



KTQ - QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009 für Krankenhäuser

Einrichtung: SLK-Kliniken Heilbronn GmbH
Institutionskennzeichen: 260810794
Anschrift: Am Gesundbrunnen
74076 Heilbronn

Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:

durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle:

BSI Management Systems und Umweltgutachter Deutschland GmbH Hanau

Gültig vom:

bis:

Inhaltsverzeichnis:

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die Kategorien	6
1 Patientenorientierung	7
2 Mitarbeiterorientierung	11
3 Sicherheit	13
4 Informations- und Kommunikationswesen	16
5 Führung	18
6 Qualitätsmanagement	20

Vorwort der KTQ®

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren ist ein spezifisches Zertifizierungsverfahren des Gesundheitswesens für die Bereiche Krankenhaus, Arztpraxen, MVZ, Pathologische Institute, Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Hospize und alternative Wohnformen. Gesellschafter der KTQ® sind die Bundesärztekammer (BÄK), die Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Deutsche Pflegerat (DPR), der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e.V. (HB) die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹. 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, von Praktikern entwickelten Kriterien, die sich auf die Patientenorientierung, die Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit, das Informations- und Kommunikationswesen, die Führung und das Qualitätsmanagement der Einrichtung beziehen.

Mit diesem spezifischen Zertifizierungsverfahren bietet die KTQ® ein Instrument an, mit dem sie die Qualität ihrer Leistungen zum internen Qualitätsmanagement durch eine freiwillige Zertifizierung und den zu veröffentlichenden strukturierten KTQ-Qualitätsbericht für die Öffentlichkeit transparent darstellen können.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen und von Krankenhauspraktikern entwickelten Kriterien, die sich auf die Patientenorientierung, die Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit im Krankenhaus, das Informationswesen, die Krankenhausführung 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 Krankenhausbereiche überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

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

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009. 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.

¹zu diesen zählen: Verband der Ersatzkassen e. V., AOK-Bundesverband, BKK-Bundesverband, IKK-Bundesverband, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Die Knappschaft

Wir freuen uns, dass das SLK-Kliniken Heilbronn GmbH 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 sind auch auf der KTQ-Homepage unter <http://www.ktq.de/> abrufbar.

Dr. G. Jonitz
Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann
Verbände der Kranken- und
Pflegekassen auf
Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH
Für die Deutsche
Krankenhausgesellschaft

Andreas Westerfellhaus
Für den Deutschen Pflegerat

Dr. med. M. Vogt
Für den Hartmannbund

Vorwort der Einrichtung

Das Klinikum am Gesundbrunnen ist einer der fünf Standorte der SLK-Kliniken Heilbronn GmbH und stellt mit seinen 14 Kliniken, zwei Instituten und 850 Betten eine Einrichtung der Zentralversorgung dar. Unsere rund 2200 Mitarbeiter betreuen jährlich etwa 37.500 stationäre und 101.900 ambulante Patienten. Als akademisches Lehrkrankenhaus sind wir in Forschung und Lehre eng mit der Universität Heidelberg verbunden.

Seit dem Jahr 2006 ergänzt der Neubau unserer technisch-hochwertig und patientenorientiert ausgestatteten Kinderklinik die Patientenversorgung der SLK-Kliniken am Standort Gesundbrunnen.

Zum 01.07.2007 wurde mit der Klinik Löwenstein eine Fachklinik für Lungenerkrankungen in unseren Klinikverbund aufgenommen. Seit Beginn des Jahres 2007 bilden wir zusammen mit der Hohenloher Krankenhaus GmbH die Gesundheitsholding Heilbronn Franken GmbH. Damit entstand eines der bedeutendsten Gesundheitsunternehmen unserer Region.

Im Verbund unserer Kliniken verfolgen wir – entsprechend unserem Unternehmensleitbild- das Ziel einer qualitativ hochwertigen, wohnortnahen Versorgung unserer Patienten durch die Bildung von medizinischen Schwerpunkten. Entsprechend dieser Konzeption befinden sich im Klinikum am Gesundbrunnen als medizinische Schwerpunkte z.B. die Traumatologie, die Tumor- und Kinderchirurgie, ein sozialpädiatrisches Zentrum und ein onkologischer Schwerpunkt. Seit 2009 erfolgt die medizinische Versorgung unserer Bevölkerung im Bereich der Tumorerkrankungen durch die zertifizierten Haut-, Prostatakarzinom-, Brust- und Darmkrebszentren.

Unser internes Qualitätsmanagementsystem orientiert sich am Modell der KTQ, integriert aber in seiner praxisorientierten Ausgestaltung auch Methoden und Instrumente der DIN ISO und des EFQM-Modells. Dabei ist für uns besonders wichtig, dass sowohl der Erfolg unserer täglichen Bemühungen in der Patientenversorgung als auch die Wirksamkeit unserer Verbesserungsmaßnahmen anhand konkreter Kennzahlen messbar sind. Zur Zielerreichung nutzen wir professionelle Instrumente und Methoden, wie z.B. Projektmanagement, Risikomanagement, Befragungen, regelmäßige interne Visitationen und interne Verfahren zum Umgang mit medizinischer Ergebnisqualität.

Neben einer hochwertigen medizinischen Ausstattung stellt vor allem die Qualifikation und Motivation unserer Mitarbeiter ein Garant für die Erreichung unserer Qualitätsziele dar. Mit unseren „Grundsätzen für Führung und Zusammenarbeit“ haben wir gemeinsame Richtlinien zur Führung von Mitarbeitern und zum Umgang miteinander erarbeitet. Unsere jährlichen Mitarbeiterfördergespräche und professionelle Führungskräfteentwicklung sind Beispiele für eine mitarbeiterorientierte Personalentwicklung in den SLK-Kliniken.

Transparenz in Bezug auf unsere Leistungserbringung ist uns ein wichtiges Anliegen. Sie schafft Vertrauen in die Arbeit unserer Mitarbeiter, die sich täglich für die Patienten einsetzen. Die Rückmeldungen unserer Patienten helfen uns dabei unsere Qualität im Behandlungsprozess kontinuierlich weiterzuentwickeln. Gerade im Umgang mit Menschen ist das Thema Qualität ein wichtiger und sensibler Faktor. Dem haben wir uns früh aktiv gestellt. Durch diese Weichenstellung gehören wir heute, mit unseren fünf Einrichtungen zu den führenden Klinikbetreibern unseres Landes.

Die Kategorien

1 Patientenorientierung

1.1 Rahmenbedingungen der Patientenversorgung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das Klinikum verfügt über eine sehr gute öffentliche Nahverkehrsanbindung. Zwei Buslinien halten direkt vor dem Krankenhaus. Über eine nahegelegene Autobahn ist ebenfalls eine gute Erreichbarkeit sichergestellt. Es stehen ausreichend Parkplätze und Behindertenparkplätze zur Verfügung. Im Eingangsbereich stehen Rollstühle und Gepäckwägen für eine unkomplizierte Aufnahme bereit.

Im Vorfeld eines geplanten Krankenhausaufenthaltes erhalten die Patienten und ggf. Angehörige in persönlichen Gesprächen über die Ambulanzen der Fachabteilungen, über die Homepage der SLK-Kliniken Heilbronn (www.slk-kliniken.de), sowie im Rahmen von Voruntersuchungen umfassende Informationen zum stationären Aufenthalt und der Nachbehandlung.

1.1.2 Leitlinien

Eine qualitativ hochwertige Behandlung in allen Fachabteilungen ist gewährleistet. Ärztliche und pflegerische Mitarbeiter berücksichtigen bei der Behandlung und Pflege der Patienten nationale und internationale wissenschaftliche Standards der Fachgesellschaften. Diese sind verbindlich, werden regelmäßig überprüft und Neuerungen werden zeitnah umgesetzt. Dies garantiert, dass unsere Patienten nach modernsten Erkenntnissen versorgt werden.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Wie in unserem Leitbild beschrieben, stehen die Patienten und Partner im Mittelpunkt unserer täglichen Arbeit. Wir bieten unseren Patienten eine persönliche Beratung und Behandlung durch unser pflegerisches und ärztliches Personal. Dabei steht neben der umfassenden Information unserer Patienten auch die aktive Beteiligung in den Behandlungs- und Heilungsprozessen im Vordergrund.

1.1.4 Service, Essen und Trinken

Neben der ärztlichen-pflegerischen Versorgung trägt auch eine individuelle und entsprechend auf die Lebensgewohnheiten ausgerichtete Ernährung zu einem schnellen Genesungsprozess bei. Hierbei können die Patienten zwischen verschiedenen Menüs wählen und ihr Essen durch die Wahl von Komponenten individuell gestalten. Es werden auch spezifische Diätformen und kulturelle Essgewohnheiten berücksichtigt.

Des Weiteren liegt uns eine patientenorientierte Gestaltung der Zimmer am Herzen, die entsprechend der jeweiligen Bedürfnisse mit Hilfsmitteln ausgestattet sind. Neben einer großzügigen Regelung der Besuchszeiten ist es auch möglich Begleitpersonen im Bedarfsfall mit aufzunehmen. Zu unseren weiteren Serviceangeboten zählen ein Patientenbegleitedienst, ein Krankenhausbesuchsdienst, Seelsorger, Patientenfürsprecher, ein Andachtsraum, Kulturangebote und Klinik-Clowns, die im Klinikum etabliert sind.

1.1.5 Kooperationen

Wir arbeiten mit zahlreichen Partnern zusammen, um unseren Patienten eine optimale Versorgung zu bieten. Durch hausinterne Kooperationen finden regelmäßige berufsgruppen- und klinikübergreifende Besprechungen statt, wie beispielsweise interdisziplinäre Tumorkonferenzen. Durch die Bildung von Zentren (Brustzentrum, Hauttumorzentrum etc.) wurde die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten optimiert. Weitere an der Patientenversorgung beteiligte Berufsgruppen wie z.B. Sozialberatung, Seelsorge, Physiotherapie etc. werden bei Bedarf hinzugezogen.

1.2 Notfallaufnahme

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die Risiken, Fähigkeiten und Erwartungen des Patienten werden bei der zeitnahen ärztlichen und pflegerischen Aufnahmeuntersuchung ermittelt und als Grundlage für die weitere Behandlung in der Patientenakte erfasst. Dadurch wird allen am Behandlungsprozess Beteiligten eine individuelle und ganzheitliche Betreuung des Patienten ermöglicht. In der Pflege wird mit einem einheitlichen, hausweiten Aufnahmestandard gearbeitet.

1.3 Ambulante Versorgung

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Die ambulante Patientenversorgung ist durch die chirurgische und medizinische Notaufnahme sowie durch die klinikspezifischen Ambulanzen jederzeit gesichert. Der Facharztstandard ist rund um die Uhr gewährleistet. Unsere Klinik bietet ein breites Spektrum an ambulanten Operationen und ambulanten Eingriffen an. Eine ggf. notwendige stationäre Aufnahme von zunächst ambulanten Patienten erfolgt durch die Notaufnahme in Abstimmung mit der aufnehmenden Station und ist jederzeit ermöglicht. Wir pflegen außerdem einen engen Kontakt zur Rettungsleitstelle. Das Verfahren der Anforderung von Vorbefunden ist standardisiert und durch unser Zentralarchiv ist gewährleistet, dass auf alle Patientenakten rund um die Uhr zugegriffen werden kann, selbstverständlich nur von berechtigten Personen. Bei hausinternen Verlegungen werden sämtliche Patientenunterlagen durch eine Pflegekraft weitergeleitet. Die Koordinierung der Behandlung ist durch standardisierte Vorgehensweisen sowie durch Abstimmung mit den diagnostischen Bereichen und den OP-Kapazitäten gewährleistet. Um Wartezeiten möglichst gering zu halten gibt es für die einzelnen Funktionsbereiche auf den Stationen bekannte, feste Untersuchungszeiten. Für die Begleitung der Patienten zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen stehen im Bedarfsfall speziell dafür zuständige Mitarbeiter bereit.

1.3.2 Ambulante Operationen

Alle operativen Kliniken bieten ambulante Operationen entsprechend des jeweiligen Operationskataloges an. Im Rahmen der prästationären Vorbereitung werden der OP-Termin und die postoperative Betreuung mit dem Patienten abgestimmt. Im Rahmen von ambulanten Operationen werden ebenfalls die Empfehlungen des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit berücksichtigt. Darüber hinaus erhalten die Patienten bzw. deren Begleitpersonen ein Merkblatt zu Verhaltensmaßnahmen nach Verlassen des Krankenhauses.

1.4 Stationäre Versorgung

1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsprozesses und die stationäre Diagnostik erfolgt gemäß aktuellen Behandlungsstandards und Leitlinien. Die Behandlungsplanung erfolgt durch den behandelnden Arzt in enger Absprache mit dem Ober-/Chefarzt der jeweiligen Klinik und wird für jeden Patienten individuell abgestimmt. Da uns die persönliche Information der Patienten und Angehörigen wichtig ist, sucht unser pflegerisches als auch ärztliches Personal stets das direkte Gespräch mit Patient und Angehörigen. Die diagnostischen Maßnahmen verlaufen standardisiert und werden in regelmäßigen Visiten und Besprechungen berufsgruppen- und bei Bedarf auch klinikübergreifend individuell dem

Patienten angepasst. In Bezug auf die Behandlungsplanung respektieren wir die ethischen und kulturellen Bedürfnisse unserer Patienten und integrieren diese auch in die Behandlung.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Patienten mit postoperativen Schmerzen oder mit chronischen Schmerzen erhalten eine optimale Schmerztherapie in jeder Fachabteilung des Krankenhauses. Eine Zertifizierung als Schmerzfreies Krankenhaus steht kurz vor dem Abschluss. Um Risiken von unseren Patienten fern zu halten, führen qualifizierte Mitarbeiter die verschiedensten Präventionsmaßnahmen durch: immer abgestimmt auf den Bedarf und die Wünsche der Patienten.

1.4.3 Operative Verfahren

Die Durchführung von Operationen erfolgt auf der Grundlage einer langfristigen Terminplanung der einzelnen Fachabteilungen. Selbstverständlich können aber auch Notfälle jederzeit qualifiziert operiert werden. Ein OP-Managementteam ist für den reibungslosen Ablauf der OP-Tagesplanung und Durchführung in Zusammenarbeit mit den Fachabteilungen verantwortlich. Die Vorbereitung und Nachsorge der Operation erfolgt nach diagnosebezogenen Standards. Daneben setzen wir die Empfehlungen des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit um und gewährleisten so eine umfassende Patientensicherheit.

1.4.4 Visite

Visiten stellen im Rahmen des Aufenthalts in unserer Klinik für unsere Patienten ein wichtiges Element dar. Im Klinikum am Gesundbrunnen findet auf allen Stationen täglich eine gemeinsame Visite des behandelnden Arztes und der verantwortlichen Pflegekraft statt. Einmal wöchentlich werden Oberarzt bzw. Chefarztvisiten durchgeführt. Weitere an der Patientenversorgung beteiligte Berufsgruppen wie z.B. Sozialberatung, Seelsorge, Physiotherapie etc. werden bei Bedarf hinzugezogen. Die Ergebnisse der Visite werden in einem hausweit einheitlichen Dokumentationssystem erfasst.

1.4.5 Teilstationär, prästationär, poststationär

Wir versuchen wenn möglich eine vollstationäre Behandlung zu vermeiden, um unseren Patienten soviel Zeit wie möglich in Ihrer gewohnten Umgebung zu überlassen. Aufgrund dessen verfügt unsere Klinik über eine onkologische Tagesklinik, eine teilstationäre Einrichtung der Kinderpsychosomatik und alle Fachabteilungen halten verschiedene Sprechstunden und Ambulanzen vor. Des Weiteren bieten wir ein breites Spektrum an teil-, prä-, poststationären Leistungen.

1.5 Übergang in andere Bereiche

1.5.1 Entlassung

Der Entlassungszeitpunkt wird nach Krankheitsverlauf bei der Visite in Absprache mit den Patienten und ggf. deren Angehörigen festgelegt. Patientenindividuelle oder krankheitsbedingte Besonderheiten werden gezielt mit dem Patienten und ggf. mit den Angehörigen besprochen. Die notwendigen, patientengerechten Schritte, um die Entlassung koordiniert ablaufen zu lassen, werden vom ärztlichen und pflegerischen Personal eingeleitet. Um eine lückenlose Informationsvermittlung zu gewährleisten, erhalten alle Patienten am Entlasstag einen Arztbrief und pflegebedürftige Patienten zusätzlich einen ausführlichen Pflegeverlegungsbericht. Die medikamentöse Weiterversorgung ist sicher gestellt.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Durch die Übermittlung eines Verlegungs- oder Entlassbriefes stellen wir eine kontinuierliche Weiterbetreuung auch nach der Entlassung sicher. Bei pflegebedürftigen Patienten wird die Weiterbetreuung bereits während der stationären Behandlung eingeleitet und durch die Sozialberatung und den geriatrischen Schwerpunkt unterstützt. Grundsätzlich hat jeder Patient die Möglichkeit nach der Entlassung telefonisch Rücksprache mit der Station bzw. mit dem behandelnden Arzt zu halten. Ein umfassendes Entlassungsmanagement sichert die kontinuierliche Weiterbetreuung unserer Patienten.

1.6 Sterben und Tod

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Die besonderen Bedürfnisse sterbender Menschen und deren Angehörigen werden in unserer Klinik respektiert. Die Patienten bekommen in der Regel ein Einzelzimmer zur Verfügung gestellt, damit die Angehörigen in ungestörter Atmosphäre Abschied nehmen können. Zusätzlich stehen 4 Palliativ-Zimmer und eine Palliativ-Station mit 8 Betten zur Verfügung. Neben dem Behandlungsteam sind auch Mitarbeiter der Krankenhauseelsorge (evangelisch/katholisch) tätig, die durch eine Bereitschaftsregelung jederzeit in die Klinik gerufen werden können. Psychoonkologen betreuen krebserkrankte Patienten. Der Umgang mit Sterbenden wird darüber hinaus im Klinischen Ethikkomitee thematisiert.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Neben der patientenorientierten Versorgung steht bei uns auch ein angemessener Umgang nach dem Tod im Vordergrund. Sofern die Angehörigen während der Sterbephase nicht in der Klinik anwesend sind, werden sie vom diensthabenden Arzt benachrichtigt. In einem Abschiedszimmer besteht die Möglichkeit in Ruhe Abschied zu nehmen. Dabei werden die Angehörigen von Seelsorgern, den Pflegekräften, Psychoonkologen und dem behandelnden Arzt betreut. Im Klinikum besteht für die Angehörigen die Möglichkeit standesamtliche Formalitäten direkt zu regeln. Dabei werden sie auf Wunsch von den Mitarbeitern begleitet und unterstützt.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1 Personalplanung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Wir verfolgen eine systematische Planung unseres Personalbedarfs um eine fachlich kompetente Patientenversorgung sicherzustellen. Die Personalbedarfsplanung liegt in der Zuständigkeit der Personalabteilung und erfolgt im IV. Quartal des Vorjahres. Die Abteilungsleitungen melden den zusätzlichen Bedarf an Personal schriftlich an die Personalabteilung. Veränderungen in struktureller, leistungsbezogener und organisatorischer Hinsicht werden zwischen der Geschäftsführung, den Abteilungsleitungen und der Personalabteilung abgestimmt und fließen in die Planung des Personalbedarfs ein.

2.2 Personalentwicklung

2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Insbesondere im Gesundheitswesen stellen die Mitarbeiter die wichtigste Ressource dar. Daher ist es uns wichtig, jeden einzelnen Mitarbeiter sowohl fachlich als auch persönlich in seiner weiteren Entwicklung zu unterstützen. Aufgrund dessen liegt im Klinikum am Gesundbrunnen ein Konzept zur Personalentwicklung vor. Das Konzept sieht eine strategie- und mitarbeiterorientierte Personalentwicklung vor, das am Unternehmensleitbild und an den "Grundsätzen zur Führung und Zusammenarbeit" der SLK-Kliniken ausgerichtet ist.

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Um die neuen Mitarbeiter fachlich mit Ihrem Aufgabengebiet und Arbeitsumfeld vertraut zu machen, erfolgt die Einarbeitung im Klinikum durch Mentoren. Daneben ist für uns die Integration des neuen Mitarbeiters in das Team besonders wichtig. Die Kriterien für die Einarbeitung sind zielorientiert auf der Basis klarer Regelungen in Einweisungsmappen, Standards, Handbüchern und/oder Arbeitsprozessbeschreibungen beschrieben. Das Einarbeitungskonzept umfasst dabei auch die Vor-, Zwischen- und Abschlussgespräche zur Überprüfung des Einarbeitungserfolgs.

2.2.3 Ausbildung

Wie ins unserem Unternehmensleitbild verankert, legen wir großen Wert auf die Qualifikation unserer Mitarbeiter an allen Standorten. Unserem Klinikum ist deshalb unter anderem eine Krankenpflege- und Kinderkrankenpflegeschule angeschlossen. Die Begleitung der Schüler/innen während der praktischen Ausbildung wird in jedem Ausbildungsstadium, durch Mitarbeiter mit zusätzlicher Fachqualifikation für praktische Anleitung (Mentoren, Praxisanleiter) gewährleistet. Die Vernetzung von Theorie und Praxis erfolgt durch einen kontinuierlichen Informationsaustausch zwischen Lehrkräften und Praxisanleitern.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Zur kontinuierlichen Verbesserung des Qualitätsniveaus findet für alle Abteilungen eine jährliche Erhebung des Fort- und Weiterbildungsbedarfs statt. Die Erhebung wird unter Berücksichtigung der Erfordernisse des Unternehmens und der Mitarbeiter analysiert. Aus dem ermittelten Bedarf wird ein jährliches Fortbildungsprogramm erstellt. Es erfolgt eine systematische Fort- und Weiterbildungsplanung. Die Wirksamkeit der Bildungsmaßnahmen wird in den jährlich wiederkehrenden Mitarbeitergesprächen ermittelt. Die bedarfsgerechte und zielorientierte Aufteilung der finanziellen Mittel für Fort- und Weiterbildung ist durch eine jährliche Bildungsbedarfs- und Kostenabfrage über die Abteilungsleitungen gewährleistet. Im Rahmen des zur Verfügung stehenden Gesamtbudgets, werden Fort- und Weiterbildungskosten in Absprache mit den Abteilungsleitungen übernommen. Daneben stehen unseren Mitarbeitern umfangreiche Weiterbildungsmedien zur Verfügung. Eine zentrale fachbezogene Bibliothek ist für alle Mitarbeiter zugänglich sowie eine dem Aufgabengebiet entsprechende Grundausstattung an Fachliteratur ist auf jeder Station bzw. in jedem Fachbereich vorhanden. Zusätzlich bestehen in jeder Abteilung für den ärztlichen Dienst fachbezogene

Bibliotheken mit relevanten Fachzeitschriften und Standardwerken sowie ein Internetzugang zur Verfügung.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Die Abläufe im Krankenhaus erfordern eine enge Zusammenarbeit aller Berufsgruppen. Die Einführung eines mitarbeiterorientierten Führungsstils ist dafür Voraussetzung. Mit den Führungskräften unseres Klinikums wurden die "Grundsätze zur Führung und Zusammenarbeit" erstellt. Diese Grundsätze unterstützen die Anerkennung und Wertschätzung der Mitarbeiter und fördern ein motiviertes, eigenverantwortliches Arbeiten.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Die Arbeitszeitregelungen basieren auf den gesetzlichen, rechtlichen und tariflichen Vorgaben. Die Arbeitszeiten sind den Arbeitsabläufen angepasst und im Rahmen der Arbeitszeitenregelungen für alle Bereiche/Berufsgruppen individuell festgelegt. So wird ein flexibles und bedarfsorientiertes Arbeiten ermöglicht. Die tatsächliche Arbeitszeit wird durch ein elektronisches Zeiterfassungssystem dokumentiert.

2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünsche und Mitarbeiterbeschwerden sind wichtige Anregungen für die kontinuierliche Verbesserung der Arbeitsabläufe in unserem Klinikum. Die Erfassung und Umsetzung von Mitarbeiterideen erfolgt in der Hauptsache über den direkten Vorgesetzten, in Arbeitskreisen und im Rahmen von Dienstbesprechungen der unterschiedlichen Bereiche.

3 Sicherheit

3.1 Schutz- und Sicherheitssysteme

3.1.1 Arbeitsschutz

Das Klinikum legt Wert darauf, dass Arbeitssicherheit und Unfallverhütung im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Regelungen gesichert ist. Die Verantwortung dafür wurde an einen überbetrieblichen sicherheitstechnischen Dienst (DEKRA Umwelt GmbH) übertragen. Dadurch erhalten die Mitarbeiter einen Ansprechpartner für Fragen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz. Durch den Sicherheitsingenieur, einen externen Gefahrgutbeauftragten und den Betriebsarzt werden die gesetzlichen Bestimmungen zum Arbeitsschutz umfassend erfüllt. Um mögliche Sicherheitsdefizite zu erkennen, werden durch den Arbeitssicherheitsausschuss regelmäßig Begehungen durchgeführt.

3.1.2 Brandschutz

Wir unternehmen ständig Anstrengungen um den baulichen und organisatorischen Brandschutz auf einem hohen Niveau sicherzustellen. Da die Sicherheit der Patienten ein ernstes Anliegen unserer Klinik ist, werden die Flucht- und Rettungswege regelmäßig geprüft und ggf. aktualisiert. Ein Feuerwehrplan mit einer Registrierung der Hydranten liegt den entscheidenden Stellen vor. Ein internes Weiterbildungs- und Schulungskonzept bietet allen Mitarbeitern der Klinik die Möglichkeit in regelmäßigen Abständen an theoretischen und praktischen Brandschutzunterweisungen (Pflicht) teilzunehmen. Durchgeführt werden die Unterweisungen durch die Feuerwehr oder durch den Brandschutzbeauftragten.

3.1.3 Umweltschutz

Für uns ist der schonende Umgang mit Ressourcen selbstverständlich. Aufgrund dessen ist im Klinikum ein Abfallmanagement installiert, d. h. die Erstellung einer Abfallbilanz inkl. der Erstellung eines Abfallwirtschaftskonzeptes erfolgt unter Mitarbeit der Firma DEKRA. Die Abfalltrennung wird durch alle Mitarbeiter aktiv unterstützt, indem die Abfalltrennung bereits am Ort der Entstehung erfolgt. Durch regelmäßige Überprüfungen werden Versorgungsressourcen Wasser/Energie nach Aspekten der Ökonomie/Ökologie umgesetzt.

3.1.4 Katastrophenschutz

Als Klinikum mit öffentlicher Trägerschaft sind wir im Ernstfall in den Katastrophenschutz nach Landesrecht eingebunden und für die Patientenversorgung bei Großschadensereignissen zuständig. Grundsätzlich sind wir verpflichtet Katastropheneinsatzpläne aufzustellen. In unseren Katastrophenschutzordnern sind alle Verantwortlichkeiten für interne und externe Katastropheneinsätze festgelegt. Darüber hinaus bereiten wir unsere Mitarbeiter auf Katastropheneinsätze vor, ein Krisenstab für das Klinikum ist benannt. Durch regelmäßige sicherheitstechnische Begehungen und die ggf. daraus erforderliche Überarbeitung ist die Aktualität der Katastrophenschutzpläne gesichert.

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Um den Ausfall technischer Versorgungseinrichtungen zu vermeiden haben wir umfassende Präventionsmaßnahmen ergriffen. Eine 24-stündige Rufbereitschaft der technischen Abteilung ist eingerichtet. Eine optimale Vorgehensweise bei nichtmedizinischen Notfällen und die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen (u.a. Katastrophenschutz-Ergänzungsgesetz, Landeskatastrophenschutzgesetz) ist sichergestellt. Ein umfassender Notfallplan in Zusammenarbeit mit dem Katastrophenamt der Stadt Heilbronn ist erarbeitet. Im Notfallplan ist eine Handlungsanweisung/Alarmierungsliste für den Ablauf einer internen und externen Gefahrenlage im Klinikum sowie eine Vorgehensweise bei Bombendrohungen vorhanden und wird regelmäßig aktualisiert. Die Stromversorgung kann im Bedarfsfall über ein Notstromaggregat aufrecht erhalten werden, entsprechende Dieselvorräte sind vorhanden. Die Ausfallsicherheit der Informationstechnologie ist durch ein redundantes Rechenzentrum und redundante Systeme im KIS-Bereich gewährleistet, ein Ausfallkonzept existiert.

3.2 Patientensicherheit

3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Es wurde eine Vielzahl von Präventivmaßnahmen ergriffen um den Schutz unserer Patienten zu gewährleisten. Im gesamten Klinikum wird deshalb auf eine patientengerechte und sichere Ausstattung geachtet. Um die Sicherheit zu gewährleisten, ist in den Abend- und Nachtstunden kein unkontrollierter Zugang möglich. Ab 20 Uhr sind die Ausgänge mit Ausnahme des Haupteinganges verschlossen. Ein Sicherheitsdienst führt Rundgänge durch. Zusätzlich dazu werden bestimmte Bereiche, wie z. B. die Neugeborenenstation, durch Sprechanlagen an der Eingangstür gesichert. In der Kinderklinik ist die Tür zur Früh- und Neugeborenenstation sowie der Intensivstation durch ein Codeschloss/Video gesichert.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Um unseren Patienten auch in lebensbedrohlichen Situationen helfen zu können, sind alle Maßnahmen getroffen um dies auch umzusetzen, wie zum Beispiel regelmäßige Schulungen zum Thema „Reanimation und Notfall“. Im Klinikum am Gesundbrunnen wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt und es existiert bei lebensbedrohlichen Notfällen ein 24-h Reanimationsnotruf. Der Notruf kann in jedem Patientenzimmer sowie in den Untersuchungs- u. Behandlungsräumen ausgelöst werden. Im Klinikum sind zwei Notfallteams (Operative Intensivstation und Medizinische Intensivstation) verfügbar. Für jede Schicht werden ein Arzt und eine Intensivpflegekraft als Reanimationsteam bestimmt.

3.2.3 Hygienemanagement

Da die Sicherstellung einer optimalen Hygienesituation in unserer Klinik einen hohen Stellenwert besetzt, ist die Organisation der Hygiene über einen eigenen Klinikhygieniker, eine hauptamtliche Hygienefachkraft, über die Hygienekommission sowie über einen Hygienebeauftragten gesichert. Die personelle Verantwortung und das Verfahren der Umsetzung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen ist krankenhausesweit geregelt. Des Weiteren nutzen wir externe Beratungskompetenz durch das BZH Freiburg als wissenschaftliches Beratungszentrum und befolgen die Richtlinien des Robert-Koch-Instituts sowie die gesetzlichen Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes. Die vorhandene Organisationsstruktur in der Krankenhaushygiene ermöglicht die gezielte Einhaltung von vorgegebenen Hygienerichtlinien, wobei die Überprüfungen der Einhaltung der Standards durch die Begehungen der Hygienefachkraft protokolliert werden. Die Protokolle werden den Leitungen der Abteilungen ausgehändigt. Die Leitungen der Abteilungen sind verantwortlich für die Umsetzung der ggf. benannten Maßnahmen.

3.2.4 Hygienerelevante Daten

Das Klinikum hat das bundesweit angewandte Krankenhaus- Infektionsüberwachungssystem (KIS) eingeführt. Die Infektionen und Krankheitserreger werden entsprechend dem Infektionsschutzgesetz IfSG § 23 (1) erfasst und bewertet. Der Meldepflicht dem Gesundheitsamt gegenüber kommt das Institut für Labormedizin nach. Darüber hinaus werden in den Abteilungen und Bereichen weitere hygienerelevante Daten erfasst und zur Verbesserung der Hygiene genutzt.

3.2.5 Infektionsmanagement

Wir fördern die Umsetzung zahlreicher Hygienestandards, um unsere Patienten, Angehörige, Besucher und Mitarbeiter vor Infektionen zu schützen. Die Hygienepläne/Standards beinhalten dazu detaillierte Maßnahmen zum Umgang mit Resistenzkeimen oder anderen Keimen, die hohe Anforderungen aus hygienischer Sicht an die Mitarbeiter stellen. Diese Pläne sind den Vorgaben des Robert-Koch-Institutes angeglichen und auf dem neuesten Stand. Die Umsetzung wird mit den Abteilungen besprochen und den Gegebenheiten angepasst. Den Mitarbeitern der Klinik werden durch den Fachkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention regelmäßig Fortbildungen zu hygienerelevanten Themen angeboten.

3.2.6 Arzneimittel

Eine Versorgung mit Arzneimitteln ist rund um die Uhr sichergestellt. Die Regelungen zur Beschaffung von Arzneimitteln / Blut- und Blutprodukten sind in der Arzneimittelliste und in einer Dienstanweisung für den Verkehr mit Arzneimitteln veröffentlicht. Diese Regelung ist allen Mitarbeitern zugänglich. Bei Neuanschaffungen von Pflegehilfsmitteln bzw. von Medizinprodukten werden die Anwender mit einbezogen. Bei vergleichbarer Preiswürdigkeit und Qualität werden ökologische Produkte bevorzugt. Hygienische Anforderungen werden in Zusammenarbeit mit der Fachkraft für Hygiene besprochen und umgesetzt.

Darüber hinaus ist im Klinikum eine Arzneimittelkommission eingerichtet, die den Bedarf einzelner Arzneimittel erörtert und ggf. von der hauseigenen Arzneimittelliste streicht bzw. neu aufnimmt. In der monatlichen Informationsbroschüre werden die Mitarbeiter regelmäßig über aktuelle Arzneimittelthemen informiert. Durch die gesetzlich geregelte Apothekerbetriebsordnung ist eine ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung gesichert.

3.2.7 Blutkomponenten- und Plasmaderivate

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Blut und Blutprodukten. Für die Einhaltung der vielfältigen gesetzlichen Richtlinien ist eine Transfusionskommission verantwortlich. Diese Transfusionskommission regelt und überwacht die Abläufe von der Gewinnung bis zur Anwendung von Blut und Blutprodukten. Die konkreten Abläufe sind in einem QM-Handbuch für alle Anwender verbindlich festgelegt. Durch die hauseigene Blutbank ist die Versorgung mit Blut und Blutprodukten jederzeit sichergestellt.

3.2.8 Medizinprodukte

Der Umgang mit Medizinprodukten ist in einem speziell dafür angelegten Ordner geregelt, der den Mitarbeitern in allen Bereichen zur Verfügung steht. In unserem Klinikum finden durch die Medizintechnik jährlich zwei Schulungsveranstaltungen zum Umgang mit dem Medizinproduktgesetz statt. Für jeden Bereich wurden Medizinproduktverantwortliche bestimmt, die in Zusammenarbeit mit der Medizintechnik für die Einweisungen der Mitarbeiter in die Geräte verantwortlich sind. Alle Wartungs- und Instandsetzungsarbeiten werden in einer speziellen Techniksoftware definiert.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1 Informations- und Kommunikationstechnologie

4.1.1 Aufbau und Nutzen der Informations- und Kommunikationstechnologie

Die Voraussetzungen unterstützender Informationstechnologien ist dadurch geschaffen, dass im Klinikum alle Bereiche miteinander vernetzt sind. Berechtigte Mitarbeiter können zeitlich uneingeschränkt auf das Krankenhausinformationssystem zugreifen. Durch das Krankenhausinformationssystem werden Befunde zügig abgerufen und ausgetauscht. Dies ermöglicht eine rasche Umsetzung von Diagnostik und Therapie. Die Dienstplangestaltung in der Pflege sowie die Zeiterfassung werden bereits durch entsprechende Systeme zentral gesteuert.

4.2 Patientendaten

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Es sind einheitliche Regelungen etabliert, die die nachvollziehbare und einheitliche Dokumentation von Patientendaten sicherstellt. Im einheitlichen und hausweit eingesetzten Dokumentationssystem werden medizinische und pflegerische Anordnungen und Leistungen sicher und unverwechselbar dokumentiert. Für die Anforderung und Durchführung diagnostischer Leistungen werden hauseinheitliche Formulare benützt. Die Führung der Patientenakte wurde berufsgruppenübergreifend festgelegt und ist abteilungsspezifisch geregelt. Ebenso gibt es festgelegte Überprüfungsabläufe bezüglich der Vollständigkeit, Richtigkeit und Übersichtlichkeit der Patientenakte bzw. Dokumentation. Die zeitnahe Patientendokumentation ist Grundlage der ärztlichen und pflegerischen Qualität. Die Regelungen dazu sind dem Arbeitsablauf angepasst und in diesen integriert. Zum Ende jeder Schicht ist die für den Patienten zuständige Pflegeperson dafür verantwortlich, dass die Dokumentation vollständig, verständlich, korrekt und nachvollziehbar ist. Die Patientendokumentation ist so geführt, dass sachkundige Dritte den aktuellen Zustand sowie den klinischen Verlauf des Patienten nachvollziehen können.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Alle Mitarbeiter, die am Pflege- und Behandlungsprozess des Patienten beteiligt sind, haben uneingeschränkt Zugriff auf die Patientendokumentation. Ebenso sind alle Daten, die per EDV erfasst wurden (z. B. Röntgen-, Laborbefunde, Aufnahmedaten) jederzeit zugänglich. Alle überprüften und vollständigen Patientenakten werden nach der Entlassung im Zentralarchiv abgelegt und stehen bei einem erneuten Krankenhausaufenthalt jederzeit zur Verfügung, sodass Vorbefunde für die erneute Behandlung genutzt werden können. Der Zugriff auf die Akten ist rund um die Uhr gesichert.

4.3 Informationsmanagement

4.3.1 Informationen der Krankenhausleitung

Die Krankenhausleitung wird regelmäßig über die Entwicklungen und Vorgänge im Krankenhaus informiert. Ein wesentliches Instrument dabei sind die Monatsberichte des betriebswirtschaftlichen und medizinischen Controllings. Aus den daraus resultierenden Entscheidungen der Krankenhausleitung werden ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet. Bei aktuellen und zeitkritischen Ereignissen wird die Betriebsleitung direkt von den Bereichsleitern informiert.

4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

In der Pflege findet täglich mehrmals ein Informationsaustausch statt. Bei diesen Besprechungen werden die wichtigen patientenrelevanten Daten abgestimmt und erforderliche Veränderungen weitergegeben. In allen Fachbereichen werden bis zu zweimal täglich interdisziplinäre Arztbesprechungen durchgeführt. Organisatorische Informationen werden in Stations- und/oder berufsgruppenübergreifenden Abteilungsbesprechungen weitergegeben. Bei Verlegungen innerhalb der Klinik erfolgt die Weitergabe von Patientendaten per Verlegungsbericht und mündlicher Absprachen.

4.4 Telefonzentrale und Empfang

4.4.1 Organisation und Service

Durch mehrere Auskunftsstellen in unserem Klinikum werden Patienten und Angehörige stets freundlich und kompetent von unseren Mitarbeitern beraten. Die Mitarbeiter der zentralen Auskunftsstelle/Telefonvermittlung haben Zugriff auf ein Krankenhausinformationssystem. Dadurch ist jederzeit eine aktuelle Auskunft über Station/Zimmer des Patienten gewährleistet. Ebenso sind die Pläne aller bereichsdienst-habenden Mitarbeiter an der zentralen Auskunftsstelle hinterlegt. Damit ist eine schnelle und zielgerichtete Versorgung von Notfallpatienten sichergestellt. Im Falle fremdsprachlich bedingter Verständigungsschwierigkeiten liegt eine Dolmetscherliste vor.

4.5 Datenschutz

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Datenschutz hat bei uns eine hohe Bedeutung, nicht zuletzt durch die Sensibilität der Patientendaten. Der Schutz von Patientendaten in elektronischen Medien wird in den med. Bereichen durch Passwörter gewährleistet. Alle Mitarbeiter sind angehalten die Patientenakten (in Papierform) vor unbefugtem Zugriff zu schützen. Die gesetzliche Schweigepflicht ist für alle Mitarbeiter bindend sowie eine zusätzliche vertraglich geregelte Schweigepflichterklärung muss unterschrieben werden. Patientendaten werden nur auf persönlichen Wunsch des Patienten oder einer schriftlich formulierten und unterschriebenen Einverständniserklärung weitergegeben.

5 Führung

5.1 Unternehmensphilosophie und -kultur

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Durch die Erarbeitung eines gemeinsamen Leitbildes für die SLK-Kliniken, stellen wir unsere Philosophie sowohl nach innen als auch nach außen dar. Das Leitbild orientiert sich an unserem Auftrag, an den Bedürfnissen und Erwartungen der Patienten, Angehörigen, einweisenden Ärzten sowie den Kostenträgern. Ebenso kommt zum Ausdruck, dass die Qualifikation und Motivation unserer Mitarbeiter ein wesentlicher Bestandteil unserer Unternehmenspolitik und Grundlage einer qualitativ hochwertigen Medizin ist.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender Maßnahmen

Vertrauensvolle Zusammenarbeit ist gerade in einer Klinik die Basis für ein kooperatives Zusammenarbeiten aller Berufsgruppen. Sie fördert die Zufriedenheit unserer Mitarbeiter und die Identifikation mit Ihrem Arbeitgeber, den SLK-Kliniken. Die vertrauensvolle Zusammenarbeit wird in den „Grundsätzen zur Führung und Zusammenarbeit“ definiert, gefördert und gefordert. Die Inhalte sind allen Mitarbeitern bekannt.

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Die ethischen Problemstellungen werden in unserer Klinik durch ein interdisziplinär zusammengesetztes ethisches Komitee behandelt. In ärztlichen und pflegerischen Dienstbesprechungen und gegebenenfalls in Sitzungen der Krankenhausleitung werden ebenfalls ethische Problemstellungen thematisiert. Zudem besteht eine sehr enge Zusammenarbeit mit den Krankenhausesselektoren und den Gemeindepfarrern der Umgebung.

5.2 Strategie und Zielplanung

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Im Rahmen der Fusion der SLK-Kliniken wurden für alle Standorte die medizinischen Leistungsstrukturen neu festgelegt und in einer Zielplanung festgehalten. Ziel des Konzeptes ist eine wohnortnahe, qualitativ hochwertige Versorgung mit Gesundheitsleistungen zu sichern sowie Schwerpunkte für einzelne Leistungsbereiche innerhalb der SLK-Kliniken im Sinne einer Gesamtversorgung zu bilden. Durch kurz-, mittel- und langfristige Strategien wird das Unternehmen so ausgerichtet, dass eine zukunftsorientierte Existenzsicherung aller Standorte gewährleistet ist.

Die Finanz- und Investitionsplanung wird über einen mehrjährigen Unternehmensplan abgebildet. Hieraus abgeleitet existieren Jahrespläne, aus denen die Betriebskosten, die Instandhaltungen und die Investitionen für das laufende Jahr ersichtlich sind. Die Budgetplanung erfolgt jährlich zum Jahresende. Der mehrjährige Unternehmensplan wird sofern erforderlich im Rahmen der kontinuierlichen Überprüfung der Jahresplanung aktualisiert und fortgeschrieben.

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Die Zusammenarbeit mit Partnern im Gesundheitswesen hat in den SLK-Kliniken einen hohen Stellenwert. Da die Qualität der Behandlung im Vordergrund steht, werden die Kooperationspartner anhand spezifischer Kriterien ausgewählt. Die Stabsstelle Recht ist für die Vorbereitung und Verwaltung der Kooperationsverträge zuständig.

5.3 Organisationsentwicklung

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Nach Abschluss der Neu-Strukturierung aller Standorte der SLK-Kliniken wurde ein aktuelles Organigramm erstellt. In dem Organigramm sind Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Strukturen der SLK-Kliniken dargestellt.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Zur Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise der Leitungsgremien und Kommissionen gibt es z. B. für die Krankenhausleitung eine Geschäftsordnung. Als weitere Kommissionen tagen die Arzneimittelkommission, die Hygienekommission, der Arbeitssicherheitsausschuss, die Transfusionskommission und der Lenkungsausschuss Qualitätsmanagement regelmäßig. Diese Sitzungen finden in regelmäßigen Abständen statt und werden protokolliert.

Die Geschäftsordnung der Krankenhausleitung regelt die Zuständigkeiten der einzelnen Mitglieder des Gremiums und die Aufgaben des Gremiums insgesamt. In dieser Geschäftsordnung wird klar abgegrenzt, welche Aufgaben von welchem der Mitglieder übernommen werden müssen und welche Informationsregeln es gibt. Die Satzung ist bei der Geschäftsführung bzw. bei deren Stellvertreter einsehbar. Die Einladung der KHL-Mitglieder erfolgt über die Geschäftsführung unter Angabe der geplanten Tagesordnungspunkte.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

„Hochqualifizierte wohnortnahe medizinische Versorgung“ und eine „sehr gute Qualifikation“ unserer Mitarbeiter sind zentraler Bestandteil des Leitbildes der SLK-Kliniken. Da wir an einem innovationsfreundlichen Klima interessiert sind, wurde durch das SLK-weite Intranet eine Wissensplattform für alle Mitarbeiter geschaffen.

5.4 Marketing

5.4.1 Externe Kommunikation

Das Klinikum am Gesundbrunnen ist in der Öffentlichkeit präsent durch Fachveranstaltungen für niedergelassene Ärzte, durch Hausführungen, Tage der offenen Tür sowie Informationsbroschüren. Informationen über die Leistungsangebote der SLK-Kliniken (vier Standorte) sind über die Internetpräsenz www.slk-kliniken.de jederzeit abrufbar. Die regionale Presse wird zur Berichterstattung über aktuelle Themen und Termine zeitnah informiert.

5.5 Risikomanagement

5.5.1 Aufbau und Entwicklung des Risikomanagementsystems

In den SLK-Kliniken wurde ein Konzept zum Risikomanagement entwickelt und eingeführt. Das Risikomanagement wurde der Stabstelle Interne Revision zugeordnet um zielgerichtet und strukturiert mit Risiken umgehen zu können. Das System Risikomanagement ist im Intranet hinterlegt und somit für alle Mitarbeiter der SLK-Kliniken nachvollziehbar.

6 Qualitätsmanagement

6.1 Qualitätsmanagementsystem

6.1.1 Organisation

Ziel des Qualitätsmanagements im Klinikum am Gesundbrunnen ist die stetige Verbesserung der Behandlung unserer Patienten. Alle an der Versorgung der Patienten beteiligten Kliniken und Bereiche, vom Chefarzt bis zum Transportdienst, sind in den Verbesserungsprozess eingebunden. Dabei wenden wir ein Qualitätsmanagementmodell der (KTQ®) an, das von Krankenkassen, Ärzten, Pflegekräften sowie Ökonomen speziell für Krankenhäuser entwickelt wurde.

Die Qualitätsziele unserer Klinik orientieren sich inhaltlich an der Qualitätspolitik und unserem Unternehmensleitbild. Die drei Kernaussagen sind dabei Patienten-/Kundenzufriedenheit, Mitarbeiterzufriedenheit und Wirtschaftlichkeit. Jeder Mitarbeiter kennt diese Ziele und ist angehalten, sein Handeln darauf auszurichten. Die qualitative Weiterentwicklung wird durch eine jährliche Selbstbewertung nach KTQ® überprüft.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Eine Prozesslandkarte mit Kern-, Unterstützungs- und Führungsprozessen bildet die Grundlage für das Prozessmanagement in den SLK-Kliniken. Erarbeitete Mustervorlagen vereinfachen und beschleunigen dabei den Prozess der einheitlichen Prozessdokumentation und Prozessgestaltung. In den SLK-Kliniken wird besonders großen Wert auf die abteilungs- und berufsübergreifende Prozessgestaltung gelegt.

6.2 Befragungen

6.2.1 Patientenbefragung

Damit wir kontinuierlich an der Verbesserung der Patientenversorgung arbeiten können, ist uns eine regelmäßige Überprüfung der Patientenzufriedenheit wichtig. Die Anforderungen und Wünsche von Patienten, Angehörigen, einweisenden Ärzten sowie der Mitarbeiter werden in schriftlichen Befragungen ermittelt. Die Ergebnisse daraus werden ausgewertet und im Sinne einer kontinuierlichen Verbesserung in einen Maßnahmenplan aufgenommen.

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Die Anforderungen und Wünsche von Patienten, Angehörigen, einweisenden Ärzten sowie der Mitarbeiter werden in schriftlichen Befragungen ermittelt. Die Ergebnisse daraus werden ausgewertet und im Sinne einer kontinuierlichen Verbesserung in einen Maßnahmenplan aufgenommen.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Neben eine Patientenbefragung und der Befragung externer Einrichtungen ist uns auch die Zufriedenheit unserer Mitarbeiter wichtig. Diese wird in schriftlichen Befragungen ermittelt. Die Ergebnisse daraus werden ausgewertet und im Sinne einer kontinuierlichen Verbesserung in einen Maßnahmenplan aufgenommen.

6.3 Beschwerdemanagement

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Die Patientenwünsche und Patientenbeschwerden sind für die Mitarbeiter des Krankenhauses ein wichtiger Hinweis auf die Qualität unserer Arbeit. Wünsche und Beschwerden können sowohl schriftlich und mündlich an die Patientenfürsprecher sowie über regelmäßige Patientenbefragungen geäußert werden. Ein strukturiertes Beschwerdemanagement liegt vor.

6.4 Qualitätsrelevante Daten

6.4.1 Erhebung und Nutzen von qualitätsrelevanten Daten

Die Qualitätsziele unserer Klinik orientieren sich inhaltlich an der Qualitätspolitik und unserem Unternehmensleitbild. Die drei Kernaussagen sind dabei Patienten- /Kundenzufriedenheit, Mitarbeiterzufriedenheit und Wirtschaftlichkeit. Jeder Mitarbeiter kennt diese Ziele und ist angehalten, sein Handeln darauf auszurichten. Die qualitative Weiterentwicklung wird durch eine jährliche Selbstbewertung nach KTQ® überprüft. In der Klinik werden Maßnahmen zur Sicherung der Ergebnisqualität durchgeführt. Verbindliche Hygienerichtlinien sind die Basis für die Vermeidung von Infektionen im Krankenhaus und werden durch systematische Erfassungen und Überprüfung gesichert. Strenge Kontrollen werden bei Gabe von Bluttransfusionen an mehreren Stellen zur Sicherheit der Patienten durchgeführt. Dasselbe trifft für Laboruntersuchungen nach den Richtlinien der Bundesärztekammer zu. Die bundesweit geltende Verordnung (HACCP) für Großküchen wird konsequent angewandt. Im gesamten Klinikum werden Qualitätssicherungsprogramme zur Sammlung von relevanten Qualitätskriterien diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen eingesetzt. Diese Programme unterstützen die Erfassung, Dokumentation sowie die Auswertung der Daten zur Sicherung der Behandlungsqualität. Dies geschieht in gleichem Maße für die interne wie die gesetzlich vorgeschriebene externe Qualitätssicherung.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Um einen steten Verbesserungsprozess zu gewährleisten, spielt die externe Qualitätssicherung eine wichtige Rolle. Neben der Erfüllung gesetzlicher Vorgaben steht dabei der kontinuierliche interne Verbesserungsprozess unserer medizinischen Ergebnisqualität im Zentrum. Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung werden zwischen den Einrichtungen der SLK-Kliniken und im Rahmen des QuMiK-Benchmarks verglichen.