

# KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2009/2 für Krankenhäuser

<b>Krankenhaus:</b>	Onkologische Patientenversorgung Universität Mannheim
<b>Institutionskennzeichen:</b>	260820569
<b>Anschrift:</b>	Theodor-Kutzer-Ufer 1-3 68167 Mannheim
<b>Ist zertifiziert nach KTQ<sup>®</sup> mit der Zertifikatnummer:</b>	2017-0003 KHOE
<b>durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:</b>	WIESO CERT GmbH, Köln
<b>Gültig vom:</b>	03.12.2016
<b>    bis:</b>	02.12.2019
<b>Zertifiziert seit:</b>	03.12.2010

## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort der KTQ® .....</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung.....</b>	<b>5</b>
<b>Die KTQ-Kategorien.....</b>	<b>6</b>
1 Patientenorientierung.....	7
2 Mitarbeiterorientierung .....	10
3 Sicherheit .....	12
4 Informations- und Kommunikationswesen .....	14
5 Führung.....	15
6 Qualitätsmanagement .....	17

## ***Vorwort der KTQ®***

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

Gesellschafter der KTQ® sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene<sup>1</sup>, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

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

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

der Einrichtung beziehen.

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

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

---

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

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

Dieser KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges Version 2009/2.

Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet einen strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass die, Organisationseinheit der **Onkologischen Patientenversorgung** der **Universität Mannheim** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

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

**Dr. med. G. Jonitz**

Für die Bundesärztekammer

**S. Wöhrmann**

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

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

Für die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

**A. Westerfellhaus**

Für den Deutschen Pflegerat

## ***Vorwort der Einrichtung***

### **Vorstellung der Organisationseinheit Onkologische Patientenversorgung der Klinikum Mannheim GmbH**

Die Universitätsmedizin Mannheim (UMM) steht für qualitätsgesicherte universitäre Maximalversorgung in der Metropolregion Rhein-Neckar.

Die Kliniken und Institute der UMM decken nahezu das gesamte Spektrum der Medizin auf universitärem Niveau ab. Unsere hoch qualifizierten Ärzte arbeiten meist gleichzeitig in der Patientenversorgung, Forschung und Lehre und sind so auf dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens ihrer Spezialdisziplin. Weil aber viele Krankheitsbilder zu komplex sind, um von einem einzigen Fachspezialisten optimal behandelt zu werden, legen wir besonderen Wert auf die Zusammenarbeit und den Austausch zwischen den ärztlichen Berufsgruppen.

Ein Beispiel: Schon 2005 haben wir das Interdisziplinäre Tumorzentrum Mannheim (ITM) gegründet. Dort werden seitdem für jede Art von Krebserkrankungen spezielle Teams aus Experten unterschiedlicher Fachrichtungen zusammengestellt, die alle notwendigen Schritte zur Diagnose und Therapie eines Patienten organisieren. Das ITM ist damit die ideale erste Anlaufstelle für alle, die von ihrem Arzt die Diagnose ‚Krebs‘ erhalten haben. Unseren Medizinern stehen dabei für ihre Diagnose modernste histologische, molekulare und bildgebende Verfahren zur Verfügung:

Seit 2016 nutzt die UMM zum Beispiel ein OncoBEAM Testsystem, um die individuell optimale medikamentöse Therapie für metastasierten Darmkrebs zu finden. Bei radiologischen Untersuchungen können die UMM-Ärzte unter anderem auf High-End Computertomographen zurückgreifen, die mit minimalen Strahlendosen extrem hochauflösende und detailreiche Bildaufnahmen ermöglichen.

Nach der Diagnose kombinieren die Ärzte der UMM häufig Maßnahmen aus den sonst oft getrennten Bereichen Chirurgie, Strahlentherapie und moderner medikamentöser Behandlung. Ergänzend zur ärztlichen Behandlung stehen auch Beratungsangebote der Ernährungsambulanz und der Humangenetik bereit, die bei Bedarf durch Schmerztherapeuten und psychoonkologische Betreuung ergänzt werden. Außerdem gibt es ein spezielles physiotherapeutisches Angebot für Tumorpatienten. Von diesem interdisziplinären Behandlungsansatz und den hoch modernen Verfahren profitieren derzeit über 6.000 Tumorpatienten pro Jahr.

Eine ähnlich hohe Qualität der medizinischen Behandlung bietet die UMM auch Patienten mit anderen Beschwerden – von häufigen Volkskrankheiten bis hin zu seltenen Erkrankungen.

## **Die KTQ-Kategorien**

## 1 Patientenorientierung

### **Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung**

Patienten und Angehörigen können sich bereits vor der stationären Aufnahme mittels Informationsflyern und der Webseite der Universitätsmedizin Mannheim über das Leistungsspektrum sowie die Behandlungs- und Therapieangebote informieren. Die Terminabstimmung zur stationären Aufnahme erfolgt in den einzelnen Kliniken durch Mitarbeiter des Patientenmanagements. Das Klinikum ist gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen. Für Anreisende mit PKW stehen ausreichend Parkplätze und eine Tiefgarage bereit. Ein strukturiertes Wegeleitsystem erleichtert die Orientierung auf dem Gelände. Zur Unterstützung innerhalb des Hauses ist neben einer zentralen Patienteninformation auch ein Lotsendienst eingerichtet.

### **Leitlinien**

Wissenschaftlich fundierte Behandlungsleitlinien und Empfehlungen der Fachgesellschaften bilden die Basis der Patientenversorgung. Zahlreiche interne Standards wurden in Zusammenarbeit mit verschiedenen Berufsgruppen und Disziplinen erarbeitet, sodass eine auf den Patienten und auf die klinikspezifischen Prozesse zugeschnittene medizinische Versorgung gewährleistet wird. Die Anwendung der Standards prüfen wir regelmäßig. Alle internen Standards werden systematisch entsprechend dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft aktualisiert.

### **Information und Beteiligung des Patienten**

Das Klinikum ist bestrebt, die Patienten bestmöglich über ihren Gesundheitszustand und Therapiemöglichkeiten zu informieren und aufzuklären. Mit Aufenthaltsbeginn erhalten Sie in den ärztlichen und pflegerischen Aufklärungsgesprächen Informationen zu dem geplanten Behandlungsablauf. Ergänzt wird dies durch Informationsflyer. Für Aufklärungsgespräche werden standardisierte, verschiedensprachige Bögen verwendet. Individuelle Schulungen für Patienten und Angehörigen sowie die Teilnahme an Selbsthilfegruppen wird angeboten. Ferner sind ein ehrenamtlicher Besuchsdienst und ein Konsildienst der onkologischen Pflege eingerichtet. Für fremdsprachige Patienten können Mitarbeiter mit entsprechenden Sprachkenntnissen sowie Fremdsprachen- und Gebärdensdolmetscher hinzugezogen werden. Als Ansprechpartner dient zudem unser "International Patient Office". Als Feedbackmöglichkeit zur medizinischen Versorgung wurden in einem Pilotprojekt Tablets installiert.

### **Service, Essen und Trinken**

Zu den vorgehaltenen Serviceleistungen, wie z.B. ehrenamtliche Lotsen- und Besuchsdienste, werden die Patienten informiert.

Alle Patientenzimmer verfügen über eine Mindestausstattung (z.B. abschließbarer Kleiderschrank, Nachttisch, TV, Rufanlage). Patienten und Besuchern stehen weitere Räumlichkeiten wie die Cafeteria und Aufenthaltsräume der Stationen zur Verfügung. Im Rahmen der Wochenspeisepläne können die Patienten aus verschiedenen Menüs und Kostformen auswählen. Die Nährwerte der Speisen sind ausgewiesen und kulturelle sowie religiöse Bedürfnisse werden berücksichtigt. Gemeinsam mit Diätassistenten können Ernährungspläne erstellt werden. Für onkologische Patienten bieten wir spezifische Ernährungsscreening und -beratung an.

### **Kooperationen**

Voraussetzung für den Behandlungserfolg ist eine gute Kooperation aller an der Patientenversorgung Beteiligten. Daher pflegen die einzelnen Kliniken einen engen Kontakt mit internen und externen Kooperationspartnern und führen. Experten anderer Fachdisziplinen können somit jederzeit hinzugezogen werden. Ein berufsgruppenübergreifendes Besprechungswesen sorgt für einen zeitnahen Austausch. Durch die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen wird die Betreuung der Patienten über den stationären Aufenthalt hinaus sichergestellt. Anforderungen des hausinternen Patiententransportes erfolgen über eine moderne PC-Software, die einen zeitgerechten und effizienten Patiententransport gewährleistet.

### **Erstdiagnostik und Erstversorgung**

Zur Aufnahme von Notfallpatienten steht durchgehend die Zentrale Notaufnahme mit qualifiziertem, intensiv-medizinisch erfahrenem Personal zur Verfügung. Patienten, die durch den Notarzt eingeliefert werden, werden frühzeitig in der Klinik angemeldet, sodass alle notwendigen Vorbereitungen bis zum Eintreffen des Patienten getroffen werden können. Die Behandlungsreihenfolge richtet sich nach der medizinischen Dringlichkeit. Bei jedem Patienten wird die Notwendigkeit nach einem MRE-Screenings geprüft. Zur klinikweiten Verfügbarkeit aller Befunde nutzen wir eine umfassende Software.

### **Ambulante Diagnostik und Behandlung**

Für die Behandlung von Patienten, die nicht zwingend stationär aufgenommen werden müssen, werden zahlreiche Ambulanzen, wie z.B. die die Crohn- und Colitis-Sprechstunde vorgehalten. Jeder Patient erhält einen festen Termin zu dem er in der jeweiligen Ambulanz vorstellig wird. Dort erfolgen ambulante Diagnostik- oder Behandlungsmaßnahmen. Die Terminvergabe erfolgt über den Telefonischen Patienten Service (TPS), die Ambulanzen oder das Patientenmanagement. Die Verfügbarkeit der Sprechstunden wurde an den aktuellen Bedarf z.B. türkischsprachige Sprechstunde in der Frauenklinik oder Sprechstunde in der Kinder- und Jugendurologie angepasst.

### **Ambulante Operationen**

Das Klinikum verfügt über ein Kurzzeittherapiezentrum zur Durchführung von ambulanten Eingriffen. Dort werden interdisziplinär genutzte Räumlichkeiten vorgehalten. Ambulanzspezifische Ablaufbeschreibungen informieren Patienten und Angehörige u.a. über postoperatives Verhalten und Ansprechpartner. Vor jeder ambulanten Operation erhalten Patienten einen Vorstellungstermin, der der Sichtung der Vorbefunde und Klärung bestehender Risiken dient. Bei jedem Eingriff ist der Facharztstandard stets gewährleistet. Die postoperative Betreuung des Patienten findet in Aufwach- bzw. Überwachungsräumen statt. Die Schmerzbehandlung erfolgt anhand festgelegter Standards unter Beachtung der individuellen Schmerzsituation. Nach der ambulanten Operation wird jeder Patient visitiert. Der Arztbrief für den Haus- oder niedergelassenen Facharzt wird nach dem Eingriff erstellt und dem Patienten bei der Entlassung mitgegeben.

### **Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung**

Die stationäre Diagnostik und die Behandlungsplanung erfolgen gemäß den aktuellen Behandlungsstandards und Leitlinien. Die bei der Aufnahme und im Rahmen der Anamnese erhobenen Daten sowie die individuellen Lebensumstände werden in der Behandlungsplanung umfassend berücksichtigt. In Besprechungen, Visiten und Übergaben wird in interdisziplinärer Abstimmung die Behandlungsplanung vorgenommen und der weitere Behandlungsverlauf kontinuierlich evaluiert.

### **Therapeutische Prozesse**

Therapeutische Maßnahmen werden in Abstimmung zwischen Patient und Behandlungsteam sowie entsprechend der Diagnose individuell geplant. Die Planung richtet sich neben den Leitlinien und Empfehlungen der Fachgesellschaften an den intern erarbeiteten Standards, die sich an dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft orientieren. Im weiteren Verlauf des stationären Aufenthaltes wird der Informationsaustausch unter den beteiligten Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten durch Visiten, Besprechungen und Übergaben sichergestellt. Ergänzend besteht eine enge Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen und der Ernährungsambulanz. In den Kliniken finden vormittags spezialisierte Visiten mit z.B. Physiotherapie, Breast Care Nurse, Schmerzdienst und Wundtherapeuten statt.

### **Operative Verfahren**

Die 24-stündige Operationsbereitschaft gewährleistet eine jederzeitige Behandlung von Notfallpatienten. Das sogenannte GO DC OP regelt alle organisatorischen Aspekte und Verantwortlichkeiten der Abläufe, die vom jeweiligen OP-Koordinator überwacht werden. Operationen erfolgen gemäß den Standards zur Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von Operationen. Der Facharztstandard ist jederzeit sichergestellt. Die Notwendigkeit einer Operation wird in Gesprächen mit dem behandelnden Arzt überprüft. Hier erfolgt auch die strukturierte Aufklärung des Patienten anhand standardisierter Bögen. Um die Sicherheit der Patienten jederzeit zu gewährleisten, nutzt das Klinikum verschiedene Sicherungsinstrumente bspw. Patientenarmbänder zur Vermeidung von Verwechslungen oder OP-Checklisten. Grundlegende Neustrukturierungen, Anschaffungen neuer Geräte und die Umsetzung baulicher Veränderungen im OP ermöglichen einen optimierten Operationsablauf.

### **Visite**

In allen Kliniken finden täglich Visiten statt, um den Zustand des Patienten zu erfassen, den bisherigen Behandlungserfolg zu besprechen, Behandlungsziele zu definieren und den weiteren Behandlungsverlauf festzulegen. Je nach Klinik nehmen neben den behandelnden Ärzten auch Pflegekräfte, Therapeuten und in speziellen Fällen z.B. eine Wundexpertin oder Pain Nurse teil. Über die Visitenzeiten werden Patienten und Angehörige durch Aushänge oder mündlich informiert. Während der Visite erhalten Patienten die Möglichkeit, offene Fragen anzusprechen. Bei weitergehenden Fragen werden individuelle Gesprächstermine vereinbart. Auf Wunsch können Angehörige an der Visite teilnehmen. Für fremdsprachige Patienten können Dolmetscher hinzugezogen werden.



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

Die stationäre Behandlung wird im Sinne der Patientenorientierung so kurz wie möglich gehalten, um eine Kontinuität zu gewährleisten und die Behandlung effizient zu gestalten. Teilstationäre Behandlungen werden u.a. durch das Tagestherapiezentrum sowie die Klinik für Dermatologie sowie Urologie angeboten. Leistungen die entweder im Vorfeld einer stationären Aufnahme oder im Nachgang eines stationären Aufenthaltes erbracht werden, bietet das Universitätsklinikum in seinen Ambulanzen an. Die Versorgung orientiert sich auch hier stets an den geltenden Leitlinien und Behandlungsstandards.

### **Entlassung**

Alle Patienten werden frühestmöglich über den geplanten Entlasstermin informiert, um die Weiterplanung zu erleichtern. Hierbei können auch Sozialdienst, Ernährungsambulanz, Überleitungs- und Brückenpflege einbezogen werden. Sofern notwendig werden Patienten und Angehörige frühzeitig zum Umgang mit speziellen Hilfsmitteln oder Materialien geschult. Auch werden dem Patienten relevante Informationsunterlagen z.B. zum postoperativen Verhalten übergeben. Am Tag bzw. Vortag der Entlassung wird mit jedem Patienten ein ärztliches und pflegerisches Entlassgespräch durchgeführt. Bei Bedarf wird der Patiententransport durch die Pflegemitarbeiter organisiert. Jeder Patient erhält am Entlassungstag einen vorläufigen Arztbrief und bei gegebenem Versorgungsbedarf einen Pflegeverleberungsbericht.

### **Kontinuierliche Weiterbehandlung**

Um eine rechtzeitige Weiterversorgung nach einem stationären Aufenthalt gewährleisten zu können, wird mit der individuellen Planung dieser bereits in den ärztlichen und pflegerischen Aufnahmegesprächen begonnen. Bei Bedarf werden Sozialdienst, Überleitungs- und Brückenpflege bereits am Aufenthaltsbeginn einbezogen. Die konkrete Organisation der Weiterversorgung wird mit dem Patienten bzw. Angehörigen besprochen und abgestimmt. Es bestehen regelmäßige Kontakte mit niedergelassenen Ärzten, stationären Pflegeeinrichtungen und Selbsthilfegruppen, die u.a. dem Informationsaustausch zur Weiterversorgung der Patienten dienen. Das Klinikum ist zudem als selbsthilfefreundliches Krankenhaus ausgezeichnet.

### **Umgang mit sterbenden Patienten**

Bei der Begleitung sterbender Patienten werden persönliche, kulturelle sowie religiöse Wünsche und Bedürfnisse umfassend berücksichtigt. Die Inhalte vorliegender Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten werden vollständig beachtet. Auf Wunsch können Angehörige und die Seelsorge miteinbezogen werden. Zudem stehen muslimische Seelsorger und onkologischen Fachpflegekräfte bereit. Sofern eine Verlegung nach Hause oder in ein Hospiz erwünscht ist, übernimmt die Brückenpflege die weitere Organisation. Als spezielle Einrichtung ist eine Palliativstation mit 14 Betten vorhanden, die über entsprechend qualifizierte Mitarbeiter verfügt.

### **Umgang mit Verstorbenen**

Verstorbene Patienten werden gemäß festgelegten Vorgaben versorgt und anschließend zur Verabschiedung vorbereitet. Hierbei werden persönliche, kulturelle und religiöse Wünsche berücksichtigt. Angehörige können in Ruhe Abschied nehmen. Zudem kann die Umgebung des Verstorbenen individuell gestaltet werden. Auf Wunsch wird die Seelsorge verständigt, die zudem durch ehrenamtliche muslimische Mitarbeiter verstärkt wird. Für die Bewältigung des Trauerprozesses können Angehörige am monatlichen Trauercafé teilnehmen und jederzeit Kontakt mit der Seelsorge suchen.

## 2 Mitarbeiterorientierung

### Planung des Personalbedarfs

Eine strukturierte Personalbedarfsplanung erfolgt, um zu jedem Zeitpunkt eine adäquate Personalausstattung sicherzustellen. Hierzu werden leistungsbezogene Kennzahlen wie z.B. InEK-Kalkulationsdaten oder DKI-Anhaltzahlen genutzt. Abhängig von der Berufsgruppe richtet sich der Stellenplan nach verschiedenen Berechnungs- und Planungsverfahren. Die Budgets der ärztlichen und medizinisch-technischen Dienste werden in Klinikdialogen mit den jeweiligen Direktoren vereinbart, in den anderen Bereichen übernehmen dies die Geschäftsbereichsleiter. Der Betriebsrat ist gemäß den gesetzlichen Vorgaben in die Personalplanung eingebunden.

### Personalentwicklung/ Qualifizierung

Auf die fachliche und persönliche Qualifizierung der Mitarbeiter wird großen Wert gelegt. Präsenz- sowie Online-Schulungen, Weiterbildungsmaßnahmen und Förderprogramme sichern eine konstante Fortbildung aller Mitarbeiter. Zudem erfolgt eine verstärkte Förderung von Frauen in Führungspositionen. Vorhandene Stellenbeschreibungen für alle Berufsgruppen enthalten u.a. spezifische Entwicklungsziele und Anforderungen. In den jährlichen Mitarbeitergesprächen werden Qualifikationsstand und Mitarbeiterwünsche thematisiert. Individuelle Qualifizierungsziele und Maßnahmen zur Zielerreichung werden vereinbart.

### Einarbeitung von Mitarbeitern

Neue Mitarbeiter werden umfassend eingearbeitet, um die selbständige und adäquate Übernahme aller relevanten Aufgaben zu ermöglichen. Die Inhalte der Einarbeitung richten sich nach dem berufsgruppenübergreifenden Einarbeitungskonzept sowie den Konzepten der einzelnen Bereiche. In den ersten Monaten werden neue Mitarbeiter durch einen Mentor begleitet, der als zentraler Ansprechpartner fungiert. Feste Bestandteile der Einarbeitung sind die Erst-, Zwischen- und Abschlussgespräche, die mit jedem neuen Mitarbeiter geführt werden. Regelmäßig finden Veranstaltungen zur Förderung der Integration neuer Mitarbeiter statt.

### Ausbildung

Um eine hochwertige Ausbildung im Pflegebereich zu gewährleisten, ist ein Ausbildungszentrum an das Klinikum angegliedert. Jeder Schulleiter vereinbart mit den einzelnen Kliniken bzw. Instituten Lernziele und leitet Tätigkeitskataloge für die Schüler ab. Praxisanleiter koordinieren die Einarbeitung auf Station und im Funktionsdienst. In der Praxiskonferenz der Stations- und Pflegedienstleitung, Praxisanleiter und Lehrkräfte werden aktuelle Fragen, Projekte, Kooperationen und Neuerungen besprochen. Die Lernerfolgskontrolle der Schüler erfolgt u.a. durch schriftliche, mündliche und praktische Prüfungen sowie Beurteilungen der Praxiseinsätze. Neue Lernräume stehen zudem zur Verfügung.

### Fort- und Weiterbildung

Durch gezielte und bedarfsorientierte Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter wird sichergestellt, dass die Behandlung stets nach dem aktuellen Stand der Medizin und auf höchstem Qualitätsniveau erfolgt. Die Weiterbildung der Assistenten orientiert sich an den vorgegebenen Curricula der Landesärztekammer. Pflegerische und berufsgruppenübergreifende interne Fort- und Weiterbildungsangebote sind im Veranstaltungskalender aufgeführt. Wünsche und Bedürfnisse der Mitarbeiter werden u.a. in Teambesprechungen und jährlichen Mitarbeitergesprächen erfragt. Die Personalabteilung erfragt zudem jährlich die Geschäftsbereichsleiter zum Bedarf der Mitarbeiter. Für alle Mitarbeiter steht die Bibliothek der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg als Informationsquelle zur Verfügung. Hier wird vermehrt auf Online-Medien umgestellt.

### Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Verbindliche Grundsätze zur Führung von Mitarbeitern sind in den Führungsrichtlinien dokumentiert. Für den ärztlichen und pflegerischen Bereich existiert zusätzlich jeweils ein Strukturraster, welches u.a. die Führungsaufgaben festlegt und die Teilnahme an Schulungen vorsieht. Zur strukturierten Kommunikation zwischen Führungskraft und Mitarbeiter werden jährliche Mitarbeiter- und Zielvereinbarungsgespräche geführt. Die Einbeziehung von Mitarbeitern in Fragestellungen und Entscheidungen der Führungsebene findet durch Projektarbeit sowie berufsgruppen- und hierarchieübergreifende Arbeitsgruppen statt. Um gezielt auf Anliegen der Mitarbeiter einzugehen, gibt es u.a. Befragungen, Konfliktlotsen sowie einen Beschwerdebriefkasten. Für einen persönlichen Dialog der Mitarbeiter mit dem Geschäftsführer können Termine vereinbart werden.

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

Regelungen zu Arbeitszeiten liegen in Form von Rahmendienstvereinbarungen unter Erfüllung der gesetzlichen Vorschriften zu Arbeitszeiten vor. Verschiedene Arbeitszeitmodelle wie Teilzeit und flexible Arbeitszeit sind etabliert. Mitarbeiterwünsche bezüglich der Planung der Arbeitszeiten werden im Rahmen der Dienstplangestaltung berücksichtigt. Ein Urlaubsplan wird gemeinsam mit den Mitarbeitern zu Beginn des Kalenderjahres erstellt. Kurzfristige Änderungen sind in Abstimmung mit Vorgesetztem und Kollegen möglich. Die Einführung von Arbeitszeitenkonten erfolgt für alle Berufsgruppen.

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

Das betriebliche Vorschlagswesen erfasst und bewertet Mitarbeiterwünsche und -ideen. Eingegangene Vorschläge werden durch eine Bewertungskommission anhand definierter Kriterien wie z.B. der Umsetzbarkeit und des Innovationsgehalts beurteilt. Angenommene Vorschläge werden durch ein Prämiensystem honoriert und zur Umsetzung an den entsprechenden Bereich weitergeleitet. Umfassende Informationen zu Vorschlägen und deren Bewertung sind im Intranet einsehbar. Mitarbeiterbeschwerden erfolgen i.d.R. direkt an den Verantwortlichen, können aber auch über das zentrale Beschwerdemanagement entgegengenommen werden.

## 3 Sicherheit

### **Arbeitsschutz**

Die Patienten- und Arbeitssicherheit ist durch umfassende Regelungen zum Arbeitsschutz, mehreren Betriebsärzten, Fachkräften für Arbeitssicherheit und Sicherheitsbeauftragte gewährleistet. Alle vorgeschriebenen Sicherheitsvorkehrungen zur Unfallvermeidung sind getroffen, die Dokumentation und Meldung von Berufsunfällen sind detailliert geregelt. Zur Überprüfung der Arbeitssicherheitsvorschriften finden regelmäßige Begehungen, Gefährdungsbeurteilungen und Unterweisungen statt. Zur Sicherstellung der arbeitsmedizinischen Anforderungen werden die Mitarbeiter durch den betriebsärztlichen Dienst fristgemäß zur Vereinbarung eines Untersuchungstermins gebeten. Unfallursachen werden regelmäßig analysiert.

### **Brandschutz**

Zur Planung und Umsetzung geeigneter Brandschutzmaßnahmen sind ein Brandschutzbeauftragter, -kräfte und -helfer für alle Bereiche benannt. Eine umfassende Brandschutzordnung beinhaltet Brandverhütungsvorschriften und Regeln für die Brandbekämpfung. Flucht- und Rettungswegepläne hängen in allen Fluren aus, Rauchmelder befinden sich in allen Schlafräumen und vorgelagerten Fluren. Alle Mitarbeiter nehmen verpflichtend an Brandschutzschulungen teil, um im Ernstfall handlungsfähig zu sein. Der Brandschutzbeauftragte führt in festgelegtem Turnus Begehungen aller Bereiche des Klinikums durch, um potentielle Gefahrenquellen frühzeitig zu identifizieren und entsprechende Gegenmaßnahmen zu ergreifen.

### **Umweltschutz**

Ein Umweltschutz- und ein Abfallbeauftragter sind benannt, um den Schutz der Umwelt, die Schonung der vorhandenen Ressourcen und die Abfallproduktion und -trennung zu überwachen. Bei der Beschaffung neuer Produkte wird stets die ökologische Unbedenklichkeit berücksichtigt. Zur Einsparung von Wasser und Energie werden zahlreiche Maßnahmen ergriffen, wie z.B. Schaffung der Stabsstelle Energiemanager nach zertifizierten Vorgaben, kontinuierliche Überprüfungen des Abwassers, oder die Betreibung eines eigenen Blockheizkraftwerk. Abfalltrennung wird strikt praktiziert und überwacht.

### **Katastrophenschutz**

Das Klinikum ist als Maximalversorger in den Katastrophenschutzplan der Stadt Mannheim und des Landes Baden-Württemberg eingebunden. Bei einem Großschadensereignis in der Region, z.B. einem Massenunfall mit hunderten verletzten Menschen, ist das Klinikum nach einem streng festgelegten Ablaufplan an der Notfallversorgung der verletzten Personen beteiligt. Die Planungen sehen gemäß der Konzeption des baden-württembergischen Innenministeriums u.a. eine jährliche Meldung von Behandlungskapazitäten, Anzahl der Intensivbetten und Reanimationseinheiten vor. Eine klinikinterne Einsatzleitung ist benannt und übernimmt im Katastrophenfall die Koordination aller Einsatzkräfte. Die Alarmstufen des Notfalleinsatzplanes wurden um eine Vorstufe für interne Ereignisse ergänzt.

### **Nichtmedizinische Notfallsituationen**

In Notfallsituationen ist medizinische Behandlung weiterhin sicherzustellen und der Schaden für Patienten, Personal und Sachwerte so gering wie möglich zu halten. Dazu gibt es einen zentralen Notfalleinsatzplan, der u.a. situationsspezifische Vorgehenspläne enthält. Hierzu zählen u.a. Regelungen bei Bombendrohung oder Ausfall des Stromnetzes. Notfallsituationen laufen über automatische Meldeanlagen entweder direkt bei der zuständigen Stelle oder an der Telefonzentrale auf, die Meldungen gezielt an die jeweils zuständigen Mitarbeiter weiterleiten. Das Klinikum hält mehrere Notstromaggregate bei Stromausfall vor. Seit Kurzem besteht eine Beteiligung am KATWARN-Alarmsystem der Stadt Mannheim.

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

Zum Patientenschutz sind zahlreiche Regelungen und Vorgehensweisen etabliert. Unter anderem ist geregelt welche Schutzvorkehrungen Patienten mit Eigengefährdung benötigen. Bereits bei der Aufnahme wird die Aufsichtsbedürftigkeit der Patienten ermittelt und individuell erforderliche Pflege- und Betreuungsmaßnahmen abgeleitet. Alle Patienten werden ihrer Indikation entsprechend betreut und versorgt. Zur Vermeidung von Fremdgefährdung wurde die technische Ausstattung angepasst, sodass eine sichere Umgebung gewährleistet ist. Zum Schutz vor fremdaggressiven Patientenübergriffen finden für Mitarbeiter regelmäßige Schulungen statt. Beinahe-Zwischenfälle können über ein hausinternes Meldesystem aufgearbeitet und weitere Sicherheitsmaßnahmen abgeleitet werden.

### **Medizinisches Notfallmanagement**

Das Vorgehen bei medizinischen Notfällen ist im Universitätsklinikum detailliert geregelt. Für lebensbedrohliche Notfälle ist jederzeit ein Reanimationsteam im Einsatz, das sich unmittelbar nach der Alarmierung auf den Weg zum Patienten begibt, um die Versorgung eines Notfalls sicherzustellen. Eine standardisierte Notfallausrüstung ist auf allen Stationen, in allen Bereichen und Abteilungen vorhanden. Sie wird monatlich und nach Gebrauch auf Vollständigkeit überprüft. Auf dem gesamten Gelände des Universitätsklinikums ist Tag und Nacht die Notfallversorgung sichergestellt.

### **Hygienemanagement**

Die Stabsstelle Krankenhaushygiene ist das zentrale Organ des Hygienemanagements. Klinikübergreifend ist der Stabsstellenleiter verantwortlich für hygienische Belange, in den einzelnen Kliniken jeweils der Klinikdirektor und auf Klinikenebene jeweils ein beauftragter Arzt. Die Hygienekommission tagt viermal jährlich und erörtert hygienische Fragestellungen. Ein Hygieneplan ist im Intranet hinterlegt. Für alle Mitarbeiter sind die aktuellen Gesetze und Vorgaben in einem Hygieneplan verschriftlicht. Die Mitarbeiter müssen jährlich spezielle Schulungen besuchen. Die Überprüfung des hygienerelevanten Kenntnisstandes der Mitarbeiter und die Kontrolle des Hygienezustandes der Station erfolgt im Rahmen von Hygienebegehungen. Die Aufbereitung der OP-Instrumente wurde grundlegend erneuert.

### **Hygienerelevante Daten**

Alle hygienerelevanten Daten werden erfasst und aufbereitet, um eine Gefährdung von Patienten und Mitarbeiter weitgehend auszuschließen und allen gesetzlichen Anforderungen gerecht zu werden. Hygienerelevante Daten sind z.B. die Art und Anzahl von Infektionserkrankungen. Verantwortlich für die Meldungen sind die jeweiligen Klinikdirektoren, der Meldeweg ist nach dem Infektionsschutzgesetz klar definiert. Die Daten werden fachmännisch analysiert und ausgewertet, um eventuell auftretende Zusammenhänge und Kausalitäten interpretieren zu können. Die Hygienebegehungspläne wurden in Kooperation mit dem Gesundheitsamt erstellt.

### **Infektionsmanagement**

Verantwortlich für die Planung von Maßnahmen im Falle von Infektionen ist die Geschäftsführung. Die Stabsstelle Krankenhaushygiene übernimmt die Organisation und Durchführung der Maßnahmen. Regelungen u.a. zu hygiesichernden Maßnahmen und Hygienestandards sind im Hygieneplan festgelegt. Die Hygienestandards und -merkbücher geben den Mitarbeitern detaillierte Angaben zum Umgang mit speziellen Infektionserregern infizierter Patienten. Zur Gewährleistung, dass infektiologische Gefahrensituationen frühzeitig erkannt und Schutzmaßnahmen ergriffen werden, sind alle Mitarbeiter umfassend geschult. Neue Mitarbeiter werden auf die bestehenden Regelungen hingewiesen, sodass ein lückenloses Infektionsmanagement sichergestellt ist.

### **Arzneimittel**

Eine korrekte und sichere Anwendung von Arzneimitteln ist im Rahmen der Patientenversorgung absolut erforderlich. Daher sind der Umgang mit Arzneimittel und deren Lagerung schriftlich vorgegeben. Eine Arzneimittelkommission, die u.a. die bestehende Arzneimittelliste jährlich auf den aktuellsten wissenschaftlichen Stand überprüft, ist eingerichtet. Der sichere Einsatz von Arzneimitteln wird durch umfassende Aufklärung, Prüfung auf Wechselwirkungen und entsprechende Kontrollen vor Abgabe an den Patienten sichergestellt. Im Rahmen von Begehungen durch Apothekenmitarbeiter werden die Lagerung, Haltbarkeit und Dokumentation der Arzneimittel überprüft. Die eigene Apotheke steht bei arzneimittelspezifischen Fragen zur Seite.

### **Blutkomponenten und Plasmaderivate**

Die gesetzlichen Vorgaben zum Umgang mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten werden im Klinikum vollständig umgesetzt. Eine Transfusionskommission, ein -verantwortlicher, und ein -beauftragter für die jeweiligen Kliniken sowie ein Qualitätsbeauftragter für Hämotherapie sind benannt. Das Klinikum arbeitet eng mit dem Institut für Transfusionsmedizin und Immunologie Mannheim sowie der externen Einrichtung dem DRK-Blutspendedienst Baden-Württemberg/ Hessen zusammen und hat mit seinen Partnern gemeinsame Leitlinien vereinbart, um eine reibungslose Zusammenarbeit im Sinne einer optimalen Patientenversorgung zu gewährleisten.

### **Medizinprodukte**

Der sichere Umgang mit Medizinprodukten ist unter Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben nach dem Medizinproduktegesetz sichergestellt. Alle Mitarbeiter erhalten eine detaillierte Einweisung in die Nutzung der Medizingeräte, um eine sichere und korrekte Anwendung zu gewährleisten. Vorkommnisse mit Medizinprodukten werden in einem Formular erfasst und an die Medizintechnik gemeldet. Zusätzlich sind in allen Bereichen und Abteilungen Medizinproduktebeauftragte und -stellvertreter benannt. Die Mitarbeiter der Medizintechnik sind für technische Medizinprodukte und deren Instandhaltung zuständig und führen regelmäßig messtechnische und sicherheitstechnische Kontrollen.

## 4 Informations- und Kommunikationswesen

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

Ein störungsfreies und effizientes Technologiesystem ist vorhanden, wobei Patientenversorgungs- und Fakultätsnetz strikt getrennt sind. Innerhalb des Patientenversorgungsnetzes können alle befugten Mitarbeiter auf das EDV-System zugreifen. Da der Datenzugriff verschiedener Bereiche und Funktionen unterschiedlich geregelt ist, hat jeder Mitarbeiter nur Zugang zu den Daten, die er benötigt. Zum Schutz vor unberechtigten Zugriffen sind Firewalls und Antivirenprogramme installiert sowie eine Dienstanweisung Ausfall des SAP Systems vorhanden. Zudem wurden die Sicherheitslevels erhöht. Ausfälle und Störungen werden nach einem standardisierten Vorgehen bearbeitet und beseitigt.

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

In einem berufsgruppenübergreifenden Konzept befinden sich verbindliche Regelungen zur Dokumentation von Patientendaten. Die Führung der Dokumentation erfolgt durch den zuständigen Arzt und die Pflegekraft, verantwortlich für Vollständigkeit und Richtigkeit der Dokumentation sind der Klinikdirektor und respektive die Pflegedienstleitung. Die Archivierung der Unterlagen erfolgt in dezentralen Archiven, die einer zentralen Leitung unterstehen. Die interne Überprüfung der Dokumentation findet unmittelbar durch die Vorgesetzten sowie halbjährlich unangemeldet durch Dokumentationsbeauftragte statt. Um eine vollständige und zeitnahe Dokumentation und Archivierung zu erreichen, wird verstärkt auf digitale Medien gesetzt.

### **Verfügbarkeit von Patientendaten**

Im Klinikum wird ein einheitliches, elektronisches Dokumentationssystem verwendet. Alle dort hinterlegten Daten sind täglich rund um die Uhr für alle Mitarbeiter entsprechend deren Zugriffsberechtigung einsehbar. Patientenbezogene Papierakten sind während des Aufenthalts zentral auf den Stationen hinterlegt. Archivierte Akten sind in den dezentralen Archiven hinterlegt und können mit Berechtigung angefordert bzw. entliehen werden. Zur Gewährleistung der Aktenvollständigkeit durchläuft jede Patientenakte vor ihrer Archivierung eine Überprüfung. Ein elektronisches System wird künftig Auskunft über den derzeitigen Standort der Akte geben.

### **Information der Krankenhausleitung**

Ziel ist es, die Krankenhausführung umfassend und rechtzeitig zu entscheidenden Entwicklungen zu informieren. Die regelmäßige und strukturierte Information der Krankenhausleitung ist über das etablierte Besprechungswesen und differenzierte Kennzahlen gegeben. Hierzu gehören bspw. vierteljährliche Sitzungen mit den Klinik- und Institutsdirektoren und monatliche Sitzungen mit dem Betriebs-/Wirtschaftsausschuss und Betriebsrat. Zur Zusammenarbeit mit der Medizinischen Fakultät ist die gemeinsame Finanz- und Strukturkommission eingerichtet.

### **Informationsweitergabe intern / extern**

Die interne Kommunikation ist einem Konzept festgelegt, in dessen Rahmen auch das Besprechungswesen geregelt ist. Hierzu gehören u.a. Visiten, Teambesprechungen, Konferenzen und Fortbildungen. Weitere Informationsmöglichkeiten sind z.B. das Intranet, die Hauspost und Mitarbeiterzeitung sowie E-Mails. Patienten und Angehörigen stehen diverse Flyer, Informationsblätter und der klinikeigene YouTube-Kanal zur Verfügung. Zudem finden regelmäßig Informationsveranstaltungen statt. Ferner erfolgte in einem Pilotprojekt Messungen der Patientenzufriedenheit via Tablets. Für Niedergelassene ist eine Hotline eingerichtet.

### **Organisation und Service**

Am zentralen Empfangsbereich stehen Mitarbeiter zur Auskunftserteilung und Entgegennahme von Telefonanrufen jederzeit persönlich zur Verfügung. Die dort ansprechbaren Mitarbeiter sind besonders im Bereich Kundenservice und im Vorgehen in Ausnahmesituationen geschult. Ferner können die Empfangsmitarbeiter unter Berücksichtigung des Datenschutzes auf notwendige Patientendaten zugreifen, um ausreichend Auskunft geben zu können. In den Wartebereichen werden nun zudem Patienteninformationsfilme abgespielt.

### **Datenschutz**

Das zentrale Datenschutzkonzept beinhaltet alle Datenschutzbestimmungen und regelt die Verantwortlichkeiten. Die Einhaltung der Bestimmungen wird durch den zentralen Datenschutzbeauftragten und durch die Bereichsdatschutzbeauftragten überprüft. Neue Mitarbeiter erhalten im Rahmen der Einarbeitung eine Schulung zum Datenschutz. Zugriff zum Datenschutzkonzept erhalten die Mitarbeiter über das Intranet. Zum Schutz vor unbefugten Zugriffen von innen und von außen ist das EDV-System mit Firewalls und Virenschanner bestens ausgestattet. Die Überprüfung der Datenschutzeinhaltung erfolgt durch interne Begehungen.

## 5 Führung

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

Die Unternehmensphilosophie ist aus der über 300-jährigen Geschichte des Klinikums entstanden. 2009 wurde unter Mitarbeiterbeteiligung ein Claim entwickelt, der die zentralen Bestandteile der Philosophie zusammenfasst: Universitär Modern Mittendrin. Das Leitbild, das das Handeln aller Mitarbeiter auf eine gemeinsame Grundlage stellt sowie Verhaltensstandards und Werte beschreibt, ist für alle Mitarbeiter verbindlich. Die Führungskräfte haben die Aufgabe, die im Leitbild beschriebenen Werte vorzuleben. Das Leitbild wird bis 2017 erneuert und gibt den Themen Umwelt sowie Vereinbarkeit von Familie und Beruf verstärkt Beachtung.

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

Vertrauensbildende Maßnahmen fördern die Zufriedenheit der Mitarbeiter und die Identifikation mit ihrem Arbeitgeber. Daher wird großen Wert auf die langfristige Bindung der Mitarbeiter gelegt. Neben Personalentwicklungsmaßnahmen und Mitbestimmungsmöglichkeiten wird eine offene Informations- und Kommunikationspolitik gepflegt. Gemeinsame Unternehmungen wie Betriebsausflüge und die Veranstaltung von Mitarbeiterfesten fördern die Integration. Auch der Fürsorgepflicht für die Mitarbeiter kommt das Klinikum nach, indem u.a. Mentoring-Programme, Supervisionen und Schulungen werden.

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

Die ethischen Grundsätze zu Patientenbehandlung, Forschung und Lehre sind im Unternehmensleitbild und Pflegeleitbild definiert. Ein klinisches Ethik-Komitee zur Beratung der Mitarbeiter, Patienten und deren Bevollmächtigter ist eingerichtet, das in dreimonatlichen Sitzungen tagt und Empfehlungen gegenüber der Geschäftsführung ausspricht. Informationen über das Ethik-Komitee finden alle Mitarbeiter über das Intranet, die Webseite und Publikationen. Ein Ethik-Café zur Diskussion ethischer Fragestellungen im Klinikalltag wurde eingerichtet. Zur Berücksichtigung von kulturellen, weltanschaulichen und religiösen Bedürfnissen wurden z.B. das Angebot an schweinefleischfreier Kost und die Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit Seelsorgern verschiedener Konfessionen eingeführt.

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

Die Unternehmensstrategie spiegelt sich in einer strukturierten Zielplanung wider. Diese basiert auf der kontinuierlichen Beobachtung und Bewertung medizinischer, rechtlicher, ökonomischer und politischer Faktoren. Die Umsetzung der Zielplanung erfolgt im Unternehmensplan, der Erlös- und Kostenplanung umfasst. Dieser wird in interne Bereichsbudgets, verbunden mit einer Zielvereinbarung für die Klinik- und Institutsdirektoren, umgesetzt. Zur regelmäßigen Überprüfung der Zieleinhaltung erhalten alle budgetverantwortlichen Mitarbeiter monatlich einen Kennzahlenbericht, der die Planerfüllung oder Abweichungen kenntlich macht.

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

Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und weiteren Dienstleistern im Gesundheitswesen werden angestrebt, um entlang der medizinischen Behandlungskette einen reibungslosen Übergang und kontinuierliche Weiterbetreuung zu erreichen. Humanitäre Partnerschaften sind dem Hause wichtig, was die Mitgliedschaft im Gesundheitsnetzwerk Rhein-Neckar-Dreieck oder Kooperation mit dem Wundnetzwerk Kurpfalz verdeutlicht. Um der gesellschaftlichen Verantwortung gegenüber den Mitarbeitern gerecht zu werden, ist das Klinikum sehr bemüht, attraktive und sichere Arbeitsplätze zu schaffen. Individuelle Arbeitszeitmodelle, umfangreiche Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung sowie Angebote zur betrieblichen Gesundheitsverbesserung sind nur einige Maßnahmen in diesem Zusammenhang.

### **Festlegung einer Organisationsstruktur**

Die Organisationsstruktur der Führungsebenen und die organisatorische Untergliederung der einzelnen Geschäftsbereiche der Kliniken, der Institute und den Abteilungen sind in Organigrammen dargestellt. Zudem liegen für die Kliniken Organigramme mit Abbildung der Funktionsträger bis auf Stationsebene vor. Somit besteht Transparenz für die Mitarbeiter. Auch für die Koordination der Gremienarbeit sind verbindliche Regelungen erarbeitet. Für Patienten, Angehörige und Einweiser sind die Ansprechpartner auf der Homepage und in ausliegenden Flyer/ Broschüren festgelegt.

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

Die Arbeit der Leitungsgremien, Kommissionen und Projektgruppen wird unter Berücksichtigung der ökonomischen und personellen Ressourcen effektiv aufeinander abgestimmt und koordiniert. Beispielsweise sei hier der Aufsichtsrat, die Arzneimittel-, Hygiene- sowie Transfusionskommission und das Ethik-Komitee genannt. Diese Führungsgremien tagen auf Basis von Geschäftsordnungen/Satzungen. Relevante Entscheidungen und Ergebnisse werden den Mitarbeitern über Veranstaltungen, die Mitarbeiterzeitung, Rundbriefe oder E-Mails bekannt gegeben. Die Umsetzung der Projekte soll künftig über eine Gremiendienstsoftware bearbeitet werden.

### **Innovation und Wissensmanagement**

Das Klinikum verfolgt vier Forschungsschwerpunkte, die jeweils einen Leiter und einen Stellvertreter haben. Es finden regelmäßige Treffen zur weiteren Entwicklung statt, die protokolliert werden. Neue Innovationen, die dem Stand der Wissenschaft entsprechen, werden möglichst schnell in die eigenen Unternehmensstrukturen überführt. Auch soll der medizinische Fortschritt durch Eigenentwicklungen vorangetrieben werden. Das Intranet dient als zentrale Wissensplattform, über welche die Mitarbeiter kontinuierlich zu allen Belangen des Hauses informiert werden.

### **Externe Kommunikation**

Anliegen ist es, die Öffentlichkeit über die Leistungsfähigkeit der Universitätsmedizin Mannheim in Krankenversorgung, Forschung und Lehre zu informieren und sich zu positionieren. Eine Abteilung des Klinikums ist für die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit zuständig. Die Maßnahmen basieren auf einem Marketingkonzept, das eine systematische und stringente Vorgehensweise sicherstellen soll. Jedes Jahr wird ein individueller Maßnahmenplan erarbeitet, der aktuelle Entwicklungen berücksichtigt. Marketingmaßnahmen umfassen u.a. Pressemitteilungen, Newsletter, Veröffentlichungen in Fachzeitschriften, Internetauftritt, YouTube-Kanal, Broschüren und Flyer.

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

Um jegliche Risiken und deren Eintrittswahrscheinlichkeiten zu minimieren, ist die Stabstelle Chancen- und Risikomanagementsystem etabliert. Unter dieser werden medizinische und betriebswirtschaftliche Risiken erfasst. Risikopaten der einzelnen Bereiche berichten systematisch identifizierte Risiken an die Stabstelle. Hier werden die Risiken analysiert, bewertet und geeignete Gegenmaßnahmen abgeleitet, um einem wiederholten Auftreten entgegenzuwirken. Zur Meldung von (Beinahe-) Zwischenfällen existiert ein anonymes Meldesystem, das u.a. über das Intranet für die Mitarbeiter zugänglich ist. Verschiedene Ausschüsse wie ein Bilanzprüfungsausschuss oder ein Ausschuss für Medizin und Qualität befinden sich in der Gründungsphase.



## 6 Qualitätsmanagement

### Organisation

Das Qualitätsmanagement (QM) ist zentral organisiert und dient der kontinuierlichen Qualitätssicherung und -verbesserung. Ein detailliertes Konzept regelt die Umsetzung und fortdauernde Weiterentwicklung der (Kommunikations-)Strukturen und Ziele des QM. Zur Erfüllung der Aufgaben ist eine Vielzahl von Methoden und Instrumenten etabliert, z.B. das Projektmanagement und die Durchführung von Patienten- und Mitarbeiterbefragungen. Für die Umsetzung dieser Instrumente sind die Mitarbeiter des QM-Teams sowie die Qualitätsmanagementbeauftragten der Bereiche verantwortlich. Das Qualitätsmanagement des Hauses orientiert sich an mehreren anerkannten QM-Verfahren (z.B. ISO DIN EN 9001:2008, OnkoZert).

### Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Das Prozessmanagement verfolgt durch eine Prozessanalyse eine klare Strukturierung der Prozesslandschaft, um einen reibungslosen Ablauf von der Aufnahme bis zur Entlassung, sowie der patientenfernen Bereichen zu gewährleisten. Hierzu werden eine Vielzahl an Instrumenten zur Identifikation und Dokumentation, Gestaltung und Optimierung der Prozesse eingesetzt (z.B. Patienten- und Mitarbeiterbefragung, Audits, Vorschlagswesen). Klinikspezifische Behandlungspfade unterstützen die Durchführung einzelner Prozesse. Für jeden Prozess sind Mitarbeiter definiert, die dafür verantwortlich sind, dass die in ihrem Zuständigkeitsbereich liegenden Prozesse korrekt durchgeführt werden.

### Patientenbefragung

Durch die Nutzung von Patientenbefragungen werden Ansatzpunkte für Verbesserungen in der Versorgung identifiziert und priorisiert. Daher werden kontinuierlich interne und stichprobenartige, externe Patientenbefragungen durchgeführt. Zur Realisierung von Befragungen werden zunehmend digitale Medien eingesetzt. Datenschutz, Anonymität und Validität der Ergebnisse sind bei beiden Befragungen gewährleistet. Die Ergebnisse der Patientenbefragung werden in der Krankenhausbetriebsleitung und in den Kliniken vorgestellt und erörtert. Zudem sind die Ergebnisse im Intranet allen Mitarbeitern zugänglich.

### Befragung externer Einrichtungen

Die Erfassung der Zufriedenheit der Einweiser und Kooperationspartner spielt eine bedeutende Rolle, um die Qualität an den Schnittstellen zu erhöhen und die Zusammenarbeit nachhaltig zu verbessern. Die Einweiser werden regelhaft mithilfe eines strukturierten Fragebogens zu bspw. der Erreichbarkeit der Ansprechpartner, der patientenbezogenen Information (z.B. Arztbrief) und dem Behandlungsergebnis befragt. Anhand der Befragungsergebnisse können Verbesserungspotenziale identifiziert und gezielte Maßnahmen umgesetzt werden. Inzwischen werden auch telefonische Befragungen durchgeführt.

### Mitarbeiterbefragung

Es finden regelmäßig Mitarbeiterbefragungen mit Unterstützung eines externen Befragungsinstituts statt. Die Mitarbeiter haben in diesem Rahmen die Möglichkeit anhand eines schriftlichen Fragebogens die Zufriedenheit der Arbeitsbedingungen, z.B. die Teamzusammenarbeit, die Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, sowie die Informationspolitik des Hauses zu bewerten. Die Befragungen erfolgen anonym, sodass Mitarbeiter offen ihre Meinung äußern. Die Ergebnisse und mögliche Verbesserungsvorschläge werden im Anschluss evaluiert und deren Umsetzung geprüft. Im Zuge dessen wurden z.B. die Mitarbeiterzeitung und Veranstaltungen zur Mitarbeiterintegration eingeführt. In der strategischen Personalentwicklung werden Mitarbeiterbefragungen als Baustein für eine nachhaltige Personalpolitik und als Teil der strategischen Zielsetzungen gesehen.

### Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Patienten, Angehörige und Besucher können anhand eines Formulars schriftlich Lob und Kritik äußern. Die Formulare können persönlich zurückgegeben oder anonym in die dafür vorgesehenen Briefkästen eingeworfen werden. Im Internet sind Online-Beschwerdeformulare und die E-Mail-Adresse des Beschwerdemanagements hinterlegt. Um Patienten zu motivieren, Feedback zu geben, sind in den Bereichen Infotafeln angebracht und Feedback Formulare vorrätig.

### Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Das Klinikum beteiligt sich an allen gesetzlich vorgeschriebenen und freiwilligen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung, um durch eine systematische Erhebung und Analyse qualitätsrelevanter Daten Ansatzpunkte für Verbesserungsmaßnahmen und Transparenz zu schaffen. Die Erhebung und das Monitoring der qualitätsrelevanten Daten ist in einem Konzept geregelt. Zudem werden weitere qualitätsrelevante Kennzahlen durch die freiwillige Teilnahme an externen Qualitätssicherungsverfahren erhoben. Hierunter fällt z.B. die Anzahl an Lungenembolie bei operierten Patienten und die Anzahl postoperativer Wundinfektionen. Durch die internen und externen Erhebungen können zusätzliche Erkenntnisse zur Leistungsqualität und Ansatzpunkte zur Qualitätsoptimierung gewonnen werden.

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

Bestreben ist es, durch eine kritische Analyse der Ergebnisse der externen und internen Qualitätssicherung Verbesserungen zu initiieren und Transparenz zu schaffen. Die Erhebung der Daten erfolgt durch die Qualitätssicherungsverantwortlichen (QSV) der einzelnen Kliniken. Die Validität der Daten bei der Erhebung wird einerseits durch Schulungen der für die Erhebung verantwortlichen Mitarbeiter durch das Qualitätsmanagement sichergestellt und andererseits durch die Rückmeldung des Qualitätsmanagements an die jeweilige Klinik bei auffälligen Fällen gewährleistet. Ein externes Institut gleicht die Daten mit den Ergebnissen anderer Krankenhäuser ab. So kann in den einzelnen Modulen festgestellt werden, wie die Ergebnisse des eigenen Hauses zum Durchschnitt aller Krankenhäuser sind.