



Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen

## **KTQ-QUALITÄTSBERICHT**

zum KTQ-Katalog 2009 für Krankenhäuser

**Einrichtung:** Klinikum am Plattenwald  
**Institutionskennzeichen:** 260811089  
**Anschrift:** Am Plattenwald 18, 74177 Bad Friedrichshall

**Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:** 2012-0064 KHVB  
**durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:** WIESO CERT GmbH

**Gültig vom:** 22.06.2012  
**bis:** 21.06.2015

## Inhaltsverzeichnis:

Vorwort der KTQ® .....	3
Die Kategorien .....	7
1 Patientenorientierung .....	8
2 Mitarbeiterorientierung .....	12
3 Sicherheit .....	14
4 Informations- und Kommunikationswesen .....	17
5 Führung .....	19
6 Qualitätsmanagement .....	22

## Vorwort der KTQ<sup>®</sup>

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 und Rettungsdienstleistungen.

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

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

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

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

- Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Führung des Krankenhauses und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

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

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren<sup>®</sup> gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses

---

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

der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009. 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 **Klinikum am Plattenwald** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter [www.ktq.de](http://www.ktq.de) abrufbar.

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Dr. med. M. Vogt

Für den Hartmannbund

## Vorwort der Einrichtung

Das Klinikum am Plattenwald ist eine der fünf Einrichtungen der SLK-Kliniken- Heilbronn GmbH. Die Abkürzung „SLK“ steht dabei für die Stadt-und Landkreiskliniken Heilbronn. Die SLK-Kliniken Heilbronn GmbH ist mit ihren über 3.500 Mitarbeitern der größte Gesundheitsdienstleister der Region. Gemeinsam mit ihrer Tochter, der Klinik Löwenstein gGmbH, sowie den beiden Krankenhäusern in Öhringen und Künzelsau\*, bilden die SLK-Kliniken die Regionale Gesundheitsholding Heilbronn-Franken (RGHF). Unter ihrem Dach arbeiten rund 5.000 Mitarbeiter an sieben Standorten für das Wohl der Patienten.

In den SLK-Kliniken werden jährlich 65.000 Patienten stationär sowie ca. 160.000 Patienten ambulant behandelt. Im Jahr 2010 wurden zudem ca. 2.800 Kinder geboren.

Im Verbund unserer Kliniken verfolgen wir -entsprechend unserem Unternehmensleitbild - das Ziel einer qualitativ hochwertigen und wohnortnahen Versorgung unserer Patienten durch die Bildung von medizinischen Schwerpunkten.

Das Klinikum am Plattenwald ist mit 422 Betten, den 8 Fachabteilungen

- Anästhesiologie und operative Intensivmedizin
- Frauenklinik
- Gefäßchirurgie
- Kardiologie-Angiologie
- Gastroenterologie und Nephrologie
- Orthopädie/Unfallchirurgie
- Plastische Chirurgie
- Urologie

und rund 40.000 Patienten jährlich das zweitgrößte Haus innerhalb der SLK-Kliniken Heilbronn GmbH. Das medizinische Spektrum wird zudem durch verschiedene Zentren ergänzt:

- Ambulantes OP Zentrum
- Radiologisches Zentrum
- Chest-Pain-Unit (CPU)
- Geriatrischer Schwerpunkt

Im Jahr 2011 werden die Bauarbeiten für einen modernen Klinikneubau beginnen, um die baulichen Gegebenheiten an die Erfordernisse eines modernen Klinikbetriebs anzupassen.

Unser internes Qualitätsmanagementsystem orientiert sich am Modell der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ<sup>®</sup>). 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.

Im Jahr 2010 wurden die folgenden strategischen Unternehmensziele definiert, die durch Umsetzung konkreter Projekte realisiert werden.

1. Wir orientieren uns am Nutzen für den Patienten
2. Wir schaffen zukunftsfähige Strukturen
3. Wir setzen unsere Ressourcen verantwortungsvoll ein
4. Wir sind ein attraktiver Arbeitgeber
5. Wir kommunizieren aktiv mit unseren Partnern
6. Wir messen unseren Erfolg
7. Wir sind gemeinsam stärker

(\* nicht Bestandteil dieser Zertifizierung)

Eine mitarbeiterorientierte Personalentwicklung verfolgen wir unter anderem mit dem Instrument der jährlichen Mitarbeiterfördergespräche sowie einer individuell gestalteten Führungskräfteentwicklung. 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. Auch die enge Vernetzung und Kooperation mit niedergelassenen Ärzten sowie die fachübergreifende Bündelung medizinischer Kompetenzen in den zertifizierten Zentren unserer Standorte ist Ausdruck unserer kontinuierlichen Weiterentwicklung zum Wohl unserer Patienten.

Die Krankenhausleitung, vertreten durch den kaufmännischen Direktor Herrn Kelly, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Mit freundlichen Grüßen

**Dr. Thomas Jendges**

Geschäftsführer SLK-Kliniken Heilbronn GmbH

Geschäftsführer Regionale Gesundheitsholding Heilbronn-Franken GmbH

# Die Kategorien

# 1 Patientenorientierung

## 1.1. Rahmenbedingungen der Patientenversorgung

### 1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das Klinikum am Plattenwald ist über die nahegelegene Autobahn gut zu erreichen. Eine Bushaltestelle ist direkt vor dem Krankenhaus, wodurch auch eine gute öffentliche Nahverkehrsanbindung ermöglicht wird. Parkplätze sowie Behindertenparkplätze stehen in ausreichender Zahl zur Verfügung. Zur Erleichterung der Aufnahme stehen im Eingangsbereich Gepäckwägen sowie Rollstühle zur Verfügung.

Über die Homepage der SLK-Kliniken Heilbronn GmbH ([www.slk-kliniken.de](http://www.slk-kliniken.de)) sowie im Rahmen von Voruntersuchungen können sich Patienten und Angehörige umfassend über den stationären Aufenthalt und die Nachbehandlung informieren.

### 1.1.2 Leitlinien

In den Fachabteilungen wird eine qualitativ hochwertige Behandlung der Patienten gewährleistet. Bei der Behandlung und Pflege der Patienten werden nationale und internationale wissenschaftliche Standards der Fachgesellschaften berücksichtigt. Es erfolgt eine regelmäßige Aktualisierung der geltenden Standards sowie eine zeitnahe Umsetzung von Neuerungen. Dadurch gewährleisten wir eine Versorgung unserer Patienten nach den modernsten Erkenntnissen.

### 1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Die Bereitstellung von Informationsmaterialien ist ein wichtiger Teilprozess im Rahmen der Information und Beteiligung des Patienten. Es werden umfassende Informationsmaterialien vorgehalten, bspw. Informationen zu den Fachabteilungen und einen Infokanal in den Patientenzimmern. Zudem bieten wir unseren Patienten eine persönliche Beratung und Behandlung durch unser pflegerisches und ärztliches Personal.

### 1.1.4 Service, Essen und Trinken

Die individuelle und entsprechend auf die Lebensgewohnheiten ausgerichtete Ernährung stellt neben der ärztlich-pflegerischen Versorgung einen wichtigen Bestandteil im Rahmen des Genesungsprozesses dar. Den Patienten stehen verschiedene Kostformen zur Auswahl und es werden religiöse Aspekte bei der Speisenplanerstellung berücksichtigt.

Bei der patientenorientierten Gestaltung unserer Zimmer steht auch die entsprechende Ausstattung mit den auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmten Heil- und Hilfsmittel im Vordergrund. Im Bedarfsfall besteht die Möglichkeit, Begleitpersonen mit aufzunehmen. Zu den weiteren Serviceangeboten unseres Klinikums zählen ein Patientenbegleitdienst, Seelsorger, Patientenführsprecher, ein Andachtsraum sowie eine Cafeteria.

### 1.1.5 Kooperationen

Um unseren Patienten eine optimale Versorgung zu bieten, arbeiten wir mit verschiedenen Partnern zusammen. Neben hausinternen Kooperationen (regelmäßige interdisziplinäre Besprechungen) wird auch ein enger Kontakt zu unseren niedergelassenen Kollegen gepflegt. Durch unsere Einweiserzeitschrift "meddialog" informieren wir unsere Zuweiser über Aktuelles aus unserem Klinikum. Weitere an der Patientenversorgung beteiligte Berufsgruppen, wie z.B. die Sozialberatung oder Seelsorge werden bei Bedarf hinzugezogen.

## **1.2 Notfallaufnahme**

### **1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung**

Das Klinikum am Plattenwald gewährleistet eine 24h Aufnahmebereitschaft. Um eine optimale Versorgung der Patienten zu ermöglichen (bspw. bei Herzinfarkten) ist das Klinikum Mitglied im Herzinfarktnetzwerk, wodurch vor Eintreffen des Rettungsdienstes relevante Patientendaten wie EKG übermittelt werden und somit eine Reduzierung der door-to-balloon Zeit erreicht wird. Unsere Stellen- und Dienstplanung garantiert eine fachärztliche Betreuung rund um die Uhr.

## **1.3. Ambulante Versorgung**

### **1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung**

Die ambulante Patientenversorgung ist durch die Notaufnahme und die klinikspezifischen Ambulanzen rund um die Uhr sichergestellt. Im Klinikum am Plattenwald werden qualifizierte Mitarbeiter in die Planung des ambulanten Leistungsspektrums mit einbezogen. Der Facharztstandard wird in der Notaufnahme sichergestellt. Die Einbestellung der Patienten in die Fachambulanzen erfolgt über die jeweiligen Chefarztsekretariate. Notwendige Vorbefunde können über unser Zentralarchiv oder von den Niedergelassenen bei Bedarf angefordert werden. Für die Begleitung der Patienten zu diagnostischen sowie therapeutischen Maßnahmen steht Personal zur Begleitung bereit.

### **1.3.2 Ambulante Operationen**

Die Organisation von ambulanten Operationen erfolgt dezentral in den Abteilungen/Sekretariaten des Klinikums am Plattenwald. Die Nachbetreuung von ambulanten Operationen erfolgt durch unser ambulantes Operationszentrum (AOZ). Im Rahmen von ambulanten Operationen berücksichtigen wir die Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit. Des Weiteren erhalten Patienten bzw. deren Begleitpersonen einen Flyer mit Verhaltenshinweisen/-maßnahmen nach der ambulanten Operation. Die Schmerztherapie zu ambulanten Operationen orientiert sich hierbei an unserem allgemeinen Schmerzkonzept (Zertifizierung "Qualifizierte Schmerztherapie" im Jahr 2011).

## **1.4. Stationäre Versorgung**

### **1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung**

Entsprechend der aktuellen Behandlungsstandards und Leitlinien erfolgen die Festlegung des Behandlungsprozesses sowie die stationäre Diagnostik. Die Behandlungsplanung wird hierbei ausschließlich durch einen Facharzt festgelegt. In der Pflege sind ausschließlich examinierte Pflegekräfte für die Planung verantwortlich. Die persönliche Information des Patienten und dessen Angehörige steht für uns hierbei im Vordergrund. Aus diesem Grund sucht unser pflegerisches und ärztliches Personal das direkte Gespräch mit unseren Patienten. In regelmäßigen Visiten und Besprechungen werden die diagnostischen Maßnahmen auf den Patienten individuell abgestimmt. Hierbei respektieren wir ethische und kulturelle Bedürfnisse und integrieren diese in die Behandlung.

### **1.4.2 Therapeutische Prozesse**

Die Dokumentation der Behandlung, entsprechend der aktuell geltenden Standards und Leitlinien, erfolgt in der Patientenakte. Speziell erforderliche therapeutische und diagnostische Maßnahmen werden in Fallbesprechungen erörtert. Zur Schmerztherapie liegt ein umfassendes Schmerzkonzept vor, das unter der Leitung der Anästhesie entwickelt wurde. Im Jahr 2011 hat das Klinikum am Plattenwald erfolgreich die Zertifizierung "Qualifizierte

Schmerztherapie" bestanden.

### **1.4.3 Operative Verfahren**

Operationen werden auf der Grundlage einer langfristigen Terminplanung der einzelnen Fachabteilungen durchgeführt. Ein OP Managementteam ist für den reibungslosen Ablauf der OP Tagesplanung in Zusammenarbeit mit den weiteren Fachabteilungen zuständig. Entsprechend der diagnosebezogenen Standards erfolgt die Vorbereitung und Nachsorge der Operation. Um eine umfassende Patientensicherheit zu gewährleisten, legen wir großen Wert auf die Umsetzung der Empfehlungen des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit.

### **1.4.4 Visite**

Eine patienten- und therapieorientierte Gestaltung der Visiten ist ein wichtiges Element für unsere Patienten im Rahmen Ihres Klinikaufenthalts. In den Bereichen wird täglich die Visite berufsgruppenübergreifend mit Ärzten und Pflegekräften durchgeführt. Die Einbeziehung weiterer Fachgruppen und Fachpersonal erfolgt bedarfsbezogen. Die Ergebnisse der Visite werden in einem hausweit einheitlichen Dokumentationssystem erfasst.

### **1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär**

Nach Möglichkeit soll eine vollstationäre Behandlung in Abhängigkeit von der Indikation vermieden werden. Dadurch soll dem Patienten soviel Zeit wie möglich in seiner gewohnten Umgebung überlassen werden. Dies wird beispielsweise durch das AOZ (ambulantes Operationszentrum) des Klinikums am Plattenwald ermöglicht. Zudem gibt es zahlreiche prä- und poststationäre Behandlungsangebote.

## **1.5 Übergang in andere Bereiche**

### **1.5.1 Entlassung**

Das Entlassmanagement orientiert sich an dem entsprechenden nationalen Expertenstandard. In Absprache mit dem Patienten und ggf. seinen Angehörigen wird der Entlassungszeitpunkt bei der Visite festgelegt. Patientenindividuelle oder krankheitsbedingte Besonderheiten werden gezielt mit dem Patienten und ggf. den Angehörigen festgelegt. Die notwendigen organisatorischen Schritte werden vom ärztlichen und pflegerischen Personal eingeleitet. Um eine lückenlose Informationsweiterleitung zu gewährleisten, erhalten die Patienten am Entlasstag einen Arztbrief.

Das Einbeziehen der nachbehandelnden Einrichtungen, wie z.B. Pflegeheim ist in der Kooperationsvereinbarung zum Entlassmanagement, die zwischen den Krankenhäusern und den vor- und nachversorgenden Pflegeeinrichtungen des Stadt- und Landkreises Heilbronn getroffen wurde, geregelt (Übermittlung eines Pflegeüberleitungsbogens).

### **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 haben die Patienten die Möglichkeit nach der Entlassung telefonisch Rücksprache mit der Station bzw. mit dem behandelnden Arzt zu halten. Ein umfassendes Entlassmanagement sichert die kontinuierliche Weiterbetreuung unserer Patienten.

## **1.6 Sterben und Tod**

### **1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten**

Auf einen würdevollen Umgang mit sterbenden Patienten legen wir besonderen Wert. Die besonderen Bedürfnisse sterbender Menschen und deren Angehörigen werden in unserer Klinik respektiert. Die Patienten werden in der Regel in Einzelzimmer verlegt und Angehörige erhalten die Möglichkeit, im Zimmer mit aufgenommen zu werden, um in ungestörter Atmosphäre Abschied nehmen zu können. Die Sterbebegleitung erfolgt im gemeinsamen Gespräch der Ärzte verschiedener Fachrichtungen gemeinsam mit dem Patienten. Die Einbeziehung der Angehörigen und des weiteren sozialen Umfelds des Sterbenden sind wichtiger Bestandteil der Begleitung. 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, einer Psychoonkologin 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

Die SLK-Kliniken Heilbronn GmbH verfolgt eine systematische Planung des Personalbedarfs, um eine fachlich kompetente Patientenversorgung sicherzustellen. Zum Einsatz kommen verschiedene **Verfahren zur Personalbedarfsermittlung, das durch ein umfassendes** Personal- und Leistungskennzahlensystem unterstützt wird. Zudem wird die gezielte strategische Weiterentwicklung einzelner medizinischer Fachbereiche bei der quantitativen und qualitativen Personalbedarfsplanung berücksichtigt.

### 2.2 Personalentwicklung

#### 2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Insbesondere im Gesundheitswesen stellen die Mitarbeiter die wichtigste Ressource dar. Daher ist es uns wichtig, die Mitarbeiter sowohl fachlich als auch persönlich in ihrer weiteren Entwicklung zu unterstützen. Das Konzept zur Personalentwicklung sieht eine strategie- und mitarbeiterorientierte Personalentwicklung vor, das am Unternehmensleitbild und an den "Grundsätzen zur Führung und Zusammenarbeit" der SLK-Kliniken ausgerichtet ist. Als wesentliches Instrument in der Personalentwicklung findet jährlich ein strukturiertes Mitarbeiterfördergespräch (MaFöG) zwischen Vorgesetztem und Mitarbeiter statt, in welchem konkrete Ziele vereinbart und Maßnahmen zur Umsetzung dokumentiert werden. Das MaFöG ist zudem ein wichtiges Element im Rahmen der Bedarfsplanung im Bereich der Fort- und Weiterbildung.

#### 2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Das **Ziel der Einarbeitung** ist es, neue Mitarbeiter umfassend mit der Struktur und den Abläufen der SLK-Kliniken vertraut zu machen. Neue Mitarbeiter sollen sich gut in die Dienstgemeinschaft des Krankenhauses integrieren und die Ablauforganisation kennenlernen. Spezielle **Wiedereingliederungsprogramme** für langjährig aus dem Beruf ausgeschiedene Mitarbeiter werden über die Gesundheitsakademie der SLK-Kliniken angeboten.

In der Pflege wird über ausgebildete **Mentoren/Praxisanleiter** oder qualifizierte Mitarbeiter die Einarbeitung begleitet. Diese sind grundsätzlich Ansprechpartner für neue Mitarbeiter, um den Fortschritt der Einarbeitung gemeinsam zu evaluieren. Im ärztlichen Dienst ist Ansprechpartner während der Einarbeitungsphase ein Ober- oder Facharzt, im Pflegedienst der jeweilige Mentor.

#### 2.2.3 Ausbildung

Der schulische Teil der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege / Kinderkrankenpflege sowie die Ausbildung der Operationstechnischen Assistenten (OTA) findet in der Gesundheitsakademie der SLK-Kliniken am Standort Heilbronn statt. Derzeit stehen 150 Ausbildungsplätze in der Gesundheits- und Krankenpflege, 60 Ausbildungsplätze in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und 11 Ausbildungsplätze (plus ca. 4 Plätze Kooperationspartner) für Operationstechnische Assistenten zur Verfügung. Die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege/Kinderkrankenpflege orientiert sich am Krankenpflegegesetz, der Ausbildungs- und Prüfungsordnung vom 16.Juli 2003 und dem Landeslehrplan Baden-Württemberg, die Ausbildung der Operationstechnischen Assistenten an der DKG-Empfehlung zur Ausbildung und Prüfung OTA vom 19.Sept. 2007.

Es bestehen Verträge mit **externen Ausbildungsstätten** wie Sozialstationen, rehabilitativen Einrichtungen und Kooperationspartnern für die OTA-Ausbildung. Für weitere Kranken- und Altenpflegeschulen wird die organisatorische Einsatzplanung der praktischen Ausbildung in den SLK-Kliniken seitens der Gesundheitsakademie durchgeführt und in der Praxis durch Praxisanleiter gewährleistet.

## 2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Die Fort- und Weiterbildung ist berufsgruppenspezifisch organisiert. In den Abteilungen findet eine jährliche Erhebung des Fort- und Weiterbildungsbedarfs statt. Die Erhebung wird unter Berücksichtigung der Erfordernisse des Unternehmens und der Mitarbeiter analysiert. Es wird ein **Jahresfortbildungsplan** erstellt, dessen Basis die gesetzlich geforderten Fortbildungen als auch die Ergebnisse der Vereinbarungen aus den MAFÖG bilden. Der Jahresfortbildungsplan wird jährlich aktualisiert und auf die Bedürfnisse des Unternehmens (betriebsorganisatorisch bedingte Fortbildungen) und der Mitarbeiter angepasst.

## 2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

### 2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Entsprechend dem Leitbild der SLK-Kliniken steht ein **mitarbeiterorientierter Führungsstil** im Vordergrund. Der Führungsstil soll Mitarbeiterbedürfnissen und ökonomischen sowie organisatorischen Erfordernissen gleichermaßen gerecht werden.

Auf der Ebene der Stations- und Funktionsleitungen findet eine systematische **Führungskräfteentwicklung** statt (Stationsleitungsfachweiterbildung und regelmäßige Refresher-Weiterbildungen für langjährige Stations- und Funktionsleitungen). Zusätzlich werden Coachings für Führungskräfte und Führungsteams in der Pflege angeboten. Aus diesen Coachings werden oftmals Teamentwicklungsmaßnahmen abgeleitet.

Für Chef- und Oberärzte wird ein Coaching angeboten. Der Bedarf kann von der Führungskraft selbst oder von der jeweiligen Führungsebene für Mitarbeiter beantragt werden.

Voraussetzung für die **Integration und Kooperation aller Mitarbeiter** ist eine umfassende Informationspolitik. Hierzu gehören die Mitarbeiterzeitung "SubKUTAN", SLK-Infobrief, Intranet, Besprechungswesen und die Mitarbeiterversammlung.

### 2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Unsere Arbeitszeitregelungen basieren auf den **gesetzlichen, rechtlichen und tariflichen Vorgaben** (z.B. Arbeitszeit-, Mutterschutz und Jugendarbeitsschutzgesetz). Die tatsächlichen Arbeitszeiten werden systematisch per EDV erfasst, wobei Überstunden vermieden werden sollen. Des Weiteren sind für die Bereiche und Abteilungen detaillierte Arbeitszeitregelungen getroffen und schriftlich fixiert.

### 2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Die Kompetenz und Kreativität unserer Mitarbeiter ist ein wichtiger Bestandteil im Rahmen der Optimierung der Qualität und Wirtschaftlichkeit unserer Abläufe. Wichtig ist hierbei, dass es sich bei Ideen und Vorschlägen auch um kleine aber sinnvolle Verbesserungsmöglichkeiten handeln kann.

Das Konzept zum **betrieblichen Ideenmanagement** regelt die strukturierte Vorgehensweise zum Einbringen von Mitarbeitervorschlägen sowie deren Bewertung und Prämierung. Die Umsetzung wird auf der obersten Leitungsebene beschlossen.

## 3 Sicherheit

### 3.1 Schutz- und Sicherheitssysteme

#### 3.1.1 Arbeitsschutz

Die gesetzlichen Verpflichtungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz sind Grundlage der Arbeitsschutzorganisation. Die interne Organisation wird hierbei durch einen externen Dienstleister (DEKRA Umwelt GmbH) unterstützt. Hierdurch erhalten die Mitarbeiter einen Ansprechpartner für Fragen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz. Durch die Fachkraft für Arbeitssicherheit werden die Abteilungsleitungen über gesetzliche Neuerungen im Arbeitsschutz informiert. Durch den Arbeitssicherheitsausschuss werden regelmäßig Begehungen durchgeführt, u.a. um mögliche Sicherheitsdefizite frühzeitig zu identifizieren.

#### 3.1.2 Brandschutz

Die SLK-Kliniken Heilbronn GmbH legt großen Wert darauf, den baulichen und organisatorischen Brandschutz auf einem hohen Niveau sicherzustellen. Die Flucht- und Rettungswegepläne werden regelmäßig geprüft und ggf. aktualisiert. Des Weiteren liegt ein internes Weiterbildungs- und Schulungskonzept vor, das allen Mitarbeitern die Möglichkeit bietet an theoretischen und praktischen Brandschutzunterweisungen teilzunehmen. Die Teilnahme an einer Brandschutzunterweisung durch den Brandschutzbeauftragten oder durch die Feuerwehr ist für jeden Mitarbeiter verpflichtend.

#### 3.1.3 Umweltschutz

Die Umweltziele der SLK-Kliniken Heilbronn GmbH liegen in der Reduzierung von Emissionen durch Einsparung von Primärenergie, der Schonung natürlicher Ressourcen sowie der Abfallvermeidung vor Recycling. Bei der Beschaffung berücksichtigen wir ökologische Anforderungen, wie bspw. die Recyclingfähigkeit. Des Weiteren ist ein Abfallmanagement installiert, d.h. die Erstellung einer Abfallbilanz inklusive der Erstellung eines Abfallwirtschaftskonzepts erfolgt unter der Mitarbeit der DEKRA.

#### 3.1.4 Katastrophenschutz

Als Klinikverbund mit öffentlicher Trägerschaft sind wir im Ernstfall in den Katastrophenschutz nach Landesrecht eingebunden und für die Patientenversorgung bei Großschadensereignissen zuständig. Für die Kliniken wurden Notfallpläne und Leitlinien erstellt, die die Abläufe, die Aufnahme und die Versorgung der Patienten auch bei einem Massenansturm von Verletzten beschreiben. Es finden regelmäßig sicherheitstechnische Begehungen statt, wodurch die Aktualität der Katastrophenschutzpläne gesichert wird.

#### 3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Um eine optimale Vorgehensweise bei nichtmedizinischen Notfällen und die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen (u.a. Katastrophenschutz-Ergänzungsgesetz, Landeskatastrophenschutzgesetz) sicherzustellen, wurde ein Notfallplan in Zusammenarbeit mit dem Landratsamt Heilbronn - Katastrophenamt erstellt. Im Notfallplan, unter dem Punkt interne Gefahrenlage, sind die Alarmierungswege und Maßnahmen für verschiedene Gefahrenlagen sowie die Verantwortlichkeiten aufgeführt und geregelt. Zudem wurden Präventionsmaßnahmen ergriffen, um den Ausfall technischer Versorgungseinrichtungen zu vermeiden. Über ein Notstromaggregat kann im Bedarfsfall die Stromversorgung aufrecht erhalten werden. Die Fallsicherheit der Informationstechnologie ist durch ein redundantes Rechenzentrum und redundante Systeme im KIS-Bereich gewährleistet.

## **3.2 Patientensicherheit**

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

Die SLK-Kliniken Heilbronn GmbH achtet auf eine patientengerechte und sichere Ausstattung, um den Schutz unserer Patienten zu gewährleisten. In den Abend- und Nachtstunden ist kein unkontrollierter Zugang zur Klinik möglich, beispielsweise ist der Haupteingang am Klinikum am Plattenwald ab 22 Uhr verschlossen. Auf den Stationen führt das Pflegepersonal regelmäßig Durchgänge durch. Patienten, die unter Betreuung stehen, dürfen dabei die Station nur in Absprache bzw. in Begleitung die Station verlassen.

### **3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement**

Im Klinikum sind alle erforderlichen Maßnahmen getroffen, um eine rasche und qualifizierte Versorgung von medizinischen Notfällen zu gewährleisten. Hierzu werden regelmäßige Schulungen zum Thema "Reanimation und Notfall" durchgeführt. Über ein installiertes Alarmsystem (Herzalarm) wird das speziell geschulte Reanimationsteam alarmiert. Standardisierte Notfallausrüstungen werden in den Bereichen vorgehalten. Die Qualifikation der Mitarbeiter wird dabei durch einen Fortbildungsjahresplan überwacht und sichergestellt.

### **3.2.3 Hygienemanagement**

Die Sicherstellung einer optimalen Hygieneorganisation in unseren Kliniken hat einen hohen Stellenwert. Die Organisation der Hygiene ist über einen Klinikhygieniker, hauptamtliche Hygienefachkräfte, über die Hygienekommission sowie über Hygienebeauftragte gesichert. Durch regelmäßige Hygienevisiten der Hygienefachkraft und den Hygienebeauftragten der Bereiche vor Ort ist zusätzlich gewährleistet, dass hygienisch relevante Risiken frühzeitig erkannt und behoben werden können. Auf die Umsetzung der geltenden Standards und Hygieneleitlinien wird streng geachtet.

### **3.2.4 Hygienerrelevante Daten**

Die krankenhauserne und externe Meldung von Infektionen erfolgen nach dem Infektionsschutzgesetz. Die Kliniken nehmen zudem an Modulen der KISS beim Nationalen Referenzzentrum in Berlin teil. Hierbei werden die Ergebnisse mit den bundesweiten Werten verglichen. Über die gesetzliche Pflicht hinaus werden zusätzlich Statistiken über Wundinfektionen in verschiedenen Abteilungen im Rahmen der internen Qualitätssicherung geführt.

### **3.2.5 Infektionsmanagement**

Ziel der SLK-Kliniken ist es, Patienten, Angehörigen und Besucher vor Infektionen zu schützen. Entsprechend dem IfSG § 23 (1) werden nosokomiale Infektionen und Krankheitserreger mit speziellen Resistenzen oder Multiresistenzen erfasst und bewertet. Im Hygienehandbuch sind die Regelungen zu hygiesichernden Maßnahmen hinterlegt, in das Erkenntnisse der neuesten wissenschaftlichen, gesetzlichen oder normativen Vorgaben einfließen. Hierzu zählt der Umgang mit Patienten, die mit speziellen Infektionserregern, wie z.B. MRE, TBC, HIV, Hepatitis infiziert sind.

### **3.2.6 Arzneimittel**

Die Versorgung mit Arzneimitteln ist rund um die Uhr sichergestellt. Über die Arzneimittelliste sowie eine Dienstweisung ist die Beschaffung von Arzneimitteln/Blut- und Blutprodukte geregelt. Die Beschaffung erfolgt über ein computergestütztes System (SAP). Die durchgeführten Arzneimittel-, und Materialkommissionssitzungen gewährleisten dem Anwender die Möglichkeit, die spezifischen Bedingungen einzubringen. Die Beschaffung wird in diesen Kommissionen im Konsens abgestimmt.

Bei Neuanschaffungen von Pflegehilfsmitteln bzw. Medizinprodukten werden die Anwender mit einbezogen.

### **3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate**

Die zentralen Ziele der Transfusionsmedizin sind Sicherheit und Effizienz in der Gewinnung, Herstellung und Anwendung plasmatischer und zellulärer Hämotherapeutika nach dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik. Ziel ist es, jederzeit eine Notfallreserve an Blutprodukten für alle Einrichtungen in unserem Versorgungsgebiet Bereit zu halten. Dies beinhaltet auch die Aufrechterhaltung eines ausreichenden Depotbestandes, damit alle operativen Eingriffe versorgt werden können. Der Umgang und das Vorgehen zur Bereitstellung von Blutkomponenten und Plasmaderivaten ist in der Dienstanweisung Transfusion konkretisiert. Es gelten die Vorgaben der Dienstanweisung Transfusion und die klinikinternen Bereitstellungsrichtlinien zur Anforderung von Blutpräparaten unter Berücksichtigung der o.g. Richtlinien und Querschnitts-Leitlinien.

### **3.2.8 Medizinprodukte**

Durch die Umsetzung der Vorgaben des Medizinprodukte-Rechts (gemäß MPBetreibV und MPSV) wird der sichere Umgang mit Medizinprodukten sichergestellt und die Sicherheit für Patienten, Angehörige und Anwender gewährleistet. Der Umgang mit Medizinprodukten ist in der unternehmensweit gültigen Dienstordnung geregelt. Die Geräte und Gebrauchsanweisungen werden in einer speziellen Software erfasst. Darüber hinaus werden die Anwender in die von Ihnen genutzten Geräte sachgerecht eingewiesen.

## 4 Informations- und Kommunikationswesen

### 4.1 Informations- und Kommunikationstechnologie

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

Die Informationstechnologie als Teil der Unternehmensstrategie der SLK-Kliniken Heilbronn GmbH befindet sich derzeit im Aufbau. Zudem findet eine Weiterentwicklung der elektronischen Patientenakte statt. Hierdurch können Mitarbeiter zeitlich uneingeschränkt auf das Krankenhausinformationssystem zugreifen, Befunde zügig abgerufen und ausgetauscht werden. Dadurch wird eine rasche Umsetzung von Diagnostik und Therapie ermöglicht. Die Berücksichtigung der Anforderungen und Wünsche der internen und externen Anwender wird durch regelmäßige Absprachen und das IT- Projektmanagement sichergestellt.

### 4.2 Patientendaten

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

Durch eine qualitativ hochwertige, zeitnahe und umfassende Dokumentation soll jederzeit eine Nachvollziehbarkeit des Behandlungsprozesses und die ordnungsgemäße Abrechnung ermöglicht werden. Im SLK- weit einheitlichen Dokumentationssystem werden medizinische und pflegerische Anordnungen und Leistungen sicher und unverwechselbar dokumentiert. Es werden festgelegte Überprüfungsabläufe bezüglich der Vollständigkeit, Richtigkeit und Übersichtlichkeit der Patientenakte bzw. Dokumentation durchgeführt.

#### 4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Ziel ist es, einen zeitlich uneingeschränkten Zugang auf die Patientendokumentation für den berechtigten Personenkreis zur Verfügung zu stellen. Konkret sollen immer mehr Bestandteile der Patientenakte elektronisch zur Verfügung gestellt werden. Patientenakten werden nach Entlassung im Zentralarchiv abgelegt und stehen bei einem möglichen erneuten Krankenhausaufenthalt zur Verfügung (Zugriff auf Vorbefunde). Ein Zugriff auf die Akten ist jederzeit möglich.

### 4.3 Informationsmanagement

#### 4.3.1 Informationen der Krankenhausleitung

Die Verfügbarkeit aller für die Steuerung der Klinik erforderlichen Informationen wird durch eine effiziente Kommunikationsstruktur innerhalb der SLK Kliniken sichergestellt. Die Ergebnisse der internen/externen Qualitätssicherung und diverse Reports zur Kosten- und Leistungsentwicklung, z.B. OP-Report, monatliche Reports zur Budgetentwicklung, Fluktuationsstatistik, Sturzstatistik, Patientenrückmeldungen, Infektionsstatistik, Unfallstatistik etc. werden über ein strukturiertes Meldewesen kommuniziert. Aus den resultierenden Entscheidungen der Krankenhausleitung werden die erforderlichen Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet.

#### 4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

Es sind geeignete Strukturen geschaffen, die sicherstellen, dass die Geschäftsführung und Direktionsbereiche alle zur Entscheidungsfindung notwendigen Informationen aus internen und externen Quellen erhalten. Für die Erfassung und Aufbereitung von Information sind verschiedene Abteilungen der SLK-Kliniken Heilbronn GmbH zuständig. Des Weiteren sind die Mitglieder der Direktionen und die Geschäftsführung in verschiedenen Gremien eingebunden, um zeitnah Informationen über die wichtigsten Vorgänge zu erhalten. Zur Weiterlei-

tung von Informationen über interne Vorgänge sind ebenfalls verschiedene Strukturen etabliert. Hierzu zählen das Besprechungswesen, das Intranet sowie das Regelberichtswesen.

#### **4.4 Telefonzentrale und Empfang**

##### **4.4.1 Organisation und Service**

Durch verschiedene Auskunftsstellen in unseren Kliniken werden Patienten und Angehörige freundlich und kompetent von unseren Mitarbeitern beraten. Zu den Hauptaufnahmezeiten steht im Eingangsbereich der Patientenbegleitedienst zur besseren Orientierung für Patienten und Besucher bereit. Außerhalb dieser Zeiten werden Patienten mit mangelnder Orientierung bzw. Mobilität vom Pflegepersonal der Station begleitet. Durch den Zugriff auf das Krankenhausinformationssystem können die Mitarbeiter des Empfangs stets aktuelle Auskünfte über Station und Zimmer des jeweiligen Patienten geben. Auskunftseinschränkungen über den Patienten sind im Krankenhausinformationssystem sichtbar gemacht.

#### **4.5 Datenschutz**

##### **4.5.1 Regelungen zum Datenschutz**

In den SLK-Kliniken Heilbronn GmbH kommt dem Datenschutz eine hohe Bedeutung zu, nicht zuletzt aufgrund der Sensibilität der Patientendaten. Die Mitarbeiter sind angehalten, Patientenakten vor unbefugtem Zugriff zu schützen. Dies wird unter anderem auch über definierte Zugriffsrechte für Mitarbeiter und Belegärzte sichergestellt. Die gesetzliche Schweigepflicht ist für alle Mitarbeiter bindend und Bestandteil von Pflichtschulungen (Schweigepflichtunterweisung). Eine Weitergabe von Patientendaten erfolgt nur auf persönlichen Wunsch des Patienten oder bei Vorliegen einer schriftlich formulierten Einverständniserklärung.

## 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

Das Ziel der Führungsgrundsätze und Leitlinien ist die Stärkung des gegenseitigen Vertrauens und Respekts unter den Mitarbeitern. Die Grundsätze zur Führung und Zusammenarbeit (GFZ) wurden durch die Unternehmensleitung für alle Standorte entwickelt und aus dem Leitbild abgeleitet. Das Konzept zur Gleichstellung der Mitarbeiter wurde nach den Vorgaben des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes entwickelt. Für Mitarbeiter mit Behinderungen gibt es einen Schwerbehindertenvertreter, der für alle Standorte zuständig ist.

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

Durch das, SLK-weit etablierte, klinische Ethikkomitee (KEK) wird die Erfüllung ethischer und weltanschaulicher Aufgaben wahrgenommen. Das klinische Ethikkomitee besteht seit März 2004. Bei Bedarf kann von Ärzten und Pflegekräften ein ethisches Konsil angefordert werden. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit den Krankenhausseelsorgern und den Gemeindepfarrern der Umgebung.

### 5.2 Strategie und Zielplanung

#### 5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Die strukturierte Zielplanung für das Klinikum als Mittel zur Unternehmenssteuerung legt unter anderem die langfristige Entwicklung der SLK-Kliniken Heilbronn GmbH fest. Die Basis dazu stellt ein im Jahr 2011 erarbeitetes und verabschiedetes Unternehmenskonzept dar. Im Unternehmenskonzept wird die zukünftige medizinische Leistungserbringung an den einzelnen Standorten im Sinne der Schwerpunktbildung und des Zentrumsaufbaus beschrieben. Hierauf aufbauend existieren ein Unternehmensplan, ein Leistungsplan und Zielplanungen für alle Abteilungen und Bereiche.

Die Einbindung aller Mitarbeiter mit Leitungsfunktion sowie der Belegärzte in den Prozess der Konsensfindung erfolgt durch verschiedene Instanzen. Die Erstellung einer Zielplanung erfolgt, angepasst an die Unternehmenszielplanung, durch die Chefärzte und Abteilungsleiter. Diese Zielplanungen werden mit der Planung der Belegärzte abgestimmt. Die endgültige Abstimmung der Planung erfolgt schließlich mit der Geschäftsführung.

#### 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**

Die Festlegung einer eindeutigen Organisationsstruktur ist Voraussetzung für die Umsetzung der strategischen Zielsetzungen. In den SLK-Kliniken wurden eindeutige Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten festgelegt, um strategische und operative Ziele effizient und effektiv umzusetzen. Die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten sind in einer Geschäfts- und Zuständigkeitsordnung geregelt und in Organigrammen visualisiert.

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

In den SLK-Kliniken hat die effektive und effiziente Arbeitsweise der Führungsgremien höchste Priorität. Im Vordergrund stehen dabei: Wirtschaftlicher Umgang mit Ressourcen (Personal- und Sachmittel), Nachvollziehbarkeit und Transparenz der Gremien- und Kommissionsarbeit durch Dokumentation, klare Strukturen und Regelungen zur Entscheidungsfindung, Erfüllung gesetzlicher Bestimmungen, strategische Ausrichtung des Krankenhauses, Festlegung von Zielen und effiziente Kommunikation.

### **5.3.3 Innovation und Wissensmanagement**

Das Projekt-, Prozess- und Ideenmanagement ist ein wichtiges Instrument der Organisationsentwicklung in den SLK-Kliniken. Um das Wissen, die Kreativität sowie die Erfahrung der einzelnen Mitarbeiter zu nutzen, wurde in einem Konzept zum betrieblichen Ideenmanagement der Umgang mit Verbesserungsvorschlägen von Mitarbeitern geregelt. Weitere implementierte Instrumente des Wissensmanagements sind interdisziplinäre Fallbesprechungen und Fortbildungen.

## **5.4 Marketing**

### **5.4.1 Externe Kommunikation**

Bei der Planung der Öffentlichkeitsarbeit werden verschiedene Zielgruppen betrachtet und die Maßnahmen darauf ausgerichtet:

#### **Patienten, Interessierte, Besucher**

Hier gibt es eine Bandbreite von Maßnahmen wie Veranstaltungen (Abendvorlesung, Gesundheit im Gespräch, Kultur im Klinikum, Baugespräche), Infomaterialien (SLK-Unternehmensbroschüre, Infolyer der Abteilungen, Infoplakate zu Veranstaltungen) oder Publikation in externen und internen Medien.

#### **Ärzte, Einweiser**

Hier gibt es strukturierte Maßnahmen der Abteilung für Unternehmenskommunikation wie die Publikation „Meddialog“ und die zugehörige Fortbildungsveranstaltung „Medizin vor Ort“.

#### **Allgemeine Öffentlichkeit**

Um diese Zielgruppe zu erreichen, greifen wir in erster Linie auf unser Internet zurück, das im allgemeinen Bereich nahezu täglich aktualisiert und gepflegt wird. Auf der Startseite gibt es tagesaktuelle Informationen zu Veranstaltungen und weiteren Neuigkeiten aus den SLK-Kliniken. Die Zahl der Zugriffe auf die SLK-Seiten hat sich seit 2009 kontinuierlich erhöht und liegt inzwischen bei rund 35.000 Klicks pro Monat. Weitere wichtige Medien zur Kommunikation mit der breiten Öffentlichkeit sind die lokalen und regionalen Medien (Tageszeitung, Hörfunk, Magazine). An diese werden regelmäßig Pressemitteilungen versandt. Alle von den SLK-Kliniken herausgegebenen Pressemitteilungen sind auch im Internet der SLK-Kliniken unter der Rubrik „Presse“ hinterlegt und somit jederzeit einsehbar.

## **5.5 Risikomanagement**

### **5.5.1 Aufbau und Entwicklung des Risikomanagementsystems**

Die Zielsetzung eines umfassenden Risikomanagements ist es, Patienten, deren Angehörige und Mitarbeiter vor Schädigungen zu schützen sowie Risiken zu verringern. Das medizinische Risikomanagement ist Bestandteil der Struktur- und Prozessqualität und hat entsprechende Auswirkungen auf die Ergebnisqualität. Das zentrale Ziel liegt in der Verbesserung der Patientensicherheit durch Lernen aus Fehlern. Das Meldesystem ist im Intranet hinterlegt und somit für alle Mitarbeiter der SLK-Kliniken nutzbar.

## 6 Qualitätsmanagement

### 6.1 Qualitätsmanagementsystem

#### 6.1.1 Organisation

Die Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements (QM) ist im entsprechenden QM-Konzept geregelt. Hierbei steht die nachhaltige Optimierung von Prozessen im Rahmen der direkten Patientenversorgung und in den patientenfernen Bereichen im Vordergrund. Des Weiteren wird eine Qualitätspolitik verfolgt, die sicherstellt, dass das QM kontinuierlich weiterentwickelt wird.

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 die Selbstbewertung nach KTQ<sup>®</sup> überprüft.

#### 6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Die Identifikation der wesentlichen Prozesse und somit die Generierung von geeigneten Strukturen ist ein wesentliches Ziel der SLK-Kliniken Heilbronn GmbH. Hierbei sollen insbesondere Instrumente zur Prozessidentifikation, -dokumentation und -gestaltung geschaffen und optimal eingesetzt werden. Hierzu wurde unter anderem eine Prozesslandkarte entwickelt, welche die Kern- und Stützprozesse der SLK-Kliniken vollständig abbildet.

### 6.2 Befragungen

#### 6.2.1 Patientenbefragung

Die SLK-Kliniken Heilbronn GmbH führt eine kontinuierliche Patientenbefragung durch, mit dem Ziel, die Zufriedenheit mit den Strukturen und Abläufen der Kliniken zu messen und die Ergebnisse für die Weiterentwicklung zu nutzen. Die Datenschutzbeauftragte des Unternehmens wurde über die kontinuierliche Patientenbefragung informiert. Sie erhielt alle erforderlichen Unterlagen zur Prüfung der Befragung auf datenschutzrechtliche Aspekte. Alle zentralen Befragungsinstrumente sind außerdem nach wissenschaftlichen Erkenntnissen entwickelt und durch entsprechende statistische Analysen mehrfach validiert.

#### 6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Das Konzept zur Durchführung von Befragungen externer Einrichtungen hat zum Ziel, die Bedürfnisse externer Interessensgruppen zu erfassen und somit die Zusammenarbeit mit den Einweisern zu verbessern. Die Einweiserbefragung wird zudem zur Rückmeldung der Einweiserzufriedenheit genutzt, da diese auch Auswirkungen auf den Zu- bzw. Abfluss der Patientenströme hat.

#### 6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Die SLK-Kliniken sehen die Mitarbeiterbefragung als Baustein für eine nachhaltige Personalpolitik und als Teil einer strategischen Zielplanung. Aufgrund dessen wird eine Mitarbeiterbefragung in festgelegten Abständen durchgeführt. Durch diese Art der kontinuierlichen Evaluation der Mitarbeiterzufriedenheit werden die daraus abgeleiteten Verbesserungspotenziale in eine nachhaltige Personalpolitik eingebunden.

## **6.3 Beschwerdemanagement**

### **6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden**

Patienten, Angehörigen und Externen soll durch ein strukturiertes Beschwerdemanagement die Möglichkeit gegeben werden, Beschwerden und Wünsche zu äußern. Einer der Qualitätsgrundsätze der SLK-Kliniken ist die Stärkung der Patientenorientierung in allen Bereichen des Krankenhauses entsprechend unseres Leitbilds und unserer Qualitätspolitik. Hierzu gehört auch der strukturierte Umgang mit Wünschen und Beschwerden. Aufgrund dessen wird großen Wert auf die schnellstmögliche Erfassung von Wünschen und Beschwerden gelegt, um die Patienten noch während Ihres Aufenthalts zufrieden zu stellen. Um Folgebeschwerden zu vermeiden, findet eine statistische Auswertung und zeitnahe Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen statt.

## **6.4 Qualitätsrelevante Daten**

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

Mit dem Konzept zur Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten verfolgen die SLK-Kliniken das Ziel, Verbesserungspotentiale aufzudecken, um somit Qualitätsverbesserungen umzusetzen. Daneben wird auch entsprechend der Qualitätspolitik der SLK-Kliniken Heilbronn GmbH die Erfüllung der gesetzlichen Verpflichtung zur Beteiligung an externen und einrichtungsinternen Qualitätssicherungsmaßnahmen mitverfolgt. Die erhobenen Daten dienen sowohl zur externen als auch internen Qualitätsdarlegung. Erfasste Daten sind hierbei hauptsächlich in den Bereichen Qualitätsmanagement (QM) und Medizincontrolling (MCO) hinterlegt.

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

Um die Anforderungen zur externen Qualitätssicherung (QS) umfassend zu erfüllen, nimmt die SLK-Kliniken Heilbronn GmbH an verschiedenen Methoden und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung teil (bspw. GeQiK - Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus). Alle QS-Bögen, die gesetzlich verpflichtend sind, werden durch die Rückstandsliste der QS-Bögen von unserem EDV-System ermittelt.

Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung werden zwischen den Einrichtungen der SLK-Kliniken und im Rahmen des QuMiK-Verbunds (Qualität und Management im Krankenhaus) verglichen.