



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009 für Krankenhäuser

Einrichtung: Krankenhaus Möckmühl
Institutionskennzeichen: 260811034
Anschrift: Hahnenäcker 1, 74219 Möckmühl

Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer: 2012-0065 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	16
5 Führung	19
6 Qualitätsmanagement	22

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 und Rettungsdienstleistungen.

Gesellschafter der KTQ[®] sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) und der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e. V. (HB). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

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

- Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit,
- das 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[®] gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses

¹ 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 **Krankenhaus Möckmühl** 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 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 Krankenhaus Möckmühl 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 rund 65.000 Patienten stationär sowie ca. 160.000 Patienten ambulant behandelt. Im Jahr 2010 wurden zudem ca. 2800 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 Krankenhaus Möckmühl sichert die Grund- und Notfallversorgung der Bevölkerung im nördlichen Landkreis Heilbronn. Insbesondere für die Schwerpunkte in den Bereichen Orthopädie/Endoprothetik sowie Innere Medizin/Rheumatologie genießt das Krankenhaus seinen guten Ruf. Mit 80 Betten schätzen unsere Patienten - neben der medizinischen Versorgung- vor allem die freundliche, familiäre Atmosphäre und die ruhige, ländliche Umgebung.

Zum Leistungsspektrum dieses Standortes gehören die folgenden Fachabteilungen:

- Innere Medizin
- Anästhesie
- Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie
- HNO- Heilkunde (Belegabteilung)
- Frauenheilkunde (Belegabteilung)
- Intensivmedizin

Unser internes Qualitätsmanagementsystem orientiert sich am Modell der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ[®]). 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.

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 unser 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 Krankenhaus Möckmühl ist über die nahegelegene Autobahn gut zu erreichen und es stehen ausreichend Parkplätze sowie Behindertenparkplätze 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) 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, 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 Speiseplanerstellung berücksichtigt.

Bei der patientenorientierten Gestaltung unserer Zimmer steht auch die entsprechende Ausstattung mit den auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmten Heil- und Hilfsmitteln im Vordergrund. Im Bedarfsfall besteht die Möglichkeit, Begleitpersonen mit aufzunehmen. Zu den weiteren Serviceangeboten unseres Krankenhauses zählen ein Patientenbegleitdienst, Seelsorger, Patientenfürsprecher, 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 bspw. die Sozialberatung oder Seelsorge werden bei Bedarf hinzugezogen.

1.2 Notfallaufnahme

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Das Krankenhaus Möckmühl gewährleistet eine 24h Aufnahmebereitschaft. Die Planung zur Übernahme des Patienten vom Notarzt bzw. Rettungsdienst wird durch die Vorab- Information durch die Rettungsleitstelle erleichtert. Anschließend erfolgt eine direkte Übernahme durch den Arzt. 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 über 24 Stunden sichergestellt. Im Krankenhaus Möckmühl werden qualifizierte Mitarbeiter in die Planung des ambulanten Leistungsspektrums 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

Verantwortlich für die Organisation der ambulanten Operationen sind die ermächtigten Fachärzte des Krankenhauses. Die Terminvergabe erfolgt über die entsprechenden Sekretariate. Allgemeine Regelungen für ambulante Operationen sind im OP-Statut geregelt. 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.

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 Angehöriger steht für uns hierbei immer 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 wird ethische und kulturelle Bedürfnisse und integrieren diese in die Behandlung.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die Dokumentation der Behandlung, entsprechend den aktuell geltenden Standards und Leitlinien, erfolgt in der Patientenakte. Speziell erforderliche therapeutische und diagnostische Maßnahmen werden in Fallbesprechungen erörtert. Zur Schmerztherapie wurde ein Schmerzkonzept unter Leitung der Anästhesie entwickelt.

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 Krankenhausaufenthalts. In allen Bereichen wird täglich die Visite berufsgruppenübergreifend mit Ärzten und Pflegekräften durchgeführt. Die Einbeziehung weiterer Fachgruppen und Fachpersonal erfolgen 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 gegeben werden. Für prästationäre Patienten ist beispielsweise eine Kurzliegerstation eingerichtet.

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. mit 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. Pflegeheime, 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 hat jeder Patient 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 unserem Krankenhaus 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 gemein-

samen Gespräch der Ärzte verschiedener Fachrichtungen gemeinsam mit dem Patienten. Die Einbeziehung der Angehörigen und des 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 Einzelzimmer besteht die Möglichkeit, in Ruhe Abschied zu nehmen. Dabei werden die Angehörigen von Seelsorgern, den Pflegekräften und dem behandelnden Arzt betreut. Zudem werden die Angehörigen bei der Erledigung von bürokratischen Hürden unterstützt. Hierzu liegt auch ein "Merkblatt zum Sterbefall" vor.

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, die durch ein umfassendes Personal- und Leistungskennzahlensystem unterstützt werden. 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, jeden einzelnen Mitarbeiter sowohl fachlich als auch persönlich in seiner weiteren Entwicklung zu unterstützen. Aufgrund dessen liegt in der SLK-Kliniken Heilbronn GmbH ein Konzept zur Personalentwicklung vor. Das Konzept zur Personalentwicklung sieht eine strategie- und mitarbeiterorientierte Personalentwicklung vor, die 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 die Einarbeitung von ausgebildeten Mentoren/Praxisanleitern oder qualifizierten Mitarbeitern begleitet. Die Mentoren/Praxisanleiter fungieren als Ansprechpartner für neue Mitarbeiter, um den Fortschritt der Einarbeitung gemeinsam zu evaluieren. Im ärztlichen Dienst ist während der Einarbeitungsphase ein Ober- oder Facharzt Ansprechpartner.

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 derzeit 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 allen 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 und 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 von Führungskräften 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 die Mitarbeiter beantragt werden.

Voraussetzung für die Integration und Kooperation aller Mitarbeiter ist eine umfassende Informationspolitik, in Form der Mitarbeiterzeitung "SubKUTAN", des SLK-Infobriefs, des Intranets, des Besprechungswesens und der Mitarbeiterversammlungen.

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 alle 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 für die 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 haben 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 unter anderem, 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 Massenanfall von Verletzten beschreiben. Des Weiteren wird eine Leitlinie zur Bewältigung eines Massenanfalls von Verletzten vorgehalten. 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 – Katastrophenschutzamt 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 Ausfallsicherheit 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 zum Krankenhaus möglich. Auf den Stationen führt das Pflegepersonal regelmäßig Durchgänge durch. Patienten, die unter Betreuung stehen, dürfen dabei die Station nur in Absprache bzw. in Begleitung verlassen.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

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

3.2.3 Hygienemanagement

Die Sicherstellung einer optimalen Hygieneorganisation hat in unserem Krankenhaus einen hohen Stellenwert. Die Organisation ist durch Klinikhygieniker, hauptamtliche Hygienefachkräfte, die Hygienekommission sowie über Hygienebeauftragte gesichert. Durch regelmäßige Hygienevisiten der Hygienefachkraft und der 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 Hygienerichtlinien wird streng geachtet.

3.2.4 Hygienerrelevante Daten

Die krankenhauses internen und externen Meldungen von Infektionen erfolgen nach dem Infektionsschutzgesetz. Das Krankenhaus nimmt 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 Statistiken über Wundinfektionen in verschiedenen Abteilungen im Rahmen der internen Qualitätssicherung geführt.

3.2.5 Infektionsmanagement

Ziel der SLK-Kliniken ist es, Patienten, Angehörige und Besucher vor Infektionen zu schützen und bei entsprechender Infektionshäufung Gegenmaßnahmen zu ergreifen. 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 die 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 Dienstanweisung ist die Beschaffung von Arzneimitteln/Blut- und Blutprodukten geregelt. Die Beschaffung erfolgt über ein computergestütztes System (SAP). Die durchgeführten Arzneimittel-, und Materialkommissionssitzungen gewährleisten dem Anwender die Möglichkeit, die bereichsspezifischen Anforderungen 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 elektiven operativen Eingriffe versorgt werden können. Der Umgang und das Vorgehen zur Bereitstellung von Blutkomponenten und Plasmaderivaten sind in der Dienstanweisung „Transfusion“ konkretisiert. Es gelten die Vorgaben der Dienstanweisung Transfusion und die klinikinternen Bereitstellungsrichtlinien zur Anforderung von Blutpräparaten unter Berücksichtigung der oben genannten 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 des Krankenhauses 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 die Direktionsbereiche alle zur Entscheidungsfindung notwendigen Informationen, aus internen und externen Quellen erhalten. Für die Erfassung und Aufbereitung von Informationen 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 Weiter-

leitung 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 stets freundlich und kompetent von unseren Mitarbeitern beraten. Patienten mit mangelnder Orientierung bzw. Mobilität werden 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 Krankenhaus 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, Infoflyer 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® 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 einrichtungswirtschaftlichen 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, nehmen die SLK-Kliniken Heilbronn GmbH an verschiedenen Methoden und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung teil (bspw. GeQiK). 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.