



## KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

<b>Krankenhaus:</b>	Klinikum Darmstadt / Neonatologische Intensivstation
<b>Institutionskennzeichen:</b>	260610019
<b>Anschrift:</b>	Grafenstraße 9 64283 Darmstadt
<b>Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:</b>	2014-0038 KHVB
<b>durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:</b>	DQS GmbH, Frankfurt am Main
<b>Gültig vom:</b>	28.05.2014
<b>bis:</b>	27.05.2017

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort der Klinikum Darmstadt GmbH</b>	<b>5</b>
<b>Die KTQ-Kategorien</b>	<b>7</b>
1 Patientenorientierung	8
2 Mitarbeiterorientierung	12
3 Sicherheit	14
4 Informations- und Kommunikationswesen	18
5 Führung	20
6 Qualitätsmanagement	23

## 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.

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren® gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses

---

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

der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

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

Wir freuen uns, dass das **Klinikum Darmstadt** inklusive der **Neonatologischen Intensivstation** 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 Klinikum Darmstadt GmbH

### Klinikum Darmstadt – da bewegt sich was

Das Klinikum Darmstadt ist das Krankenhaus der Maximalversorgung in Südhessen. In dieser Funktion haben wir eine herausgehobene Bedeutung für die Gesundheitsversorgung in der Region. Wir sind stolz darauf, dass uns im vergangenen Jahr 34.862 Patientinnen und Patienten stationär, 1.201 teilstationär und 70.639 Patientinnen und Patienten ambulant ihr Vertrauen geschenkt haben. Dass dieses Vertrauen gerechtfertigt ist, belegt der vorliegende Bericht.

Unsere 20 Fachkliniken und Institute bieten nahezu das gesamte Spektrum modernster diagnostischer und therapeutischer Verfahren an. Ihre enge Zusammenarbeit gewährleistet die umfassende wohnortnahe Versorgung der Menschen im südhessischen Raum. Sie findet ihren Ausdruck auch in verschiedenen interdisziplinären Schwerpunkten und in insgesamt zehn Zentren.

Das Klinikum Darmstadt ist im Aufbruch: Äußerlich sichtbar durch Baufelder, auf denen bis zum Ende des Jahres 2018 in zwei Bauabschnitten ein Zentraler Neubau entstehen soll, in dem dann auch der zweite Standort des Klinikums Darmstadt in Darmstadt-Eberstadt aufgehen wird.

Der Aufbruch ist aber auch im Inneren zu spüren. Denn es ist unser Anspruch, die Versorgung unserer Patientinnen und Patienten permanent zu verbessern und weiterzuentwickeln. Dazu optimieren wir unsere Strukturen, Abläufe und Prozesse fortlaufend und bauen unser medizinisches Angebot konsequent aus: In 2013 und 2014 haben wir komplett neue, moderne und höchsten hygienischen Ansprüchen genügende Intensivstationen geschaffen, in denen bis zu 48 Schwerverletzte im Klinikum Darmstadt intensivmedizinisch bestens betreut und behandelt werden.

Wir sind anerkannt als Onkologisches Zentrum, als Interdisziplinäres Gefäßzentrum, als Überregionales Traumazentrum, als Gynäkologisches Krebszentrum, als Südhessisches Brustzentrum, als Hauttumorzentrum, als Brustschmerz-Einheit (Chest Pain Unit), als Nephrologische Schwerpunktambulanz. Eine überregional zertifizierte Stroke Unit und das Perinatalzentrum der Kinderkliniken Prinzessin Margaret in unseren Räumen am Standort Darmstadt sind weitere Spezialangebote, die das Klinikum Darmstadt als einziges Haus in Südhessen vorhält.

Wir legen großen Wert auf qualifizierte und motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Deshalb engagieren wir uns aktiv bei der Ausbildung von Pflegekräften, Operationstechnischen Assistenten, Medizinischen Fachangestellten, Verwaltungskräften und Technikern. Als Akademisches Lehrkrankenhaus der Universitäten Frankfurt/Main und Heidelberg-Mannheim leisten wir einen wichtigen Beitrag zur Ausbildung von Ärzten. Ein umfangreiches Programm der innerbetrieblichen Fortbildung und ein ausgefeiltes Personalentwicklungskonzept sind weitere Säulen unserer Personalpolitik.

Unser höchstes Gut ist das Vertrauen unserer Patientinnen und Patienten in unsere Arbeit. Vertrauen basiert auf Qualität. Und unter Qualität verstehen wir weit mehr als nur das optimale Behandlungsergebnis. Qualität heißt, dass die Patientin und der

Patient im Mittelpunkt unseres Handelns stehen – ihre Sicherheit, ihr Wohl und ihre Zufriedenheit sind der entscheidende Maßstab und unser oberstes Ziel.

Ebenso wichtig wie das Vertrauen der Patientinnen und Patienten ist die vertrauensvolle und kooperative Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten der Region, denn nur gemeinsam kann es gelingen, das bestmögliche Behandlungsergebnis zu erzielen. Derzeit sitzen wir intern an einer Neubearbeitung unserer Einweiserstrategie, die noch 2014 greifen wird und das Hauptziel hat, die Einweiser noch besser zu informieren und an uns zu binden.

Der Aufbau eines systematischen Qualitätsmanagements hat uns in die Lage versetzt, die Qualität unserer Leistungen auf verschiedenen Ebenen weiter zu verbessern. Wir sehen in diesem Instrument eine zentrale Voraussetzung dafür, unser oberstes Ziel – die Zufriedenheit unserer Patientinnen und Patienten – zukünftig noch besser zu erreichen.

Wir sind stolz darauf, dass unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die KTQ-Visitoren einmal mehr von der hohen Qualität ihrer Arbeit überzeugen konnten. Das erworbene Zertifikat bescheinigt dem Klinikum Darmstadt qualitativ hochwertige Leistungen und Prozesse und bestätigt uns auf unserem Weg der Veränderung.

Das Bemühen um die beste Qualität ist ein ständiger Prozess – dem wir uns auch weiterhin täglich stellen wollen. Denn abgeschlossen ist dieser Prozess nie. Die Erkenntnisse aus dem Qualitätsmanagement und aus der KTQ-Zertifizierung geben uns aber wertvolle Hinweise, die wir auch weiterhin in praktisches Handeln umsetzen werden.

Prof. Dr. med. Steffen Gramminger  
Geschäftsführer

Clemens Maurer  
Geschäftsführer



# Die KTQ-Kategorien

# 1 Patientenorientierung

## **Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung**

Ausführliche Informationen über den geplanten Krankenhausaufenthalt erhalten Patienten im Rahmen ambulanter Sprechstunden, durch Informationsbroschüren, Veranstaltungen, Spezialsprechstunden und über unsere Homepage. Ein Statut der Zentralen Notaufnahme regelt die Information der Notfallpatienten und ihrer Angehörigen. Die reibungslose Aufnahme wird durch das Belegungsmanagement unter Einbeziehung verschiedener Patientenkategorien unterstützt. Ein Wegeleitsystem, für dessen Umsetzung unsere Stabstelle Bau verantwortlich ist, erleichtert Patienten, Angehörigen und Besuchern die Orientierung auf unserem Gelände. Unser Klinikum ist sowohl mit dem PKW als auch mit öffentlichen Verkehrsmitteln hervorragend zu erreichen.

## **Leitlinien**

Die Patientenversorgung im Klinikum Darmstadt erfolgt auf Basis wissenschaftlich fundierter Behandlungsleitlinien. Die offiziellen Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften und die nationalen Expertenstandards der Pflege werden hierbei durch hausintern erstellte Behandlungsstandards ergänzt. Die Erstellung von Pfaden, SOPs und Leitlinien geschieht in Zusammenarbeit eines interdisziplinären Teams. Sowohl die nationalen Leitlinien als auch die hausinternen Standards sind allen Mitarbeitern bekannt, über das Intranet zugänglich und in unserem Haus verbindlich. Abweichungen werden mit dem Vermerk einer Begründung dokumentiert.

## **Information und Beteiligung des Patienten**

Um dem Leitbildgrundsatz „Patient im Zentrum“ gerecht zu werden, legen wir großen Wert auf eine adäquate, umfassende Information all unserer Patienten unter Einbeziehung ihrer Angehörigen sowie auf deren Beteiligung an der Behandlungsausgestaltung während ihres gesamten stationären Aufenthalts. Aufklärungen geschehen anhand standardisierter Bögen. Ausländische Patienten können hierbei durch Mitarbeiter mit Fremdsprachenkenntnissen oder über fremdsprachiges Informations- und Aufklärungsmaterial sowie Kommunikationshilfen im Intranet unterstützt werden. Die Wahrung der Privat- und Intimsphäre ist für uns zu jedem Zeitpunkt der Behandlung selbstverständlich. Tägliche Visiten überprüfen die Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse und -wünsche.

## **Service, Essen und Trinken**

Unsere Hausdame steht unseren Patienten bei Fragen, Anregungen und Informationsbedarf rund um Sauberkeit, Service und Ambiente als Ansprechpartnerin zur Verfügung. Neben diesem anspruchsvollen Service erwarten unsere Patienten vier abwechslungsreiche und gesunde Menüs, bei denen Sie unsere sechs Diätassistenten in Ernährungsangelegenheiten beraten. Dabei werden kulturelle und religiöse Bedürfnisse berücksichtigt. Für Kinder steht eine spezielle Kostform zur Verfügung. Die Aufbewahrung der Wertgegenstände ist ebenso geregelt wie die Begleitdienste durch ehrenamtliche Helfer. Die Ausstattung des Krankenhauses u.a. mit einer Cafeteria, einem Andachtsraum, einem Spielzimmer und der Patientenbücherei sorgen für einen angenehmen Aufenthalt.



## **Kooperationen**

Um unseren Patienten eine optimale Versorgung zu bieten, arbeiten wir gezielt mit Partnern des Gesundheitswesens zusammen. Dies gewährleisten wir durch Verträge bzw. Vereinbarungen mit der AOK, Kooperationen im Rahmen des hessischen Onkologie-Konzepts sowie mit anderen Kliniken. Großen Wert legen wir auf unser EDV geregeltes interdisziplinäres Konsilwesen, Röntgenbesprechungen und bereichs- und berufsgruppenübergreifende Besprechungen beispielsweise im Rahmen von Tumorkonferenzen. In unserer Einrichtung sind außerdem verschiedene Zentren etabliert, die mit zahlreichen Selbsthilfegruppen kooperieren.

## **Erstdiagnostik und Erstversorgung**

Die Aufnahmebereitschaft unserer Klinik rund um die Uhr sowie ein Facharztstandard sind gewährleistet. Standardbögen zur ärztlichen sowie pflegerischen Anamnese stellen eine einheitliche Dokumentation sicher. Zu deren relevanten Inhalten zählen u.a. Erfassungen des Patientenzustandes anhand verschiedener Pflegeassessmentsinstrumente und im Bedarfsfall eine umfassende Fotodokumentation. Eine einheitliche Übernahme des Patienten vom Rettungsdienst und die Ersteinschätzung in der Notaufnahme sind schriftlich geregelt. Zur adäquaten Erreichung medizinischer und pflegerischer Ziele liegen in einigen Kliniken SOPs im Checklistenformat vor.

## **Ambulante Diagnostik und Behandlung**

Unser Ziel ist es, Patienten mit ambulant behandelbaren Erkrankungen fachlich kompetent zu versorgen. In den zahlreichen Ambulanzen unserer Klinik erhalten Patienten entsprechende Informationen zur ambulanten Diagnostik und Behandlung. Eine ambulante Notfallversorgung ist dabei täglich rund um die Uhr gewährleistet. Durch die gezielte Nutzung von Vorbefunden werden Doppeluntersuchungen vermieden. Niedergelassene Kollegen bzw. Hausärzte erhalten durch Arztbriefe Informationen zur Behandlung ihrer Patienten.

## **Ambulante Operationen**

Alle Fachdisziplinen unserer Einrichtung führen nach einer umfassenden Aufklärung ambulante Operationen unter Berücksichtigung von Vorbefunden, Risiken und Lebensumständen durch, die in einer ambulanten Patientenakte dokumentiert werden. Ein OP-Koordinator stellt die Verfügbarkeit der Säle im Zentral- oder abteilungsspezifischen OP nach den Vorgaben des OP-Statuts sicher. Die Weiterversorgung erfolgt in der Regel durch den niedergelassenen Arzt. Hierzu erhält jeder Patient bei der Entlassung einen Kurzarztbrief.

## **Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung**

Wir führen sowohl eine effiziente Diagnostik als auch eine strukturierte Behandlungsplanung aufgrund optimierter und standardisierter Abläufe, abteilungsspezifischer Leitlinien, Diagnostikschemas und Behandlungspfade durch. Die bei der Aufnahme und im Rahmen der Anamnese erhobenen individuellen Patientendaten werden in der Behandlungsplanung umfassend berücksichtigt. Regelmäßige Fallbesprechungen finden bereichs- und berufsgruppenübergreifend statt.

## **Therapeutische Prozesse**

Basierend auf den aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften nutzen wir gemäß unserem Leitbild abteilungsübergreifend ärztliche, pflegerische und therapeutische Standards zur diagnosebezogenen Therapieplanung. Zur Aufklärung der Patienten liegen einheitliche, auch fremdsprachige Aufklärungsbögen vor. Unser interdisziplinäres Team und die Zusammenarbeit mit bestehenden Kooperationen finden in Fallbesprechungen sowie Qualitätszirkeln als auch in einer standardisierten Dokumentation Anklang. Des Weiteren wurden Standards zur Schmerztherapie überarbeitet.

## **Operative Verfahren**

Ein OP-Manager, sein Vertreter sowie drei OP-Koordinatoren regeln alle organisatorischen Aspekte und Verantwortlichkeiten der OP-Abläufe nach den Vorgaben eines OP-Statuts. Ein Facharztstandard und Standards zur Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von Operationen sichern die Qualität in unserem Haus. Die präoperative Patientenaufklärung findet nach einer diagnosebezogenen Indikationsstellung unter Verwendung einheitlicher Aufklärungsbögen statt. Zur Abstimmung aller beteiligten Berufsgruppen dienen u.a. interdisziplinäre und multiprofessionelle Besprechungen sowie gemeinsame Visiten. Auch Time-Out-Regelungen zur Vermeidung chirurgischer Eingriffsverwechslungen wurden etabliert.

## **Visite**

In den täglich stattfindenden Visiten werden der Patientenzustand sowie Therapieerfolge erhoben, um die Patientenversorgung zu überprüfen und sie bei Bedarf individuell an den Krankheitsverlauf anzupassen. Die Visiten finden bereichsübergreifend in definierten Zeitfenstern unter ärztlicher und pflegerischer Beteiligung statt. Dabei achten wir stets unter Wahrung der Privatsphäre auf eine patientenorientierte Visitingestaltung. Visitenkonzepte und weitere schriftliche Regelungen sichern den Visitenablauf sowie deren Dokumentation.

## **Teilstationär, Prästationär, Poststationär**

Unser Ziel ist es, eine individuelle und leitlinienkonforme Versorgung durch reibungslose Prozesse zu gewährleisten. Hierzu bieten verschiedene Fachabteilungen prä-, post- und teilstationäre Leistungen sowie fachärztliche Indikationssprechstunden beispielsweise im Bereich der Gynäkologie, Hautklinik und Chirurgie an. Voll- und teilstationäre Behandlungen orientieren sich an definierten Standards und Schemata. Die Terminierung prä- und poststationärer Tage wird ferner durch das Zentrale Belegmanagement durchgeführt.

## **Entlassung**

Im Rahmen eines strukturierten Entlassmanagement wird die Entlassung unter Einbindung des Patienten, seinen Angehörigen, von Spezialisten und des Sozialdienstes in Kontakt zu weiterbetreuenden Einrichtungen optimal vorbereitet. Einzelne Teilschritte des Entlassprozesses wurden in Ablaufbeschreibungen erarbeitet. Für komplexe Entlasssituationen stehen zudem übergreifende Checklisten zur Verfügung. Bereits bei der Aufnahme wird ein voraussichtlicher Entlasstermin festgelegt, der kontinuierlich überprüft und an den Behandlungsverlauf angepasst wird. Patienten erhalten ein ärztliches Entlassgespräch sowie mindestens einen Kurzarztbrief mit relevanten Informationen.

### **Kontinuierliche Weiterbetreuung**

Zur Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung nach Entlassung wird der Weiterversorgungsbedarf bereits während der Aufnahme und den ärztlichen Visiten und in Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst abgeklärt. Jeder Patient erhält am Entlassstag mindestens einen Kurzarztbrief oder Überleitungsbogen zur gesicherten Informationsweitergabe an weiterbehandelnde Ärzte. Zur optimalen poststationären Patientenversorgung bestehen neben verschiedenen Weiterbehandlungsangeboten strukturierte Kontakte zu niedergelassenen Ärzten, Selbsthilfegruppen und Betreuungseinrichtungen wie den beiden, an das Klinikum angeschlossenen Pflegeheimen.

### **Umgang mit sterbenden Patienten**

Um Sterbenden einen friedvollen, schmerzfreien und würdevollen Tod zu ermöglichen, berücksichtigen wir die Bedürfnisse unserer Patienten in jeder Phase des Sterbeprozesses. Neben Palliativ-Care Fachkräften und Medizinerinnen ist auch unsere Klinikseelsorge zur Unterstützung und Entlastung Angehöriger rund um die Uhr erreichbar. Wir bieten unseren Patienten neun Einzelzimmer an, in denen auch Angehörige untergebracht werden können. Besondere Rücksicht wird auf kulturelle und religiöse Wünsche genommen. Die Behandlung unserer Patienten besprechen wir in wöchentlich stattfindenden interdisziplinären Besprechungen.

### **Umgang mit Verstorbenen**

Zur patientenorientierten Versorgung zählt für uns auch der würdevolle Umgang mit dem Patienten nach seinem Tod. Daher werden die Patientenzimmer unter Berücksichtigung von Wünschen des Patienten und dessen Angehörigen in angemessener Form beispielsweise durch das Anbringen religiöser und kultureller Symbole vorbereitet. Angehörige haben die Möglichkeit, in Ruhe Abschied zu nehmen. Zur Begleitung stehen neben der Krankenhausseelsorge weitere Fachkräfte rund um die Uhr bereit.

## 2 Mitarbeiterorientierung

### **Planung des Personalbedarfs**

Um jederzeit eine fachlich kompetente Patientenversorgung sicherzustellen, planen wir unseren Personalbedarf systematisch unter Berücksichtigung gesetzlicher Vorgaben und leistungsbezogener Kennzahlen. Die Planung des Personalbedarfs erfolgt jährlich auf Basis des Wirtschaftsplans. Der Betriebsrat wird in die Personalplanung miteingebunden. Gezielte Maßnahmen dienen dazu, einer Personalfluktuation, Überstunden und Ausfallzeiten entgegenzuwirken. Die Gesamtquote an examinierten Pflegekräften lag 2013 bei ca. 82%. Im Bereich der Fachärzte streben wir eine Quote von >90% an.

### **Personalentwicklung/ Qualifizierung**

Wir nutzen eine systematische Personalentwicklung, um die Motivation und Zufriedenheit unserer Mitarbeiter zu erhöhen, Führungskräfte bei der Wahrnehmung ihrer Führungsaufgabe zu unterstützen und um uns als attraktiver Arbeitgeber am Markt zu platzieren. Mitarbeitergespräche dienen sowohl der Beurteilung, der Karriereplanung als auch der Möglichkeit auf Mitarbeiterwünsche einzugehen. Führungskräfte werden in diesen jährlichen Gesprächen über das leitbildorientierte Personalentwicklungskonzept, Leitfäden, Protokollvorlagen und durch Schulungen externer Anbieter unterstützt.

### **Einarbeitung von Mitarbeitern**

Alle Mitarbeiter unserer Klinik werden nach den Vorgaben des leitbildorientierten Personalentwicklungskonzepts eingearbeitet, das sowohl berufsgruppen- als auch abteilungsspezifische Aspekte der Einarbeitung beinhaltet. Unser Ziel ist es, die Integration aller neuen Mitarbeiter systematisch über Mentoren, Oberärzte und erfahrene Kollegen sowie strukturierte Gespräche zu begleiten und ein selbstständiges Arbeiten zeitnah sicherzustellen. Ferner finden quartalsweise verpflichtende Einführungstage für alle neuen Mitarbeiter statt. Allgemeine und stationsspezifische Informationen sind außerdem über das Intranet und Einarbeitungsordner jederzeit zugänglich.

### **Ausbildung**

Über ein geschlossenes und nach dem Lernfeldkonzept erarbeitetes Curriculum, ein Konzept für die Praxisanleitung und ein Konzept zur Lehreevaluation stellen wir eine qualitativ hochwertige Ausbildung sicher, deren theoretischen und praktischen Ausbildungsinhalte klar geregelt sind. Somit sorgen wir dafür, auch in Zukunft den Bedarf an gut ausgebildeten Mitarbeitern decken zu können. Klausuren, bewertete Lernaufgaben und Rückmeldungen zu praktischen Einsätzen dienen der Sicherstellung des Lernerfolgs in den Ausbildungsstätten. Zudem legen wir großen Wert auf den Informationsaustausch zwischen allen an der Ausbildung Beteiligten.

### **Fort- und Weiterbildung**

Unser Bestreben ist es, den Mitarbeitern durch gezielte Qualifizierungsmaßnahmen umfangreiches Fachwissen sowie solche Fähigkeiten, Fertigkeiten und Handlungskompetenzen zu vermitteln, die sie zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben benötigen. Neben der Möglichkeit zur Facharztweiterbildung, wöchentlichen bzw. monatlichen abteilungsinternen Veranstaltungen und Pflichtfortbildungen, steht unseren Mitarbeitern das Fortbildungsprogramm des Centrums für Fort- und Weiterbildung im Gesundheitswesen zur Verfügung. Dieses ist über das Intranet einsehbar. Unsere Fachbibliotheken und elektronische Datenbanken ermöglichen allen Mitarbeitern den Zugang zu aktueller Fachliteratur und Weiterbildungsmaterialien.

### **Mitarbeiterorientierter Führungsstil**

Uns ist es wichtig, alle Mitarbeiter über eine mitarbeiterorientierte Führung unserer Führungskräfte gezielt zu integrieren, sie in strategische Planungen miteinzubeziehen, zu fördern und kontinuierlich umfassend zu informieren. Die entsprechenden Führungsgrundsätze leiten sich aus den Kernaussagen unseres Leitbildes ab. Auch das Personalentwicklungskonzept greift die Leitsätze auf, indem es verschiedene Instrumente der mitarbeiterorientierten Führung wie das jährliche Mitarbeitergespräch anbietet. Für diese verantwortungsvolle Aufgabe werden unsere Leitungen in Seminaren und Klausurtagungen geschult und deren Arbeit evaluiert.

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

Die im Krankenhaus gelebten Arbeitszeitregelungen basieren auf den gesetzlichen und tariflichen Bestimmungen des Arbeitszeitgesetzes. Um die individuellen Mitarbeiterbedürfnisse sowie die arbeitsmedizinischen Empfehlungen berufsübergreifend und vor allem während des Schichtdienstes zu berücksichtigen, finden flächendeckende Arbeitszeitmodelle Anwendung. Auf Mitarbeiterwünsche wird nach Möglichkeit bei der Dienstplanerstellung eingegangen. Die Einhaltung der arbeitszeitlichen Regelungen wird überprüft und die Zufriedenheit in einer Mitarbeiterbefragung - zuletzt 2013 - evaluiert.

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

Wir nehmen Mitarbeiterideen, -wünsche sowie -beschwerden ernst und nutzen diese, um Mitarbeitern Gestaltungsfreiraum zu schaffen, Fehler zu vermeiden und die Wirtschaftlichkeit unseres Hauses stetig zu verbessern. Alle Regelungen für das betriebliche Vorschlagswesen sind schriftlich in der Betriebsvereinbarung „Ideenmanagement“ fixiert und erläutern das Vorgehen zur Einreichung, Bearbeitung und Prämierung von Vorschlägen. Zur Äußerung von Beschwerden stehen den Mitarbeitern Vorgesetzte, der Betriebsrat, Mitarbeitergespräche, -befragungen und ein etabliertes Beschwerdemanagement zur Verfügung.

## 3 Sicherheit

### **Arbeitsschutz**

Zur Einhaltung arbeitsschutzrechtlicher Vorgaben haben wir ein Beauftragtenwesen relevanter Bereiche und einen betriebsärztlichen Dienst eingerichtet sowie alle vorgeschriebenen Vorkehrungen zur Unfallvermeidung getroffen. Ein im Intranet zugängliches Arbeitsschutzkonzept regelt auch das Vorgehen bei Arbeitsunfällen durch ein standardisiertes Verfahren. Zudem wird eine Unfallstatistik geführt. Satzungsgemäß tagt der Arbeitsschutzausschuss quartalsweise. Zur Überprüfung der Vorschriften finden regelmäßig Begehungen und Pflichtunterweisungen der Mitarbeiter statt. So konnten 2013 flächendeckende Gefährdungsbeurteilungen in den technischen Bereichen durchgeführt werden.

### **Brandschutz**

In der Brandschutzordnung und dem Krankenhauseinsatzplan haben wir umfassende Regelungen zum Verhalten im Brandfall getroffen. Beschrieben sind hier u.a. die Melde- und Alarmierungswege. Alle entsprechenden Dokumente stehen jederzeit elektronisch und in Papierform zur Verfügung. Ein Brandschutzbeauftragter wurde benannt. Das gesamte Haus ist mit Plänen der aktuellen Flucht- und Rettungswegen ausgestattet. Unsere Mitarbeiter erhalten Brandschutzunterweisungen, deren Teilnahme verpflichtend ist. Des Weiteren stellen regelmäßige Begehungen sicher, dass alle Vorkehrungen zur Brandvermeidung sowie für den Brandfall getroffen sind.

### **Umweltschutz**

Wir verschreiben uns einem aktiven Umweltschutz, indem wir uns für einen schonenden Umgang mit den Ressourcen Wasser und Energie sowie für ein möglichst geringes Abfallaufkommen einsetzen. Zur Erreichung dieser Ziele haben wir Umweltleitlinien erarbeitet, die über das Intranet verfügbar sind und entsprechende Wasser- und Energiesparmaßnahmen etabliert. Bei der Beschaffung neuer Produkte achten wir auf ihre ökologische Unbedenklichkeit. Mitarbeiter erhalten Schulungen im Umweltschutz, während die Einhaltung der Umweltziele in regelmäßigen Begehungen überprüft wird.

### **Katastrophenschutz**

Das Klinikum Darmstadt ist in den Katastrophenschutz nach Landesrecht eingebunden. Unser Krankenhauseinsatzplan enthält alle Regelungen zu den Verantwortlichkeiten sowie Aufgaben im Katastrophenfall und ist über das Intranet einsehbar. Auch die Aufnahmeverpflichtungen des Krankenhauses für Notfallpatienten bei Großschadensereignissen sind dort definiert. Der Krankenhausalarmplan wird mindestens jährlich und nach Bedarf auf seine Aktualität hin überprüft. Unsere Mitarbeiter sind im Umgang mit Katastrophenschutz geschult. Die letzte praktische Übung hierzu fand im Januar 2013 statt. Des Weiteren wurde das Klinikum 2013 als überregionales Traumazentrum rezertifiziert.



### **Nichtmedizinische Notfallsituationen**

In unserem Haus wurden zahlreiche Maßnahmen zur Vermeidung und ggf. Bewältigung nichtmedizinischer Notfälle (z.B. Betriebsstörungen) umgesetzt. Diesbezüglichen Regelungen, Verantwortlichkeiten der Mitarbeiter sowie Alarmierungsketten sind im Krankenhauseinsatzplan aufgeführt und über das Intranet einsehbar. Die Stromversorgung kann im Bedarfsfall durch ein Notstromaggregat aufrechterhalten werden. Außerdem finden Schulungen, Begehungen und monatliche Jour-fixe zum Thema statt.

### **Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung**

Patienten, die sich selbst oder andere aufgrund ihres Zustandes oder ihres Krankheitsbildes gefährden, werden in unserem Haus in besonderem Maße betreut, um Gefahrensituationen zu vermeiden. Eine entsprechende Ausstattung unterstützt die Sicherheit der Patienten z.B. in Form von Kindersicherungen in den Steckdosen, im Bereich der HNO-Klinik abschließbare Fenster. Ferner regeln Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Kriseninterventionen, verschiedene Dokumente, Checklisten und Pflegeassessments den Schutz des Patienten. Unsere Mitarbeiter erhalten regelmäßig entsprechende Schulungen auch im Bereich dementieller und suizidaler Erkrankungen.

### **Medizinisches Notfallmanagement**

Ein Konzept zum medizinischen Notfallmanagement als auch standortspezifische Regelungen gewährleisten in unserem Haus erforderliche Maßnahmen und somit eine rasche und qualifizierte Notfallversorgung unserer Patienten. Notfallteams sind rund um die Uhr über eine entsprechende Notrufnummer erreichbar. Standardisiert bestückte Notfall- sowie Spezialkoffer werden in zentralen Bereichen vorgehalten. Neben der Qualifikation des Notfallteams spielt auch die verpflichtende Reanimationsschulung für alle Mitarbeiter des Klinikums eine wichtige Rolle. Seit 2012 nimmt das Klinikum Darmstadt am Reanimationsregister teil.

### **Hygienemanagement**

Ein umfassend erarbeiteter Hygieneplan definiert alle Regelungen der Krankenhaushygiene. Dieser Plan, eine halbjährlich tagende Hygienekommission, Dokumente zur Krankenhaus- und Umwelthygiene und hygienebeauftragte Ärzte stellen eine optimale Hygienesituation in unserem Haus sicher. Hygieneinformationen und ein Merkblatt im Intranet erläutern Kommunikationswege bei hygienischen Mängeln. Regelmäßige Hygieneschulungen sorgen für einen angemessenen Kenntnisstand bei den Mitarbeitern. Die Einhaltung der Hygienerichtlinien wird sowohl durch Kontrollen des Gesundheitsamtes als auch über interne Begehungen streng geprüft. Seit 2012 gehören dazu unter anderem die monatlichen Hygiene- und Infektionsvisiten der Intensivstation. Im Bereich der Küche ist das HACCP-Konzept vollständig umgesetzt.

## **Hygienerrelevante Daten**

Hygienerrelevante Daten wie Infektionserkrankungen werden erfasst und kontinuierlich über interne und externe geregelte Meldewege an entsprechende Stellen weitergeleitet. Darüber hinaus nehmen wir an der nationalen Krankenhausinfektionssurveillance (IST-KISS, NEO-Kiss, Hand-KISS) und an einem bundesweiten Benchmark teil. Sämtliche Keimresistenzstatistiken und Daten zu nosokomialen und weiteren Infektionen werden regelmäßig von der Hygiene besprochen, analysiert und ggf. entsprechende korrigierende Maßnahmen ergriffen. In diesem Rahmen wurden 2013 Hygieneschutzstufen neu definiert sowie das Vorgehen im MRSA-Screening kritisch überprüft und verstärkt umgesetzt.

## **Infektionsmanagement**

Ein Hygieneplan und interne Anweisungen enthalten umfassende Regelungen des Infektionsmanagements zum Schutz aller in unserem Klinikum verkehrender Personen vor Infektionen. Standards zur Umkehrisolation, Merkblätter und weitere Maßnahmen regeln den Umgang mit infektiösen Erregern. Zur Umsetzung einer flächendeckenden Händedesinfektion bieten wir unter anderem klinikweite Aktionstage und Schulungen an. Seit 2013 steht in der zentralen Eingangshalle außerdem eine Säule mit Händedesinfektion. Regelmäßige Kontrollen auch im Bereich des Trinkwassers gewährleisten eine frühzeitige Erkennung potentieller infektiöser Fehlentwicklungen. Eine derartige Gefährdungsanalyse des gesamten Leitungswassernetzes im Klinikum fand zuletzt 2013 statt.

## **Arzneimittel**

Durch unsere, seit 2013 nach DIN ISO 9001 zertifizierte, klinikinterne Apotheke ist eine kontinuierliche Versorgung mit Arzneimitteln, Betäubungsmitteln und Zytostatika auch in Notfallsituationen gewährleistet. Die Arzneimittelanamnese erfolgt bei der Aufnahme des Patienten. Zur Fehlervermeidung bei der Medikamentengabe werden Maßnahmen wie z.B. beschriftete Dispenser für jeden Patienten und farbliche Markierungen angewendet. Der Umgang mit Betäubungsmitteln erfolgt unter strenger Einhaltung gesetzlicher Vorschriften. Auch Aufklärungen über Narkosemittel, Zytostatika u.a. erfolgen nach standardisierten Verfahren. Alle Stationen werden halbjährlich vom zuständigen Apotheker anhand einer Checkliste begangen. Bei Fragen oder Komplikation besteht ein Beratungsangebot über die Apothekenhotline.

## **Blutkomponenten und Plasmaderivate**

Im Qualitätssicherungshandbuch „Bluttransfusionswesen“ sind alle Regelungen zum Umgang mit Blut und Blutprodukten sowie Meldewege bei Zwischenfällen hinterlegt, die für alle Mitarbeiter über das Intranet und z.T. in Papierform einsehbar sind. Eine eingerichtete Transfusionskommission tagt gemäß ihrer Geschäftsordnung einmal jährlich und bei Bedarf. Die Applikation von Blut und Blutprodukten wird sowohl patienten- als auch chargenbezogen dokumentiert, um die Transfusionshistorie stets nachvollziehbar zu machen. Regelmäßige Einweisungen, Transfusionsschulungen, interne Audits und Qualitätssicherungsbögen sind etabliert. 2013 wurden Verfallsquoten im Benchmark dargestellt und im Hämovigilanzbericht veröffentlicht.



## **Medizinprodukte**

Der Umgang mit Medizinprodukten ist für alle Mitarbeiter umfassend geregelt, um eine sichere Handhabung zu gewährleisten. Dazu zählen auch Hygienerichtlinien, Regelungen zu Lagerung und Verfall sowie eine expertengerechte Einweisung. Bedienungsanleitungen liegen bereit und sind daneben in elektronischer Form verfügbar. Die Instandhaltung der Medizinprodukte und Beratung ist durch die Medizintechniker sichergestellt, die bei Bedarf mit externen, spezialisierten Dienstleistern zusammenarbeiten. Ein zentrales elektronisches Bestandsverzeichnis über alle Medizinprodukte wird stets aktualisiert. 2013 wurde außerdem ein EDV-technisches Störmeldesystem etabliert und eine Software zur Erfassung aller eingewiesener Mitarbeiter angeschafft.

## 4 Informations- und Kommunikationswesen

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

Die EDV-Abteilung (ADIK) ist in unserem Hause für den Aufbau, den Betrieb und die Weiterentwicklung einer modernen Informationstechnologie verantwortlich. Ihre Aufgaben und Aufbau sind im Geschäftsverteilungsplan sowie dem IT-Strategieplan festgelegt. Die EDV-Systeme werden u.a. durch ein Ausfallkonzept, die Vergabe von Zugriffsrechten und den Anschluss der Server an eine unterbrechungsfreie Stromversorgung gesichert. Während der Regelarbeitszeit bieten Helpdesks rasche Hilfe. Eine gezielte EDV-Nutzung unterstützt uns ferner bei der Steuerung der Patientenversorgung sowie der Optimierung medizinischer und pflegerischer Arbeitsabläufe. Durch die Einführung von Medico im Jahr 2012 sind eine sofortige Bereitstellung von Patientenstammdaten und die Zuordnung abrechnungsrelevanter Kennzahlen, Befunde und Leistungen gegeben.

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

Für die Dokumentation und Archivierung von Patientendaten haben wir einheitliche Regelungen und Richtlinien etabliert, so dass jederzeit alle relevanten Informationen allen an der Behandlung Beteiligten zur Verfügung stehen und die gesetzlichen Anforderungen erfüllt werden. Die Dokumentation erfolgt größtenteils elektronisch. Die Einführung der digitalen Patientenakte ist in Verbindung mit gezielten Dokumentationsschulungen im Bereich der Pflege für 2014 geplant. Sämtliche Dokumentation wird regelmäßig anhand von Stichproben überprüft. Die Datenkodierung erfolgt entsprechend dem Kodierkonzept durch Mitarbeiter des Medizincontrollings.

### **Verfügbarkeit von Patientendaten**

Alle an der Behandlung eines Patienten beteiligten Mitarbeiter haben rund um die Uhr Zugriff auf die benötigten Patientendaten im Medico. Der Zugriff ist über ein Zugriffsrechtekonzept geregelt. Auch die Verfügbarkeit der papiergebundenen Patientenakten für alle an der Behandlung Beteiligten ist auf der Station jederzeit gegeben. Eine 2013 erarbeitete Datenschutzrichtlinie stellt den Umgang mit den sensiblen Daten sicher. Alle Maßnahmen werden zeitnah und vollständig dokumentiert, sodass der aktuelle Zustand des Patienten und dessen klinischer Verlauf stets nachvollziehbar sind. Auch die Organisation der dezentralen Archive ist klar geregelt. Ein digitales Archiv befindet sich in Planung.

### **Information der Krankenhausleitung**

Um die Krankenhausleitung jederzeit über die Geschehnisse im Klinikum Darmstadt zu informieren, sind umfangreiche Informationsstrukturen wie das Berichtswesen und Statistiken geschaffen. Daneben erhält die Krankenhausleitung durch Einbindung in zahlreiche Besprechungen stets aktuelle Informationen. Zudem sind Mitarbeiterbefragungen eine Möglichkeit, Feedback vom eigenen Personal zu bekommen. Um den Mitarbeitern auch einen direkten Meinungs austausch mit der Klinikleitung zu ermöglichen, wurde ein „Runder Tisch“ zum Businessplan eingerichtet und strukturierte monatliche Infoveranstaltungen für Stationsleitungen etabliert. Des Weiteren konnten das Controlling-Berichtswesen 2013 weiterentwickelt sowie ein Jahr zuvor ein Organisationshandbuch eingeführt werden.

### **Informationsweitergabe (intern/ extern)**

Die interne Informations- und Kommunikationsstruktur sowie das Besprechungswesen sind standardisiert durch u.a. Durchführungsrichtlinien, Protokolle und Besprechungsmatrizen geregelt. Neben dem Regelbesprechungswesen bieten wir weitere Informationskanäle wie einen E-Mail-Verteiler, das Intranet, Rundschreiben und Newsletter an. In dem Rahmen wurden 2013 u.a. jährliche Pflegeklausurtagungen und ein „Runder Tisch vor Ort“ etabliert. Unser Anliegen ist es zudem, (potenziellen) Patienten zielgruppengerechte Informationen über das Internet, Flyer und Broschüren zukommen zu lassen. Auch die Informationsweitergabe an Externe pflegen wir durch, Pflegeüberleitungsbögen, Arztbriefe oder einen regelmäßigen Meinungsaustausch zwischen den Klinikdirektoren und den niedergelassenen Ärzten.

### **Organisation und Service**

Wir stehen Patienten, Angehörigen, Besuchern und Einweisern rund um die Uhr mit Auskünften zur Verfügung. Hierzu fungieren die Rezeption und die Infopoints an beiden Standorten als zentrale Auskunftsstellen. In unserem attraktiven Empfangsbereich stehen darüber hinaus weiteres Informationsmaterial, ein Geldautomat, Sitzmöglichkeiten und Rollstühle sowie ein Kiosk in unmittelbarer Nähe zur Verfügung. Großen Wert legen wir auf die Wahrung der Privatsphäre unserer Patienten sowie auf den Datenschutz. Durch entsprechende Schulungen, z.B. zum sicheren Auftreten in Stresssituationen, sorgen wir stets für die notwendigen Qualifikationen unserer Mitarbeiter.

### **Regelungen zum Datenschutz**

Unser Ziel ist es, zum einen die gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz einzuhalten und zum anderen, die Privatsphäre unserer Patienten und Mitarbeiter zu schützen. Ein Datenschutzbeauftragter ist für das Klinikum benannt. Verschiedene Sicherheitsmaßnahmen zum Umgang mit personenbezogenen Daten sowie spezielle Regelungen wurden in einer neu erarbeiteten Datenschutzlinie erfasst. Darüber hinaus existiert hausübergreifend das Datenschutz- und Berechtigungskonzept Siemens medico. Externe Dienstleister haben eine Datenschutzerklärung unterschrieben. Zudem achten wir auf eine hohe Durchdringung der Datenschutzregelungen, u. a. durch Begehungen sowie wöchentlichen Datenschutzsprechstunden. Schulungen führen wir anhand eines Schulungskonzepts zur Qualifizierung der Mitarbeiter im Datenschutz durch.

## 5 Führung

### **Vision, Philosophie und Leitbild**

Unsere Unternehmenswerte werden durch das Leitbild „Mit Sicherheit gut versorgt“ determiniert. Dieses wurde 2006 erheblich überarbeitet, um künftig auch dem wirtschaftlichem Wachstum unserer Klinik gerecht zu werden. Zur Umsetzung des Leitbildes auf allen Hierarchieebenen tragen u.a. die Bezugnahme auf das Leitbild im Rahmen von Mitarbeitergesprächen sowie unsere interdisziplinären Zusammenarbeit bei. Über den Businessplan der Klinik wird die Umsetzung des Leitbildes in der Unternehmenssteuerung sichergestellt. Eine Verbindung zwischen Qualitätspolitik und Leitbild findet über das Qualitätskennzahlenset statt.

### **Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen**

Unser Ziel ist es, eine auf gegenseitigem Vertrauen basierende Arbeitsatmosphäre zu schaffen und die Kommunikation der Mitarbeiter untereinander sowie zu den Führungskräften zu fördern. Zur Wahrnehmung der Fürsorgepflicht seitens des Arbeitgebers gegenüber den Mitarbeitern und deren Integration in unser Klinikum gelten Führungs- und Gleichbehandlungsgrundsätze, festgelegte Maßnahmen in unserem Personalentwicklungskonzept sowie eine enge Zusammenarbeit mit dem Betriebsrat. In diesem Rahmen wurden eine Vielzahl an vertrauensfördernde Maßnahmen wie Betriebsfeiern, Supervisionen, Gesundheitstage, Kinderbetreuungen und weitere Angebote etabliert. Ferner sind uns kontinuierlich verbesserte Kommunikations- und Informationswege mit und für den/die Mitarbeiter/n wie der „Runde Tisch“ und Mitarbeiterinformationsveranstaltungen wichtig.

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

Bereits im Leitbild verpflichtet sich das Klinikum Darmstadt dazu, persönliche Werthaltungen zu respektieren und sich für eine freundliche, menschliche Atmosphäre einzusetzen. Ein Ethikkomitee oder die Ethikbeauftragte können im Bedarfsfall unterstützend hinzugezogen werden. Ferner fungieren katholische und evangelische Seelsorger täglich als Ansprechpartner für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter. Patienten haben die Möglichkeit, ihre Mahlzeiten entsprechend ihrer kulturellen und religiösen Bedürfnisse auszuwählen. Auch Riten und eine entsprechende Zimmergestaltung realisieren wir im Rahmen der Möglichkeiten. Des Weiteren stellen wir für Mitglieder nicht-christlicher Religionen einen Gebetsraum zu Verfügung. Jährliche Schulungen für das Ethikkomitee und eine erstmalige Durchführung einer Mitarbeiterbefragung des Ethikkomitees zum Thema Patientenverfügung und –willen (2013) fördert unsere Qualität.

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

Zentrales Instrument unserer strategischen Zielplanung ist der 2013 neu, unter Einbindung aller Kliniken und Abteilungen, angepasste Businessplan, der die langfristige Entwicklung und Finanzierung des Klinikums abbildet. Darauf basierend existieren eine 5-jährige Investitionsplanung und eine Liquiditätsplanung. Die Umsetzung des Plans wird vom Projektmanagement-Office unterstützt und über den Lenkungsausschuss Projekte gesteuert. Die derzeit aufgebaute Deckungsbeitragsrechnung soll als Basis für die definierte Budgetierung in den medizinischen Leistungsbereichen dienen. Die Einbeziehung der Abteilungen und Mitarbeiter erfolgt über Strategiegespräche, ein klar geregeltes Berichtswesen aller Beteiligten, Mitarbeiterbefragungen, -versammlungen, Gesprächsrunden mit der Geschäftsführung und weitere verschiedene Medien.

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

Unser Anliegen ist es, durch gezielte Kooperationen die Erreichung unserer strategischen Ziele zu unterstützen und den Patienten ein ganzheitliches Versorgungsangebot zukommen zu lassen. Hierzu wählen wir unsere Kooperationspartner sorgfältig aus und regeln eine klare, vertragliche Zusammenarbeit. Die bestehenden Kooperationen werden regelmäßig hinsichtlich ihres Nutzens für das Klinikum bewertet. Unsere gesellschaftliche Verantwortung nehmen durch Angebote unter anderem in Bereichen der Ausbildung, Kinderbetreuung und kulturellen Ausstellungen im Klinikum wahr. Zur Koordination und Übersicht all unserer Kooperationspartner wurde 2012 die Stabstelle Kooperationsmanagement eingerichtet.

### **Festlegung einer Organisationsstruktur**

Die Organisationsstruktur ist in einem kontinuierlich aktualisierten Gesamtorganigramm sowie verschiedenen Teilorganigrammen eindeutig festgelegt und über das Intranet zugänglich. Ein Gesellschaftsvertrag, eine Geschäftsordnung und ein Organisationshandbuch regeln die Kompetenzen der Führungsorganisation, koordinieren die Gremienarbeit und halten Aufgaben, Zuständigkeiten und das Berichtswesen fest. Die Gremienstruktur ist im Kommunikationskonzept festgelegt. Stellenbeschreibungen und Vertretungsregelungen sorgen weiterhin für klar definierte Aufgabenbereiche und Verantwortlichkeiten. Für Patienten, Angehörige und Einweiser sind die Ansprechpartner sowohl auf der Homepage als auch in Patientenbroschüren festgelegt.

### **Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien**

Das übergeordnete Führungsgremium ist die Geschäftsführung, die ihre Führungsaufgaben regelhaft im Rahmen von Sitzungen mit dem Direktorium wahrnimmt. Zu weiteren Führungsgremien zählen u.a. eine monatliche Direktorenkonferenz sowie monatlich stattfindende Leitungssitzungen der Pflege. Effektivität und Effizienz der Gremien stellen wir durch eine strukturierte Organisation, Satzungen und die Verwendung von Protokollen sicher. Das Projekt Management Office plant und steuert als Stabstelle der Geschäftsführung aktuelle Projekte und Prozessoptimierungen. Darüber hinaus bietet es spezifische Coaching- und Unterstützungsleistungen für Projektbeteiligte an. Die Kommunikation der Ergebnisse der Gremiensitzungen und Projekte erfolgt über Protokolle, Team- und Regelbesprechungen in den Bereichen, Veröffentlichungen sowie das Intranet.

### **Innovation und Wissensmanagement**

Bereits im Leitbild verpflichten wir uns zur Innovationsförderung. Hierzu ermutigen wir unsere Mitarbeiter, sich über aktuelle Entwicklungen und Trends zu informieren und gezielte Vorschläge zu äußern. Eine entsprechende Beteiligung erzielen wir u.a. durch das Ideenmanagement, die Teilnahme an Forschungsaktivitäten und die Projektarbeit. Im Rahmen des Aufbaus eines umfassenden Wissensmanagements haben wir bereits eine Vielzahl an Maßnahmen wie Weiterbildungen, Bibliotheken und das Intranet als zentrale Wissensplattform etabliert.

### **Externe Kommunikation**

Unser Ziel ist es, das positive Image unseres Klinikums in der Öffentlichkeit zu unterstützen und somit auch zu einer optimalen Auslastung unseres Hauses beizutragen. Verantwortlich hierfür ist die Stabsstelle für Marketing/ Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Zu den Maßnahmen unseres Marketingkonzepts, die wir im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit durchführen, zählen u.a. unser aktuelle Homepage, Broschüren, Flyer, Veranstaltungshinweise unseres Klinikums in den regionalen Medien und mehrmals jährlich Tage der offenen Tür.

### **Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems**

Wir haben ein Risikomanagement eingerichtet, um klinische und wirtschaftliche Risiken systematisch und rechtzeitig erkennen, bewerten, überwachen und somit bewältigen zu können. Unser Konzept zum Risikomanagement beinhaltet verschiedene Instrumente wie CIRS, Beschwerdemanagement, Berichtswesen u.a. Im Risikomanagementhandbuch sind Verantwortlichkeiten, Strukturen und der Risikomanagementprozess festgelegt. Durch einen vertrauensvollen Umgang und die strukturierte Aufarbeitung von Fehlern und Risiken fördern wir eine konstruktive Fehlerkultur.

## 6 Qualitätsmanagement

### **Organisation**

Um das Klinikum Darmstadt zu stärken, haben wir ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem aufgebaut. Im Mittelpunkt steht die nachhaltige Optimierung von Prozessen und Ergebnissen in allen Aspekten der Patientenversorgung sowie den patientenfernen Bereichen. Unsere Abteilung für Medizinmanagement ist eine Stabsstelle der Geschäftsführung unseres Klinikums. Sie ist mit qualifizierten Mitarbeitern besetzt, die mit vielfältigen etablierten Methoden und Instrumenten des Qualitätsmanagements arbeiten. Unterstützt wird die Abteilung Medizinmanagement durch mindestens 70 qualitätsverantwortliche Mitarbeiter in den verschiedenen Kliniken und Instituten unseres Klinikums.

### **Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung**

Als Grundlage für ein effektives Prozessmanagement sind in unserem Klinikum alle Kern- und Unterstützungsprozesse definiert und im Intranet hinterlegt. Für DIN-ISO-zertifizierte Bereiche liegen zudem Prozessbeschreibungen und Prozesslandkarten vor, die jeweils die Schnittstelle zwischen den einzelnen Prozessen abbilden.

Als Plattform für das Prozessmanagement dient das Intranet. Das Projekt-Management-Office sowie das Qualitätsmanagement des Klinikums unterstützen die Kliniken bei der Gestaltung und Optimierung ihrer Prozesse. Interne Audits dienen deren Überprüfung.

### **Patientenbefragung**

Eine regelmäßige Überprüfung der Patientenzufriedenheit ist uns wichtig, um die Bedürfnisse und Erwartungen unserer wichtigsten Zielgruppe systematisch und regelmäßig zu ermitteln. Neben kontinuierlichen und Stichprobenbefragungen führen wir abteilungsspezifische Patientenbefragungen und jährliche Umfragen der Küche durch. Auch die Befragungen von Externen werden im Klinikum zur Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen genutzt. Es ist uns wichtig, dabei jederzeit die Validität der Fragebögen und den Datenschutz zu gewährleisten. Durch eine entsprechende interne Kommunikation und die Veröffentlichung der Ergebnisse im Intranet ist die nötige Transparenz gegenüber den Mitarbeitern sichergestellt. Anhand von Befragungsergebnissen leiten wir konkrete Maßnahmen zu Optimierungsprojekten ab.

### **Befragung externer Einrichtungen**

Es ist uns wichtig, anhand von Einweiserbefragungen eine Rückmeldung zu deren Zufriedenheit zu erhalten, um auf diese Weise stetig eine gute Zusammenarbeit zu fördern. Die Befragung unserer Zuweiser ist eingebettet in das Konzept „Befragungen“ und ein Baustein unseres strukturierten Einweisermanagements. Validität der erhobenen Daten und Datenschutz sind dabei jederzeit sichergestellt. 2012 fand zum Aufbau einer nachhaltigen Kooperation eine Rettungsdienstbefragung statt. Die Ergebnisse kommunizieren wir intern im Rahmen der Konferenzen der Klinikdirektoren, des Intranets oder einer offenen Veranstaltung an die Mitarbeiter. Eine weitere Einweiserbefragung ist für 2014 geplant.



### **Mitarbeiterbefragung**

Bereits in unserem Leitbild sind qualifizierte und motivierte Mitarbeiter als äußerst wichtige Ressource einer hochwertigen medizinischen Versorgung verankert. Im Rahmen unseres Personalentwicklungskonzeptes führen wir daher zur Erfassung der aktuellen Mitarbeiterzufriedenheit regelmäßige Befragungen durch. Das Qualitätsmanagement wird in Zusammenarbeit mit dem Betriebsrat durch ein externes Institut unterstützt, das die Anonymität der Befragten und die Einhaltung des Datenschutzes in jeder Phase der Befragung gewährleistet. Seit 2007 wurden in unserem Klinikum drei Mitarbeiterbefragungen durchgeführt, aus deren Ergebnissen wir kontinuierlich Verbesserungsmaßnahmen analysieren und umsetzen. Die letzte Befragung 2013 beinhaltete zudem Fragen zur strategischen Planung.

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

Wir haben ein strukturiertes Beschwerdemanagements etabliert, um Patienten, Angehörigen und Einweisern/ Lieferanten die Möglichkeit zu geben, Wünsche und Beschwerden jederzeit zu äußern. Als Konzept dient die Verfahrensweisung Beschwerdemanagement. Beschwerdeführern stehen hierbei verschiedene Beschwerdewege offen, z. B. persönlich über die Mitarbeiter oder einen Patientenführsprecher, einen Meinungsbriefkasten oder einen Frage-, Lob- und Kritikbogen. Ein Erfassungsbogen bildet systematisch den gesamten Prozess von der Annahme über die Maßnahmenableitung bis zur Rückmeldung ab. Erhobene Statistiken des Beschwerdemanagements werden vierteljährlich ausgewertet.

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

In unserem Leitbild verpflichten wir uns zur Qualitätssicherung und Verbesserung der Patientensicherheit. Deshalb ist es unser Anspruch, neben den extern geforderten qualitätsrelevanten Daten weitere wichtige Kennzahlen und Indikatoren zu erheben, um somit die Qualität unserer Behandlung und Prozesse zu überprüfen und zu sichern. Ein Kennzahlenset des Qualitätsmanagement definiert hierzu Qualitätsziele zu jeweiligen Dimensionen des Leitbilds. Die Daten der internen Qualitätssicherung werden durch das Controlling und das Medizinmanagement ausgewertet und relevante Ergebnisse (z. B. Dekubitusstatistik) den betroffenen Bereichen zur Verfügung gestellt. Zur Nutzung vorhandener Routinedaten nimmt unser Klinikum am BQS-Verfahren sowie dem Modul PTA teil. Über das Fitt-STEMI Verfahren werden zudem qualitätsrelevante Daten der Notfallversorgung kardiologischer Patienten erfasst. Unser onkologisches Zentrum basiert auf den Forderungen der DGHO. Sämtliche Ergebnisse werden in einem ständig weiterentwickelten Berichtswesen kommuniziert.

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

Unser Ziel ist es, die erforderlichen Daten der externen Qualitätssicherung vollständig zu erfassen, zeitnah zu übermitteln und die Ergebnisse intern zu kommunizieren, um sie zur Ableitung weiterer Verbesserungsmaßnahmen zu nutzen. Schriftliche Vorgaben zur externen Qualitätssicherung sind in unserem QM-Konzept hinterlegt. So sind hier auch die Aufbereitung und der Umgang mit den Ergebnissen der externen Qualitätssicherung klar geregelt. Die interne Darstellung der Ergebnisse erfolgt softwaregestützt. Neben der Veröffentlichung im Qualitätsbericht nach § 137 SGB V machen wir unsere Daten über interne Besprechungen und Anschreiben der Klinikdirektoren bekannt. Nach der Analyse auffälliger Indikatoren folgen Bewertungen und die Erarbeitung von Verbesserungsmaßnahmen zusammen mit den Kliniken.