



## KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2015 für Krankenhäuser

<b>Krankenhaus:</b>	Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein
<b>Institutionskennzeichen:</b>	260730116
<b>Anschrift:</b>	Bremserstraße 79 67063 Ludwigshafen
<b>Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:</b>	2015-0081 KH
<b>durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:</b>	QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche
<b>Gültig vom:</b>	28.08.2015
<b>    bis:</b>	27.08.2018
<b>3. Zertifizierung</b>	

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b>	<b>5</b>
<b>Die Kategorien</b>	<b>6</b>
1 Patientenorientierung	7
2 Mitarbeiterorientierung	12
3 Sicherheit - Risikomanagement	13
4 Informations- und Kommunikationswesen	16
5 Unternehmensführung	17
6 Qualitätsmanagement	19

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

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

Mit dem freiwilligen Zertifizierungsverfahren und dem damit verbundenen KTQ-Qualitätsbericht bietet die KTQ<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 - Risikomanagement,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Unternehmensführung und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

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

---

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

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 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 55 Kriterien des KTQ-Kataloges 2015. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet 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 der Stadt Ludwigshafen am Rhein** 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

## Vorwort der Einrichtung

Als Haus der Maximalversorgung bietet das Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH ein breites Leistungsspektrum. Für eine hochwertige Versorgung unserer Patienten setzen sich über 2.500 hochqualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer 15 Kliniken, 5 Institute und 12 interdisziplinären Kompetenzzentren ein. Modernste Ausstattung und Medizintechnik schaffen die Voraussetzungen für eine optimale Diagnostik und Therapie.

Als eine der größten medizinischen Versorgungseinrichtungen in Rheinland-Pfalz entwickelt das Klinikum Ludwigshafen seine Qualitätsstandards kontinuierlich weiter, um zukünftigen Anforderungen gerecht zu werden. Als Akademisches Lehrkrankenhaus der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz und der medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg und durch die intensive klinische Forschungstätigkeit in verschiedenen medizinischen Bereichen besitzt das Klinikum überregionale Bedeutung. Dabei kann das Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH auf eine über 100-jährige Geschichte zurückblicken.



Da bei der Genesung menschliche Zuwendung und Verständnis eine entscheidende Rolle spielen, legt das Klinikum Ludwigshafen auf die soziale Kompetenz seiner Mitarbeiter besonderen Wert. Fachliche Qualifikation durch ständige Fort- und Weiterbildung aller Mitarbeiter sowie modernste medizintechnische Ausstattung erlauben es, anspruchsvollste Untersuchungen und Operationen durchzuführen. Darüber hinaus stellen die zahlreichen Projekte zur Unternehmensentwicklung und im Bereich der klinischen Forschung und die Lehrtätigkeit im medizinischen sowie im pflegerischen Bereich die Umsetzung modernster Erkenntnisse in die Praxis sicher.

Um die Patienten über den stationären Aufenthalt hinaus optimal zu versorgen, wurden die Kernkompetenzen des Hauses gezielt ergänzt. Dazu gehören beispielsweise der Aufbau neuer diagnostischer Methoden wie der Positronen-Emissions-Tomograph PET CT, 3 T MRT Quiet Suite neuer Therapiebereiche wie der auch landeskrankenhausplanerisch verankerten Thoraxchirurgie und interdisziplinärer Spezialzentren, hier aktuell das Kopf-Hals Tumorzentrum und das gynäkologisch-onkologische Zentrum der Frauenklinik sowie eine Pflegeakademie und die Kooperation mit Selbsthilfegruppen. Darüber hinaus sind dem Haus zwei Alten- und Pflegeheime\* als Tochterunternehmen angegliedert. So setzt das Klinikum der Stadt Ludwigshafen als Gesundheitszentrum Maßstäbe.

\* Nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

# Die KTQ-Kategorien

# 1 Patientenorientierung

## Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das Klinikum der Stadt Ludwigshafen ist über den öffentlichen Personennahverkehr gut erreichbar. Eine Straßenbahnhaltestelle befindet sich in unmittelbarer Nähe des Haupteingangs und wird im 15 Minuten-Takt bedient. Von den Stadtgrenzen aus ist das Klinikum von allen Richtungen aus gut ausgeschildert. Kurzzeitparkplätze und ein Storchenparkplatz direkt vor dem Haupteingang sind vorhanden.

Im Klinikum gibt es ein einheitliches durchgängiges Wegeleitsystem. Die Gebäude sind alphabetisch benannt. Im Eingangsbereich gibt es eine Gebäudeübersicht mit Lageplan. Alle Gebäude, Stationen u. Funktionsabteilungen sind auf einer Info-Tafel dargestellt. Besucher werden immer erst in das jeweilige Gebäude geleitet. Dort erfolgt dann die weitere Ausschilderung in die Bereiche.

Zentrale Anlaufstelle für Patienten und Besucher ist die Info-Theke im Eingangsbereich. Dort stehen Gepäckfächer, Rollstühle, ein Gepäckwagen sowie "Grüne Damen" zur Patientenbegleitung zur Verfügung. Alle offiziellen Eingänge sind behindertengerecht gestaltet. Für fremdsprachige Pat. stehen auf der Homepage des Klinikums ein englischsprachiger u. ein türkischer Lageplan des Klinikums zur Verfügung.

Liegendkrankenfahrt und Fahrstuhl zum Hubschrauberlandeplatz befinden sich unmittelbar an den Notaufnahmen.

Unseren Patienten sowie einweisenden Ärzte steht vor einer stationären Aufnahme unsere Homepage ([www.klilu.de](http://www.klilu.de)) mit umfassenden Informationen über unser Haus zur Verfügung. Dort können sie sich über das Leistungsspektrum und zuständige Ansprechpartner mit Kontaktdaten informieren. Informationsmaterialien stehen als Download zur Verfügung.

Die Aufnahmeplanung und Terminvergabe wird in den einzelnen Kliniken über die Prozessmanager oder die Ambulanzmitarbeiter gesteuert. Diese Mitarbeiter nehmen Anfragen telefonisch entgegen und vergeben, ggf. in Abstimmung mit dem ärztlichen Dienst, Termine zur ambulanten, prästationären oder stationären Versorgung.

## Leitlinien und Standards

Unsere Patientenversorgung orientiert sich an den Richtlinien und Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften. Der Zugang zu aktuellen Entwicklungen ist durch den hausweiten Internetzugang und Fachzeitschriften sichergestellt. Verschiedene Ärzte des Klinikums wirken in den Leitlinienkommissionen der Fachgesellschaften an der Erarbeitung / Aktualisierung der bundesweiten Leitlinien mit. Im Pflegedienst sind vier nationale Expertenstandards „Pflege“ klinikumsweit umgesetzt, die wissenschaftlich überprüft wurden. Als Anwendungspartner der FH Osnabrück wirken wir bei der Einführung neuer nationaler Expertenstandards mit. Interne Leitlinien und Standards werden regelmäßig von Fortbildungsbeauftragten Ärzten inhaltlich überprüft und in internen ärztl. Fortbildungen thematisiert. Klinische Behandlungspfade sind in allen Kliniken etabliert.

## **Information und Beteiligung des Patienten**

Die Information unserer Patienten erfolgt in Gesprächen mit den behandelnden Ärzten und Pflegekräften unter Einsatz verschiedener Informationsmaterialien. In allen Fachabteilungen des Klinikums werden Informationsbroschüren und -blätter eingesetzt:

- zur ergänzenden Aufklärung über verschiedene Krankheitsbilder,
- zu speziellen Pflege Themen z.B. bei Patienten mit Strahlen- oder Chemotherapie zur Mundpflege und Ernährung, Patienten mit Dekubitalulcera etc.,
- Stationsbroschüren mit Informationen zum Tagesablauf auf der Station (diese sind teilweise auch auf unserer Homepage abrufbar).

Für fremdsprachige Patienten steht ein Dolmetscherpool aus Mitarbeitern des Klinikums zur Verfügung, die eine Fremdsprache beherrschen und sich freiwillig als Dolmetscher zur Verfügung stellen. Schulungen für Patienten und teilweise für Angehörige werden über das Diabeteszentrum, die Frauenklinik für Schwangere und Entbundene (z.B. Rückbildungskurse, Geburtsvorbereitung, Säuglingspflege, Schwangerenschwimmen) angeboten und weitere Zentren und Kliniken angeboten.

Auf den Stationen bieten unsere Mitarbeiter den Patienten und ggf. den Angehörigen Unterweisungen zu fachabteilungsspezifischen Themen an. In den Tumorzentren erhalten die Patienten über die Mitarbeiter der Psychoonkologie Informationsmaterialien und ein Beratungsangebot. Über Gesprächsangebote der Krankenhausseelsorge werden Patienten über das Stationspersonal, Aushänge und unsere Homepage informiert.

## **Ernährung und Service**

Patienten und Angehörigen stehen verschiedene Räumlichkeiten und Angebote zur Verfügung:

- Patientencafeteria
- Patientenbuffets (teilweise)
- Krankenhauskapelle
- Gebetsraum und Ritualraum für Muslime
- Aufenthaltsräume auf den Stationen (teilweise)
- Patientenbücherei
- Park
- Friseur
- Stillzimmer auf der Wöchnerinnenstation
- Fußpflege auf telefonische Bestellung

Für Begleitpersonen stehen Unterkünfte auf dem Gelände und auf der Wöchnerinnenstation ein Familienzimmer zur Verfügung.

Patientenwünsche beim Essen werden bei der Aufnahme auf Station durch Essenserfasserinnen entgegengenommen. Alle Patienten können zwischen verschiedenen Kostformen wählen. Spezialkostformen (Wunschkost, hochkalorische Aufbaukost oder Sondenkost) stehen zur Verfügung. Die Portionsgrößen können durch Angabe auf der Essenskarte entsprechend angepasst werden. Religiöse und kulturelle Besonderheiten (wie z. B. schweinefleischfreie Kost, vegetarische Kost etc.) werden berücksichtigt.

Beim Frühstück und Abendessen kann zwischen verschiedenen Komponenten gewählt werden. Auf einzelnen Stationen gibt es ein Frühstücks- und Abendessenbuffet. Zur Versorgung der Patienten mit Kaltgetränken stehen auf allen Stationen Trinkwasserschankanlagen zur Verfügung, an denen sich Patienten jederzeit selbst mit kohlesäurehaltigem oder -freiem Trinkwasser versorgen können.



### **Erstdiagnostik und Erstversorgung**

Notfallaufnahmen erfolgen über die Chirurgische Ambulanz, die Medizinische Aufnahme, den Kreißsaal oder die Fachambulanzen der Kliniken; von dort erfolgt die Weiterleitung auf die Station. Für Herzinfarktpatienten stehen eine Chest Pain Unit und zwei Linksherzkathetermessplätze rund um die Uhr zur Verfügung. Notfallpatienten, die mit dem Notarzt eingeliefert werden, werden telefonisch angekündigt, so dass ggf. entsprechende Teams zeitnah zur Verfügung stehen (z.B. für Herzpatienten).

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

Eine ambulante Behandlung ist im Klinikum nur in den Bereichen möglich, die über eine entsprechende Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung verfügen oder die im MVZ Ludwigshafen integriert sind (z.B. ambulante Strahlentherapie). In der Regel ist eine entsprechende Überweisung durch einen niedergelassenen Arzt notwendig. In unserer onkologischen Tagesklinik können die ambulanten Chemotherapien der onkologischen Zentren durchgeführt werden. Terminvergaben erfolgen über die jeweiligen Ambulanzen.

### **Ambulante Operationen**

Das Zentrum für Ambulante Operationen (ZAO) verfügt über eine eigene Organisation und eigene Räumlichkeiten: Anmeldung, Wartezimmer sowie zwei Untersuchungsräume, in denen die Voruntersuchungen und Aufklärungsgespräche durchgeführt werden sowie eigene OP-Säle. Die ambulanten OP-Räume mit Aufwachraum befinden sich in Gehentfernung zum ZAO. Das Zentrum wird von den Chirurgischen Kliniken, der Frauenklinik und der Urologie genutzt. Ambulante Operationen der Kopfklinik und der Hautklinik werden in deren Räumlichkeiten durchgeführt.

### **Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung**

Die ärztliche und pflegerische Patientenaufnahme erfolgt – nach Planung durch die Prozessmanager - durch die Stationsärzte bzw. die zuständige Bereichspflegekraft unter Einsatz standardisierter fachabteilungsspezifischer Aufnahme- und Anamnesebögen. Im Rahmen der ärztlichen und pflegerischen Aufnahmegespräche werden Vorerkrankungen, Medikation, Risiken (z.B. MRSA, kognitive Einschränkungen), Fähigkeiten, Lebensumstände und Erwartungen des Patienten an die Versorgung erhoben. Bei allen Patienten werden dabei Risikoskalen bzw. initiale Risikoeinschätzungen für Dekubitus, Sturz, Thrombose, Pneumonie und Schmerz eingesetzt.

Die diagnostische und therapeutische Maßnahmenplanung für bestimmte Diagnosen oder Patientengruppen ist in klinikspezifischen oder hausübergreifenden Behandlungspfaden, Standards und Leitlinien geregelt. Vorhandene Vorbefunde werden genutzt, so dass unnötige Doppeluntersuchungen vermieden werden. Im onkologischen Zentrum sowie in den zertifizierten Krebszentren (Brustzentrum, Prostatakarzinomzentrum, Darmzentrum, Pankreaskarzinomzentrum, Hauttumorzentrum und Gefäßzentrum) wird die Therapie im Rahmen der Tumorboards interdisziplinär festgelegt.

Die Behandlungsplanung der Patienten wird täglich über Visiten und / oder Besprechungen von Ärzten und Pflegekräften überprüft. Dabei wird über die Einbeziehung von weiteren Berufsgruppen wie z.B. Sozialdienst, Physiotherapie, Psychoonkologie, Orthoptisten, Logopäden, Diätassistenten oder über Konsilanforderungen entschieden.

Der Einbezug anderer Fachdisziplinen (Konsilwesen) erfolgt nach einem geregelten Verfahren mit definierten Vorgaben. Notfall-Konsile können jederzeit telefonisch angemeldet werden. Verschiedene Untersuchungsbefunde (z.B. Labor, Mikrobiologie, Pathologie, Röntgen) werden nach der Befunderstellung und Freigabe im EDV-System zur Verfügung gestellt und sind dort von den behandelnden Ärzten jederzeit abrufbar.

### **Therapeutische Prozesse**

In den Kliniken erfolgt die Behandlung entweder auf der Grundlage multiprofessioneller Behandlungspfade, Diagnostik- und Therapiestandards, Chemotherapieprotokollen oder wird auf Facharzzebene in einem abgestuften, individuell festzulegenden Diagnostik- und Therapieplanungsprozess festgelegt. Studienpatienten werden entsprechend der Vorgaben der Studienprotokolle behandelt. Die Behandlungspfade, Standards und Therapieentscheidungen orientieren sich an den Leitlinien der Fachgesellschaften oder aktuellen Studienergebnissen. In den Behandlungspfaden sind Diagnostik und Therapie, Pflegeplanung und der Einbezug anderer Berufsgruppen (z.B. Sozialdienst) für jeden Behandlungstag festgelegt. Die multiprofessionellen Behandlungspfade sind in die Patientenkurve integriert und werden zur Dokumentation der Behandlung genutzt. Die Aufklärung der Patienten über Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen ist in einer internen Richtlinie schriftlich geregelt. Allen Patienten werden die verschiedenen Möglichkeiten der Behandlung dargestellt und erläutert. Die Aufklärung über invasive Maßnahmen erfolgt im persönlichen Gespräch durch den Arzt unter Einsatz von standardisierten, eingriffsbezogenen, elektronisch abrufbaren Standardaufklärungsbögen, die auch in verschiedenen Sprachen zur Verfügung stehen.

Bei Patienten ohne Aussicht auf Heilung erfolgt ein ausführliches Gespräch durch den behandelnden Arzt, auf Wunsch des Patienten auch unter Einbezug seiner Angehörigen. In dem Gespräch wird anhand der vorliegenden Befunde ausführlich über die Diagnose, Prognose und weitere Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt. Palliative Behandlungen (Chemotherapie, Strahlentherapie, Schmerztherapie) werden erläutert und angeboten. Ein Palliativ Konsildienst wurde eingerichtet. In dem Gespräch wird auf die in der Region vorhandenen Palliativstationen und Hospizangebote hingewiesen und ggf. die Möglichkeit einer Verlegung abgeklärt. Unterstützende Beratungen durch Seelsorge, Sozialdienst sowie in der Onkologie und den zertifizierten Krebszentren durch die Psychoonkologie stehen zur Verfügung und werden vermittelt.

Zur Sicherstellung der Therapiequalität erfolgen die Festlegung der Therapie und die Indikationsstellung zu invasiven Maßnahmen grundsätzlich durch Fachärzte. Therapieplanungen werden immer mit Fachärzten abgestimmt.

Im Pflegedienst sind die Qualifikationsanforderungen Teil der Stellenbeschreibungen. Zur Sicherstellung des gewünschten Anteils an Fachpflegekräften werden verschiedene Fachweiterbildungen im Klinikum angeboten (z.B. Intensivpflege, onkolog. Fachpflegekraft, OTA). Die Anmeldung und Koordination von Untersuchungen und Behandlungen erfolgen über die Prozessmanager, Station- und Ambulanzmitarbeiter.

Das Schmerzmanagement ist in einer Verfahrensanweisung geregelt. Dem betreuenden Arzt steht der Schmerzdienst der Anästhesie beratend und konsiliarisch zur Seite. Als Empfehlung für alle Fachabteilungen hat der anästhesiologische Schmerzdienst Empfehlungen zur akuten und postoperativen Schmerztherapie erarbeitet.

Die Physiotherapeutische Versorgung der Pat. erfolgt durch das klinikumseigene, fachärztlich geführte Institut für Physik. Therapie und Rehabilitative Medizin. Die Physiotherapie wird auf Anforderung durch die Station tätig.

Über das Angebot der Seelsorge wird im Internet sowie auf Station über Aushänge informiert. In den Organzentren und in der Med. Klinik A (Onkologie) stehen Psychoonkologen zur Beratung zur Verfügung. Darüber hinaus gibt es im Brustzentrum eine Kooperation mit der Beratungsstelle der Krebsgesellschaft Rheinland-Pfalz.

Zur Vorbereitung vor operativen Eingriffen steht eine Narkoseambulanz unter Leitung der Anästhesie zur Verfügung, in der die Patienten über die verschiedenen Möglichkeiten der Narkose aufgeklärt werden.

### **Operative Prozesse**

Das Klinikum verfügt über einen Zentral-OP für die Chirurgischen Kliniken, die Urologie und die Frauenklinik, einen Kopf-OP für die Augenklinik, die HNO-Klinik, die MKPG-Klinik und einen Haut OP für spezielle Eingriffe der Hautklinik sowie über 2 OP-Säle für die Herzchirurgie. Im Zentral-OP und im Kopf-OP erfolgt die Steuerung des täglichen OP-Programms über OP-Koordinatoren. Nach der OP verbleiben die operierten Patienten für einen vom Anästhesisten definierten Zeitraum im Aufwachraum und werden nach Überprüfung durch die zuständigen MA im Aufwachraum auf die Station verlegt.

Zur Vorbeugung von Komplikationen liegen in allen Kliniken Standards zu Prophylaxen vor. Maßnahmen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit werden umgesetzt.

### **Visite**

Auf den Stationen erfolgen neben der wöchentlichen Chefarztvisite und täglichen Chefarztvisite für Privat-Patienten eine zusätzliche Visite durch den zuständigen Oberarzt sowie tägliche Stationsvisiten. Auf den Intensivstationen erfolgen mehrmals täglich Visiten. Patienten auf der Schlaganfallereinheit werden täglich vom Oberarzt und Stationsarzt sowie zweimal wöchentlich vom Chefarzt visitiert. Patienten mit Schmerzpumpen zur postoperativen Schmerztherapie werden zweimal täglich vom Schmerzdienst der Anästhesie visitiert und zusätzlich bei ggf. auftretenden Problemen. Schmerzkonsil-Patienten werden einmal täglich mit Folgekonsil zur Therapiekontrolle bzw. nach Bedarf visitiert.

### **Entlassungsprozess**

Die Entlassungsplanung erfolgt - soweit möglich - frühzeitig. Bei gut planbaren Eingriffen ist die Verweildauer bereits bei der Aufnahme die geplante Verweildauer ersichtlich und wird dem Patienten mitgeteilt. Am Entlassungstag erhalten alle Patienten mindestens einen Kurzarztbrief zur Information des niedergelassenen Arztes sowie Medikamente bis zum nächsten Arztbesuch. In einigen Kliniken wird am Entlassungstag auch bereits schon ein ausführlicher Arztbrief für den weiterbehandelnden, niedergelassenen Arzt mitgegeben.

Bei Patienten, die nach der stationären Behandlung im Klinikum eine Weiterbetreuung in anderen Einrichtungen (z.B. Reha-Klinik) benötigen, wird auf ärztliche Anordnung der Sozialdienst eingeschaltet, der den Weiterbetreuungsbedarf abklärt und die Organisation für die Weiterbehandlung in die Wege leitet. Kardiologische Patienten haben die Möglichkeit einer ambulanten Rehabilitation auf dem Gelände des Klinikums. Mit den Patienten wird die Entlassung besprochen. Dies erfolgt entweder im Rahmen der täglichen Visite oder in einem gesonderten Gespräch.

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

Die in die Patientenbetreuung eingebundenen Mitarbeiter übernehmen die Sterbebegleitung. Auf Wunsch erfolgt die Sterbebegleitung durch die Krankenhauseelsorger/innen, auch unter Einbeziehung von Angehörigen. Auf Wunsch des Patienten und seiner Angehörigen bietet die Krankenhauseelsorge Begleitung, Unterstützung, Gespräche und Abschiedsrituale an. Angehörige, die einen sterbenden Patienten begleiten wollen, wird ein zeitlich unbegrenzter Aufenthalt eingeräumt. Auf individuelle Wünsche insbesondere religiöse oder kulturelle wird eingegangen.

## **2 Mitarbeiterorientierung**

### **Personalbedarf**

Das übergeordnete Ziel der Personalplanung ist die Gewährleistung einer hochwertigen Versorgung der Patienten unter Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben zur Arbeitszeit der Mitarbeiter und der Sicherung der Wirtschaftlichkeit des Unternehmens. Führungskräfte, Betriebsrat und MitarbeiterInnen werden in die Planungen einbezogen. Qualifikationsraten für Fachärzte und Pflegekräfte sind definiert und stellen eine adäquate Behandlung sowie Betreuung der Patienten sicher.

### **Personalentwicklung**

Die Ziele und Inhalte zur Personalentwicklung sind in einem Konzept schriftlich geregelt. Die Qualifikationsanforderungen einer Position sind in Stellenbeschreibungen niedergelegt. Das Institut für Personalentwicklung stellt ein Jahresprogramm mit Fort- und Weiterbildungsangeboten zur Verfügung und organisiert die Durchführung. Die Art der besuchten Seminare und Fortbildungen sowie die Teilnehmerzahlen werden im Jahresbericht des Klinikums veröffentlicht.

### **Einarbeitung**

Die Einarbeitung neuer Mitarbeiter erfolgt nach berufsgruppenspezifischen Regelungen und wird im Pflegedienst und ärztlichen Dienst unter Einsatz von Einarbeitungschecklisten und Einführungsmappen organisiert. Neue Mitarbeiter haben in allen Berufsgruppen einen für sie zuständigen Ansprechpartner. Dies kann ein Mentor sein oder die zuständige Führungskraft. Für alle neuen Mitarbeiter finden in zweimonatlichen Rhythmen zentrale Einführungsveranstaltungen mit einem berufsgruppenspezifischen Ergänzungsteil statt.

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

Am Klinikum Ludwigshafen gibt es folgende Ausbildungsangebote:

- Krankenpflegeschule
- OTA-Schule
  - Schule für Operationstechnische Assistenten
- MTA-Schule
  - Schule für Techn. Assistenten in der Fachrichtung Laboratoriumsmedizin und Fachrichtung Radiologie
- Ausbildungen in verschiedenen Ausbildungsberufen, z.B. Medizinische und zahnmedizinische Fachangestellte, Fachinformatiker, Kaufleute im Gesundheitswesen

Die Auszubildenden werden von Praxisanleitern oder Mentoren in der Praxis vor Ort begleitet. Als akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Mainz und der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg absolvieren im KLiLu Medizinstudenten ihr „Praktisches

Jahr“. Das Institut für Personalentwicklung (IfP) plant und organisiert berufsgruppenübergreifend alle Fortbildungen mit internen und externen Referenten. Verantwortlich für die Fort- und Weiterbildungen sind die Führungskräfte der jeweiligen Bereiche. Pflicht-Fortbildungen zu wichtigen Themen, wie z.B. Brandschutz und Hygiene wurden definiert. Das Klinikum stellt ein jährliches Fortbildungsbudget zur Verfügung, so dass Mitarbeiter nach Rücksprache mit ihren Führungskräften an internen und ggf. auch externen Fort- und Weiterbildungen teilnehmen können.

### **Arbeitszeiten/ Work Life Balance**

Die im Klinikum gültigen Arbeitszeitregelungen orientieren sich am Bedarf und an den Festlegungen der Tarifverträge, am Arbeitszeitgesetz sowie an den persönlichen vertraglich vereinbarten Arbeitszeiten. In den Kliniken und Instituten, Bereichen und Abteilungen sind arbeitszeitverantwortliche Mitarbeiter benannt. Eine Vielzahl von Teilzeitmodellen ist vorhanden, welche bereits in der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege und im PJ-Studium in Anspruch genommen werden können. Eine Kindertagesstätte mit Krippe steht den Mitarbeitern zur Betreuung ihrer Kinder zur Verfügung. Die Mitarbeiter können auf ein umfassendes Angebot zur Gesundheitsförderung zurückgreifen (z.B. kostenlose Impfberatung, Kurse zur Gesundheitsförderung).

### **Ideenmanagement**

Das Betriebliche Vorschlagswesen (BVW) ist in einer Betriebsvereinbarung umfassend geregelt. Ziel des BVW ist es, das vorhandene Ideenpotenzial unserer Mitarbeiter zur Optimierung der Patientenversorgung zu nutzen. Vorschläge werden von der Ideenkommission nach vorgegebenen Kriterien bewertet, prämiert und zur Umsetzung empfohlen. Eingereichte und anerkannte Vorschläge werden finanziell vergütet.

## **3 Sicherheit - Risikomanagement**

### **Methoden des klinischen Risikomanagements**

Die Sicherheit unserer Patienten steht im Mittelpunkt unseres Handelns. Im Rahmen der Etablierung einer Sicherheitskultur setzen wir unterschiedliche Elemente des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) um. CIRS (Berichtssystem über kritische Vorkommnisse) wird im KliLu neu eingeführt und ist ein wesentliches Element zur Sicherstellung der Patienten- und dadurch auch der Mitarbeitersicherheit. CIRS wird im Rollout-Verfahren bedarfs- und mitarbeiterorientiert in den Bereichen vor Ort geschult und umgesetzt. Dadurch kann ein hoher Durchdringungsgrad sichergestellt werden. Eine neue Software ermöglicht einen transparenten und in sich geschlossenen Prozess von der Meldung eines Falles bis hin zur Bearbeitung mit Maßnahmenumsetzung.

### **Eigen- und Fremdgefährdung**

Umfangreiche Regelungen zum Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung liegen vor. Wir orientieren uns hier an den Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit. Durch interne sowie externe Audits überprüfen und verbessern wir kontinuierlich unsere Vorbeugemaßnahmen. Wir beteiligen uns am Modellprojekt „Demenzkompetenz im Krankenhaus“ des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie (RLP) und der Landeszentrale für Gesundheitsförderung (LZG) und sind Mitglied im Landesgremium Demenz. Im Rahmen des Projektes bilden wir eigene Demenzbegleiter aus, die vor Ort und in allen Einrichtungen der Demenzarbeit in der Region die Patienten und Angehörige unterstützen. Wir haben im Rahmen des Projektes neben unserem umfangreichen regulären Fortbildungsprogramm zum Thema in-

sgesamt 12 Fortbildungen für alle Berufsgruppen zum Thema Demenz durchgeführt und bringen uns im regionalen Demenznetzwerk ein.

### **Medizinisches Notfallmanagement**

Ein umfangreiches, medizinisches Notfallmanagement stellen wir durch regelmäßig geschultes Personal in den klinischen Bereichen sicher. Wir beteiligen uns am nationalen Reanimationsregister, um uns mit anderen Kliniken zu vergleichen.

Das Konzept zum „Medizinischen Notfallmanagement“ unterscheidet zwischen einem Basic Cardiac Life Support (BCLS) und dem Advanced Cardiac Life Support (ACLS):

- BCLS wird über die Stationen / Funktionsbereiche, in denen sich der Patient befindet, sichergestellt. Die Mitarbeiter vor Ort fungieren als Ersthelfer. Dafür stehen Notfallkoffer mit definiertem Inhalt in allen Bereichen, die Patienten versorgen, zur Verfügung.
- Für den Advanced Cardiac Life Support (ACLS) sind rund um die Uhr die drei Intensivstationen mit Notfallteams zuständig. Die Zuordnung der Stationen/ Bereiche zu den jeweiligen Intensivstationen ist in einem Konzept geregelt. Die Notfallteams bestehen aus einem Arzt und einer Intensivpflegekraft.

### **Organisation der Hygiene**

Das Hygienemanagement obliegt dem Ärztlichen Direktor in fachlichen Belangen und dem Direktorium. Ein fest angestellter Krankenhaushygieniker mit ihm unterstellten Hygienefachkräften berät die Betriebsleitung, trägt Informationen zusammen und setzt Maßnahmen um. Jede Klinik / jedes Institut am Klinikum verfügt überdies über einen fortgebildeten hygienebeauftragten Arzt und Hygienebeauftragte Pflegekräfte. Eine Hygienekommission sowie Hygienegespräche dienen der Bearbeitung von Themen sowie der Gewährleistung von Transparenz. Die Kontrolle der Hygienepläne erfolgt durch die Hygienefachkräfte sowie über krankenhaushygienische Untersuchungen des Hygielabors (gem. Empfehlungen des Robert Koch Instituts).

### **Hygienerrelevante Daten/ Infektionsmanagement**

Krankenhausinfektionen werden gemäß §23b Infektionsschutzgesetz erfasst und ggf. nach §§6 und 7 IfSG gemeldet. Jährlich wird eine Erreger- und Resistenzstatistik erstellt, die die Grundlage für die Antibiotikatherapie und die Arbeit der Arzneimittelkommission ist. Das Klinikum nimmt an der „Aktion Saubere Hände“ sowie an weiteren Modulen der nationalen Krankenhausüberwachung (ITS-KISS, OP-KISS) teil. Grundlage des Infektionsmanagements bilden Hygienepläne zum Umgang mit speziellen Infektionskrankheiten. In allen Kliniken erfolgen Screeninguntersuchungen bei Patienten mit Risikofaktoren für Besiedelungen mit multiresistenten Erregern.

### **Arzneimittel**

Die Bereitstellung benötigter Arzneimittel ist rund um die Uhr sichergestellt und erfolgt durch die von der Landesapothekerkammer zertifizierte Apotheke des Klinikums in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission. Die Abläufe zur Beschaffung, Anforderung und Bereitstellung von Arzneimitteln (inkl. der Zubereitung von Zytostatika) sind geregelt.

Ein Arzneimittelinformationsportal (AID-Klinik) sichert die Erkennung von Wechselwirkungen und die Dosisanpassung bei Medikamenten. Eine enge Zusammenarbeit der Apotheke mit den einzelnen Kliniken ist jederzeit gewährleistet. Eine Antibiotikasteuerungsgruppe erarbeitet hausinterne Leitlinien zur Antibiotikatherapie definierter Infektionserkrankungen (z.B. ambulant erworbene Pneumonie), die die Empfehlungen von S3-Leitlinien berücksichtigen und mit dem regionalen Erregerspektrum / Resistenzstatistiken in Einklang gebracht werden.



### **Blutkomponenten und Plasmaprodukte**

Die Dienstleistungsanweisung Transfusionsmedizin und das Qualitätssicherungshandbuch Hämotherapie regeln den gesamten Ablauf der Anwendung von Blut und Blutprodukten. Verantwortlich für die Transfusionsmedizin ist der Leiter des klinikeigenen Instituts (IHT), der als Transfusionsverantwortlicher den Vorsitz der Transfusionskommission inne hat. In allen Abteilungen des Hauses gibt es Transfusionsbeauftragte Ärzte. Die Qualitätssicherung wird durch die Qualitätsbeauftragte Hämotherapie unterstützt, die Begehungen durchführt und den jährlichen Qualitätsbericht Hämotherapie erstellt und versendet. Blutkonserven werden u. a. durch das eigene Blutspendezentrum zur Verfügung gestellt.

### **Medizinprodukte**

Der Umgang mit Medizinprodukten ist in der Dienstvorschrift MPG geregelt. Die Umsetzung erfolgt durch das Medizintechnische Zentrum des Geschäftsbereiches Infrastruktur sowie die Medizingerätebeauftragten in den Kliniken und Instituten. In unserer nach DIN EN ISO 13485 zertifizierten Zentralen Sterilgutversorgungsabteilung (ZSVA) werden Medizinprodukte entsprechend der gesetzlichen und behördlichen Vorgaben aufbereitet und den Bereichen zur Verfügung gestellt.

### **Arbeitsschutz**

Am Klinikum Ludwigshafen sorgen Mitarbeiter der Stabstelle "Arbeitssicherheit und Abfallwirtschaft", der Betriebsärztliche Dienst und der Arbeitssicherheitsausschuss für die Gewährleistung einer sicheren Arbeitsumgebung. In Begehungen wird die Einhaltung von gesetzlichen Vorgaben überprüft, ggf. werden Maßnahmen abgeleitet und umgesetzt. Die Veröffentlichung aller Regelungen und Betriebsanweisungen stehen zur Einsicht für die MitarbeiterInnen im Intranet zur Verfügung.

### **Brandschutz**

Die Organisation des Brandschutzes ist im Klinikum in Brandschutzordnungen geregelt. In Brandschutzgrundunterweisungen werden die Beschäftigten zu den Themen "Vorbeugender Brandschutz", "Brandschutzordnung" und im Umgang mit Feuerlöschern geschult. Anfahrtswegpläne der Feuerwehr wurden in Absprache mit der Feuerwehr erstellt und liegen vor. Über Brandmelder und eine zentrale Notrufnummer ist eine schnelle Benachrichtigung der Feuerwehr sichergestellt. Neue Mitarbeiter werden in den zentralen Einführungstagen im Brandschutz unterwiesen.

### **Regelungen zum Datenschutz**

Die Einhaltung des Datenschutzes im Klinikum ist in Konzepten geregelt und wird in internen Begehungen vom Datenschutzbeauftragten überwacht. Alle Mitarbeiter verpflichten sich bei Dienstantritt schriftlich zur Einhaltung der Schweigepflicht und werden in regelmäßigen Abständen darin unterwiesen.

### **Umweltschutz**

Durch Verbrauchsmessungen (Energie, Wasser) und Abfallbilanz überprüfen wir die Erreichung unserer Umweltziele. Das Energiemanagement und die Abfallwirtschaft zielen u. a. auf:

- Senkung des Energieverbrauchs und Reduzierung von Emissionen
- Gewährleistung der ordnungsgemäßen und rechtssicheren Entsorgung
- Abfallvermeidung
- Kostenreduzierung ab.

### **Katastrophenschutz**

Die Einbindung in den landesweiten Katastrophenschutzplan ist gewährleistet. Für Katastrophenfälle und Notfallsituationen sind die Verantwortlichkeiten in einem, mit der Feuerwehr abgestimmten neu aufgelegten Alarm- und Einsatzplan, festgelegt. Eine entsprechende Logistik der Alarmierung ist sichergestellt.

### **Ausfall von Systemen**

Die Maßnahmen zur Vermeidung bzw. Bewältigung des Ausfalls von EDV, Wasser, Strom, Telefon und der Sterilgutaufbereitung ist im Alarm- und Einsatzplan sowie für den IT-Bereich und die Sterilgutaufbereitung in den Handbüchern der Bereiche geregelt.

Im Rahmen der jährlichen Risikoinventur werden die verschiedenen Risiken durch die zuständigen Abteilungsleiter identifiziert, kategorisiert und bewertet und – soweit möglich – entsprechende Maßnahmen zur Risikominimierung umgesetzt.

## **4 Informations- und Kommunikationswesen**

### **Netzwerkstruktur und Datensysteme**

Unsere IT-Abteilung betreut die gesamte IT-Infrastruktur und unterstützt EDV-Projekte des Unternehmens, um den Mitarbeitern einen umfassenden, effizienten und den Erfordernissen und Wünschen angepassten Zugang zu allen Medien der Informations-, Kommunikations- und Medizintechnik bereitzustellen. Im Rahmen der Prozessoptimierungen trägt die IT dazu bei, das Arbeitsumfeld zu verbessern und die Marktposition des Hauses zu sichern. Ein Ziel ist dabei der Aufbau einer vollständig elektronischen Patientenakte einschließlich eines digitalen Archivs aller patientenbezogenen Dokumente.

### **Klinische Dokumentation**

Das Führen, Dokumentieren und Archivieren von Patientendaten ist in einem Leitfaden zur Dokumentation der Krankenhausbehandlung geregelt. Darüber hinaus stehen auf allen Stationen Musterkurven (z.B. zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter) zur Verfügung. Die Dokumentation erfolgt teilweise elektronisch oder/und papiergestützt auf Standardformularen.

### **Verfügbarkeit und Archivierung**

Die Archivierung der Patientenakten erfolgt im Krankenblattarchiv sowie elektronisch. Neben den Papierakten stehen im Klinischen Arbeitsplatzsystem Daten aus Voraufenthalten unserer Patienten zur Verfügung, auf die berechtigte Mitarbeiter zeitnah und unter Wahrung des Datenschutzes zugreifen können (z.B. frühere Arztbriefe, Befunde etc.).

### **Information der Unternehmensleitung**

Systematische Informationen der Geschäftsführung und des Direktoriums sind durch ein internes Berichtswesen, regelmäßige Rücksprachetermine und Jahresberichte sowie Sitzungen der Krankenhausleitung sichergestellt. Gesprächstermine mit der Krankenhausführung sind nach Rücksprache jederzeit möglich.

### **Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang**

Zentrale Auskunftsstellen sind die Infotheke und die Pforte im Eingangsbereich. Die Infotheke ist täglich von 8.00-16.00 Uhr besetzt. Ab 16.00 Uhr erfolgt die Auskunft über die Pforte, die rund um die Uhr mit einem Mitarbeiter besetzt ist. Zusätzlich ist tagsüber in einer Schicht ein Mitarbeiter ausschließlich für die telefonischen Auskünfte zuständig.



Die Telefonvermittlung ist eine wichtige Schnittstelle ins das Unternehmen hinein und agiert damit als kompetenter Dienstleister zur Auskunftserteilung und Informationsvermittlung. Die Mitarbeiter der Pforte tragen zu einer positiven Innen- und Außendarstellung des Klinikums bei. Datenschutz und Intimsphäre der Patienten werden berücksichtigt.

## 5 Unternehmensführung

### Philosophie / Leitbild

Im Rahmen eines Strategieworkshops wurde von Mitarbeitern aller Berufsgruppen, Abteilungen und Hierarchieebenen des Klinikums ein Markenleitbild entwickelt. Dieses orientiert sich an den folgenden Markenwerten. Wir sind:

- **Kompetent**
- **leistungsstark**
- **innovativ**
- **partnerschaftlich**
- **umsorgend**

Das Leitbild beschreibt Grundwerte der Patienten- und Mitarbeiterorientierung, Kooperation, Führung, Entwicklung sowie Wissenschaftlichkeit. In Befragungen wird gezielt die Umsetzung der Leitbildinhalte abgefragt. In Führungskräfteklausurtagungen erfolgt eine Überprüfung und Weiterentwicklung der Unternehmensstrategie.

### Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Mit Hilfe von vertrauensfördernden Maßnahmen werden Respekt und Vertrauen unter den Mitarbeitern gefördert und ein positives Arbeitsklima geschaffen.

Das Konzept „Vertrauensfördernde Maßnahmen“ greift diese Ziele auf und stellt dar, über welche Strukturen, Angebote und Maßnahmen das Vertrauen der Mitarbeiter gefördert wird und welche Überprüfungen vorgenommen werden. Im umfassenden Bildungsprogramm des Instituts für Personalentwicklung wird u. a. ein berufsgruppenübergreifendes Führungskräfteentwicklungsprogramm angeboten.

### Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Das Ethik-Forum am Klinikum hat zum Ziel, eine Kultur im Unternehmen zu schaffen, die den ethischen Diskurs fördert und weiterführt. Den Mitarbeitern bietet das Ethik-Forum Orientierungshilfe und Unterstützung für das eigene Handeln.

Die wesentlichen Aufgaben des Ethik-Forums sind die Ethikberatung, die Förderung der Auseinandersetzung mit ethischen Fragestellungen und die hierfür notwendige Bewusstseinsbildung (z.B. Sterbebegleitung, palliative Ansätze).

Zudem wurde seit kurzem neben den beiden christlich geprägten Seelsorgediensten ein islamischer Besuchsdienst etabliert. Das Klinikum verfügt über einen vielsprachigen Dolmetscherpool, bestehend aus eigenen Mitarbeitern, die im Bedarfsfall flexibel kontaktiert werden können.

### Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Durch die Stabsstelle Kommunikation werden Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit und internen Informationsverbreitung zentral und systematisch gesteuert. Tätigkeitsschwerpunkte bilden die externe und interne Kommunikation mit den Zielgruppen: Patienten und Bevölkerung sowie Einweiser und Mitarbeiter. Die Steigerung des Bekanntheitsgrades unseres Hauses und die Imagepflege durch eine regelmäßige Präsenz in den lokalen Medien gehören dabei zu den wich-

tigsten Zielen. Konkrete Medienaktivitäten werden für den Zeitraum eines Jahres geplant, dokumentiert und regelmäßig unterjährig aktualisiert und fortgeschrieben. Die neue Intranet-Seite bietet für die Mitarbeiter eine umfangreiche Möglichkeit sich die Strukturen, Informationen und Veranstaltungen des Hauses aufzurufen. Sowie sich über Abläufe und Dokumente über das QM-Handbuch zu informieren und diese zu nutzen. Eine neu aufgelegte Patientenbroschüre steht dem Pat. zur Verfügung.

### **Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung**

Unser Ziel ist es, unser Klinikum mit Hilfe einer strukturierten Zielplanung vorausschauend auf die Herausforderungen der Zukunft und des regionalen Wettbewerbs vorzubereiten. Verantwortung für die strategische Zielplanung hat die Geschäftsführung. Die medizinische / pflegerische Zielplanung erfolgt in Abstimmung mit der Geschäftsführung und obliegt den Leitungen der einzelnen Zentren und Kliniken. Führungskräfteklausurtagungen dienen der stetigen Weiterentwicklung des Unternehmens, z.B. zu Themen wie Patientensicherheit.

### **Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement**

Unser Risikomanagement hat das Ziel, bestehende Risiken in allen Bereichen des Klinikums (Ökonomie, Medizin, Pflege) zu erfassen sowie neue Risiken frühzeitig zu identifizieren, zu analysieren und zu bewerten. Unser Risikomanagement-System umfasst u. a. die Elemente:

- Haftungsrechtliches Risikomanagement mit Risikoanalyse, -begrenzung, vorbeugender Aufbereitung von Zwischenfällen und Schadenbegrenzung bei Schadenfällen
- Frühwarnsystem mit einer jährlichen Risikoinventur.

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

Als Krankenhaus der Maximalversorgung in kommunaler Trägerschaft fühlen wir uns der Information und Aufklärung der Bevölkerung über Gesundheitsthemen sowie der systematischen Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsorganisationen der Region besonders verpflichtet. Durch eine strukturierte Zusammenarbeit mit regionalen Vereinen und Initiativen (z.B. Stiftung Lebensblicke, Verein für Herzinfarktforschung, gerontopsychiatrisch - geriatrischer Verbund (Demenznetzwerk) unterstützen wir gesundheitsfördernde Aktivitäten.

Als drittgrößter Arbeitgeber der Stadt Ludwigshafen ist das Klinikum ein bedeutender Ausbildungsbetrieb in der Region. Wir bieten Ausbildungsplätze in verschiedenen Berufen in Kooperation mit Hochschulen, Berufsschulen und Kliniken an. Dieses Engagement spiegelt unser Verständnis einer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung wieder. Wir kooperieren mit Kliniken wie z.B. mit der BG Klinik Ludwigshafen und Bad Dürkheim.

### **Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien**

Die Aufbauorganisation des Klinikums ist im Organigramm dargestellt. Die Zuständigkeiten von Geschäftsführung, Ärztlichem Direktor und Pflegedirektorin sind in der Geschäftsordnung der Geschäftsführung und Betriebsleitung geregelt. Auf unserer Webseite sind alle Ansprechpartner in den Verwaltungsbereichen, Kliniken und Instituten veröffentlicht.

Eine effektive und effiziente Arbeitsweise in den Führungsgremien des Klinikums ist durch Satzungen und Geschäftsordnungen geregelt. Übergeordnete Projekte werden vom Geschäftsführer beauftragt. Umsetzungsstand und Abschlussbericht erfolgen im Direktorium. Abteilungsinterne Projekte werden von den jeweiligen Bereichsverantwortlichen beauftragt und begleitet.

### **Innovations- und Wissensmanagement**

Als Klinikum der Maximalversorgung ist es unser Ziel, innovative Behandlungs- und Organisationsmethoden unter Berücksichtigung der ökonomischen Rahmenbedingungen einzuführen und umzusetzen. Das Klinikum beteiligt sich daher in verschiedenen Fachabteilungen an Klinischen

Studien, in denen etablierte Behandlungsansätze überprüft und neue Methoden getestet werden. Durch den Internetzugang und die Nutzung von Fachzeitschriften sowie der Möglichkeit wissenschaftliche Kongresse zu besuchen, wird den Mitarbeitern der Zugang zum aktuellen Stand der Wissenschaft ermöglicht.

Intern wird das Wissensmanagement durch zugängliche Informationen, Standards, Verfahrens- und Prozessbeschreibungen ermöglicht, die über das Intranet abrufbar sind.

## **6 Qualitätsmanagement**

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

Strategische Ausrichtung, Planung und Strukturierung im Qualitätsmanagement des KliLu ist Führungsaufgabe. Zur Umsetzung bis in die Abteilungen hinein stehen die Qualitätsbeauftragten der Stabsstelle und der einzelnen Bereiche zur Verfügung. Diese koordinieren qualitätsrelevante Aktivitäten in den jeweiligen Bereichen/Kliniken, erheben qualitätsrelevante Daten, werten diese aus und führen interne Begehungen sowie Schulungen durch. Die Steuerung des Qualitätsmanagements erfolgt zentral durch das Direktorium sowie dezentral in den Kliniken durch die berufsgruppen- und hierarchieübergreifend besetzten Gremien.

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

In einem Krankenhaus der Maximalversorgung entstehen durch die Vielzahl der Abteilungen und hohe Anzahl von Mitarbeitern viele Schnittstellen, an denen Informationen weitergegeben werden müssen. Prozesse (feste Arbeitsabläufe) regeln das Vorgehen für unsere Mitarbeiter. Für die Planung, Definition und Gestaltung der Prozesse sind die jeweiligen Führungskräfte verantwortlich, die von Stabsmitarbeitern der Krankenhausleitung unterstützt werden. Im Fokus stehen dabei die Optimierung von Versorgungsstrukturen und –abläufen sowie die Entwicklung von Behandlungspfaden. Verbesserungen in den Abläufen resultieren vor allem aus den Ergebnissen von Befragungen, internen Audits und der Analyse von Datenerhebungen (z.B. Messung von Sprechstundenwartezeiten).

### **Patientenbefragung**

Durch verschiedene Befragungen werden die Zufriedenheit und Weiterempfehlungsbereitschaft der Patienten regelmäßig ermittelt. Eine klinikumswerte Befragung von stationären Patienten erfolgt in einem dreijährigen Rhythmus in Zusammenarbeit mit einem externen Institut, das einen Vergleich mit weiteren Krankenhäusern in Deutschland ermöglicht. Die Ergebnisse der Befragungen werden den verantwortlichen Führungskräften zur Verfügung gestellt und Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet. Zusätzlich haben wir eine Kontaktstelle für Patienten Anliegen eingerichtet, deren Mitarbeiterin aktiv auf die Patienten zugeht und diese befragt sowie in einem zentralen Büro an Werktagen für Gespräche zur Verfügung steht. Lob und Beschwerden werden durch die Kontaktstelle für Patienten Anliegen aufgenommen, weitergegeben und führen wenn nötig zu Veränderungsmaßnahmen.

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

Die Befragungen von einweisenden Ärzten finden sowohl klinikumswert als auch in den einzelnen Organzentren statt. Die Auswertungen werden den Führungsverantwortlichen zur Verfügung gestellt. Maßnahmen zur kontinuierlichen Verbesserung werden eingeleitet. Zusätzlich erfolgen Befragungen der Rettungsdienste sowie der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen.

### **Mitarbeiterbefragung**

Mitarbeiterbefragungen werden im Klinikum durchgeführt. Der Betriebsrat ist in die Planung, Durchführung und Maßnahmenableitung eingebunden. Die letzte hausweite Befragung erfolgte 2011 durch ein externes Befragungsinstitut, zusätzlich erfolgen themenspezifische Befragungen. Die Befragungsergebnisse werden der Krankenhausleitung, Führungsgremien sowie den Mitarbeitern des Klinikums vorgestellt und im Intranet veröffentlicht. Verbesserungsmaßnahmen werden durch die Krankenhausleitung und dezentral durch die Führungskräfte abgeleitet.

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

Das Lob- und Beschwerdemanagement nimmt Rückmeldungen von Patienten und Angehörigen auf und bearbeitet sie in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Fachabteilungen und Bereichen. Patienten und Angehörige können sich mit ihren Rückmeldungen an die Kontaktstelle für Patientenangelegenheiten oder eine ehrenamtlich tätige Patientenförsprecherin wenden. Darüber hinaus stehen alle Mitarbeiter in den Kliniken den Patienten als Ansprechpartner bei Beschwerden zur Verfügung. Die Kontaktstelle für Patientenangelegenheiten führt auf den Stationen Interviews mit den Patienten durch, um abzufragen, was den Patienten auf Station auffällt und was ihnen wichtig ist. Alle Rückmeldungen werden zeitnah bearbeitet und bereichsspezifisch ausgewertet. Im Lob- und Beschwerdebericht der Kontaktstelle für Patientenangelegenheiten wird die Krankenhausleitung über die Rückmeldungen der Patienten sowie etwaige Auffälligkeiten informiert. Als niedrigschwelliges Angebot für Mitarbeiterbeschwerden stehen der Betriebsrat und ein Ombudsmann zur Verfügung. Für Wünsche und Anregungen Externer sind die jeweils zuständigen Führungskräfte zuständig, deren Kontaktdaten auf der Homepage einsehbar sind.

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

Unser Ziel ist es, zusätzlich zur gesetzlich geforderten Qualitätssicherung qualitätsrelevante Daten in den strategischen Schwerpunktbereichen zu erheben und zu nutzen. Dies geschieht durch:

- Datenerhebungen zur medizinischen/pflegerischen Prozess- und Ergebnisqualität
- Teilnahme an wissenschaftlichen Studien und Registern
- Interdisziplinäre Fallbesprechungen
- Erhebung von Hygienedaten durch Teilnahme an nationalen Erhebungssystemen mit bundesweitem Vergleich (Aktion saubere Hände, OP-KISS [Komplikationshäufigkeiten], ITS-KISS) [ Infektionshäufigkeiten auf den Intensivstationen])
- Abgleich von Prozesskennzahlen im Rahmen von Benchmarks
- Messung der Kunden- / Patientenzufriedenheit durch Befragungen
- systematisches Beschwerdemanagement.

Die Qualitätsziele der Abteilungen orientieren sich an den Vorgaben der externen gesetzlichen Qualitätssicherung, der Deutschen Krebsgesellschaft für die Organzentren sowie veröffentlichten Vergleichsdaten.

Ein Audit-System ist etabliert und umfasst die Bereiche Qualität, Hygiene, Datenschutz, Transfusionswesen und Arbeitssicherheit. Die Auswertungen der erhobenen Daten fließen in kontinuierliche Verbesserungsmaßnahmen ein.

Das Klinikum stellt alle vom Gesetzgeber geforderten Daten zur externen Qualitätssicherung zur Verfügung. Über die gesetzlichen Anforderungen hinaus beteiligt sich das Klinikum an weiteren Projekten zur Erfassung und Auswertung qualitätsrelevanter Daten. Verantwortlich für die Durchführung der gesetzlichen Qualitätssicherung sind die Chefarzte. Die Koordination dieser

Maßnahmen erfolgt durch die Ärztliche Direktion. In allen Qualitätssicherungs-pflichtigen Kliniken sind QS-beauftragte Mitarbeiter benannt. Die Ergebnisse und Dokumentationsraten werden in Besprechungen mit den unmittelbar am Behandlungsprozess beteiligten Mitarbeitern analysiert, der Krankenhausleitung vorgestellt und gemäß den gesetzlichen Vorgaben jährlich im strukturierten Qualitätsbericht veröffentlicht.

Das Klinikum Ludwigshafen ist ein Klinikum der Maximalversorgung, das kontinuierlich alle Anstrengungen unternimmt, um eine moderne, patienten- und mitarbeiterorientierte Medizin auf höchstem Qualitätsniveau zu gewährleisten. Dies stellt das Klinikum unter anderem in zahlreichen Einzelzertifizierungen von Zentren und Bereichen sowie den in 3-jährigem Abstand erfolgenden umfassenden KTQ-Zertifizierungen des Gesamtklinikums unter Beweis. Allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die daran beteiligt sind, sei an dieser Stelle herzlich gedankt!