

# KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2015 für Krankenhäuser

<b>Krankenhaus:</b>	Siloah St. Trudpert Klinikum
<b>Institutionskennzeichen:</b>	260820865
<b>Anschrift:</b>	Wilferdinger Straße 67 75179 Pforzheim
<b>Ist zertifiziert nach KTQ<sup>®</sup> mit der Zertifikatnummer:</b>	2020-0038 KH
<b>durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:</b>	proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft, Frankfurt am Main
<b>Gültig vom:</b>	17.06.2020
<b>          bis:</b>	16.06.2023
<b>Zertifiziert seit:</b>	17.06.2011

## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort der KTQ®</b>	3
Vorwort der Einrichtung	5
<b>Die KTQ-Kategorien</b>	7
1 Patientenorientierung	8
2 Mitarbeiterorientierung	12
3 Sicherheit – Risikomanagement	14
4 Informations- und Kommunikationswesen	17
5 Unternehmensführung	18
6 Qualitätsmanagement	21

## Vorwort der KTQ®

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren ist ein spezifisches Zertifizierungsverfahren des Gesundheitswesens für die Bereiche Krankenhaus, Arztpraxen, MVZ, Pathologische Institute, Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Hospize, alternative Wohnformen und Rettungsdienstleistungen.

Im Beirat der KTQ® sind die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) vertreten. 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,
- Sicherheit - Risikomanagement,
- das Informations- und Kommunikationswesen,
- die Unternehmensführung und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

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

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren® gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Krankenhausbereiche überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

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

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 55 Kriterien des KTQ-Kataloges 2015. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet einen strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass das **Siloah St. Trudpert Klinikum** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen - einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

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

**Dr. med. B. Metzinger, MPH**

Für die Deutsche  
Krankenhausgesellschaft

**Dr. med. G. Jonitz**

Für die Bundesärztekammer

**F. Wagner**

Für den Deutschen Pflegerat

## Vorwort der Einrichtung

### Das Siloah St. Trudpert Klinikum



Das Siloah St. Trudpert Klinikum mit insgesamt 499 Betten bietet ein großes Leistungs- und Behandlungsspektrum zur umfassenden Versorgung der Patientinnen und Patienten auf einem hohen fachlichen, wissenschaftlichen und technischen Standard in folgenden Kliniken und einem Institut an:

- Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und minimal-invasive Chirurgie
- Klinik für Anästhesie, Operative Intensivmedizin und Schmerztherapie
- Frauenklinik
- Klinik für Gefäßchirurgie
- Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und Plastische Gesichtschirurgie
- Klinik für Innere Medizin 1
- Klinik für Innere Medizin 2 (Kardiologie)
- Klinik für Innere Medizin 3 (Pneumologie, Beatmungs- und Schlafmedizin)
- Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Klinik für Urologie
- Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

Zudem verfügt das Klinikum über ein zertifiziertes Brustzentrum, die Anerkennung als Babyfreundliche Geburtsklinik, ein zertifiziertes Hypertoniezentrum sowie eine zertifizierte Versorgungseinrichtung für Typ-2-Diabetiker, ein zertifiziertes Endoprothetik-Zentrum sowie eine Chest-Pain-Unit. Es ist als Regionales Traumazentrum Mitglied im Traumanetzwerk Nordbaden. Am Klinikum befindet sich ein Medizinisches Versorgungszentrum\* mit einer hausärztlichen hämato-onkologischen\* und einer orthopädischen Praxis\*. Eine enge Kooperation besteht mit dem Nephrologischen Zentrum, das in den Räumen des Hauses angesiedelt ist.

Wir behandeln jährlich rund 26.000 Patienten stationär und rund 25.000 ambulant. Als Akut- und Notfallkrankenhaus stehen rund um die Uhr Fachteams aus Ärzten, Pflegekräften, Therapeuten, Sozialdienst und Seelsorge zur Verfügung. Am Haus ist ein Notarztwagenstandort angesiedelt. Ein Hubschrauberlandeplatz und ein mit modernster Medizintechnik ausgestatteter Schockraum stehen zur Notfallversorgung bereit.

Einen hohen Stellenwert haben für uns auch die Aus-, Fort- und Weiterbildung unserer Mitarbeiter. Unter der Trägerschaft des evangelischen Diakonissenvereins Siloah befindet sich das SILOAH Bildungszentrum für Pflegeberufe, in dem Schülerinnen und Schüler zur Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann ausgebildet werden. In Kooperation betreibt das Siloah St. Trudpert Klinikum eine Fort- und Weiterbildungsstätte, das Bildungszentrum in Zusammenarbeit (BiZ), das von internen und externen Fachkräften besucht wird.

In den Kliniken bestehen Weiterbildungsermächtigungen für die Facharztausbildung. Das Thema Vereinbarkeit von Beruf und Familie wird aktiv bearbeitet. Seit 2014 trägt das Haus das Zertifikat zum Audit „beruf **und** familie“.

Alle Servicedienste im Haus wie Betriebstechnik, Medizintechnik, Verwaltung sowie Küche und Hausreinigung tragen dazu bei, dass die Abläufe rund um die Patienten und im gesamten Haus gut funktionieren und die Patienten sich bei uns wohlfühlen können.



Im Mittelpunkt unserer Qualitätspolitik stehen auf der Grundlage unseres Leitbildes die Patienten, die sich uns anvertrauen. Der christliche Glaube ist für unseren Trägerverein und das Klinikum bis heute die bestimmende Leitlinie unseres Handelns

Das Siloah St. Trudpert Klinikum entstand Anfang 2009 durch den Zusammenschluss der beiden Krankenhäuser Siloah und St. Trudpert. Es wird vom 1872 gegründeten Evangelischen Diakonissenverein Siloah getragen, der im Jahre 1884 mit der Krankenhausarbeit begonnen hat. Die Motivation der Gründungsmitglieder waren die Liebe Jesu Christi und der Wunsch, diese Liebe an kranke, alte und behinderte Menschen weiterzugeben. Für den Trägerverein und das damalige Krankenhaus Siloah wurde ein Name aus einer Krankenheilung gewählt, in der berichtet wird, wie Jesus am Teich Siloah einen Blinden heilte.

Der Name des Krankenhauses St. Trudpert ging zurück auf den heiligen St. Trudpert, einem irischen Mönch und Glaubensboten. Die 1845 durch den Priester Abbè Blank gegründete Ordensgemeinschaft übernahm im Jahr 1920 das Kloster St. Trudpert im Münstertal und eröffnete 1929 das Krankenhaus St. Trudpert in Pforzheim. Die Motivation des Gründers, Gottes Liebe durch caritative Tätigkeit an kranke Menschen weiterzugeben, steht bis heute im Vordergrund.

Auf der Grundlage des christlichen Menschenbildes und der Selbstverpflichtung in unserem Leitbild engagieren sich in unserem Klinikum täglich hervorragend ausgebildete Fachkräfte mit Sachverstand und Hingabe für die Umsetzung unseres Auftrages.

Weitere Informationen finden Sie auch im Internet unter [www.siloah.de](http://www.siloah.de).

\* Nicht Teil dieser Zertifizierung

# Die KTQ-Kategorien

# 1 Patientenorientierung

KTQ:

## Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das Siloah St. Trudpert Klinikum ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln und Auto gut erreichbar. Im Internet findet sich eine Anfahrtsskizze. Es sind Parkplätze gegenüber dem Klinikumgebäude ausgewiesen. In unmittelbarer Nähe des Eingangs befinden sich zwei Parkplätze für Menschen mit Behinderung. Das Klinikum ist mit zwei Buslinien erreichbar. Über das Klinikum mit seinen Fachbereichen können auf den Internetseiten Informationen eingesehen werden: [www.siloah.de](http://www.siloah.de). Die Internetpräsenz wird kontinuierlich aktualisiert. Es wurde ein Gebäudeplan als Wegweiser durch das Haus eingestellt. Für zahlreiche Fragestellungen und Behandlungen sind schriftliche Informationen vorhanden. Die Abstimmung mit den einweisenden Ärzten geschieht im direkten Kontakt durch den behandelnden Arzt in der Klinik. Die Aufnahmeplanung erfolgt über die Ambulanzen und Aufnahmezimmer. Bei der Terminvergabe werden die erforderlichen Informationen an die Patienten weitergeben. Der Aufnahmeprozess ist administrativ und auf den Stationen klar gegliedert. Die Patienten werden zeitnah von qualifizierten Fachkräften aufgenommen. Die Aufnahme der Notfallpatienten erfolgt über die Zentrale Notaufnahme.

## Leitlinien und Standards

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

## Information und Beteiligung des Patienten

Die Patienten werden im Arztgespräch, bei der Aufnahme und der Aufklärung ausführlich informiert. Schriftliche Unterlagen unterstützen dies. Auf die Wahrung der Patientenrechte wird im gesamten Verlauf des Aufenthaltes geachtet. Das Vorliegen einer Patientenverfügung wird in der Patientenakte festgehalten. Aufklärungsbögen zu den Behandlungen liegen digital in der aktuellsten Version auch in verschiedenen Sprachen vor. Die Klinikseelsorge bietet Begleitung durch Gespräche an. Durch die im Klinikum befindliche Psychosomatische Klinik wird im Bedarfsfall eine psychologische Beratung durchgeführt. Zur Unterstützung der Patienten und ihrer Angehöriger zum selbstbestimmten Umgang mit ihrer Krankheit gibt es Schulungen, Seminare, Kurse und Informationstage. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen. Die Mitaufnahme von Begleitpersonen ist bei Kindern (HNO-Klinik) die Regel. In der Geburtshilfe gibt es ansprechend gestaltete Familienzimmer. Bei schwerkranken und sterbenden Patienten wird einer Begleitperson eine Übernachtungsmöglichkeit im Zimmer zur Verfügung gestellt. Auf Wunsch des Patienten werden Angehörige in den Behandlungsprozess miteinbezogen. In monatlichen Vorträgen im „Siloah Forum“ werden Patienten und andere von Klinikexperten über verschiedenen Krankheiten oder Eingriffe informiert.



## **Ernährung und Service**

Für Patienten und Angehörige gibt es auf den Stockwerken Aufenthaltsmöglichkeiten. Eine Cafeteria mit Angebot von Frühstück, Mittagessen, Kaffee und Kuchen sowie Abendessen steht für Patienten und Angehörige zur Verfügung. Dort wird auch ein kleines Kiosksortiment vorgehalten. Die Versorgung mit Essen und Trinken geschieht über die eigene Küche. Versorgungsassistentinnen erfragen täglich die Essenswünsche der Patienten. In Zusammenarbeit mit Diätassistenten und Ernährungsmedizin wurde ein Kostformkatalog erstellt, in dem die einzelnen Diätformen nach medizinischer Indikation, Durchführung und Bestellung geregelt sind. Der Ernährungszustand wird vom Arzt und weiteren an der Behandlung der Patienten Beteiligten überwacht. Kulturelle und religiöse Speisewünsche werden erfasst und berücksichtigt. Für die Betreuung von Diabetespatienten steht ein Diabetesteam zur Verfügung.

## **Erstdiagnostik und Erstversorgung**

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

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

Die ambulante Notfallversorgung geschieht in der Zentralen Notaufnahme und in den Fachambulanzen. Die Zentrale Notaufnahme ist rund um die Uhr mit qualifizierten Mitarbeitern besetzt. Es werden in den Kliniken zahlreiche Spezialsprechstunden angeboten. Hier werden die jeweiligen Untersuchungen ausschließlich von speziell qualifizierten Ärzten durchgeführt. Zuständig für die Terminvergabe sind die Sekretariate und Aufnahmezimmer. Vorbefunde werden genutzt, um Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Patienten erhalten unmittelbar nach einer ambulanten Behandlung einen Kurzarztbrief bzw. den Untersuchungsbefund für den einweisenden Arzt. Durch das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) des Trägers wird die Vernetzung zwischen ambulanter und stationärer medizinischer Betreuung unterstützt.

## **Ambulante Operationen**

Für ambulante Operationen und Eingriffe stehen speziell dafür eingerichtete Räume zur Verfügung. Die Terminvergabe für ambulante Operationen erfolgt über die Sekretariate und Ambulanzen. Die ambulanten Patienten werden bei einem Vortermin gesehen, bei welchem eine individuelle Aufklärung erfolgt. Es wird darauf geachtet, dass die Weiterbetreuung nach dem Eingriff zu Hause gewährleistet ist. Die Aufklärung erfolgt patientenorientiert, wo angezeigt, auch unter Einbeziehung der Angehörigen. Schriftliche Unterlagen informieren über Eingriffe und weisen die Patienten auf notwendige Verhaltensregeln hin.

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

Eine ausführliche Anamnese, in der neben dem aktuellen Krankheitsbild auch die Krankengeschichte und die Lebensumstände berücksichtigt werden, ist die Grundlage für die Festlegung der erforderlichen Diagnostik und einer patientenorientierten Behandlung. Hierfür sind in den Kliniken Regelungen getroffen. Diagnostik und Behandlung erfolgen leitliniengestützt. Diagnosestellung und Anforderung von Untersuchungen werden grundsätzlich mit dem

zuständigen Oberarzt und Chefarzt abgeklärt. In der Pflegeanamnese werden die Risikofaktoren zu Dekubitus, Wunde und Sturz eingeschätzt. Die Abstimmung zwischen den an der Behandlung Beteiligten geschieht in der Visite und in Fallbesprechungen. Patienten und Angehörige werden durch persönliche Gespräche und Bereitstellung schriftlicher Informationen in die Behandlungsplanung einbezogen.

### **Therapeutische Prozesse**

Die Festlegung der Therapie erfolgt durch Fachärzte bzw. Oberärzte und Chefärzte. Ihre Leitlinienkonformität, die adäquate Umsetzung und die Wirksamkeit werden in den Visiten, in ärztlichen Teambesprechungen oder in interdisziplinären Fallbesprechungen überprüft. Weiterqualifikationen von Mitarbeitern sowie regelmäßige Fortbildungen in den Teams unterstützen einen hohen fachlichen Standard. Ein hoher Spezialisierungsgrad in den medizinischen Disziplinen ist umgesetzt. Viele Ärzte verfügen über Zusatzbezeichnungen und Pflegekräfte über Zusatzausbildungen.

Auf eine patientenorientierte individuelle Aufklärung wird Wert gelegt. Über die Psychosomatische Klinik ist eine psychotherapeutische Beratung und Begleitung möglich. Fachpersonal aus allen Kliniken/Instituten des Hauses kann zur Behandlung hinzugezogen werden.

### **Operative Prozesse**

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

### **Visite**

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

### **Entlassungsprozess**

Mit dem Ziel, den Behandlungserfolg zu sichern und eine Weiterversorgung der Patienten zu gewährleisten, wird der Ablauf der Entlassung geplant. Bei Patienten, deren Situation eine umfangreichere Entlassungsplanung erfordert, beginnen die Vorbereitungen schon weit vor einem feststehenden Entlasstermin. Abstimmungen mit Pflege- oder Reha-Einrichtungen sowie Anträge zur notwendigen Weiterbehandlung erfolgen in Zusammenarbeit von Arzt, Pflege und Sozialdienst. Verbindungen zu Selbsthilfegruppen werden über das Behandlungsteam hergestellt. Die Beschaffung von Hilfsmitteln und die Einweisung in deren Gebrauch sowie die Klärung der häuslichen Versorgung erfolgen bis zum Entlassungstermin. In den Entlassgesprächen werden die erforderlichen Informationen z.B. auch anhand von schriftlichem Material weitergegeben. Entlassbriefe, Pflegeüberleitungsbogen, Informationen über einzuhaltende Verhaltensregeln und ggf. eine persönliche Kontaktaufnahme mit dem weiterbehandelnden Arzt unterstützen eine kontinuierliche Weiterbetreuung.

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

Eine würdevolle Begleitung von Sterbenden und ihren Angehörigen sind im Siloah St. Trudpert Klinikum wichtige Anliegen. Deshalb wird auf qualifiziertes Personal für schwer- kranke Patienten Wert gelegt, wie z.B. Palliativ Care Pflegekräfte, Palliativmediziner und Mitarbeiter mit onkologischer

Fachausbildung. Zur Schmerzlinderung liegen entsprechende Standards vor. Auf einen sensiblen Umgang bei Fehl- und Totgeburten wird Wert gelegt. Hier sind entsprechenden Vorkehrungen getroffen. Zur Begleitung steht darüber hinaus das Team der Klinikseelsorge zur Verfügung, das eng mit dem Behandlungsteam zusammenarbeitet. Hausinterne interdisziplinäre Fortbildungen sensibilisieren und unterstützen die Mitarbeiter bei ihren Aufgaben. Angehörige können rund um die Uhr beim Patienten sein. Im Haus arbeitet ein Palliativ-Arbeitskreis, der u.a. palliativ-medizinische Kolloquien initiiert. Das Haus ist Mitträger des stationären Hospizes in Pforzheim.

## **Umgang mit Verstorbenen**

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

## 2 Mitarbeiterorientierung

KTQ:

### **Personalbedarf**

Die Planung des Personalbedarfs unterstützt über Stellenpläne die Anzahl und Qualifizierung der Mitarbeiter für eine fachlich hochwertige Versorgung. Die Einbeziehung der Mitarbeitervertretung erfolgt regelmäßig bei strukturellen Veränderungen in Abteilungen oder Bereichen. Durch entsprechende Umstrukturierung von Prozessen können den Berufsgruppen flexible Arbeitszeitmodelle angeboten werden. Um die Fluktuation gering zu halten, werden Fortbildungskosten übernommen und verschiedene Aktivitäten zum Thema Beruf und Familie angeboten. Examenschüler erhalten 6 Monate vor Ausbildungsende von der Pflegedirektorin und dem Personaldirektor Vertragsangebote.

### **Personalentwicklung**

Gemäß unserem Leitbild legen wir „für die Entwicklung einer leistungsfähigen Krankenhausorganisation und die Erfüllung unseres diakonisch-caritativen und gesellschaftlichen Auftrags“ auf eine kontinuierliche Aus-, Fort- und Weiterbildung Wert. Das Konzept zur Personalentwicklung umfasst die Aspekte Ausbildung, Fortbildung und Umschulung sowie Karriereplanung und Konfliktbewältigung. Es werden jährliche Mitarbeitergespräche geführt. Das Mitarbeitergespräch ist konzeptualisiert und bietet die Möglichkeit, regelmäßig Feedback zu geben. Es ist ein Ziel, Mitarbeiter so weiterzuentwickeln, dass leitende Positionen dadurch intern besetzt werden können. Es wird Wert darauf gelegt, in der Personalentwicklung die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu unterstützen.

### **Einarbeitung**

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

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

Am Standort des Klinikums ist das SILOAH Bildungszentrum für Pflegeberufe angesiedelt. Die Zusammenarbeit zwischen Schule und den Einsatzorten der Praxisblöcke ist strukturiert geregelt. Die hohe Ausbildungsqualität wird durch verschiedene Konzepte unterstützt. Das Konzept zur Evaluation der Ausbildung umfasst z. B. Gespräche der Lehrkräfte oder Praxisanleiter mit den Schülern, Beurteilungsbögen und Feedbackrunden. Es besteht eine Vereinbarung mit der Dualen Hochschule Karlsruhe zur Ausbildung in den Bereichen Physician Assistant und „angewandte Gesundheitswissenschaften“. Die fachliche und persönliche Weiterentwicklung der Mitarbeitenden hat einen hohen Stellenwert in unserer Personalpolitik. Für die Ausbildung angehender Ärzte im Praktischen Jahr liegen in den

Kliniken die jeweiligen Curricula vor. Für die Planung der Facharztweiterbildung ergibt sich die Grundlage aus der Weiterbildungsordnung der jeweiligen Ärztekammer. Fachweiterbildungen orientieren sich auch am Leistungsspektrum des Hauses. Die Förderung der Kompetenz und Professionalität ist ein wichtiges Ziel im Klinikum. Das Klinikum verfügt über eine Fort- und Weiterbildungseinrichtung. Viele Angebote sind hier für Mitarbeiter des Klinikums kostenfrei. In den Kliniken finden regelmäßig interne, im ärztlichen Dienst regelmäßig auch von der Landesärztekammer offiziell anerkannte Fortbildungen statt. In den jährlichen Zielvereinbarungsgesprächen werden Bedürfnisse und Wünsche der Mitarbeiter erfasst. Bei Veränderungen im Haus oder Einführung von Neuerungen werden Mitarbeiter entsprechend geschult. Alle Pflegekräfte haben über die Fortbildungsplattform „CNE“ (Certified Nursing Education) Zugang zu aktuellen Fachinformationen.

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

Innerhalb der Vorgaben der im Haus geltenden Tarifverträge werden individuelle flexible Arbeitszeiten angeboten. Bei Veränderungen in den organisatorischen Abläufen werden zusätzliche Arbeitszeitmodelle in Zusammenarbeit von Personalabteilung und dem Vorgesetzten erarbeitet. Wünsche der Mitarbeiter und dienstliche Anforderungen werden bei der Entwicklung von Arbeitszeitmodellen miteinander abgestimmt. Der Träger betreibt zwei Kindertagesstätten: eine auf dem Klinikgelände und eine in unmittelbarer Nähe. Diese werden von zahlreichen Mitarbeiterkindern besucht. Im Sommer wird eine dreiwöchige Ferienbetreuung für Mitarbeiterkinder angeboten. Flexible Arbeitszeitmodelle sind in zahlreichen Bereichen eingeführt. Die erneute Zertifizierung im Audit "berufundfamilie" konnte zum dritten Mal erfolgreich absolviert werden.

### **Ideenmanagement**

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

## 3 Sicherheit – Risikomanagement

KTQ:

### Methoden des klinischen Risikomanagements

Ziel unseres Risikomanagements ist es, ein System aufzubauen, in dem Risiken frühzeitig erkannt und zeitnah Maßnahmen zur Gegensteuerung ergriffen werden. Hierzu gehören sowohl die klinischen Risiken wie auch die betriebswirtschaftlichen. Verantwortlich für das betriebswirtschaftliche Risikomanagement sind die Krankenhausbetriebsleitung und der Verwaltungsrat. Im klinischen Risikomanagement wurden in den letzten Jahren zahlreiche Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit umgesetzt. Alle Mitarbeiter haben die Möglichkeit anonym und sanktionsfrei durch Hinweise über das interne Fehlermeldesystem zu der Verbesserung der Patientensicherheit beizutragen. Drei klinische Risikomanager bearbeiten Themen, welche die Patientensicherheit betreffen. In Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen werden besondere Behandlungsverläufe oder Vorkommnisse rückblickend besprochen. Mögliche Risiken für den Patienten werden dargestellt und Maßnahmen besprochen, um diese künftig zu vermeiden.

### Eigen- und Fremdgefährdung

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

### Medizinisches Notfallmanagement

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

### Organisation der Hygiene

Die beiden Hygienefachkräfte arbeiten eng mit dem Krankenhaushygieniker zusammen und werden von hygienebeauftragten Ärzten und hygienebeauftragten Pflegekräften unterstützt. Die Hygienekommission tagt monatlich. Das Haus hat an der Aktion Saubere Hände teil und hat 2020 das Gold-Zertifikat erhalten. Die Informationswege in Hygienefragen sind in den Hygieneplänen festgelegt.

### Hygienerelevante Daten, Infektionsmanagement

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

## **Arzneimittel**

Das Klinikum verfügt über eine hauseigene Apotheke, die für die Bereitstellung der Arzneimittel verantwortlich ist. Die Stationen werden durch Pharmazeutisch-technische Assistentinnen der Apotheke betreut, durch sie erfolgt die Aufnahme der Bestandslücken und das Auffüllen der Vorräte. Das Stellen und das Anwenden der Arzneimittel für die Patienten erfolgt nach ärztlicher Anordnung durch den Pflegedienst. Um Verwechslungen zu vermeiden, werden die Medikamente nach dem Vier-Augen-Prinzip gerichtet. Für den Umgang mit Zytostatika und zur Zubereitung aseptischer Lösungen liegen Betriebsanweisungen vor. Der Umgang mit Betäubungsmitteln ist gemäß den gesetzlichen Vorschriften geregelt. Unerwünschte Wirkungen von Arzneimitteln werden an die Apotheke gemeldet.

## **Labor- und Transfusionsmedizin**

Ein Facharzt für Anästhesie mit den erforderlichen Qualifikationen nach der Hämotherapie-Richtlinie ist als Transfusionsverantwortlicher berufen. In den Kliniken sind jeweils Transfusionsbeauftragte benannt. Eine Transfusionskommission ist eingerichtet. Die Qualitätsmanagementbeauftragte des Blutspendedienstes des Deutschen Roten Kreuzes führt jährlich ein Audit durch.

## **Medizinprodukte**

Das Verfahren zur Einweisung in medizinische Geräte nach der Medizinprodukte-Betreiberverordnung ist festgelegt. Es sind beauftragte Personen in den Bereichen benannt. Die Einweisungen werden dokumentiert. Das Medizinproduktebuch wird in der Medizintechnik geführt. Vorkommnisse und Beinahevorkommnisse werden anhand eines hauseigenen Formulars schriftlich an den Medizintechniker gemeldet. Die Einhaltung der Wartungsintervalle und sicherheitstechnischen Kontrollen wird über ein elektronisches System überwacht.

## **Arbeitsschutz**

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

## **Brandschutz**

In der Brandschutzordnung des Klinikums sind die Melde- und Alarmierungswege sowie die Vorgaben zum Verhalten im Brandfall dargestellt. Kurzformen davon hängen in den Bereichen aus. Zudem gibt es ausführliche Informationen für Mitarbeiter mit Anweisungen zum Handeln sowie einen Flyer, den neue Mitarbeiter bei der Einstellung erhalten. In den Bereichen finden Evakuierungs- und Räumungsübungen statt. Der Brandschutzbeauftragte führt regelmäßige Begehungen durch. In den Bereichen sind Brandschutzhelfer benannt, diese haben Übungen zum Umgang mit dem Feuerlöscher und Evakuierungsübungen durchgeführt.

## **Datenschutz**

Es wird Wert darauf gelegt, dass die gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz im Klinikum eingehalten werden. Die Mitarbeiter werden über ihre Verantwortung im Datenschutz informiert und nehmen regelmäßig an Schulungen teil. Ein Datenschutzbeauftragter und ein Datensicherheitsbeauftragter sind berufen. Sie werden von Datenschutzkoordinatoren unterstützt. Die Regelungen zum Datenschutz im Klinikum sind in einem Datenschutz- und Datensicherheitskonzept beschrieben. Es umfasst zahlreiche schriftliche Regelungen. Alle Rechner, die Internetzugang und E-Mailmöglichkeit haben, sind durch Firewall und Virens Scanner abgesichert. Zum Zugriff auf die elektronisch gespeicherten Patientendaten gibt es ein mit der Softwarefirma entwickeltes abgestuftes Rollenkonzept für die Mitarbeiter.

## **Umweltschutz**

Der sparsame Umgang mit den Ressourcen wird durch Analyse der in Frage kommenden Werte beim Beschaffungsmanagement, durch die kontinuierliche Kontrolle des Einsatzes von Energie und Wasser im Klinikum sowie durch eine Nutzung von Einsparpotentialen bei den technischen Anlagen sichergestellt. Dieses Ziel gibt auch die Regelung zum Umweltschutz im Organisationshandbuch vor. Ein Abfallwirtschaftskonzept ist vom Abfallbeauftragten erstellt. Ein jährlicher Bericht zeigt die Umsetzungen und die Verbesserungspotentiale auf. Seit 2019 sind nachhaltige Entsorger für das Klinikum tätig.

## **Katastrophenschutz**

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

## **Ausfall von Systemen**

Für nichtmedizinische Notfallsituationen liegen Ausfallkonzepte vor. Bei Stromausfall stehen zwei Notstromaggregate bereit. Wichtige medizinische Geräte sind batteriegestützt. Das Klinikum wird von zwei unabhängigen Wassereinspeisungen versorgt. Die Sauerstoffversorgung ist über einen Sauerstofftank und Reserveflaschen gewährleistet. Ein mehrstufiges Firewall-Konzept schützt das Klinikum vor EDV-Angriffen. Durch einen Notbrunnen auf dem Klinikgelände ist die Wasserversorgung sichergestellt.



## 4 Informations- und Kommunikationswesen

KTQ:

### **Netzwerkstruktur und Datensysteme**

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

### **Klinische Dokumentation**

Die Führung der Patientenakte und die Dokumentation in der Patientenakte sind in Verfahrensweisungen geregelt. Die Lesbarkeit und Nachvollziehbarkeit der Dokumentation hat dabei oberste Priorität. Seit 2013 werden Patientenakten nach dem Aufenthalt digitalisiert. Für den ordnungsgemäßen Ablauf hierfür wurden die Abläufe in einer Arbeitsgruppe geklärt und festgelegt. Es sind Vorgaben zur Ablage in der Akte festgelegt, so dass die Dokumente in den entsprechenden Registern zu finden sind.

### **Verfügbarkeit und Archivierung**

Der Zugriff auf die Daten in der elektronischen Patientenakte ist rund um die Uhr sichergestellt. Die Patientenakten aus früheren Aufenthalten seit 2013 werden digital vorgehalten. Bilder der Radiologie stehen auch auf den Stationen digital zur Verfügung. Die Befunde des externen Labors können digital eingesehen werden. Die Dokumentation des Behandlungsverlaufs erfolgt nachvollziehbar. Der Verlauf sowie die Begründungen für die eingeleiteten Maßnahmen werden in der Patientenkurve dokumentiert.

### **Information der Unternehmensleitung**

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

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

Die Telefonzentrale und der Krankenhausempfang sind rund um die Uhr mit einem Mitarbeiter besetzt, in der Zeit von Montag bis Freitag von 9 bis 17 mit zwei Mitarbeitern. Es ist ein wichtiges Anliegen, dass Mitarbeiter zeitgerecht und umfassend über die sie betreffenden Sachverhalte informiert werden. Im Haus ist eine Regelkommunikation eingeführt. Vierteljährlich erscheint eine Mitarbeiterzeitung. Für Patienten sind in den Kliniken behandlungsspezifische Flyer und Informationsblätter, Ethikflyer, Flyer der Klinikseelsorge, Aufklärungsbögen, die auch in verschiedenen Sprachen vorliegen und Informationen aus der Wahlleistungsvereinbarung vorhanden.

## 5 Unternehmensführung

KTQ:

### **Philosophie/Leitbild**

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

### **Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen**

Grundlage für den Führungsstil im Haus ist das christliche Selbstverständnis des Klinikums. Im Leitbild sind Grundsätze für den Umgang miteinander festgelegt. Führungskräfte haben Leitungsseminare besucht. Die verantwortlichen Mitarbeiter werden in Zielplanungen und Veränderungsprozesse mit einbezogen. Es wird auf eine gute Zusammenarbeit mit der Mitarbeitervertretung geachtet.

Weihnachtsfeiern und Betriebsfeste werden von der Krankenhaus-Betriebsleitung zusammen mit der Mitarbeitervertretung organisiert. Es bestehen gesundheitsfördernde Angebote für die Mitarbeiter. Für Mitarbeiterkinder wird eine Ferienbetreuung in den Sommerferien angeboten. Der Geschäftsführer besucht mind. einmal jährlich die Bereiche des Klinikums, um mit den Mitarbeitern vor Ort in Austausch zu kommen und sich einen persönlichen Eindruck von den Aufgaben und Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter zu machen.

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

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

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

Ein Team Unternehmenskommunikation wurde aufgebaut. Die Unternehmenskommunikation unterstützt einerseits die interne Kommunikation und den Informationsfluss innerhalb des Hauses, andererseits verantwortet das Team den Bereich Öffentlichkeitsarbeit, Pressearbeit, Marketing, Social Media und Community Management. Das Corporate Design wurde überarbeitet. Dadurch präsentiert sich die Marke SILOAH in einem einheitlichen Erscheinungsbild. Ärzte des Klinikums haben Kampagnen für die Gesundheitsförderung ins Leben gerufen. Die Krisenkommunikation erfolgt über den Krankenhausedirektor. Für Krisensituationen gibt es eine Handlungsanweisung, in der Kommunikationswege und Verantwortlichkeiten für das Krisenmanagement festgelegt sind.

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

Der Verwaltungsrat entwickelt zusammen mit der Krankenhausbetriebsleitung und in Abstimmung mit den Chefärzten die Zielplanung für das Klinikum. Die Grundlage sind auf der einen Seite der diakonisch-caritative Auftrag des Hauses und auf der anderen Seite die Vorgaben des Landeskrankenhausplan Baden-Württemberg sowie die auf Basis der Budgetverhandlungen und genehmigter Fördergelder zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel; Grundlage sind aber auch die Kompetenzen und Qualifikationen der Mitarbeiter. Strategische Ziele sind u.a., in den nächsten Jahren die starke Position in der Region zu halten, das Leistungsspektrum auszubauen und flexibel auf die sich verändernde Situation bei den gesundheitspolitischen Bedingungen zu reagieren. Ein strukturiertes Kennzahlensystem informiert die Geschäftsführung kontinuierlich.

## **Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement**

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

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

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

Durch die Mitarbeit im Evang. und im Kath. Krankenhausverband stellt sich das Haus seiner gesellschaftlichen Verantwortung als christliches Krankenhaus und beteiligt sich an verschiedenen Projekten und Aktionen der Verbände.

## **Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien**

Die Organisationsstruktur ist im Organigramm dargestellt. Es kann im Intranet von allen Mitarbeitern eingesehen werden. Weitere Strukturen und Kompetenzen sind in Geschäftsordnungen, Dienstanweisungen und Stellenbeschreibungen sowie im Dienstverteilungsplan festgelegt. Die Sitzungen von Leitungsgremien werden protokolliert. Die Kommunikationskultur wird durch regelmäßige Mitarbeiterbefragungen überprüft. Eine Beleg- und Tagesklinik wurde Ende 2019 eröffnet um internen und externen Operateuren das ambulante und belegärztliche Operieren am Klinikum zu ermöglichen.

## **Innovation und Wissensmanagement**

Bei Veränderungen sind die Einbeziehung und eine gezielte Befähigung der Mitarbeiter zur Erfüllung der veränderten Aufgaben durch Fortbildung und die entsprechenden Mittel und

Ausstattung wichtige Grundlagen. Dem kontinuierlichen Ausbau der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter sind wir besonders verpflichtet. Hierin sehen wir eine wesentliche Grundlage unserer Zukunftssicherung. Durch ein eigenes Weiterbildungszentrum stellen wir ein regelmäßiges Angebot sicher. Das Siloah St. Trudpert Klinikum ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Heidelberg.

## 6 Qualitätsmanagement

KTQ:

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

Im Klinikum ist ein internes Qualitätsmanagementsystem umgesetzt. Verantwortlich für die Steuerung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems ist die Krankenhausbetriebsleitung. Sie wird unterstützt durch eine interdisziplinäre Steuerungsgruppe. Eine Qualitätsmanagement-Konferenz der Qualitätsbeauftragten der Kliniken und Bereiche findet quartalsweise statt. Das Überprüfungskonzept umfasst Befragungen, Audits, Begehungen, ein Rückmeldungsmanagement, Auswertung von Statistiken und Reportings. Ausgehend von der Qualitäts- und Risikopolitik sowie den Ergebnissen aus den Überprüfungen werden jährlich Qualitäts-Ziele für das Klinikum festgelegt.

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

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

Ausgehend von der Prozesslandschaft des Klinikums werden Prozesse analysiert und Verbesserungen bearbeitet. Beteiligte Mitarbeiter sind hierbei in Projektgruppen und Qualitätszirkel eingebunden. Die Bereiche Qualitäts- und Risikomanagement, Interne Revision, Datenschutz sowie Prozessmanagement sind zu einer neuen Stabsstelle "Siloah Corporate Governance" zusammengefasst worden. Dadurch konnten Schnittstellen gebündelt und eine umfassendere Unterstützung der Geschäftsführung ermöglicht werden. Es werden kombinierte Audits durchgeführt, dadurch können Risiken frühzeitig erkannt und präventive Maßnahmen erarbeitet werden. Zudem können gut organisierte Arbeitsabläufe einzelner Bereiche erkannt und möglichst für das gesamte Klinikum angewandt werden.

### **Patientenbefragung**

Die Patienten werden kontinuierlich befragt. Die Ergebnisse werden in der Krankenhausbetriebsleitung analysiert und Maßnahmen abgeleitet. Auch ambulante Patienten werden befragt. In stark frequentierten Bereichen haben Patienten die Möglichkeit, anhand eines Feedbackterminals Rückmeldung zur Wartezeit zu geben. Eine Befragung der Patienten der Notaufnahme wird durchgeführt. Die Ergebnisse werden den an der Behandlung Beteiligten vorgestellt, Maßnahmen abgeleitet und umgesetzt.

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

Im Jahr 2019 wurde ein Institut mit der Einweiserbefragung beauftragt. Die aufgezeigten Verbesserungspotentiale werden mit den Verantwortlichen besprochen und Maßnahmen festgelegt. Weiterbetreuende Einrichtungen werden im Rahmen des Entlassmanagements durch einen Rückmeldebogen befragt. Eine Befragung des Rettungsdienstes wurde durchgeführt und entsprechende Maßnahmen in der Projektgruppe ZNA Neuorganisation abgeleitet.

## **Mitarbeiterbefragung**

Alle drei Jahre wird eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt. Ziel ist es, damit die Mitarbeiterzufriedenheit zu verbessern, die Wertschätzung der Mitarbeiter von Seiten der Krankenhausbetriebsleitung zum Ausdruck zu bringen sowie die Ergebnisse für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu nutzen. Ein externes Institut begleitet das Projekt und wertet die Fragebögen aus. Die Ergebnisse werden mit den Werten aus anderen Einrichtungen im Gesundheitswesen verglichen.

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

Zur Förderung des Problembewusstseins, zur Stärkung der Motivation der Mitarbeiter sowie zur Verbesserung des Betriebsgeschehens ist im Haus ein strukturiertes betriebliches Vorschlagswesen eingeführt. Mitarbeiterideen und –rückmeldungen werden auch in den Teambesprechungen aufgenommen und von den Abteilungsleitungen weiterverfolgt. Die Rückmeldungen und Ideen von Patienten, Angehörigen und Besuchern haben für uns eine wichtige Bedeutung, weil wir so wertvolle Hinweise über unserer Arbeit erhalten können. Deshalb haben wir im Haus ein strukturiertes Rückmeldungsmanagement eingeführt. Den Patienten wird bei der administrativen Aufnahme ein Bogen ausgehändigt, auf dem Wünsche, Anregungen und Beschwerden geäußert werden können. Rückmeldungen werden innerhalb eines vorgegebenen Zeitfensters bearbeitet.

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

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