



## KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

<b>Einrichtung:</b>	Ortenau Klinikum Lahr-Ettenheim	
<b>Institutionskennzeichen:</b>	260 833 520	
<b>Anschrift:</b>	Klostenstrasse 19 77933 Lahr	Robert-Koch-Straße 15 77955 Ettenheim
<b>Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:</b>	2014-0100 KHVB	
<b>durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:</b>	LGA InterCert GmbH. Nürnberg	
<b>Gültig vom:</b>	23.12.2014	
<b>bis:</b>	22.12.2017	

## 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.....	11
3 Sicherheit.....	13
4 Informations- und Kommunikationswesen .....	16
5 Führung .....	18
6 Qualitätsmanagement.....	20

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

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

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

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

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

der Einrichtung beziehen.

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

---

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

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren<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.

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009/2. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet den strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass das **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

**A. Westerfellhaus**

Für den Deutschen Pflegerat

**Dr. med. M. Vogt**

Für den Hartmannbund

## 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 486 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 sowie Belegabteilung Nephrologie.



Peter Kirsch

Verwaltungsdirektor



Prof. Manfred Mauser

Ärztlicher Direktor



H. J. Kargoll

Pflegedirektor

Lahr im Dezember 2014

# Die KTQ-Kategorien

# 1 Patientenorientierung

## 1.1 Rahmenbedingungen der Patientenversorgung

### 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 Hubschrauberlandeplatz 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

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. Durch Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter wird eine Behandlung nach gültigen Standards gewährleistet. 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. 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 Service, Essen und Trinken

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 zusammenstellen. Für Kinder gibt es einen speziellen Kinderspeiseplan. Das Mittag- und Abendessen besteht aus 3 verschiedenen Menüvorschlägen. Ernährungsgewohnheiten werden abgefragt und in der Menüplanung berücksichtigt. Standardmenüs wie Muslim-Kost und Vegetarische Kost werden angeboten. 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.

### **1.1.5 Kooperationen**

Grundlage für die enge Kooperation aller Beteiligten der Patientenversorgung ist die „Transparenz und ein offener Informationsfluss“, auf der Basis des Leitbildes. Die interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit ist ein zentrales Merkmal unserer Arbeit. Alle an der Patientenversorgung Beteiligten stehen über berufsgruppen- und fachübergreifende Visiten, Teamsitzungen, Übergaben und Konferenzen im direkten Austausch miteinander. Darüber hinaus bestehen zahlreiche Kooperationen mit externen Partnern.

## **1.2 Notfallaufnahme**

### **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 erste therapeutische 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 Ambulante Versorgung**

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

Die Indikationsstellung für die Therapeutischen Prozesse erfolgt auf der Grundlage einer detaillierten Diagnostik. Die Notfallversorgung, auch ambulant, ist in allen Fachbereichen rund um die Uhr sichergestellt. Durch Kontakt mit der Rettungsleitstelle werden die Notfallpatienten auf die jeweilig zuständige Notaufnahme geleitet. Ein Schockraum zur Versorgung von Schwerekranken / Polytrauma mit Notfall-Team steht am Standort Lahr 24h zur Verfügung. Die ambulante Versorgung in den Fachambulanzen findet dezentral statt. Sprechstunden der Chefarzte (teilweise im MVZ) sind fester Bestandteil der ambulanten Versorgung.

### **1.3.2 Ambulante Operationen**

Am Standort Lahr steht für ambulante Eingriffe abteilungsübergreifend 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 Stationäre Versorgung**

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

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.

#### **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 krankenhausinternen Standards.

#### **1.4.3 Operative Verfahren**

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 in Betrieb eingerichtet. Das OP-Modul 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.

#### **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 mit dem Pflegepersonal 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.

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

Die prästationäre Behandlung wird über die entsprechenden Ambulanzen organisiert. Diese Sprechstunden werden durch Fachärzte oder Ärzte mit fortgeschrittener Facharzt-Ausbildung durchgeführt. Durch die Pflegeüberleitung und den Sozialdienst ist eine reibungslose Weiterversorgung der Patienten nach ihrem Klinikaufenthalt gewährleistet.

## 1.5 Übergang in andere Bereiche

### 1.5.1 Entlassung

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. Voraussetzung hierfür ist in jedem Fall, dass die Entlasskriterien erfüllt sind und die Weiterversorgung geregelt ist. Wo erforderlich werden hierfür Sozialdienst, Brückenpflege und Pflegeexperten frühzeitig eingeschaltet. Spezielle Versorgungssituationen z.B. Diabetes Schulungen oder Stomatherapie werden über entsprechende Schulungen mit Patient und Angehörigen schon während des Aufenthaltes trainiert. Bei Entlassung oder Verlegung des Patienten werden neben einem Arztbrief alle weiteren relevanten Unterlagen (Befunde etc.) mitgegeben.

### 1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Die lückenlose Weiterbetreuung des Patienten wird professionell und koordiniert gesteuert unter Integration des Patienten und auf Wunsch seiner Angehörigen. Hausärzte, Pflegeeinrichtungen und nachsorgende Kliniken werden so früh als möglich über den Entlasstermin und Besonderheiten informiert, so dass eine kontinuierliche Weiterbehandlung gewährleistet ist. Der Sozialdienst des Hauses ebenso wie die Brückenpflege stehen in direktem Kontakt mit weiterbetreuenden Einrichtungen und Angehörigen. Für die Weiterversorgung notwendige Informationen werden vorab übermittelt und bei der Entlassung mitgegeben. Ein Pflegeüberleitbogensoll, falls erforderlich, den nachbetreuenden Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden.

## 1.6 Sterben und Tod

### 1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Die persönlichen Bedürfnisse des Sterbenden stehen in den letzten Lebensphase 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 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 gestaltet. 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 Personalplanung

#### 2.1.1 Planung des Personalbedarfs

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. Die Bereichsleitungen werden bei den Rückkehrgesprächen vom Personalleiter unterstützt.

### 2.2 Personalentwicklung

#### 2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

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. Da diese Anforderungen ständig steigen, werden den Mitarbeitern hierzu auch Fort- und Weiterbildungen angeboten.

#### 2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

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 Mitarbeiterereinführungstag, jeweils zum Quartalsbeginn), stellen sich verschiedene zentrale Bereiche der Klinik vor.

#### 2.2.3 Ausbildung

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 Ausbildung wird anhand des Lernzielkataloges schriftlich dokumentiert. Die Theorie - Praxisvernetzung ist durch die Anleitung vor Ort sichergestellt; die Praxisanleiter treffen sich mehrmals jährlich mit den Lehrkräften. Unsere Klinik ist akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Freiburg und vermittelt jährlich bis zu 18 PJ-Studenten praktische Fähigkeiten.

Ferner werden Ausbildungen als Operationstechnische Assistenten, Medizinische Fachangestellte, Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte, Fachkraft für Lagerlogistik und das BA Studium "Bachelor of Arts" Fachrichtung Gesundheitsmanagement angeboten.

#### **2.2.4 Fort- und Weiterbildung**

Der Bedarf an Fort- und Weiterbildungen wird jährlich durch die Abteilungs- und Bereichsleitungen festgestellt. Aus diesen Meldungen wird das Innerbetriebliche Fortbildungsprogramm des Ortenau Klinikums erstellt (jährlich). Externe Fortbildungsangebote werden in den Abteilungs-Besprechungen bekannt gegeben. Eine arbeitsplatzbezogene Grundausrüstung an Fachliteratur steht in allen Abteilungen zur Verfügung. Eine online-Bibliothek für Fachzeitschriften ist für alle Mitarbeitern zugänglich. Regelmäßig finden abteilungsinterne Fortbildungen statt. Als akademisches Lehrkrankenhaus ermöglichen wir die Weiterbildung zum Facharzt.

### **2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern**

#### **2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil**

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 klinikumübergreifende Kooperation. Gegenseitiger Respekt ist die Basis für unseren Umgang miteinander. Die Durchführung von jährlichen Mitarbeitergesprächen ist bereits seit Jahren etabliert.

#### **2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit**

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.

#### **2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und –beschwerden**

Die Mitarbeiter haben die Möglichkeit Ideen, Wünsche und Beschwerden direkt mit ihrem Vorgesetzten oder mit der jeweils zuständigen Person zu besprechen. 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

### 3.1 Schutz- und Sicherheitssysteme

#### 3.1.1 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 6 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 und Impfungen gehören zum Standard.

#### 3.1.2 Brandschutz

Eine Brandschutzordnung mit Anweisungen zur Verhütung von Bränden und Verhaltensregeln im Brandfall ist erstellt und wird 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.

#### 3.1.3 Umweltschutz

Die Umweltziele sind im Leitbild und in der Dienstanweisung zur Lokalen Agenda 21 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 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.

#### 3.1.4 Katastrophenschutz

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.

#### 3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Strukturen zur Vermeidung von nichtmedizinischen Notfallsituationen wurden geschaffen. Das Vorgehen im Falle einer Katastrophe ist detailliert im Alarm- und Einsatzplan festgelegt. Für die Mitarbeiter der Pforte sind spezielle Anweisungen und eine Protokollvorlage enthalten. Ausfallkonzepte liegen teilweise vor. An beiden Standorten ist jeweils 1 Notstromaggregat im Einsatz, welche monatlich überprüft werden.

## 3.2 Patientensicherheit

### 3.2.1 Schutz des Patienten vor 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.

### 3.2.2 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 Notrufnummern 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.

### 3.2.3 Hygienemanagement

In der Klinik wird ein systematisches Verfahren zur effektiven Prävention und Kontrolle von Infektionen eingesetzt. Ein Klinik - Medizinhgieniker ist 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.

### 3.2.4 Hygienerelevante Daten

Für die Analyse hygienerelevanter Bereiche und der entsprechenden Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen werden krankenhausweit 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.

### 3.2.5 Infektionsmanagement

Die Ausbreitung von Infektionen soll verhindert werden. In den Hygienestandards sind Maßnahmen zur Infektionsprävention und Vorgaben zum Umgang mit infizierten Patienten verschiedener Infektionserkrankungen beschrieben. Statistiken über nosokomiale Infektionen werden geführt und ausgewertet. Die Ergebnisse werden interdisziplinär und im Rahmen der Hygienekommission, ggf. auch ad hoc, durch den Klinikhygieniker bzw. durch die Hygienefachkräfte besprochen. Der Meldeweg für die nach dem Infektionsschutzgesetz zu erfassenden Infektionen ist geregelt. Ein MRSA-Aufnahme-Screening (MRSA = Multi-Resistenter-Staphylococcus-Aureus) wird nach Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts durchgeführt.

### **3.2.6 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 chirurgischen Stationen.

### **3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivaten**

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. Bei planbaren operativen Eingriffen wird die Möglichkeit der Eigenblutspende angeboten. Hämotherapieaudits werden durchgeführt.

### **3.2.8 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.

## 4 Informations- und Kommunikationswesen

### 4.1 Informations- und Kommunikationstechnologie

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

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 EDV-Systeme wird zeitlich uneingeschränkt durch Datensicherung und unterbrechungsfreie Stromversorgung (USV-Anlage) sichergestellt. Ein EDV-Ausfallkonzept liegt vor.

### 4.2 Patientendaten

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

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 von Patientendaten

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 im Zentralarchiv abgelegt. Akten und Patientenkurven sind zeitlich uneingeschränkt für das Behandlungsteam verfügbar. Die Daten früherer Aufenthalte im Krankenhaus Lahr und im Krankenhaus Ettenheim 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 zusammgeführt wird.

### 4.3 Informationsmanagement

#### 4.3.1 Information der Krankenhausleitung

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 allgemeingültigen 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 (intern/extern)**

Die Verfügbarkeit und Aktualität von Informationen wird durch die Nutzung des Intranets ständig erhöht. Es finden abteilungsinterne wie auch interdisziplinäre und berufsübergreifende Besprechungen, Übergaben und Visiten statt. Alle wichtigen Informationen, wie auch die Ergebnisse, werden hier kommuniziert. Neben der direkten, persönlichen Kommunikation mit Patienten und deren Angehörigen haben diese die Möglichkeit, sich über das Internet, Flyer, Veranstaltungen oder Pressemeldungen über das Krankenhaus zu informieren.

### **4.4 Telefonzentrale und Empfang**

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

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.

### **4.5 Datenschutz**

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

Grundlage für den Datenschutz ist das Landesdatenschutzgesetz sowie das Landeskrankenhausgesetz. Sämtliche Kernbereiche der Klinik sind über ein EDV-Netzwerk miteinander verbunden. Der Zugang zum internen Datennetz ist nur über eine persönliche Benutzerkennung möglich, die von der EDV-Abteilung verwaltet wird. Eine Datenschutzbeauftragte ist benannt. Auf Wunsch eines Patienten kann die Auskunft über seinen Aufenthalt auf der Station mit einem Sperrvermerk versehen werden. Für die Datenübertragung nach § 301 wird ein Verschlüsselungsprogramm verwendet.

## 5 Führung

### 5.1 Unternehmensphilosophie und -kultur

#### 5.1.1 Vision, Philosophie und 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.

#### 5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Die Transparenz und der offene Kommunikationsfluss sind hierfür wichtige Voraussetzungen. Dieses haben wir im Leitbild und in den Führungsleitlinien festgelegt. Unser Führungsverständnis fußt u. a. auf der Vorbildfunktion, der Personalentwicklung, der Teamarbeit und der Kooperation. 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. Mitarbeitergespräche sind seit Jahren in allen Bereichen, nach einer Qualifizierung der Vorgesetzten, eingeführt.

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

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 der beiden christlichen Konfessionen 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.

### 5.2 Strategie und Zielplanung

#### 5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

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. Ein Reporting-System ist eingerichtet.

#### 5.2.2 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 noch gesellschaftliche Aufgaben wahrzunehmen. Diesen Anspruch stellen wir im Leitbild dar. Wir schließen Partnerschaften mit bestimmten Zielsetzungen. Kooperationen werden über Kooperationsverträge bzw. –vereinbarungen strukturiert.

## 5.3 Organisationsentwicklung

### 5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

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.

### 5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

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.

### 5.3.3 Innovations- und Wissensmanagement

Eigeninitiative und Übernahme von Verantwortung durch Mitarbeiter sind uns wichtig. Dies erfordert eine zielgerichtete Personalentwicklung, eine wechselseitige, offene Information und Kommunikation sowie die Beteiligung an Entscheidungsprozessen. 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. Der Zugriff auf Online-Datenbanken ist jedem Mitarbeiter ermöglicht. Einige Abteilungen haben die Übersichtsliste der Fachlektüre im Intranet veröffentlicht.

## 5.4 Marketing

### 5.4.1 Externe Kommunikation

Grundlage für die Öffentlichkeitsarbeit ist das Marketingkonzept des Trägers. Neben Pressemitteilungen, Ärzte-Newsletter, Abteilungs-Flyern, Vorträge von Chefarzten, der Teilnahme an Messen und unserer Homepage bieten wir breitgefächerte Informationen – nicht nur für Patienten und Angehörige sondern auch für niedergelassene Ärzte.

## 5.5 Risikomanagement

### 5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Die Zielsetzung des Risikomanagements dient der Identifikation, Bewertung, Steuerung und Berichterstattung von Risiken (personell, wirtschaftlich, technisch, Risiken für Patienten). Eine Dienstvereinbarung zum Umgang mit kritischen Ereignissen (CIRS) abgeschlossen. Das eingeführte Hospital CIRS ist eine Weiterentwicklung des Avatic CIRS der Swiss air. Wir nutzen dieses strukturierte Meldeverfahren für kritische Ereignisse, die im Hinblick auf möglichen Ursachen analysiert werden.

## 6 Qualitätsmanagement

### 6.1 Qualitätsmanagementsystem

#### 6.1.1 Organisation

Die Stabsstelle Qualitätsmanagement ist der Krankenhausleitung unterstellt. Darüber hinaus sind vier zentrale Qualitätsmanagementbeauftragte benannt. Zusammen mit dem Lenkungsgremium (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 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 Prozessoptimierung

Viele Kern- und unterstützenden 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 Befragungen

#### 6.2.1 Patientenbefragung

Durch die zentrale Verwaltung der Ortenau Kliniken werden Patientenbefragungen initiiert. Die Befragung wurde 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 Patienten- und Mitarbeiterbefragung erfolgte im Rahmen zweier Informationsveranstaltungen. Die Auswertung der Befragung dient der Leitung zur Ableitung von Verbesserungen. Für die Befragung im Rahmen der zertifizierten Zentren werden selbst erstellte Fragebögen verwendet.

#### 6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Eine Zuweiserbefragung, bei der alle Niedergelassenen, die in das Onkologische Zentrum Ortenau (OZO) einweisen, befragt wurden, ist 2013 durchgeführt worden. Eine Befragung der Reha-Kliniken ist zuletzt 2014 durchgeführt worden. 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 wurde 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 Mitarbeiter- und Patientenbefragung erfolgte im Rahmen zweier Informationsveranstaltungen.

Die Durchführung einer Mitarbeiterbefragung erfolgt unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bestimmungen.

### **6.3 Beschwerdemanagement**

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

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, dass 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.

### **6.4 Qualitätsrelevante Daten**

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

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.

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

Die Klinik führt alle gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung durch und erfasst relevante Daten EDV-gestützt. Die Daten der externen Qualitätssicherung (BQS) werden systematisch erhoben. Es findet ein Benchmark der Kliniken des Ortenaukreises mit den Kliniken im Verbund Qualität und Management im Krankenhaus (QuMiK) statt. Die Auswertung wird zur Ableitung qualitätsverbessernder Maßnahmen genutzt. Alle ermittelten und kontrollierten Daten sowie Vergleiche fließen in einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess zum Wohle unserer Patienten ein. Unser Ziel ist die Einhaltung der extern festgelegten Referenzwerte. Die Wirksamkeit der Maßnahmen ist an den Ergebnissen der nachfolgenden Auswertungen zu erkennen.