



**ORTENAU  
KLINIKUM**

Lahr-Ettenheim



Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen

## **KTQ-QUALITÄTSBERICHT**

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

<b>Krankenhaus:</b>	<b>Ortenau Klinikum Lahr-Ettenheim</b>
<b>Institutionskennzeichen:</b>	260833520
<b>Anschrift:</b>	Klosterstrasse 19 77933 Lahr
<b>Ist zertifiziert nach KTQ<sup>®</sup> mit der Zertifikatnummer:</b>	2017-0063 KHVB
<b>durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:</b>	LGA InterCert GmbH, Nürnberg
<b>Gültig vom:</b>	23.12.2017
<b>    bis:</b>	22.12.2020
<b>Zertifiziert seit:</b>	01.12.2005

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b>	<b>5</b>
<b>Die KTQ-Kategorien</b>	<b>6</b>
1. Patientenorientierung	7
2. Mitarbeiterorientierung	10
3. Sicherheit - Risikomanagement	12
4. Informations- und Kommunikationswesen	15
5. Unternehmensführung	16
6. Qualitätsmanagement	18

## Vorwort der KTQ®

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

Gesellschafter der KTQ® sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf 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® 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 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.

Während der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren<sup>®</sup> gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Dieser KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 55 Kriterien des KTQ-Kataloges Version 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, dem **Ortenau Klinikum Lahr-Ettenheim** 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

**F. Wagner**

Für den Deutschen Pflegerat

## Vorwort der Einrichtung

Das "ORTENAU KLINIKUM Lahr-Ettenheim - Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Freiburg i. Br." ist Teil des Klinikverbunds und Eigenbetriebs "ORTENAU KLINIKUM" in der Trägerschaft des Ortenaukreises. Als Zusammenschluss der beiden Klinikstandorte Lahr und Ettenheim zu einem gemeinsamen Plankrankenhaus der Zentralversorgung hat es 488 Planbetten und insgesamt rund 1.350 Beschäftigte.



Der Standort Lahr umfasst die Bereiche Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie sowie Urologie, Unfall-, Orthopädische und Wirbelsäulenchirurgie, Innere Medizin mit Kardiologie und Gastroenterologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Neurologie, Hals-Nasen- und Ohrenheilkunde, Anästhesie und operative Intensivmedizin, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Radiologie und Pathologie.

Der Standort Ettenheim umfasst die Bereiche Chirurgie, Innere Medizin und Schmerztherapie.

Peter Kirsch

Verwaltungsdirektor

Dr. Werner Lindemann

Ärztlicher Direktor

H. J. Kargoll

Pflegedirektor

Lahr im November 2017

# Die KTQ-Kategorien

## 1. Patientenorientierung

### 1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Die Klinik liegt am Rande der Stadt, ist mit Bus und Auto gut erreichbar. Parkplätze (gebührenpflichtig in LR) stehen direkt am Haus und nichtgebührenpflichtig (LR und Ett.) in der Nähe des Hauses zur Verfügung. Behindertenparkplätze Kurzzeitparkplätze und Frauenparkplätze sind direkt am Eingang. Ein Hub-schrauberlandeplatz wird in Lahr vorgehalten. Innerhalb der Klinik wird die Orientierung durch ein einheitliches Wegeleitsystem unterstützt. Notfälle werden in den entsprechenden Notaufnahmen versorgt. Im Vorfeld der stationären Behandlung werden die Patienten schon über den Klinikaufenthalt informiert. Die Patienten haben die Möglichkeit sich im Vorfeld des stationären Aufenthaltes umfassend über die Klinik-Homepage zu informieren.

### 1.1.2 Leitlinien und Standards

Die Leitlinien der Fachgesellschaften sind Grundlage und Orientierung für medizinische Entscheidungen und die Entwicklung hausinterner Standards. Sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Bereich liegen der Durchführung der Patientenbehandlung auch hausinterne Leitlinien, Standards und Schemata zugrunde. Die Verfahrensanweisungen und Standards unterliegen durch ihre Lenkung als Dokument einer vorgegebenen Rezension.

### 1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Zentrale Punkte unsers Wirkens zum Wohle des Patienten haben wir im Leitbild festgeschrieben. Patienten und Angehörige werden umfassend mit Flyern und anderen Medien über das Leistungsangebot informiert. Diese Informationen werden auch abteilungsspezifisch zur Verfügung gestellt. Grundsätzlich besteht die Möglichkeit der Mitaufnahme eines Elternteils oder Angehörigen bei psychosozialer Indikation. Zur Optimierung der Kommunikation mit ausländischen Patienten steht eine Dolmetscherliste zur Verfügung. Individuelle, unterstützende Angebote für Patienten liegen vor, ebenso die Möglichkeit von Patienten- und Angehörigenschulungen. Kontakte zu Selbsthilfegruppen und deren Informationen sind sichergestellt.

### 1.1.4 Ernährung und Service

Die Patientenzimmer sind ansprechend und praktisch ausgestattet, sie verfügen zum größten Teil über Nasszellen. Nahezu alle Stationen verfügen über einen Trinkbrunnen, an dem kostenlos Wasser angeboten wird. Unsere Patienten können sich das Frühstück aus 38 verschiedenen Komponenten zusammensstellen. Für Kinder gibt es einen speziellen Kinderspeiseplan. Das Mittag- und Abendessen besteht aus 4 verschiedenen Menüvorschlägen. Ernährungsgewohnheiten werden abgefragt und in der Menüplanung berücksichtigt. Sonderwünsche bzgl. der Kost wie z. B. vegetarische oder vegane Kost werden angeboten. Religiöse und kulturelle Belange werden berücksichtigt. Diäten werden fachgerecht zubereitet, Ernährungs- und Diätberatungen werden angeboten. Individuelle Kostwünsche werden möglichst realisiert. Die Ablauforganisation des Transportes gewährleistet ein frisches, warmes und hygienisch einwandfreies Essen.

### *1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung*

Notfallpatienten werden in den Notfallambulanzen behandelt. Der Facharztstandard ist über Bereitschafts- oder Hintergrunddienste in allen Abteilungen gewährleistet. Der aufnehmende Arzt erhebt die Anamnese und den Status, es werden ersttherapeutische und diagnostische Ziele festgelegt und Maßnahmen abgeleitet. Der Aufnahmeprozess ist einheitlich durch Verfahrensanweisungen geregelt. Bei Bedarf werden Angehörige, Eltern oder der gesetzliche Betreuer in Behandlungs- und Therapieplanung einbezogen. Vorgaben zur Sicherstellung einer geregelten und effektiven Diagnostik existieren in Form von Standards, Leitlinien und internen Verfahrensanweisungen. Im Rahmen des zertifizierten Traumazentrums existieren standardisierte Regelungen zur Übernahme der Patienten.

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

Die Indikationsstellung für die therapeutischen Prozesse erfolgt auf der Grundlage einer detaillierten Diagnostik. Die ambulante Versorgung in den Fachambulanzen findet dezentral statt. Sprechstunden der Chefärzte (teilweise im MVZ) sowie die Spezialsprechstunden sind fester Bestandteil der ambulanten Versorgung. Bereits bei der Terminvereinbarung wird der Patient darauf hingewiesen, Vorbefunde zum Termin mitzubringen. Die elektive ambulante Versorgung wurde 2017 um eine Spezialsprechstunde Fußchirurgie ergänzt.

### *1.3.2 Ambulante Operationen*

Am Standort Lahr steht für ambulante Eingriffe fachabteilungsübergreifend eine Kurzliegerstation/Tagesklinik zur Verfügung, in Ettenheim sind zwei Zimmer für ambulante Patienten eingerichtet. In der Sprechstunde werden Vorbefunde, Risiken und Lebensumstände erfragt. Gegebenenfalls werden Voruntersuchungen in Abstimmung mit den Zuweisern im Vorfeld veranlasst. Wünsche der Patienten werden bei der Terminvergabe selbstverständlich berücksichtigt. Die Schmerztherapie nach der Operation erfolgt nach Arztanordnung, falls erforderlich erhält der Patient Medikamente bis zum nächsten möglichen Arztbesuch mit nach Hause. Bei der Abschlussuntersuchung wird über die Entlassungsfähigkeit entschieden. Jeder Patient erhält bei der Entlassung den Arztbrief zur Weitergabe an den weiterbehandelnden Arzt.

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

Die Grundlage der Behandlungsplanung sind die Leitlinien der Fachgesellschaften, sowie zusätzlich hausinterne Standards und Verfahrensanweisungen. In den Verfahrensanweisungen Behandlungsplanung und Aufnahme auf Station sind unsere Planungen, Zeitziele sowie Art und Umfang der Anamneseerhebung, der körperlichen Untersuchung und der notwendigen Diagnostik festgelegt. Dieses bildet die Grundlage für die weitere Behandlung. Der Patient und auf Wunsch auch die Angehörigen werden umfassend über die erforderlichen bzw. empfehlenswerten diagnostischen Schritte informiert und in die Behandlungsplanung einbezogen. Jede Maßnahme wird in die Patientendokumentation aufgenommen. Interdisziplinäre und multiprofessionelle Besprechungen finden regelmäßig statt.



#### *1.4.2 Therapeutische Prozesse*

Die Indikationsstellung für die therapeutischen Prozesse erfolgt auf der Grundlage einer detaillierten Diagnostik. Die therapeutischen Maßnahmen erfolgen leitlinienkonform. Neben den Leitlinien der entsprechenden Fachgesellschaften orientieren sich die therapeutischen Prozesse auch an hausinternen Standards. Der Austausch der am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen findet im Rahmen der täglichen Visiten oder situativ statt. So kann der Patient in alle Versorgungs- und Behandlungsschritte einbezogen werden. Im persönlichen Gespräch zwischen Patient, Arzt und Pflegekraft werden individuell diagnostische Befunde, Änderungen der Medikation oder anstehende Untersuchungen eingehend besprochen. Die Schmerztherapie erfolgt gemäß den entsprechenden krankenhauses internen SOPs (Standard Operating Procedure)

#### *1.4.3 Operative Prozesse*

In unserem Haus werden Operationen mit ambulantem und stationärem Aufenthalt vorgenommen. Die Koordination der operativen Behandlungen erfolgt im Rahmen der berufsgruppenübergreifend erarbeiteten OP-Richtlinie (OP-Statut). Am Standort Lahr ist ein zentrales OP-Zentrum mit zehn OP-Sälen und modernster Technik eingerichtet. Das OP-Modul im KIS gestattet eine langfristige Planung von geplanten Operationen. Notfälle können am Standort Lahr jederzeit online in den OP-Ablauf integriert werden. Der OP-Plan kann für Berechtigte online über das Krankenhausinformationssystem eingesehen werden. Außerdem ist eine OP-Steuerungsgruppe etabliert.

#### *1.4.4 Visite*

Die Prozesse und Verantwortlichkeiten einer ärztlichen Visite sind in der gleichlautenden Verfahrensanweisung festgelegt. Die Visitenzeiten werden innerhalb der einzelnen Fachabteilungen festgelegt und sind den in den Zimmern ausgehängten Patienteninformationen zu entnehmen. Visiten stellen sicher, dass die Behandlung überwacht, koordiniert und weitere Behandlungsschritte mit dem Patienten gemeinsam besprochen werden. Für alle Patienten des Hauses finden täglich ärztliche Visiten statt. Mindestens einmal pro Woche wird eine Oberarztvisite und Chefarztvisite durchgeführt. Bei Bedarf werden weitere Fachkräfte wie die Physiotherapie, Sozialdienst, Onkologische Fachkraft oder die Brückenpflege zur Visite hinzugezogen. Auf den Intensivstationen werden mehrfach täglich Visiten und Übergabevisiten durchgeführt.

#### *1.5.1 Entlassungsprozess*

Die Verfahrensanweisung "Entlassung" regelt für alle beteiligten Berufsgruppen verbindlich den Entlassungsprozess. Die Planung der Entlassung beginnt mit der Aufnahme und umfasst eine hohe Kooperation mit allen beteiligten Berufsgruppen. Die Entlassung oder Verlegung wird bei der täglichen Visite mit dem Patienten besprochen. Wo erforderlich werden hierfür: Sozialdienst, Brückenpflege und Pflegeexperten frühzeitig eingeschaltet. Bei Entlassung oder Verlegung des Patienten werden neben einem Arztbrief alle weiteren relevanten Unterlagen (Befunde etc.) mitgegeben. Für die Weiterversorgung notwendige Informationen werden vorab übermittelt und bei der Entlassung mitgegeben.

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

Die persönlichen Bedürfnisse des Sterbenden stehen in den letzten Lebensphasen im Mittelpunkt unserer Bemühungen. Das Klinikum ist bestrebt, sterbenden Patienten und deren Angehörigen die bestmögliche Unterstützung zukommen zu lassen. Das Handbuch "Sterbende begleiten" ist für alle Bereiche verbindlich und stellt eine umfassende Regelung dar. Die Zusammenarbeit mit dem ansässigen Hospizverein auf der Palliativstation ist eng; hier steht die angepasste Schmerztherapie in Zusammenarbeit mit der Anästhesie im Vordergrund. Eine individuelle Betreuung und Begleitung der Sterbenden und Angehörigen ist bei Bedarf durch die Klinikseelsorger evangelischen, katholischen oder islamischen Glaubens sichergestellt.

### *1.6.2 Umgang mit Verstorbenen*

Das Klinikum hat den würdevollen Umgang mit Verstorbenen und Tot- und Fehlgeburten im Handbuch "Sterbende begleiten" verbindlich geregelt. Ziel ist es, Patienten und begleitenden Angehörigen den Aufenthalt so angenehm wie möglich zu gestalten. Wir schaffen eine Atmosphäre, in der ein würdevolles Sterben möglich ist. Auf spezielle Wünsche und kulturelle Bedürfnisse gehen wir im Rahmen unserer Möglichkeit ein. Die Hilfe und Unterstützung der Seelsorger mehrerer Konfessionen sowie die der Mitarbeiter des Sozialdienstes kann in Anspruch genommen werden.

## **2. Mitarbeiterorientierung**

### *2.1.1 Personalbedarf*

Die Planung des Personalbedarfs umfasst die Bereitstellung einer angemessenen Zahl an entsprechend qualifizierten Mitarbeitern. Sie erfolgt mind. 1x jährlich an Hand des Stellenplans und wird bei Bedarf dem Leistungsspektrum angepasst. Bei aktuellen, strukturellen Veränderungen kann die Anpassung auch unterjährig erfolgen. Überprüft werden der Stellenplan und seine Einhaltung durch ein monatliches Controlling. Die Personalabteilung ermittelt die Fehlzeiten. Ein Betriebliches Gesundheits- und Eingliederungsmanagement ist etabliert.

### *2.1.2 Personalentwicklung*

Die Personalentwicklung wird als strategischer Erfolgsfaktor betrachtet. Das Ziel ist, die Patientenversorgung auf dem jeweils aktuellen Stand zu halten. Jeder Mitarbeiter wird entsprechend seinen Fähigkeiten eingesetzt und durch interne und externe Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen gefördert. Wesentliche Elemente bei der Personalentwicklung sind Mitarbeitergespräche. Aus dem Organigramm des Hauses geht die organisatorische Einordnung einer Stelle hervor. Bei Neueinstellungen wird neben der fachlichen Qualifikation auch auf die soziale Kompetenz und (bei Führungskräften) die Qualifikation im Management geachtet.

### *2.1.3 Einarbeitung*

Durch ein einheitlich strukturiertes Einarbeitungskonzept für alle Bereiche der Klinik wird der Notwendigkeit der qualifizierten Einarbeitung Rechnung getragen. Die Dokumentation erfolgt auf dem als "Checkliste" aufgebauten Konzept des jeweiligen Bereiches. Während der Einarbeitung finden protokollierte Erst-, Zwischen- und Abschlussgespräch statt. Jeder neue Mitarbeiter erhält vor seinem ersten Arbeitstag eine

umfangreiche Informationsmappe mit den wichtigsten strukturellen und organisatorischen Grundlagen. In einem Mitarbeiterführungstag, jeweils zum Quartalsbeginn, stellen sich verschiedene zentrale Bereiche der Klinik vor. Zusätzlich wird seit 2016 ein halber Tag zur Erweiterung der Einführung für Ärzte veranstaltet (Hygiene, Reanimation, Arzneimittel etc.).

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

Unsere Klinik ist akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Freiburg und vermittelt jährlich PJ-Studenten praktische Fähigkeiten. Im Klinikum ist ein Bildungszentrum für Gesundheits- und Pflegeberufe, eine Weiterbildungsstätte Intensivpflege und Anästhesie sowie für den Operationsdienst angegliedert. Im Bildungszentrum werden auch Stationsleitungen und Praxisanleiter qualifiziert. Die Schüler/ Fachweiterbildungsteilnehmer werden in den Bereichen durch ausgebildete Praxisanleiter betreut. Die Theorie - Praxisvernetzung ist durch die Anleitung vor Ort sichergestellt; die Praxisanleiter treffen sich mehrmals jährlich mit den Lehrkräften. Der Bedarf an Fort- und Weiterbildungen wird jährlich durch die Abteilungs- und Bereichsleitungen festgestellt. Eine online-Bibliothek für Fachzeitschriften ist für alle Mitarbeiter zugänglich. Regelmäßig finden abteilungsinterne Fortbildungen statt.

Als akademisches Lehrkrankenhaus ermöglichen wir die Weiterbildung zum Facharzt. Ferner werden Ausbildungen als Operationstechnische Assistenten, Medizinische Fachangestellte, Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte, Fachkraft für Lagerlogistik und das BA Studium "Bachelor of Arts" Fachrichtung Gesundheitsmanagement angeboten.

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

Der Einsatz der Arbeitszeitressource erfolgt effizient und sichert eine kontinuierlich gute Patientenversorgung. Die Arbeitszeitregelungen sind unter Berücksichtigung der betrieblichen Belange und der Belange der Mitarbeiter eingeführt. Ein Dienstplanprogramm wird in allen Arbeitsbereichen der Klinik zur Arbeitszeiterfassung/-dokumentation eingesetzt. Dienst- und Urlaubspläne werden in Abstimmung mit den Mitarbeiterwünschen erstellt. Im Rahmen der Dienstplanung wird monatlich ein Abgleich Soll- und Ist-Arbeitszeiten durchgeführt.

Den Mitarbeitern steht ein umfangreiches Angebot an Gesundheitsleistungen zur Verfügung (z. B. Arbeitsplatzberater, Weight Watchers). Zudem erscheint 2x im Jahr ein Programm zur Gesundheitsvorsorge, an welchem die Mitarbeiter kostenlos teilnehmen können.

#### *2.1.6 Ideenmanagement*

Die Mitarbeiter haben die Möglichkeit Ideen, Wünsche und Beschwerden direkt mit ihrem Vorgesetzten oder mit der jeweils zuständigen Person zu besprechen. Im Intranet steht den Mitarbeitern ein Einreichungsvordruck zur Verfügung. In der Dienstvereinbarung für das Betriebliche Vorschlagswesen ist das Procedere festgelegt. Eine Bewertungskommission, der auch der Personalrat angehört, prüft die Vorschläge bzw. deren Umsetzung und leitet entsprechende Maßnahmen ein.

### **3. Sicherheit - Risikomanagement**

#### *3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements*

Die Zielsetzung des Risikomanagements dient der Identifikation, Bewertung, Steuerung und Berichterstattung von Risiken. Durch eine systematische Beschäftigung mit den Risiken können diese erkannt, bewertet und entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden, die darauf abzielen, dass aus Risiken keine Schäden entstehen bzw. entstandene Schäden in ihrem Ausmaß begrenzt werden.

Eine Dienstvereinbarung zum Umgang mit kritischen Ereignissen (CIRS) ist abgeschlossen. Wir nutzen dieses strukturierte Meldeverfahren für kritische Ereignisse, die im Hinblick auf möglichen Ursachen analysiert werden. Seit 2016 werden alle CIRS-Fälle standortübergreifend erfasst.

#### *3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung*

Jeder der an der Patientenbetreuung beteiligte Mitarbeiter ist für die Gewährleistung der Patientensicherheit verantwortlich. Die Sicherheit unserer Patienten wird durch diverse bauliche und organisatorische Maßnahmen gewährleistet. Patienten mit zusätzlichem Betreuungsaufwand erfahren verstärkte Zuwendung, Kinder können von ihren Eltern begleitet werden. Wir verwenden Patientensicherungssysteme um orientierungslose Patienten und Neugeborene zu schützen. Der Neubau-Südbau enthält fest installierte Patientensicherungssysteme. Im OP wird die WHO-Sicherheitscheckliste angewendet.

#### *3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement*

Das Notfallmanagement ist in unserem Haus durch die Verfahrensanweisung "Cardiopulmonale Reanimation (CPR) und Organisation des CPR-Teams" klar geregelt. Im Notfall wird das Notfallteam über eine einheitliche Notrufnummer alarmiert, die jedem Mitarbeiter bekannt ist. Die einheitliche Notrufnummer 2277 unterstützt den sofortigen Einsatz von qualifizierten Notfall / Reanimationsteams. In allen relevanten Bereichen sind Notfallkoffer vorhanden, an zentralen Bereichen sind Notfallwagen stationiert. Mitarbeiterschulungen werden in Pflichtseminaren zur Reanimation durchgeführt.

#### *3.1.4 Organisation der Hygiene*

In der Klinik wird ein systematisches Verfahren zur effektiven Prävention und Kontrolle von Infektionen eingesetzt. Klinikhygieniker sind für alle Kliniken des Trägers eingesetzt. Das Klinikum verfügt über Hygienefachkräfte, hygienebeauftragte ÄrztInnen und Hygienebeauftragte von Stationen und Funktionsbereichen. Alle hygienerelevanten Dokumente sind im Intranet verfügbar. Sitzungen der Hygienekommission finden regelmäßig statt, werden protokolliert und im Intranet veröffentlicht. Die Einhaltung der Hygienepläne wird durch die strukturierten Begehungen der Hygienefachkräfte überwacht.

#### *3.1.5 Hygienerelevante Daten, Infektionsmanagement*

Für die Analyse hygienerelevanter Bereiche und der entsprechenden Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen werden krankenhausesweit hygienerelevante Daten erfasst, sodass bei Abweichungen von der Norm erforderliche Maßnahmen getroffen werden können. Die Ergebnisse der mikrobiologischen Untersuchungen werden einer Auswertung und der Planung von Verbesserungsmaßnahmen zugeführt. Auch wenn Symptome von meldepflichtigen Infektionen auftreten, werden unverzüglich Maßnahmen eingeleitet, um Patienten und Mitarbeiter nicht zu gefährden und weitere Infektionen zu vermeiden. In den Hygiene-

standards sind Maßnahmen zur Infektionsprävention und Vorgaben zum Umgang mit infizierten Patienten verschiedener Infektionserkrankungen beschrieben. Ein MRE-Aufnahme-Screening wird nach Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts durchgeführt.

### *3.1.6 Arzneimittel*

Die Versorgung mit Arzneimitteln ist durch die Zentralapotheke geregelt und gesichert. Die Planung der zur Anwendung kommenden Arzneimittel obliegt der Arzneimittelkommission. Die Arzneimittelliste wird unter Berücksichtigung von ökonomischen Gesichtspunkten und den aktuell vorliegenden Therapieempfehlungen aktualisiert und angepasst. Die Anwendung von Arzneimitteln wird durch eine Dienstanweisung geregelt und ausschließlich von Ärzten angeordnet. Der Umgang mit Betäubungsmitteln und Zytostatika sowie das Vorgehen bei unerwünschten Nebenwirkungen und Arzneimittelreaktionen sind festgelegt. Der täglich notwendige Vorrat an Arzneimitteln ist in jedem Arbeitsbereich vorhanden. Versorgungsassistenten bedienen das Arzneimittelsortiment auf den Stationen.

### *3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin*

Im Klinikum ist eine Transfusionskommission eingerichtet, die in regelmäßigen Abständen tagt. Transfusionsbeauftragte sind für alle transfundierenden Fachabteilungen benannt. Um den Patienten größtmögliche Sicherheit zu bieten, bestehen ausführliche Dienstanweisungen zum Umgang mit Blut und Blutprodukten sowie zum Einsatz dieser Verfahren. Hämotherapieaudits werden durchgeführt. Seit dem 01.06.2017 ist das Patient Blood Management etabliert.

### *3.1.8 Medizinprodukte*

Um unseren Patienten größtmögliche Sicherheit zu geben, werden nur technisch einwandfreie Geräte betrieben. Gerätebeauftragte sind in allen relevanten Arbeitsbereichen benannt. Jeder Mitarbeiter, der Medizinprodukte anwendet, wird eingewiesen. Die zentrale Koordinationsstelle für den Umgang mit Medizinprodukten bildet die Medizintechnik. Die Wartung der Medizinprodukte wird ausschließlich von qualifizierten Mitarbeitern in der Medizintechnik und externen Firmen durchgeführt.

### *3.2.1 Arbeitsschutz*

Der Sicherheit der Mitarbeiter an ihrem Arbeitsplatz wird eine hohe Priorität eingeräumt. Alle sicherheitsrelevanten Aspekte sind in Betriebsanweisungen und Standards geregelt und jedem Mitarbeiter zugänglich. Das Klinikum verfügt über einen Betriebsarzt sowie über Sicherheitsbeauftragte. Auf Trägerebene ist eine Fachkraft für Arbeitssicherheit und Ökologie bestellt. Regelmäßige Pflichtschulungen werden durchgeführt. Der physiotherapeutische Arbeitsplatzberater berät die Mitarbeiter an ihrem Arbeitsplatz, um gesundheitliche Folgeschäden zu vermeiden. Arbeitsplatzbegehungen werden von der Fachkraft für Arbeitssicherheit und dem Arbeitsplatzberater durchgeführt. Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen gehören zum Standard.

### *3.2.2 Brandschutz*

Eine Brandschutzordnung mit Anweisungen zur Verhütung von Bränden und Verhaltensregeln im Brandfall sind erstellt und werden in definierten Intervallen überarbeitet. Flucht- und Rettungspläne, Feuerwehrpläne entsprechen den einschlägig gesetzlichen Vorgaben. Ein Brandschutzbeauftragter ist bestellt.

Brandschutzunterweisungen sichern das sachgerechte Vorgehen im Brandfall. Der Feuerwehrplan ist an allen strategisch bedeutsamen Stellen hinterlegt. Brandschutzunterweisungen werden jährlich für alle Mitarbeiter durchgeführt und mitarbeiterbezogen dokumentiert.

### *3.2.3 Datenschutz*

Grundlage für den Datenschutz ist das Landesdatenschutzgesetz sowie das Landeskrankenhausgesetz. Sämtliche Kernbereiche der Klinik sind über ein IT-Netzwerk miteinander verbunden. Der Zugang zum internen Datennetz ist nur über eine persönliche Benutzerkennung möglich, die von der IT-Abteilung verwaltet wird. Eine Datenschutzbeauftragte ist benannt. Auf Wunsch eines Patienten kann die Auskunft über seinen Aufenthalt mit einem Sperrvermerk versehen werden. Für die Datenübertragung nach § 301 wird ein Verschlüsselungsprogramm verwendet. Jeder neue Mitarbeiter erhält ein Merkblatt, dessen Erhalt und Kenntnisnahme er durch Unterschrift bestätigen muss.

### *3.2.4 Umweltschutz*

Die Umweltziele sind im Leitbild und in der Dienstanweisung manifestiert. Eine Abfallstatistik wird jährlich geführt und ermöglicht den Vergleich mit den anderen Kliniken des Trägers. Der Bedeutung des Umweltschutzes wird dadurch Rechnung getragen, dass dies auch im Rahmen des Mitarbeiterführungstages vorgestellt wird. Regelmäßige Beiträge in der Mitarbeiterzeitung tragen dazu bei, die Mitarbeiter nachhaltig zu sensibilisieren. Der Arbeitskreis Entsorgung und Ressourcenschonung ist schon seit Jahren etabliert und tagt in regelmäßigen Intervallen. Das Ortenau Klinikum hat an dem Projekt Sauber+ teilgenommen und dadurch repräsentative Erkenntnisse gewonnen.

### *3.2.5 Katastrophenschutz*

Die zuverlässige, praxistaugliche Umsetzung des Katastrophenschutzes in der Region wird gewährleistet. Das Klinikum übernimmt die ihm zugewiesenen Aufgaben im Katastrophenschutz entsprechend seiner medizinischen und logistischen Leistungsfähigkeit als Akut-Krankenhaus bei sog. externen Katastrophen im Ortenaukreis. Die Verantwortlichkeiten für den Katastrophenschutz sind im Alarm- und Einsatzplan festgelegt. Darin enthalten sind die notwendigen Maßnahmen und Ansprechpartner für interne und externe Katastrophen. Der Alarm- und Einsatzplan wird nach festgelegten Intervallen aktualisiert und mit allen Beteiligten abgestimmt. Es finden unangekündigte Evakuierungssimulationen in Kooperation mit der örtlichen Feuerwehr statt.

### *3.2.6 Ausfall von Systemen*

Im Technischen Ausfallkonzept für den Störfall sind alle Arten von technischen Ausfällen beschrieben. Regelungen zum Umgang mit nichtmedizinischen Notfallsituationen finden sich im Alarm- und Einsatzplan. Strukturen zur Vermeidung von nichtmedizinischen Notfallsituationen wurden geschaffen. Für die Mitarbeiter der Pforte sind spezielle Anweisungen und eine Protokollvorlage enthalten. Ausfallkonzepte liegen vor. An beiden Standorten ist jeweils 1 Notstromaggregat im Einsatz, welche monatlich überprüft werden. Durch Notstromtests in Lahr und Ettenheim wird der externe Stromausfall simuliert. Es sind diverse Informationswege bei Systemausfällen eingerichtet.

## 4. Informations- und Kommunikationswesen

### 4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Unseren Mitarbeitern stehen jederzeit folgende verschiedene Informationstechnologien (IT) zur Unterstützung ihrer Arbeit zur Verfügung: Klinikinformationssystem sowie funktionspezifische IT-Systeme, Intranet und Internet. Das Klinikum betreibt ein Krankenhausinformationssystem, über das alle Arbeitsplätze vernetzt sind. Es steht dabei krankenhausspezifische Software zur Verfügung. Die Zugangsmöglichkeiten sind benutzerspezifisch geregelt. Die Verfügbarkeit der IT-Systeme wird zeitlich uneingeschränkt durch Datensicherung und unterbrechungsfreie Stromversorgung (USV-Anlage) sichergestellt. Ein EDV-Ausfallkonzept liegt vor.

### 4.2.1 Klinische Dokumentation

In einer Dienstanweisung zur ordnungsgemäßen Dokumentation der Krankenhausbehandlung ist der Umgang zur Führung von Krankenakten verbindlich festgelegt (Führung/ Umgang/ Archivierung/ Verbleib und Ausleihen von Krankenakten). Die Struktur der zu archivierenden Papierpatientenakte ist durch eine Checkliste zur Archivierung festgelegt. Eine Datenschutzbeauftragte Mitarbeiterin ist benannt. Die administrativen Patientendaten werden im Krankenhausinformationssystem erfasst und verwaltet.

### 4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

Über das elektronische Krankenhausinformationssystem sind z. B. die Stammdaten, aktuelle Laborbefunde, Arztbriefe oder OP-Berichte und auch die Ergebnisse von Voraufenthalten für berechtigte Mitarbeiter abrufbar. Die Patientenakten werden systematisiert in den Archiven in LR und ETT abgelegt. Akten und Patientenkurven sind zeitlich uneingeschränkt für das Behandlungsteam verfügbar. Die Daten früherer Aufenthalte stehen zur Verfügung und können somit in die Behandlung einfließen. Der Zugriff auf Daten stationärer Patienten im EDV-System ist für berechtigte Personen uneingeschränkt möglich. Ambulanzarchive sind zu den üblichen Öffnungszeiten zugänglich. Bei jedem Krankenhausaufenthalt wird eine neue Akte angelegt, die bei Archivierung zu einer Akte zusammengeführt wird.

### 4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Die Krankenhausleitung wird regelmäßig über Entwicklungen und Vorgänge im Krankenhaus informiert und nutzt diese Informationen zur Einleitung verbessernder Maßnahmen. Die Weitergabe organisatorischer Informationen ist durch regelmäßig tagende Kommissionen und Gremien sichergestellt. In einer all-gemeingültigen Geschäftsordnung sind die Aufgaben und Kompetenzen festgelegt. In nahezu allen Kommissionen und Gremien ist mindestens ein Mitglied der Krankenhausleitung vertreten. Die Zusammensetzung der einzelnen Kommissionen und Gremien ist im Intranet veröffentlicht. Die Umsetzung von Beschlüssen und die Zielerreichung von geplanten Maßnahmen werden durch die Verantwortlichen überprüft.

### 4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Die Verfügbarkeit und Aktualität von Informationen wird durch die Nutzung des Intranets ständig erhöht. Es finden abteilungsinterne, interdisziplinäre und berufsübergreifende Besprechungen sowie Übergaben und Visiten statt. Alle wichtigen Informationen, wie auch die Ergebnisse, werden hier kommuniziert. Ne-

ben der direkten, persönlichen Kommunikation mit Patienten und Angehörigen haben diese die Möglichkeit, sich über das Internet, Flyer, Veranstaltungen oder Pressemeldungen über das Krankenhaus zu informieren. An unserem Empfang/ unserer Information nehmen qualifizierte Mitarbeiter Telefonate entgegen, geben Auskunft und leiten Telefonate zielgerecht weiter. Die Information/der Empfang ist die zentrale Anlaufstelle. Durch eine systematische Bereitstellung von Informationen stellen wir sicher, dass die Information/der Empfang über alle relevanten Informationen verfügt und Patienten und Besuchern kompetent Auskunft erteilen kann. Über die Innerbetriebliche Fortbildung werden u. a. Schulungen zur Kundenorientierung angeboten.

## **5. Unternehmensführung**

### *5.1.1 Philosophie/Leitbild*

Die wesentlichen Grundorientierungen unseres Hauses sind für unsere Patienten und Mitarbeiter sowie für die breite Öffentlichkeit in unserem Leitbild fixiert. Sie bilden die Grundlage für unser tägliches Handeln in allen Berufsgruppen. Das Leitbild wird jedem neuen Mitarbeiter bei der Einstellung ausgehändigt. Für Patienten und die allgemeine Öffentlichkeit ist es an verschiedenen öffentlich zugänglichen Stellen des Hauses ausgehängt sowie auf der Portalseite des Ortenau Klinikums einzusehen. Um sowohl Mitarbeiter als auch die Öffentlichkeit über die gemeinsame Zukunftsplanung der OK zu informieren, wurde die Webseite [www.agenda2030-ortenau-klinikum.de](http://www.agenda2030-ortenau-klinikum.de) eingerichtet.

### *5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen*

Der Führungsstil ist in "Unseren Führungsleitlinien" festgelegt. Grundsätze zum Umgang miteinander sind im Leitbild beschrieben. Wir wirken als Vorbilder, an denen sich unsere Mitarbeiter orientieren können. Basis dafür sind fachliche und soziale Kompetenz, insbesondere Zuverlässigkeit, Offenheit, Loyalität und Kritikfähigkeit. Wir fördern Teamarbeit, sowie abteilungs-, standort- und klinikübergreifende Kooperation. Gegenseitiger Respekt ist die Basis für unseren Umgang miteinander. Die Durchführung von jährlichen Mitarbeitergesprächen ist bereits seit Jahren etabliert. Die Krankenhausleitung arbeitet eng mit dem Personalrat und dessen Vorsitzenden zusammen und fördert damit das gegenseitige Vertrauen. Gemeinsame Aktivitäten der Mitarbeiter, die durch die Betriebliche Vorsorge angeboten werden, fördern die Zusammenarbeit im Hause.

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

Eine Kommission für Ethikberatung ist eingerichtet. Eine Ethische Fallbesprechung kann von jedem an der Patientenversorgung betroffenen Mitarbeiter initiiert werden. Als Ansprechpartner stehen die Mitglieder der Kommission für Ethikberatung und die Klinikseelsorger zur Verfügung. Für die Betreuung von Patienten in Krisensituationen können ebenso die Mitarbeiter der Psychotherapie als Konsiliardienst angefordert werden. Im Handbuch "Sterbende begleiten" sind alle erforderlichen Regularien festgelegt. Seit 2016 gibt es im Haus 2 ehrenamtliche islamische Seelsorger. Die Mitarbeiter haben über diverse Fortbildungsveranstaltungen die Möglichkeit, sich intensiver mit ethischen oder kulturellen Fragestellungen zu beschäftigen.



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

Grundlage für die Öffentlichkeitsarbeit ist das Marketingkonzept des Trägers. Neben Pressemitteilungen, Ärzte-Newsletter, Abteilungs-Flyern, Vorträge von Chefärzten, der Teilnahme an Messen und unserer Homepage bieten wir breitgefächerte Informationen - nicht nur für Patienten und Angehörige sondern auch für niedergelassene Ärzte. Die Mitgliedschaft im Clinotel-Verbund ist durch die Verwendung des Logos in den Email-Signaturen sowie künftig auf Briefbögen sichtbar. Es finden Jahresplanungen für die Gesundheitsakademie Ortenau sowie die Schüler-Gesundheitsakademie statt.

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

Das Klinikum plant seine Entwicklung nachhaltig, basierend auf dem Dialog mit der Geschäftsführung, der Einschätzung der Fachabteilungen und im Abgleich mit der Finanzplanung. Die Zielplanung wird hinsichtlich veränderter Rahmenbedingungen wie Gesetzgebung, Krankenhausplanung, Budgetverhandlungen sowie der aktuellen Entwicklung fortlaufend ergänzt oder verändert.

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

Die Zielsetzung des kaufmännischen Risikomanagements in unserer Klinik dient der Identifikation, Bewertung, Steuerung und Berichterstattung von betriebswirtschaftlichen Risiken und der Umsetzung geeigneter Maßnahmen zu ihrer Vermeidung oder Reduzierung. Zur Vermeidung finanzieller Risiken wird im Klinikum durch die Finanzabteilung eine Liquiditätsplanung durchgeführt und quartalsweise in Form von PLAN/IST - Vergleichen dem Verwaltungsdirektor berichtet. Die Buchhaltung muss sowohl der Krankenhausbuchführungsverordnung, den Steuergesetzen als auch den internen Anweisungen entsprechen. Zuwendungen aus Anwendungsbeobachtungen und Studien werden vom Klinikum vereinnahmt und nach Abzug von Studien-bedingten Kosten können die verbleibenden Beträge der jeweiligen Abteilung für Klinische Zwecke zugutekommen. Von Seiten des Landrates wurde ein grundsätzliches Verbot der Annahme von Zuwendungen erlassen.

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

Wir sind uns unserer gesellschaftlichen Verantwortung bewusst und wollen zielgerichtet nur Kooperationen und Partnerschaften eingehen, die nachhaltig und dauerhaft ausgerichtet sind. Unser Ziel ist es, neben dem originären Auftrag der Patientenversorgung auch gesellschaftliche Aufgaben wahrzunehmen. Diesen Anspruch stellen wir im Leitbild dar. Wir schließen Partnerschaften mit bestimmten Zielsetzungen. Kooperationen werden über Kooperationsverträge bzw.-vereinbarungen strukturiert. Darüber hinaus bestehen zahlreiche Kooperationen mit externen Partnern. Ein Transplantationsbeauftragter ist benannt und kümmert sich um alle Belange bzgl. Transplantationen im OKLE.

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

Die Organisationsstruktur ist in einem Organigramm eindeutig festgelegt, das aktualisiert und veröffentlicht ist. Aus dem Organigramm sind die Verantwortlichkeiten und Unterstellungsverhältnisse ersichtlich, die Übersicht der "Beauftragten und Verantwortlichen" ergänzt das Organigramm. Die Kommunikation verläuft grundsätzlich entlang der Hierarchiestränge. Im Klinikum sind verschiedenste Kommissionen und Gremien eingerichtet. In regelmäßigen Abständen erfolgt die Abstimmung in Form von Sitzungen. In einer

allgemeingültigen Geschäftsordnung sind die Aufgaben und Kompetenzen festgelegt. In nahezu allen Kommissionen und Gremien ist mindestens ein Mitglied der Krankenhausleitung vertreten. Die Zusammensetzung der Kommissionen und Gremien ist für jeden Mitarbeiter nachvollziehbar im Intranet veröffentlicht. Die Umsetzung von Beschlüssen und die Zielerreichung von geplanten Maßnahmen werden durch die Verantwortlichen überprüft.

### *5.3.2 Innovation und Wissensmanagement*

In unserem Leitbild haben wir uns verpflichtet, die Übernahme von Eigeninitiative und Selbstverantwortung zu unterstützen. Die Mitarbeiter können wichtige Informationen über das Inter- und Intranet abrufen. Einige Abteilungen haben die Übersichtsliste der Fachlektüre im Intranet veröffentlicht. Über Schnellzugriffe im Intranet können diverse Fachzeitschriften und Onlinedatenbanken aufgerufen werden.

## **6. Qualitätsmanagement**

### *6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements*

Die Stabsstelle Qualitätsmanagement ist der Krankenhausleitung unterstellt. Darüber hinaus sind fünf zentrale Qualitätsmanagementbeauftragte benannt. Zusammen mit dem Lenkungs-gremium (das sich aus Mitarbeitern unterschiedlicher Berufsgruppen- und Hierarchieebenen zusammensetzt) werden Maßnahmen koordiniert, evaluiert und notwendige Verbesserungsmaßnahmen ab- bzw. eingeleitet. Das Qualitätsmanagement orientiert sich am PDCA-Zyklus und an der DIN EN ISO. Die Abteilungsleiter sind für das Qualitätsmanagement in ihren Abteilungen verantwortlich. Das Qualitätsmanagementsystem wird kontinuierlich verbessert und weiterentwickelt und misst sich u. a. an Kennzahlen. Die Mitarbeiter werden regelmäßig über das Intranet zu den laufenden QM-Aktivitäten informiert.

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

Viele Kern- und unterstützende Prozesse sind berufsgruppen- und bereichsübergreifend definiert und als Verfahrensanweisungen von der Krankenhausleitung in Kraft gesetzt. Ziel ist es, Prozesse zu beherrschen und sie im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses zu optimieren. An der Erstellung der Verfahrensanweisungen sind grundsätzlich die Mitarbeiter der jeweiligen Berufsgruppen beteiligt.

### *6.2.1 Patientenbefragung*

Seit dem 01.01.2017 wird im Rahmen der Mitgliedschaft im Clinotel-Verbund eine kontinuierliche Patientenbefragung durchgeführt. Jeder stationäre Patient erhält einen Fragebogen mit Rückumschlag. Die Auswertung erfolgt durch eine externe Firma. Das Klinikum erhält quartalsweise Auswertungen auf Verbund-, Haus- und Fachabteilungsebene. Zusätzlich gibt es halbjährlich eine Auswertung auf Stationsebene. Die Ableitung von Maßnahmen liegt in der Verantwortung der Chefarzte bzw. Stationsleitungen in Absprache mit der zuständigen Bereichsleitung. Für die Befragung im Rahmen der zertifizierten Zentren werden selbst erstellte Fragebögen verwendet. Die Ableitung von Maßnahmen obliegt hier dem jeweiligen Zentrumsleiter.

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

Die Befragung von Zuweisern und weiterbehandelnden Einrichtungen gibt der Geschäftsführung und der Krankenhausleitung Aufschluss über die Anforderungen und Wünsche der jeweils Befragten. Bei Zuweisern, Rehabilitations-Kliniken sowie den Rettungsdiensten wurde im Jahr 2017 eine Befragung durchgeführt. Jährlich erfolgt intern eine Zufriedenheitsermittlung über die Zentrale Sterilisationseinheit sowie die Zentralapotheke. Des Weiteren finden persönliche Gespräche und Treffen zum Erfahrungsaustausch mit niedergelassenen Ärzten und nachsorgenden Einrichtungen statt.

### *6.2.3 Mitarbeiterbefragung*

Durch die zentrale Verwaltung der Ortenau Kliniken werden Mitarbeiterbefragungen initiiert. Die Befragung wird von den einzelnen Klinikleitungen getragen und finanziert. Durch die Beauftragung eines externen Institutes ist sowohl ein Vergleich mit anderen deutschen Krankenhäusern als auch mit den Kliniken des Trägers ermöglicht. Die Präsentation der Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung erfolgt im Rahmen von Informationsveranstaltungen. Bei der Durchführung der Mitarbeiterbefragung werden datenschutzrechtlicher Bestimmungen berücksichtigt.

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

Die Zufriedenheit der Patienten ist für alle Mitarbeiter im Klinikum sehr wichtig. Deshalb werden Beschwerden von Patienten als eine wichtige Information für künftige Verbesserungen betrachtet. Ziel ist es, das sich jeder Mitarbeiter für Beschwerden, Anregungen und Lob der Patienten verantwortlich fühlt und sensibel mit diesen umgeht. Es wurde bereits im Jahre 2003 ein strukturiertes Beschwerdemanagement eingeführt. Mit dem Fragebogen "Sagen Sie uns ihre Meinung", der in allen relevanten Bereichen ausliegt, werden Patientenbeschwerden und Anregungen aufgenommen. Es erfolgt eine systematische Auswertung und Rückmeldung an den Beschwerdeführer sowie die beteiligten Bereiche. Eine Auswertung von Wünschen und Beschwerden erfolgt jährlich durch die zentrale Beschwerdestelle und ist im Intranet einsehbar.

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

Neben der gesetzlich vorgeschriebenen externen Qualitätssicherung werden qualitätsrelevante Daten erhoben, analysiert und zur Einleitung von qualitätsverbessernden Maßnahmen genutzt. Die interne Qualitätssicherung wird durch eine Vielzahl von Maßnahmen durchgeführt: protokollierte Audits, Hygienemanagement, Dekubitus- und Sturzerfassungen, Befragungen, Beschwerdemanagement, Fallkonferenzen, Wartezeitenerfassung sowie die Auswertung von Routinedaten (Verweildauer, Case Mix etc.). Die Daten werden ausgewertet und bei Bedarf erfolgt eine Maßnahmenableitung, die anschließend wieder überprüft wird. Durch die Mitgliedschaft im Clinotel-Verbund erfolgt eine freiwillige Erhebung von qualitätssichernden Routinedaten.