement wurden in den letzten Jahren Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit umgesetzt. Alle Mitarbeiter haben die Möglichkeit anonym und sanktionsfrei, durch Hinweise über das interne Fehlermeldesystem weiterhin zur Verbesserung der Patientensicherheit beizutragen.

### **Eigen- und Fremdgefährdung**

Eine gesicherte Betreuung gefährdeter Patientengruppen ist unser Ziel. Dafür liegen Handlungsanweisungen und Standards vor und Mitarbeiter sind geschult. Bereits bei der Aufnahme des Patienten wird z. B. das Sturzrisiko eingeschätzt, damit vorbeugende Maßnahmen frühzeitig eingeleitet werden können. Wenn desorientierte Patienten von Angehörigen begleitet werden, werden diese gezielt zur Information und zur Erfassung der bestehenden Risiken herangezogen.

### **Medizinisches Notfallmanagement**

Ein geschultes Notfallteam aus ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern stellt die Versorgung bei einem medizinischen Notfall sicher. Es kann auch von tragbaren Telefonen aus zum Einsatzort gerufen werden. Es ist in kürzester Zeit mit eigener Ausrüstung, einem Defibrillator und entsprechenden Notfallmedikamenten beim Patienten. In den Bereichen stehen standardisierte Notfallkoffer zur Verfügung. Die Mitarbeiter bilden sich in regelmäßigen Abständen zu diesem Thema fort.

### **Organisation der Hygiene**

Die beiden Hygienefachkräfte werden von hygienebeauftragten Ärzten und hygienebeauftragten Pflegekräften unterstützt. Als externer Berater steht ein Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin zur Verfügung. Die Hygienekommission tagt monatlich. Das Klinikum nimmt an der Aktion Saubere Hände teil und hat 2015 und 2016 das Bronze Zertifikat erhalten. Die Informationswege in Hygienefragen sind in den Hygieneplänen festgelegt.

## **Hygienerelevante Daten, Infektionsmanagement**

Die Planungen im Infektionsmanagement haben zum Ziel, Infektionserkrankungen zeitnah zu erkennen und eine Ausbreitung zu verhindern. Verantwortlich für die Erfassung und Auswertung der hygienerelevanten Daten sind die Hygienefachkräfte in enger Abstimmung mit den hygienebeauftragten Ärzten sowie dem externen Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin. Den Mitarbeitern stehen über das Intranet verschiedene Hygienepläne und Informationen zur Verfügung.

## **Arzneimittel**

Das Klinikum verfügt über eine klinikumseigene Apotheke, die für die Bereitstellung der Arzneimittel verantwortlich ist. Einige Stationen werden durch Pharmazeutisch-technische Assistentinnen der Apotheke betreut, durch sie erfolgt die Aufnahme der Fehlbestände, das Auffüllen der Vorräte. Das Stellen und das Anwenden der Arzneimittel für die Patienten erfolgt nach ärztlicher Anordnung durch den Pflegedienst. Um Verwechslungen zu vermeiden, werden die Medikamente nach dem Vier-Augen-Prinzip gerichtet. 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.

## **Labor- und Transfusionsmedizin**

Ein Facharzt für Anästhesie mit den erforderlichen Qualifikationen nach der Hämotherapie-Richtlinie ist als Transfusionsverantwortlicher berufen. In den Kliniken sind jeweils Transfusionsbeauftragte benannt. Eine Transfusionskommission ist eingerichtet. Die Qualitätsmanagementbeauftragte vom Blutspendedienst des Deutschen Roten Kreuzes führt jährlich ein Audit durch. In der Dienstanweisung zum Transfusionswesen ist das Vorgehen bei Umgang mit Blut und Blutprodukten im Klinikum geregelt.

## **Medizinprodukte**

Das Verfahren zur Einweisung in medizinische Geräte nach der Medizinprodukte-Betreiberverordnung ist festgelegt. Es sind Beauftragte Personen in den Bereichen benannt. Einweisungen werden dokumentiert. Das Medizinproduktebuch wird in der Medizintechnik geführt. Vorkommnisse und Beinahevorkommnisse können anhand eines klinikumseigenen Formulars schriftlich an den Medizintechniker gemeldet werden. Die Einhaltung der Wartungsintervalle und Sicherheitstechnischen Kontrollen wird über ein elektronisches System überwacht. In einer Projektgruppe zum Thema „Prävention medizinprodukt-assoziiertes Risiko“ wurden Maßnahmen festgelegt, die die Berücksichtigung der Handlungsempfehlung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit ermöglichen.

## **Arbeitsschutz**

Im Klinikum ist ein Mitarbeiter als Fachkraft für Arbeitssicherheit benannt. Seit 2016 werden jährlich von der Krankenhausbetriebsleitung die Arbeitsschutzziele festgelegt. In den verschiedenen Bereichen sind Sicherheitsbeauftragte berufen: Pflege, Küche, Technik, Hauswirtschaft, Labor. Der Arbeitsschutzausschuss tagt regelmäßig. Es finden Arbeitssicherheitsbegehungen mit der Fachkraft für Arbeitssicherheit und dem Betriebsarzt gemäß einer Jahresplanung statt. Der Ablauf bei Berufsunfallmeldung ist in einer Verfahrensanweisung geregelt. Die Strahlenschutzunterweisungen werden von Strahlenschutzbeauftragten in den Bereichen durchgeführt. Es liegen Gefährdungsbeurteilungen vor.

## **Brandschutz**

In der Brandschutzordnung des Klinikums sind die Melde- und Alarmierungswege sowie eine Übersicht zum Verhalten im Brandfall dargestellt. Kurzformen davon hängen in den Bereichen aus. Zudem gibt es Informationen für Mitarbeiter mit Anweisungen zum Handeln sowie einen Flyer für Mitarbeiter, den jeder bei der Einstellung erhält. Der Brandschutzbeauftragte führt regelmäßig Begehungen durch. In den Bereichen sind Brandschutzhelfer benannt. Es werden regelmäßig Übungen zum Umgang mit dem Feuerlöscher durchgeführt.

## **Datenschutz**

Es wird Wert darauf gelegt, dass der Datenschutz im Klinikum eingehalten wird. Alle Mitarbeiter werden über ihre Verantwortung im Datenschutz informiert. Ein Datenschutzbeauftragter und ein Datensicherheitsbeauftragter sind berufen. Die Regelungen zum Datenschutz im Klinikum sind in einem Datenschutz- und Datensicherheitskonzept beschrieben. Es umfasst schriftliche Regelungen. Für spezielle Fragestellungen, Audits und Schulungen arbeitet der Datenschutzbeauftragte mit einer externen Firma zusammen. Alle Rechner, die Internetzugang und E-Mailmöglichkeit haben, sind durch Firewall und Virens Scanner abgesichert. Zum Zugriff auf die elektronisch gespeicherten Patientendaten gibt es ein, mit der Softwarefirma entwickeltes abgestuftes Rollenkonzept für die Mitarbeiter.

## **Umweltschutz**

Der sparsame Umgang mit den Ressourcen wird durch konsequente Analyse aller in Frage kommenden Werte beim Beschaffungsmanagement, durch die kontinuierliche Kontrolle und Steuerung des Einsatzes von Energie und Wasser im Klinikum sowie durch eine effiziente Nutzung von Einsparpotentialen bei allen technischen Anlagen sichergestellt. Dieses Ziel gibt auch die Regelung zum Umweltschutz im Organisationshandbuch vor. Ein jährlicher Bericht zeigt die Umsetzungen und die Verbesserungspotentiale auf. Eine Abfallwirtschaftsübersicht ist vom Abfallbeauftragten erstellt.

## **Katastrophenschutz**

Das Klinikum ist in den Katastrophenschutz nach Landesrecht eingebunden und steht in Verbindung mit der verantwortlichen Stelle im Landratsamt des Enzkreises. In Zusammenarbeit mit dem Landratsamt ist der Katastrophenplan bei Massenanfall von Verletzten (MANV) erstellt worden. Es besteht eine Aufnahmepflicht für das Klinikum für Notfallpatienten bei entsprechenden Ereignissen. In diesem Alarmplan sind die Abläufe im Klinikum festgelegt. Die Verantwortlichkeiten sind definiert.

## **Ausfall von Systemen**

Für nicht medizinische Notsituationen liegen Ausfallkonzepte vor. Bei Stromausfall stehen zwei Notstromaggregate bereit. Wichtige medizinische Geräte sind batteriegestützt. Das Klinikum wird von zwei unabhängigen Wassereinspeisungen versorgt. Die Sauerstoffversorgung ist über einen Sauerstofftank und Reserveflaschen möglich. Ein mehrstufiges Firewall Konzept schützt das gesamte Klinikum vor äußeren Angriffen.

## 4 Informations- und Kommunikationswesen

KTQ:

### **Netzwerkstruktur und Datensysteme**

Ziel der Informationstechnologie im Klinikum ist es, allen Mitarbeitern rund um die Uhr zeitnah alle notwendigen Informationen, Dokumentations- und Arbeitsmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen. Im Klinikum steht ein Krankenhaus-Informationssystem zur Verfügung, das aktuell folgende Inhalte der elektronischen Patientenakte enthält: Patientenstammdaten, Bettenbelegungsplan, Anforderungsmanagement für Radiologie, Labor, Endoskopie, Sonographie. Ein anwenderbezogenes Ausfallkonzept wurde erarbeitet. In der EDV-Abteilung wurde ein zeitlich begrenzter Rufbereitschaftsdienst eingeführt. Bei einem Stromausfall gewährleistet eine USV die Verfügbarkeit der Serversysteme. Ein mehrstufiges Firewallkonzept sowie ein zentraler Virensch scanner schützen das interne System.

### **Klinische Dokumentation**

Die Führung der Patientenakte und die Dokumentation in der Patientenakte sind in Verfahrensweisungen geregelt. Die Lesbarkeit und Nachvollziehbarkeit der Dokumentation muss sichergestellt sein. Die Chefarzte tragen die Verantwortung für die ärztliche Dokumentation. Für die pflegerische Dokumentation ist die Pflegedirektorin verantwortlich. Seit 2013 werden alle Patientenakten nach dem Aufenthalt digitalisiert. Für den ordnungsgemäßen Ablauf hierfür wurden alle Abläufe in einer Arbeitsgruppe geklärt und festgelegt. Es sind Vorgaben zur Ablage in der Akte festgelegt, so dass die Dokumente in den entsprechenden Registern zu finden sind. Zudem werden im Klinikum erstellte Formblätter sukzessive mit einem Barcode versehen, der unter anderem anzeigt, in welches Register das Dokument abzulegen ist.

### **Verfügbarkeit und Archivierung**

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. Alle Bilder der Radiologie stehen auch auf den Stationen digital zur Verfügung. Die Befunde des externen Labors können digital eingesehen werden. Die Dokumentation des Behandlungsverlaufs erfolgt nachvollziehbar. Der Verlauf sowie die Begründungen für die eingeleiteten Maßnahmen werden in der Patientenkurve dokumentiert.

### **Information der Unternehmensleitung**

Die KH-Betriebsleitung wird regelmäßig über ein Berichtswesen über die Entwicklungen im Klinikum informiert. Im Intranet wird auf der Startseite über aktuelle Vorgänge im Klinikum zeitnah berichtet. Es ist Ziel, alle Mitarbeiter zeitgerecht und umfassend über die sie betreffenden Sachverhalte zu informieren. Im Klinikum ist eine Regelkommunikation in verschiedenen Sitzungen und Gremien etabliert.

## **Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang**

Die Telefonzentrale und der Krankenhausempfang sind rund um die Uhr mit einem Mitarbeiter besetzt, in der Zeit von Montag bis Freitag von 9 bis 17 mit zwei Mitarbeitern. Es ist ein wichtiges Anliegen, dass Mitarbeiter zeitgerecht und umfassend über die sie betreffenden Sachverhalte informiert werden. Im Klinikum ist eine Regelkommunikation eingeführt.

Vierteljährlich erscheint eine Mitarbeiterzeitung. Für Patienten sind behandlungsspezifische Flyer und Informationsblätter in den Kliniken, Ethikflyer, Flyer der Klinikseelsorge, die Aufklärungsbögen, die auch in verschiedenen Sprachen vorliegen, Informationen aus der Wahlleistungsvereinbarung vorhanden.

## 5 Unternehmensführung

KTQ:

### **Philosophie / Leitbild**

Im Leitbild wird der diakonisch-caritativen Auftrag deutlich, der dem Klinikum anvertraut ist. Es wurde 2015 aktualisiert und wird neuen Mitarbeitern bei der Einstellung ausgehändigt und in der Einarbeitung vorgestellt. Das Klinikum versteht sich als ökumenisches Krankenhaus und ist Mitglied in den Ev. und Kath. Krankenhausverbänden. Es ist über seinen Träger im Diakonischen Werk vertreten. Die erwirtschafteten Mittel werden für Satzungszwecke bei der medizinisch pflegerischen Versorgung eingesetzt und somit immer wieder dem Unternehmen zugeführt.

### **Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen**

Grundlage für den Führungsstil im Klinikum ist das christliche Selbstverständnis des Klinikums. Im Leitbild sind Grundsätze für Führungskräfte festgelegt. Viele Führungskräfte haben ein Kommunikationsseminar besucht. Die verantwortlichen Mitarbeiter werden in Zielplanungen und Veränderungsprozesse miteinbezogen. Es wird auf eine gute Zusammenarbeit mit der Mitarbeitervertretung geachtet. Weihnachtsfeiern und Betriebsfeste werden von der Krankenhaus-Betriebsleitung zusammen mit der Mitarbeitervertretung organisiert. Es bestehen Gesundheitsfördernde Angebote für die Mitarbeiter. Für Mitarbeiterkinder wird zeitweilig eine Ferienbetreuung angeboten.

### **Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung**

Seit 2007 arbeitet das Ethikkomitee im Klinikum, für seine Aufgaben liegen Leitlinien vor. Für Mitarbeiter, Patienten und Angehörige besteht die Möglichkeit Ethikberatung in Anspruch zu nehmen, dafür stehen geschulte Moderatoren zur Verfügung. Der Dienstauftrag der Klinikseelsorge umfasst neben der Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen auch die Unterstützung der MA bei ethischen Fragen und die Begleitung in schwierigen Situationen vor Ort. Es werden Veranstaltungen zu ethischen Themen angeboten. Im Unterricht der Gesundheits- und Krankenpflegeschule ist das Fach Ethik ein wichtiger Bestandteil.

### **Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement**

Für die externe Kommunikation ist die Abteilung der Allgemeinen Verwaltung zuständig, die das Konzept zur Öffentlichkeitsarbeit umsetzt. Hier werden auch die regelmäßigen Veranstaltungsangebote der Kliniken in enger Absprache mit den Klinikleitern organisiert und begleitet, die von unterschiedlichen Zielgruppen gut besucht werden. Über das Internet [www.siloah.de](http://www.siloah.de) stehen Informationen über die Kliniken zur Verfügung. Für die niedergelassene Ärzteschaft finden Fortbildungen zu unterschiedlichen Themen statt. Die Krisenkommunikation erfolgt über den Krankenhausdirektor.

Für Krisensituationen gibt es zudem eine Handlungsanweisung im Krisenmanagement, in der Kommunikationswege und Verantwortlichkeiten festgelegt sind.

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

Der Verwaltungsrat entwickelt zusammen mit der Krankenhausbetriebsleitung und in Abstimmung mit den Chefärzten die Zielplanung für das Klinikum. Die Grundlagen sind auf der einen Seite der diakonisch-caritative Auftrag des Klinikums und auf der anderen Seite die Vorgaben des Landeskrankenhausplans Baden-Württemberg sowie die auf Basis der Budgetverhandlungen und genehmigter Fördergelder zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel; Grundlage sind aber auch Kompetenzen und Qualifikationen der Mitarbeiter.

Es ist Ziel, in den nächsten Jahren die starke Position in der Region zu halten, das Leistungsspektrum auszubauen und flexibel auf die sich verändernde Situation bei den gesundheitspolitischen Bedingungen zu reagieren. Ein strukturiertes Kennzahlensystem informiert die Geschäftsführung kontinuierlich.

## **Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement**

Der Verwaltungsrat stellt die mittelfristige Finanzplanung auf und beschließt jährlich einen Haushaltsplan mit entsprechendem Investitionsplan. Für die Bereiche und Kliniken sind Budgetvorgaben bei medizinischem Sachaufwand festgesetzt. Die Einhaltung des Haushaltsplans wird quartalsweise im Verwaltungsrat überprüft. Ziel des ökonomischen Risikomanagements ist es, dass die Risiken frühzeitig erkannt und zeitnah Maßnahmen zur Gegensteuerung ergriffen werden. Hierzu gehören sowohl die klinischen Risiken wie auch die betriebswirtschaftlichen. Ein einheitliches Beschaffungs- und Vertragswesen befindet sich im Aufbau.

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

Kriterien für Kooperationen sind durch Satzung und Leitbild der Einrichtung sowie durch die strategische Zielplanung festgelegt. Unser Ziel ist es, unseren "diakonisch-caritativen und gesellschaftlichen Auftrag" auch in den Kooperationen auf einem gebotenen medizinischen und qualitativ gesicherten Standard zu erfüllen. Neben der Zusammenarbeit mit verschiedenen Leistungserbringern zur Erfüllung des Versorgungsauftrages sowie zur Erweiterung des Spektrums legt das Klinikum Wert auf Veranstaltungen zur Information der Bevölkerung, zur Gesundheitsprävention sowie zur Unterstützung von Nachsorge und Weiterbetreuung. So werden Informationstage auch immer in enger Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern und Selbsthilfegruppen durchgeführt. Die Gruppe der niedergelassenen Ärzte ist ein wichtiger Kooperationspartner unseres Klinikums. Einen Schwerpunkt bildet der fachliche Austausch zum gegenseitigen Nutzen in Fortbildungsveranstaltungen, die von den Kliniken angeboten werden.

Der Träger betreibt vier Altenpflegeeinrichtungen, ein Medizinisches Versorgungszentrum, eine Kindertagesstätte, eine Gesundheits- und Krankenpflegeschule sowie eine Altenpflegeschule, eine Weiterbildungseinrichtung und eine Dienstleistungsgesellschaft und ist Mitträger des Hospiz in Pforzheim. Durch die Mitarbeit im Evang. und im Kath. Krankenhausverband stellt sich das Klinikum seiner gesellschaftlichen Verantwortung als christliches Krankenhaus und beteiligt sich an verschiedenen Projekten und Aktionen der Verbände.

## **Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien**

Die Organisationsstruktur ist im Organigramm dargestellt. Es kann im Intranet von allen Mitarbeitern eingesehen werden. Weitere Strukturen und Kompetenzen sind in Geschäftsordnungen, Dienstanweisungen und Stellenbeschreibungen sowie im Dienstverteilungsplan festgelegt. Die Sitzungen der Leitungsgremien werden protokolliert. Die Kommunikationskultur wird durch regelmäßige Mitarbeiterbefragungen überprüft.

## **Innovation und Wissensmanagement**

Bei Veränderungen sind die Einbeziehung und eine gezielte Befähigung der Mitarbeiter zur Erfüllung der veränderten Aufgaben durch Fortbildung und die entsprechenden Mittel und Ausstattung wichtige Grundlagen. Den kontinuierlichen Ausbau der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Mitarbeiter ist das Klinikum besonders verpflichtet. Hierin wird eine wesentliche Grundlage der Zukunftssicherung gesehen.

Durch ein klinikumseigenes Weiterbildungszentrum wird ein regelmäßiges Angebot ermöglicht. Seit 2016 ist das Klinikum Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Fakultät Heidelberg.

## 6 Qualitätsmanagement

KTQ:

### **Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements**

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

Das Klinikum wurde 2011 erstmals nach KTQ® zertifiziert, 2014 erfolgreich rezertifiziert. Weitere Zertifikate bestehen im Brustzentrum, der Anerkennung als Babyfreundliches Krankenhaus, der Versorgungseinrichtung für Typ-2-Diabetiker, als Regionales Traumazentrum, als Hypertoniezentrum, als Endoprothetikzentrum und als Brustschmerzeinheit/Cest Pain Unit. Seit 2014 trägt das Klinikum das Zertifikat **audit berufundfamilie**.

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

Ausgehend von der Prozesslandschaft des Klinikums werden Prozesse analysiert und Verbesserungen bearbeitet. Beteiligte Mitarbeiter sind hierbei in Projektgruppen und Qualitätszirkel eingebunden. Mit der Einrichtung der Zentralen Notaufnahme Ende 2016 wurden die Prozesse neu definiert. Außerdem wurden folgende Prozesse überarbeitet und neu festgelegt: Prozesse für das ambulante Zentrum, der Beschaffungsprozess und die Regelungen zu Umgang mit Medizinprodukten unter dem Gesichtspunkt des Risikos.

### **Patientenbefragung**

Seit 2005 werden die Patienten kontinuierlich befragt. Die Ergebnisse werden in der Krankenhausbetriebsleitung analysiert und Maßnahmen abgeleitet. Seit 2013 werden auch ambulante Patienten befragt. Mit dem Ziel die Patientenzufriedenheit zu verbessern, wurde 2016 eine stichtagsbezogene Patientenbefragung durchgeführt. Die Ergebnisse wurden bereichsspezifisch präsentiert um gezielte Maßnahmen abzuleiten.

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

Im Jahr 2016 wurde eine qualitative Einweiserbefragung in Zusammenarbeit mit der Fachhochschule Pforzheim durchgeführt. Dabei wurde deutlich, dass der telefonische Kontakt intensiviert und durch einen Flyer über Änderungen im Leistungsangebot informiert werden soll. Weiterbetreuende Einrichtungen werden im Entlassmanagement durch einen Rückmeldungsbogen befragt.

## **Mitarbeiterbefragung**

Alle drei Jahre wird eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt. Ziel ist es, damit die Mitarbeiterzufriedenheit zu verbessern und die Wertschätzung der Mitarbeiter von Seiten der Krankenhausbetriebsleitung 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.

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

Zur Förderung des Problembewusstseins, zur Stärkung der Motivation der Mitarbeiter sowie zur Verbesserung des Betriebsgeschehens, ist im Klinikum seit Anfang 2011 ein strukturiertes betriebliches Vorschlagswesen eingeführt. Mitarbeiterideen und -rückmeldungen werden auch in Teambesprechungen aufgenommen und von den Abteilungsleitungen weiterverfolgt. Die Rückmeldungen und Ideen von Patienten, Angehörigen und Besuchern haben eine wichtige Bedeutung, weil wertvolle Hinweise über die Arbeit im Klinikum gewonnen werden. Deshalb ist im Klinikum 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 bearbeitet und zentral ausgewertet.

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

Zur internen Qualitätssicherung werden qualitätsrelevante Daten im Behandlungsverlauf dokumentiert und in klinikinternen Besprechungen analysiert sowie entsprechende Maßnahmen eingeleitet. Für die Erfassung der Daten zur externen Qualitätssicherung ist in jeder Klinik ein verantwortlicher Oberarzt benannt. Die Erfassung und Auswertung von hygienerelevanten Daten liegen im Schwerpunkt in der Verantwortung der Hygienefachkräfte, der Hygienekommission sowie bei den Hygienebeauftragten Ärzten für die verschiedenen Kliniken.