



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
TÜBINGEN



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

Krankenhaus: Universitätsklinikum Tübingen
Institutionskennzeichen: 260840108
Anschrift: Geissweg 3
72076 Tübingen

Ist zertifiziert nach KTQ®
mit der Zertifikatnummer: 2018-0027 KH
durch die von der KTQ-GmbH
zugelassene Zertifizierungsstelle: WIESO CERT GmbH, Köln

Gültig vom: 07.04.2018
bis: 06.04.2021
Zertifiziert seit: 06.04.2009

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	6
1. Patientenorientierung	7
2. Mitarbeiterorientierung	11
3. Sicherheit - Risikomanagement	13
4. Informations- und Kommunikationswesen	16
5. Unternehmensführung	18
6. Qualitätsmanagement	20

Vorwort der KTQ®

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

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

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

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

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

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- Sicherheit - Risikomanagement,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Unternehmensführung und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausesperten besetztes Visitorenteam 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 Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Dieser KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 55 Kriterien des KTQ-Kataloges Version 2015.

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

Wir freuen uns, dass das **UKT Tübingen** 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 abrufbar.

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

F. Wagner

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung

Liebe Leserin, lieber Leser,

getreu unserem Leitbild „Kompetenz mit Herz“ versorgen wir jährlich über 70.000 Patienten stationär und etwa eine Viertelmillion Patienten ambulant. Berufsgruppen- und bereichsübergreifend bilden wir dabei das gesamte Spektrum von der Grund- und Regelversorgung bis zur universitären Spitzenmedizin als eines der führenden Zentren in Deutschland ab. Unterstützt wird unsere ständige Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung für unsere Patientinnen und Patienten durch die in die medizinische Versorgung integrierte klinische Forschung, deren Ergebnisse unmittelbar unseren Patienten zugutekommen. Darüber hinaus profitieren wir als Universitätsklinikum auch besonders von den Ideen und Einflüssen unserer Studierenden, die uns dazu motivieren, uns in Bereichen des Wissenstransfers und der Aufbereitung vorhandenen Wissens ständig zu verbessern. Die Bedeutung der Verbindung von Krankenversorgung, Forschung und Lehre ist fest in unserem Logo mit seiner dreifarbigem Symbolik versinnbildlicht.

Um unserem Qualitätsanspruch gerecht zu werden, ist es sehr bedeutend die eigene Wahrnehmung durch externe Begutachtung zu objektivieren. Der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht dient sowohl zu unserer eigenen Reflektion als auch zu Ihrer Information im Sinne eines von unabhängiger Seite gewährten Einblicks in unsere medizinischen Standards und Qualitätsphilosophie.

Wir freuen uns, dass sich das außerordentliche Engagement unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als unsere wichtigste Ressource in diesem Qualitätsbericht so positiv niederschlägt und sehen dies als Bestätigung unserer Einstellung, dass eine gelebte Qualitätskultur mit dem Ziel der kontinuierlichen Verbesserung Motor für die Entwicklung sowohl des einzelnen Mitarbeiters als auch der gesamten Organisation ist.

Wir hoffen, dass dieser Bericht Ihnen als Patient, Einweiser, Partner oder als mit unserem Klinikum in anderer Weise zusammenarbeitende Partei eine Bestätigung des in uns gesetzten Vertrauens ist oder eine Hilfestellung bei einer eventuell notwendigen Krankenhauswahl.

In diesem Sinne wünschen wir Ihnen eine informative Lektüre.

Prof. Dr. M. Bamberg
Leitender Ärztlicher Direktor

G. Sonntag
Kaufmännische Direktorin

Prof. Dr. I. Autenrieth
Dekan der Medizinischen Fakultät

K. Tischler
Pflegedirektor

Die KTQ-Kategorien

1. Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Zur Information vor der stationären Aufnahme stehen den Patienten und Angehörigen eine umfassende Klinikbroschüre (Klinikkompass), die UKT-Homepage sowie klinikspezifische Informationsmaterialien zur Verfügung. Im Südwestdeutschen Tumorzentrum (CCC) ist zudem ein webbasiertes Zuweiserportal eingerichtet. In der HNO besteht für Patienten die Möglichkeit, im ambulanten Bereich online einen Termin zu vereinbaren.

Die Information und das Vorgehen bei der Abstimmung mit einweisenden Ärzten zur Vorbereitung der Aufnahme sowie die eigentliche Aufnahmeplanung bei elektiven Patienten werden in nahezu allen Kliniken durch ein klinikspezifisches Belegungsmanagement (BM) gesteuert, welches über eigene Hotlines stets erreichbar ist.

Das UKT ist ab der Bundesstraße ausgeschildert. Das Personenleit- und Informationssystem (PLIS) stellt die international verständliche Wegweisung zu allen Bereichen sicher.

1.1.2 Leitlinien und Standards

Um eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung sicherzustellen, folgt das UKT externen und internen Leitlinien. Intern werden übergreifende Themen in zentralen Leitlinien und klinik- sowie behandlungsspezifische Aspekte in dezentralen Leitlinien geregelt. Diese werden fach- und berufsübergreifend erstellt und regelmäßig überprüft. An der Erstellung von bundesweit gültigen Leitlinien der Fachgesellschaften wirken Mitarbeiter des UKT zudem aktiv mit.

Im Pflegedienst sind die Expertenstandards Dekubitusprophylaxe, Schmerzmanagement sowie Sturzprophylaxe etabliert und werden regelmäßig evaluiert.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Die Patientenaufklärung erfolgt mittels standardisierter Aufklärungsbögen (auch fremdsprachig) und durch den behandelnden Arzt. Zusätzlich werden Patienten in persönlichen Gesprächen, diversen Informationsbroschüren und -flyern, dem Klinikkompass sowie über die Homepage des UKT über die Versorgungsabläufe informiert. Neben fremdsprachigen Informationsmaterialien stehen auch vereidigte Dolmetscher und eine Liste an Mitarbeitern mit Fremdsprachenkenntnissen für fremdsprachige Patienten zur Verfügung. Im Patientenportal wird auf Patientenverfügungen hingewiesen und eine Broschüre für Patienten bereitgestellt. Das Vorliegen einer Patientenverfügung wird im Rahmen der Aufnahme EDV-gestützt abgefragt. Das UKT bietet zudem zahlreiche Veranstaltungen (z. B. Tübinger Arthrose Tage, Vortragsabende) und abteilungs- und krankheitsspezifische Schulungen (z. B. Diabetesschulungen, Elternschulungen) für alle Patienten und Angehörigen an.

1.1.4 Ernährung und Service

Neben modern ausgestatteten Patientenzimmern stehen den Patienten am UKT u. a. Cafeterien, Andachts- und Abschiedsräume, Kommunikationszonen mit Sitzgruppen, ausgeschriebene Raucherzonen und Außenanlagen zur Verfügung. Die Kinderklinik verfügt zudem über kindgerechte Spiel- und Betreuungszimmer, Wickelräume, sowie zahlreiche Beschäftigungsmöglichkeiten in den Wartezonen und

Spielplätze im Außenbereich. Die Eingangshallen sind durch regelmäßige Kunstausstellungen und Verkaufsstände ansprechend gestaltet.

Vorlieben und Abneigungen bzgl. des Essens werden bereits bei der Aufnahme erfragt, den Vollkostpatienten stehen drei Menüs mit Komponentenauswahl zur Verfügung, eines davon ist stets vegetarisch. Auch das Frühstück können die Patienten aus verschiedenen Varianten zusammenstellen. Kulturelle und religiöse Aspekte werden bereits bei der Speiseplanerstellung berücksichtigt, bspw. wird täglich mindestens ein schweinefleischfreies und ein vegetarisches Menü angeboten. Neben Diätkostformen können auch Diät- und Ernährungsberater in die individuelle Behandlung mit einbezogen werden. Darüber hinaus ist ein Nutrition-Support-Team in den klinischen Betrieb ausgewählter Kliniken integriert.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die Aufnahmebereitschaft von Notfallpatienten ist am UKT rund um die Uhr sichergestellt. Hierzu sind eine zentrale internistische Notaufnahme in der Medizinischen Klinik, sowie eine fachübergreifende Notfallbehandlung in der chirurgischen Poliklinik vorhanden. Einzelne Kliniken führen zusätzlich eigene Notfallambulanzen (z. B. Frauenklinik, Psychiatrie, Augenklinik, Zahnklinik). Eine konservativ-pädiatrische Notfallversorgung ist über die Kinderklinik gewährleistet.

Bei der Notfallversorgung sind immer ein Facharzt und eine qualifizierte Pflegekraft anwesend. Das UKT ist Teil des Traumanetzwerkes und als solches zertifiziert. Mitgebrachte/ vorliegende Vorbefunde werden in die Behandlungsplanung mit einbezogen.

1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung

Die Ambulanzstruktur des UKT gliedert sich in allgemeine Ambulanzen/ Sprechstunden, Privatambulanzen der Ärztlichen Direktoren jeder Klinik und zahlreiche indikationsbezogene Spezialambulanzen. Die Terminierung für die Privatambulanzen erfolgt über die Sekretariate der Ärztlichen Direktoren, für die Spezialsprechstunden EDV-gestützt über die zentrale Terminvergabe oder die Sprechstunde direkt. Bei persönlicher Vorstellung des Patienten erhält dieser einen Terminzettel. Es wird darauf geachtet, die Wartezeiten bis zum Termin und vor Ort zu reduzieren und Untersuchungen adäquat zu koordinieren.

Die Dokumentation der ambulanten Versorgung erfolgt digitalisiert in der Patientenakte des klinischen Arbeitsplatz-System bzw. papiergestützt.

1.3.2 Ambulante Operationen

Im UKT steht ein zentrales Ambulantes Operationszentrum (AOP-Z) mit einem OP-Saal und postoperativen Überwachungsbetten zur Verfügung. Des Weiteren werden ambulante Eingriffe in den einzelnen Kliniken durchgeführt. Vor ambulanten Operationen werden die Patienten in die ambulante Sprechstunde einbestellt. Bei der OP-Planung werden mögliche Risiken und Lebensumstände berücksichtigt und Vorbefunde einbezogen. Postoperativ erfolgt ggf. eine schmerztherapeutische Behandlung. Der nachsorgende Arzt erhält einen Kurzbericht und Arztbrief.

1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung

Für den Ablauf der stationären Aufnahme sowie die Planung, Koordination und Durchführung der Behandlung sind die aktuellen Leitlinien gemäß dem neuesten Stand der medizinischen Wissenschaft maßgebend. Die Behandlungsplanung bildet die Grundlage der weiteren Behandlung. Vorbefunde werden kon-

sequent genutzt, um Doppeluntersuchungen und unnötige Wege für den Patienten zu vermeiden. Eine vernetzte multiprofessionelle und interdisziplinäre Behandlung ist durch die etablierten Zentren gegeben. Zudem erfolgt eine interprofessionelle Abstimmung durch diverse Visiten, interdisziplinäre Besprechungen und Fallbesprechungen. Die Anforderung von Untersuchungen und Konsilen erfolgt weitgehend EDV-gestützt oder auf standardisierten Formularen.

Durch die umfassende Aufklärung der Patienten werden diese in den Behandlungsablauf integriert. Ferner erhalten die Patienten bei den Visiten, in persönlichen Gesprächen und während/ nach Untersuchungen Informationen über die weitere Behandlungsplanung.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die therapeutische Behandlung und deren Planung erfolgen gemäß den zentralen und dezentralen Leitlinien, sowie krankheits- und diagnosebezogener Leitlinien der Fachgesellschaften. Für den Pflegeprozess sind ebenfalls diverse Leitlinien und Expertenstandards maßgebend. Dadurch wird eine standardmäßig hohe Qualität der gesamten Behandlung sichergestellt.

Im Aufnahmegespräch klärt der behandelnde Arzt die Patienten auf. Das Aufnahmegespräch umfasst auch Fragen zur Mobilität der Patienten. Bei Bedarf zieht der Arzt Fachpersonal (beispielsweise Physiotherapeuten) hinzu. In Kliniken, in denen nach bestimmten Eingriffen routinemäßig physiotherapeutischen Maßnahmen folgen (z. B. Orthopädie), sind die Physiotherapeuten von Beginn an einbezogen.

Schmerzen der Patienten werden bereits bei der Anamnese anhand von Schmerzskaalen erfasst. Falls erforderlich, erfolgt die Festlegung der Schmerztherapie, die von der Bedarfsmedikation bis hin zum Einbezug des Schmerzdienstes der Anästhesie reicht. Zusätzlich sind "Pain Nurses" klinikübergreifend eingesetzt.

1.4.3 Operative Prozesse

Die Diagnose und Befundung zur operativen Therapie erfolgt in ambulanten und stationären Bereichen. Es stehen klinikumsweit anästhesiologische Ambulanzen zur Verfügung. Durch das Einholen von Zusatzbefunden und Spezialuntersuchungen können Verschiebungen im Operationsprogramm reduziert werden. Der Zentral-OP verfügt insgesamt über 20 Säle, die Operationsbereitschaft ist hier und in den dezentralen OPs, jederzeit sichergestellt. Der Aufwachraum beinhaltet je zwei separate Kinder- und Isolationszimmer. Im Zentral-OP verantwortet die Geschäftsführung die OP-Planung, in der Frauen- und HNO-Klinik übernehmen dies OP-Koordinatoren.

Die Sicherheit des Patienten wird über Leitlinien zum Patiententransport, die Behandlungsstandards gemäß WHO-Checkliste und einer entsprechenden Dienstanweisung, die sich an den Empfehlungen des nationalen Aktionsbündnisses Patientensicherheit zum Schutz vor Eingriffsverwechslungen richtet, sichergestellt.

1.4.4 Visite

Jeder Patient erhält täglich (bzw. in der psychiatrischen Abteilung mindestens zweimal wöchentlich) eine Visite durch den behandelnden Arzt. Die Visiten erfolgen gemeinsam von Ärzten und dem verantwortlichen Pflegepersonal. Sofern erforderlich, wird Fachpersonal (z. B. Physiotherapeuten, Hygienefachkräfte) hinzugezogen. Auf den operativen Intensivstationen finden zusätzlich zweimal täglich Visiten statt, bei de-

nen die operativen Fachkollegen einbezogen werden. Schmerzpatienten erhalten ebenfalls zweimal täglich eine Visite durch den Schmerzdienst der Anästhesie. Die Visite wird patientenorientiert gestaltet und Überschneidungen mit Behandlungsmaßnahmen soweit möglich vermieden. Zur Wahrung der Privatsphäre werden Angehörige und vor allem in den psychiatrischen Kliniken Mitpatienten aus dem Zimmer gebeten.

Die Visitenzeiten werden den Patienten bei Aufnahme mitgeteilt und finden sich teilweise auf stationsspezifischen Flyern und Broschüren.

1.5.1 Entlassungsprozess

Der Entlassprozess ist in Handbüchern für das Entlassmanagement am UKT klinikübergreifend detailliert geregelt. Die gesetzlichen Vorgaben zum Entlassmanagement werden umgesetzt. Mit den Patienten wird ein ärztliches und pflegerisches Entlassgespräch geführt, in welches auf Wunsch auch die Angehörigen mit einbezogen werden können. Patienten werden im ärztlichen Entlassungsgespräch über Diagnose, Therapieverlauf und Empfehlungen informiert. Am Entlasstag wird dem Patienten mindestens ein vorläufiger Arztbrief mitsamt Medikationsempfehlungen ausgehändigt.

Spätestens 14 Tage nach dem Aufenthalt wird der endgültige Entlassbericht an die weiterbehandelnde Institution oder den Einweiser übermittelt. Werden Patienten verlegt oder von einem ambulanten Pflegedienst übernommen, wird ein Pflegeverlegungsbericht erstellt.

Spätestens 48h nach Aufnahme erfolgt durch die Pflegekräfte bzw. das Fallmanagement im somatischen Erwachsenenbereich die Einschätzung möglichen poststationären Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs. Als Informationsgrundlage für die Weiterbehandlung dienen schriftliche Informationen wie bspw. der Arztbrief und der Pflegeverlegungsbericht. Die Patienten erhalten bei Bedarf Medikamente mit nach Hause, die bis zum nächstmöglichen Haus-/ Facharztbesuch ausreichen. Auch Rezepte für Medikamente sowie Heil- und Hilfsmittel können ausgestellt werden. Die Stationsleitungen, Fallmanager und die Sozialberatung sind dafür verantwortlich, einen reibungslosen Übergang zu organisieren.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung

Sterbende Patienten werden von einer kontinuierlichen Bezugsperson (Arzt/Pflege) begleitet. Zudem werden die Betroffenen üblicherweise in Einzelzimmern untergebracht und deren Schmerzen gelindert. Auf Wunsch steht eine psychologische Betreuung durch den psychosozialen bzw. psychoonkologischen Dienst zur Verfügung. Die kulturellen und religiösen Bedürfnisse der Patienten werden hierbei jederzeit Berücksichtigung. Auf Wunsch können Seelsorger der jeweiligen Glaubensgemeinschaft hinzugezogen werden. Für besonders komplexe palliativmedizinische Fragestellungen kann ein palliativmedizinischer Konsiliardienst konsultiert werden. Für pädiatrische Patienten steht ein spezielles ambulantes Palliativteam (SAPV-Team) zur Verfügung.

Um Patienten das Sterben in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen, werden Patienten im Rahmen des Tübinger Projekts weiterversorgt.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Viele Bereiche des UKT (gesamter CRONA-Bereich, die Kinderklinik, die Medizinische Klinik, die Neonatologie und die Frauenklinik) verfügen über Andachtsräume und/ oder speziell gestaltete Räume, in denen

Angehörige Abschied von Verstorbenen nehmen können. Verstorbene Patienten werden in der Regel einzeln untergebracht, ansonsten wird eine entsprechende Atmosphäre zur Verabschiedung geschaffen. Zudem können speziell für den Sterbe- und Trauerprozess geschulte Seelsorger oder der psychologische Dienst als Beistand hinzugezogen werden. Die jeweiligen religiösen oder kulturellen Wünsche werden hierbei sofern möglich berücksichtigt.

2. Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Personalbedarf

Das Ziel der Personalplanung am UKT ist die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Personalausstattung in der Patientenversorgung. Besondere Berücksichtigung findet der zusätzliche Personalbedarfs für Forschung und Lehre. Die jeweiligen Leiter der Organisationseinheiten sind für die Personalplanung verantwortlich. Die Planung wird unter Einbezug ausgewählter Mitarbeiter erstellt. Dabei werden die Budgetsituation, die Leistungsentwicklung und die Belastungssituation der Mitarbeiter berücksichtigt.

2.1.2 Personalentwicklung

Ziel ist eine Mitarbeiterentwicklung, die die Fähigkeiten und Interessen der Mitarbeiter so entwickelt, dass die strategischen Ziele des UKT erreicht werden können. Die Führungskräfte sind für die Personalentwicklung ihrer Mitarbeiter verantwortlich. In der Konzeption und Koordination werden sie durch die UKT-eigene Akademie für Bildung und Personalentwicklung (ABiP) unterstützt. Das Spektrum der Personalentwicklung umfasst unter anderem eine systematische Einarbeitung, Personalbindungsmaßnahmen (bspw. Gesundheitsförderung) und die Qualifizierung durch Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Hospitationen. Mitarbeitergespräche werden flächendeckend durchgeführt.

2.1.3 Einarbeitung

Durch eine systematische Einarbeitung werden die Mitarbeiter des UKT möglichst rasch zur selbstständigen Tätigkeit befähigt. Für die Einarbeitung stehen berufsgruppenspezifische Leitlinien, Konzepte, Checklisten etc. zur Verfügung. Neuen Mitarbeitern wird ein erfahrener Mitarbeiter derselben Berufsgruppe als Ansprechpartner zur Seite gestellt. Zudem werden jährlich sieben berufsgruppenübergreifende Einarbeitungstage für alle neuen Mitarbeiter veranstaltet.

2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Neben der Universität verfügt das UKT über diverse Schulen und Ausbildungsstätten (z. B. Schule für Pflegeberufe, Akademie für Bildung und Personalentwicklung, Staatliche Lehranstalt für Technische Assistenten in der Medizin). Eine Praxis-AG ist etabliert, um einen Theorie-Praxis-Transfer an den Schulen zu ermöglichen. Praxisanleiter nehmen als Bindeglied zwischen den Schulen und Praxisstellen an der AG teil.

Zudem ist am UKT ein Interdisziplinäres Ausbildungszentrum (DocLab) etabliert, in dem Realsituationen zu ca. 150 ärztlichen und ca. 20 pflegerischen Fertigkeiten simuliert und trainiert werden können.

Ein umfangreiches Evaluationskonzept der Lehre (TUEVALON) und Erst-, Zwischen- und Abschlussge-

sprache sind feste Ausbildungsbestandteile, um die Ausbildung und Lehre kontinuierlichen weiterzuentwickeln.

Am UKT ist die Akademie für Bildung und Personalentwicklung als zentrale Stelle für berufliche Bildung, Beratung und Personalentwicklung etabliert. Zu den Fort- Weiterbildungsangeboten zählen u. a. Seminare zur Erweiterung der Kernkompetenzen, Führungskräfte trainings, Supervisorenausbildungen und diverse Fachweiterbildungen. Aktuelle Anfragen und Bedürfnisse der Kliniken/ Bereiche, sowie die Evaluation von Seminaren fließen in die Planung des Akademieprogramms ein. Auch Wünsche die in den Mitarbeitergesprächen vorgebracht werden, finden hier Berücksichtigung. Die Angebote richten sich an alle Berufsgruppen.

Kliniken mit Aufgaben in der Facharztweiterbildung haben die Curricula intern umgesetzt. Alle Kliniken verfügen über interne Semesterprogramme mit verschiedenen Schwerpunkten. Für spezielle Fort- und Weiterbildungen sind Simulationszentren eingerichtet. Teilweise können auch Externe an den Weiterbildungen teilnehmen.

2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance

Am UKT sind eine Vielzahl von Tarifverträgen und Arbeitszeitmodellen etabliert. Als familienfreundlicher Arbeitgeber verfügt das UKT über zahlreiche Teilzeitmodelle. Die Regelungen zu den Arbeitszeiten und zur Urlaubsplanung finden sich in verschiedenen Dienstvereinbarungen wieder. Dienstzeiten und Urlaube werden in einem elektronischen Dienstplanprogramm geplant und erfasst. In allen Bereichen werden Wünsche soweit möglich bei der Dienst- und Urlaubsplanung berücksichtigt. Bei Bedarf werden auch neue Arbeitszeitmodelle entwickelt, um den unterschiedlichen Berufsgruppen, Mitarbeiterwünschen und Dienstplänen gerecht zu werden.

Die Work-Life-Balance der Mitarbeiter wird durch verschiedene Maßnahmen wie beispielsweise kliniknahe Wohnungen, Sportangebote (z.B. UK-fit), Präventionsprogramm UK-fit-Check und weitere gesundheitsfördernde Maßnahmen (z.B. Raucherentwöhnungskurse) gefördert.

2.1.6 Ideenmanagement

Um das Innovationspotenzial der Mitarbeiter bestmöglich zu nutzen, ist ein Ideenmanagement am UKT etabliert. Je nach Güte der eingebrachten Ideen und Vorschläge erfolgt eine Prämierung, die unter Einbezug des Personalrats, des Qualitätsmanagements und fachlicher Mitarbeiter beschlossen wird.

In den Mitarbeiterjahresgesprächen und in unterjährigen Besprechungen haben die Mitarbeiter zudem die Möglichkeit, Wünsche und Beschwerden zu diversen Themen (wie bspw. Fort- und Weiterbildung, Dienstplangestaltung etc.) zu äußern.

Darüber hinaus steht zur offenen und anonymen Einreichung von Mitarbeiterbeschwerden das sogenannte "Meinungsecho" zur Verfügung.

3. Sicherheit - Risikomanagement

3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements

Zielsetzung des Risikomanagements ist die evidenten und theoretischen Risiken zu kennen, hinsichtlich ihres Gefahrenpotenzials einzuschätzen und entsprechende Maßnahmen der Risikosteuerung abzuleiten. Ein Risikomanagement-Handbuch regelt die Grundsätze des Risikomanagements. Ein Risikomanagementbeauftragter ist benannt, welcher den Vorstand in Fragen der Patientensicherheit berät, das Fehlerberichtssystem (CIRS) verwaltet und den Arbeitskreis Patientensicherheit leitet. Über das CIRS können Mitarbeiter anonym Meldungen zu Fehlern und kritischen Ereignissen abgeben. Diese werden durch den Arbeitskreis Patientensicherheit anonymisiert und ausgewertet. Darüber hinaus nimmt das UKT am krankenhausübergreifenden Meldesystem PaSiS teil.

Die Durchführung einer umfassenden Risikoanalyse ist u.a. durch den Arbeitskreis Patientensicherheit, regelmäßige Risikoaudits und gezielte Anfragen des Vorstandes gewährleistet.

3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung

Am UKT ist ein interdisziplinär besetzter Arbeitskreis Patientensicherheit eingerichtet, der auf Grundlage von Meldungen zu Zwischenfällen und Beinahe-Zwischenfällen Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Patientensicherheit ableitet.

In den somatischen Bereichen ist ein Sicherheitsarmband zur Vermeidung von Patientenverwechslungen etabliert. Die Aufsichtspflichten beim Patiententransport und in Wartebereichen sind in einer Dienstanzweisung geregelt. Den Mitarbeitern werden zudem Deeskalationstrainings zur Vermeidung von Übergriffen angeboten.

Bei Patienten, die sich oder andere gefährden, erfolgt eine gesonderte Betreuung nach spezifischen Leitlinien (Sicherungsaufgaben, Fixierungen mit Stufenschema).

3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement

Im UKT liegen bereichsspezifische Leitlinien zum Notfallmanagement vor. Die Notfallausrüstung ist ebenfalls bereichsspezifisch standardisiert. Allen Notfallteams der Bereiche gehören ein Arzt der jeweiligen Station und eine erfahrene Intensivpflegekraft an. Die Notfallteams stehen 24h täglich bereit.

Das Notfallmanagement ist zudem ein fester Bestandteil der Pflichtschulungen, die für alle Mitarbeiter des patientennahen Bereichs mindestens alle zwei Jahre verpflichtend durchgeführt werden. In Simulationstrainings werden die Mitarbeiter zusätzlich auf Notfallsituationen vorbereitet.

3.1.4 Organisation der Hygiene

Die Krankenhaushygiene ein definierter Arbeitsbereich innerhalb des Instituts für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene. Gesamtverantwortlich am UKT ist der Leitende Ärztliche Direktor, verantwortlich für die Hygiene in den Fachabteilungen sind die jeweiligen Ärztlichen Direktoren. Die Krankenhaushygiene ist als Stabstelle direkt dem Vorstand zugeordnet. Das UKT verfügt über Krankenhaushygieniker, geprüfte Hygienefachkräfte, hygienebeauftragte Ärzte und Pflegekräfte, sowie eine hygienebeauftragte Pflegedienstleitung. Eine Hygienekommission ist etabliert und trifft sich mind. halbjährlich oder bei gegebenen Anlässen.

Die Hygienestandards des UKT sind im Hygieneplan, in den Reinigungs- und Desinfektionsplänen, sowie in den zentralen und dezentralen Leitlinien des UKT festgelegt. Zudem finden regelmäßige interne und externe Hygienebegehungen sowie Schulungen und Informationsveranstaltungen für die Mitarbeiter statt.

3.1.5 Hygienerrelevante Daten, Infektionsmanagement

Die Infektionserfassung am UKT folgt den Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes. Maßnahmen zur Sicherung der Hygiene sind im Hygieneplan festgelegt. Dieser ist in der Wissensbank des UKT hinterlegt und auf der Seite der Krankenhaushygiene für alle Mitarbeiter einsehbar. Im Hygieneplan sind u.a. der Umgang mit speziellen Infektionserregern und akuten viralen Infektionen geregelt.

Ausreichend Desinfektionsmittelpender in und vor allen Patientenzimmern und Funktionsbereichen sind angebracht. Zusätzlich sind mobile Desinfektionsmittelpender im Einsatz.

Der Meldeweg für meldepflichtige Infektionskrankheiten ist ebenfalls im Hygieneplan geregelt. Klinikumsweit werden multiresistente Erreger erfasst. Erreger- und Resistenzstatistiken werden in einer Infektionsdatenbank (Hyppbase) veröffentlicht. Zudem wirkt die Krankenhaushygiene an diversen Krankenhausvergleichen zu Infektionshäufigkeiten mit (bspw. ITS-KISS, Neo-Kiss).

Die Reinigung der Räumlichkeiten erfolgt durch eine externe, zertifizierte Reinigungsfirma, jeder Raum ist bezüglich der Reinigungsanforderungen durch die Krankenhaushygiene definiert.

Die Medizinische Klinik verfügt über eine Infektionsstation, in diversen anderen Kliniken sind Isolationszimmer eingerichtet.

3.1.6 Arzneimittel

Bereits bei der Aufnahme werden zuvor eingenommene Medikamente vom behandelnden Arzt erfasst um mögliche Wechselwirkungen auszuschließen. Den Ärzten stehen hierzu diverse Informationsquellen zur Verfügung (z. B. Rote Liste, Apotheke mit Rufbereitschaft, EDV-Programm, Arzneimittelliste mit Äquivalenzliste). Die Regelungen zur Beschaffung und Anforderung von Arzneimitteln befinden sich in der aktuellen Arzneimittelliste. Eine Arzneimittelkommission ist etabliert und u. a. für die Aktualisierung der Arzneimittelliste zuständig. Die Bestellung der Arzneimittel auf Station erfolgt flächendeckend auf elektronischem Weg.

Neben den regelmäßigen Kontrollen der Verfallsdaten der Arzneimittel durch die Stationsmitarbeiter überprüft die Apotheke halbjährlich die Stationen.

3.1.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Das UKT stellt die medizinisch notwendige Versorgung mit Blut und Blutprodukten bei größtmöglicher Sicherheit unter Beachtung der rechtlichen Vorschriften sicher. Das eigens zertifizierte Zentrum für klinische Transfusionsmedizin stellt diverse Blutprodukte bereit und verfügt zudem über eine eigene Blutspendezentrale. Die Aufbereitung und Belieferung erfolgt durch das DRK. Jede Klinik, die Blutprodukte anwendet, verfügt über einen Transfusionsbeauftragten, eine Transfusionskommission ist ebenfalls etabliert. Eine Dienstanweisung regelt detailliert die Anforderungen, Aufklärung und Durchführung bei einer Transfusion.

3.1.8 Medizinprodukte

Die Schnittstelle zwischen Medizin und Technik ist über das eigens zertifizierte Medizintechnische Servicezentrum gegeben. Die insgesamt 16 Mitarbeiter sind u.a. für die Administration, Logistik, Inventarisierung und Handhabung der Medizinprodukte zuständig. In den einzelnen Kliniken sind Medizinproduktebeauftragte benannt, die Erst- und Folgeeinweisungen für die Mitarbeiter ihres Bereichs durchführen. Zur Sicherstellung der Funktionstüchtigkeit der Medizinprodukte wird gemäß Dienstvereinbarung nach der aktuellen Medizinproduktebetriebsverordnung verfahren. Ein Beauftragter für Medizinproduktesicherheit ist benannt.

3.2.1 Arbeitsschutz

Verantwortlich für den Arbeitsschutz ist der Klinikumsvorstand, die fachliche Beratung erfolgt durch die Stabstelle Arbeitssicherheit und Umweltmanagement. Zusätzlich sind am UKT vier Fachkräfte für Arbeitssicherheit, ca. 100 geschulte Sicherheitsbeauftragte tätig.

Der Strahlenschutz wird von einem Strahlenschutzbevollmächtigten verantwortet. Die Beschaffung von Gefahrstoffen erfolgt durch die Apotheke bzw. den Einkauf oder durch die jeweiligen Bereiche. Radioaktive Stoffe werden über den Strahlenschutz beschafft.

Das Verhalten bei Arbeitsunfällen ist in einer Dienstanweisung geregelt, Arbeitsunfälle werden online rückgemeldet. Der Betriebs- und Personalärztliche Dienst führt zudem Vorsorgeuntersuchungen sowie Impfungen durch.

3.2.2 Brandschutz

Am UKT sind zwei schriftlich bestellte Brandschutzbeauftragte und in jeder Klinik Brandschutzhelfer tätig. Zudem verfügt das UKT seit 2011 über eine eigene Löschgruppe Kliniken Berg, die aus 25 nebenamtlichen Kräften besteht und jederzeit abrufbar ist.

Nahezu alle Gebäude sind mit einer automatischen Brandmeldeanlage ausgestattet. Neben der Brandschutzordnung regeln Evakuierungspläne, Alarmierungspläne, Flucht- und Rettungswegpläne das Verhalten im Brandfall. Die Brandschutzschulungen sind für die Mitarbeiter verpflichtend. Neue Mitarbeiter erhalten am Einarbeitungstag eine Einweisung in den Brandschutz.

3.2.3 Datenschutz

Am UKT ist die Organisation des Datenschutzes in einem Datenschutzhandbuch geregelt. Ein Datenschutzbeauftragter ist schriftlich benannt und verantwortet die Regelungsvereinbarungen. In den Kliniken und Abteilungen sind durch die Leitungen s. g. Datenschutzkoordinatoren benannt. Zusätzlich ist ein IT-Sicherheitsbeauftragter für die Sicherstellung der elektronischen Daten, Absicherung vor nicht gewünschten Zugriffen und die Implementierung von Zugriffsrechten verantwortlich. Jeder Mitarbeiter unterschreibt bei seiner Einstellung eine Information zum Datengeheimnis sowie eine Verpflichtungserklärung zur Schweigepflicht. Der Datenschutzbeauftragte informiert neue Mitarbeiter in der Einführungsveranstaltung in Bezug auf den Datenschutz. Ferner führt er Schulungen zum Datenschutz im Rahmen der Pflichtschulungen für alle Mitarbeiter durch.

3.2.4 Umweltschutz

Der Umweltschutz am UKT ist in drei Bereiche gegliedert: Das Technische Betriebsamt (Betreuung der technischen Anlagen), die Stabstelle - KV2: Arbeitssicherheit und Umweltmanagement (Entsorgung klinischer Abfälle, chemischer Sonderabfälle und Gewässerschutz) sowie die UEG (Energieziele, -politik). Eine Energieleitlinie mit definierten Energiezielen regelt den sorgsamsten Umgang mit Energieressourcen. Eine Handlungsanweisung für die Abfall- und Wertstofftrennung, sowie viele weitere Richtlinien tragen zu einem umweltbewussten Handeln des UKT und der Mitarbeiter bei. Schon beim Einkauf wird darauf geachtet, bestimmte ökologische Anforderungen zu berücksichtigen.

3.2.5 Katastrophenschutz

Das UKT ist in den Katastrophenschutz nach Landesrecht eingebunden und hat eine Aufnahmeverpflichtung für Notfallpatienten bei Großschadensereignissen. Der externe Katastrophenplan enthält Alarmierungspläne, Ablaufschemata, Handlungsanweisungen und die Erstbehandlung von Notfallpatienten. In der Telefonanlage ist ein Alarmserver eingerichtet, der alle internen Bereiche und dienstfreien Kräfte im Notfall automatisch verständigt. Praktische Alarmierungsübungen erfolgen in einem Turnus von ein bis zwei Jahren.

3.2.6 Ausfall von Systemen

Die Festlegung geeigneter Vorgehensweisen beim Ausfall gebäudetechnischer Einrichtungen liegt in der Verantwortung des Technischen Betriebsamts.

Regelungen zum IT-Ausfall finden sich in einer detaillierten Verfahrensanweisung, in der die relevanten Prozesse für den Ausfall einzelner Systeme, Stromausfall und Netzwerkausfall definiert sind. Um einen IT-Ausfall zu vermeiden, werden umfassende Strukturen vorgehalten. Diese beinhalten u.a. zwei räumlich getrennte Rechenzentren mit Brandbekämpfungssystemen und Zutrittsregelungen, eine redundante LAN-Infrastruktur und die Ausstattung der systemkritischen Server mit je zwei Netzteilen und unterschiedlichen Stromsicherungskreisen. Für einen IT-Ausfall z.B. auf der Grundlage eines Hackerangriffs sind Kommunikations- und Meldeprozesse zum Bundesamt für Sicherheit und Informationstechnologie (BSI) definiert. Im UKT sind spezialisierte Rufbereitschaften außerhalb der Regelarbeitszeit immer erreichbar. An der Leitwarte ist ein Schema möglicher Störungen hinterlegt, zur Klassifizierung der Störung und Alarmierung der zuständigen Rufbereitschaft.

4. Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Für Aufbau und Weiterentwicklung der Informationstechnologie am UKT ist der Geschäftsbereich Informationstechnologie (GB IT) zuständig. Zur strategischen Entwicklung ist ein übergreifendes IT-Konzept erstellt. Im Konzept wird die Sicherung der uneingeschränkten Nutzung inkl. Ausfallkonzept, Firewall, Zugriffssystem und Schnittstellen beschrieben. Darüber hinaus ist ein zertifiziertes IT-Sicherheitssystem etabliert. Alle zwei Monate tagt ein IT-Ausschuss mit Mitgliedern des Vorstands. Für

Störungen besteht ein Ticketsystem. Das UKT ist flächendeckend vernetzt und das Krankenhausinformationssystem ist in allen klinischen Bereichen verfügbar.

4.2.1 Klinische Dokumentation

Am UKT sind umfangreiche übergreifende Regelungen zur Dokumentation von Patientendaten etabliert (bspw. Dokumentation ärztlicher Verordnungen und deren Durchführung in der medizinischen Kurve bzw. elektronischen Akte, Dokumentation des Pflegeberichtes). In allen Kliniken wird zunehmend auf EDV-gestützte Dokumentation umgestellt. Im Zuge dessen werden zunehmend Vorbefunde bzw. weitere Befunde eingescannt und zur elektronischen Akte hinzugefügt. Der GB IT betreut den kompletten Prozess der digitalen Dokumentation im KIS und bietet funktionsspezifische Schulungen an.

4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

Durch die gemeinsame Dokumentation aller an der Behandlung Beteiligten in der elektronischen Patientenakte steht ein Großteil der Patientendaten rund um die Uhr zur Verfügung. Die Archivierung der Akten erfolgt im Zentralarchiv. Der genaue Lagerort der archivierten Papierakten ist über ein EDV-System ersichtlich. Diese können von den Kliniken elektronisch angefordert werden.

Ferner ist ein digitales Archiv eingerichtet, das der Entlastung von dokumentenerzeugenden Systemen und der Verringerung des Raumbedarfs für das konventionelle Archiv dient. Darüber hinaus ist ein radiologisches Bildarchiv etabliert, in dem die Befunde jederzeit digital abrufbar sind.

4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Die Information des Vorstands über Entwicklungen und Projekte in den einzelnen Krankenhausbereichen wird durch das Berichtswesen (z. B. Vorstandssitzungen, Jour Fixes, Sitzungen der Geschäftsbereichsleiter) gewährleistet. Für jede Klinik und die Funktionsbereiche sind regelmäßige Informationsgespräche mit dem Vorstand etabliert. Darüber hinaus wird der Vorstand über Befragungen, Risikomanagementreports, das Beschwerdemanagement, Jahresberichte und andere Berichte über spezifische Fragestellungen im Klinikum informiert.

Der Vorstand lädt etwa zweimal jährlich zu Mitarbeiterversammlungen ein, in denen er über Aktuelles informiert und für Rückfragen und Meinungsäußerungen zur Verfügung steht. Darüber hinaus wird den Mitarbeitern im Rahmen einer Gesprächsrunde monatlich ein niederschwelliger Zugang zur Unternehmensleitung ermöglicht.

4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Neben den vom Vorstand festgelegten Mitarbeitergesprächen und Kommunikationsstrukturen sind in allen Abteilungen regelmäßige Besprechungen etabliert (bspw. Abteilungsbesprechungen, Stationsleitungsbesprechungen, Jour Fixes für die Stabstellen und Geschäftsführung). Der Leiter einer Organisationseinheit ist darüber hinaus gemäß Satzung zum regelmäßigen Dialog mit seinen Mitarbeitern angehalten. Zu den zentralen Informationsstellen des UKT gehören u.a. die Innen- und Außenportale, mehrere Info-points, die zentrale Telefonvermittlungsstelle sowie klinikspezifische Call-Center und Ambulanzen/Terminvergaben.

5. Unternehmensführung

5.1.1 Philosophie / Leitbild

Das UKT folgt einem Leitbild, welches eine übergeordnete Vision und Ziele enthält. Entwickelt wurde dieses Leitbild zusammen mit Mitarbeitern aller Berufsgruppen und Hierarchien und in enger Zusammenarbeit mit dem Personalrat.

Das Leitbild ist ein wesentlicher Bestandteil der Unternehmenssteuerung, die Inhalte wurden mit der operativen Unternehmenssteuerung verbunden über das Instrument der Balanced Scorecard. Aus dem Leitbild abgeleitet sind ferner Leitsätze für Führung und Zusammenarbeit.

5.1.2 Führungskompetenzen, vertrauensbildende Maßnahmen

Das Leitbild enthält konkrete Aussagen zur Führung, auf deren Basis führungsspezifische Leitsätze und ein Anforderungsprofil für Führungskräfte entwickelt worden sind.

Ziel ist es, den Mitarbeitern höchstmögliche Transparenz über das Geschehen am UKT zu bieten. Zudem sollen die Mitarbeiter durch definierte Anlaufstellen Unterstützung in kritischen Situationen oder bei psychosozialen Problemen finden.

Die Einbeziehung der Mitarbeitervertretung erfolgt gemäß dem Landespersonalvertretungsgesetz und zahlreicher Dienstvereinbarungen mit dem Vorstand. Darüber hinaus sind eine Gleichstellungsbeauftragte, eine Gleichstellungskommission, eine Beauftragte für Chancengleichheit sowie eine Schwerbehindertenvertretung eingerichtet.

5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Am UKT sind die Forschungs-Ethikkommission (bei Forschungsfragen) und das klinische Ethik-Komitee (bei Belangen der Krankenversorgung) zur Unterstützung bei ethischen Fragestellungen eingerichtet. Letzteres besteht aus 18 Mitgliedern, von denen acht in einer Arbeitsgruppe mit der klinischen Ethikberatung betraut sind, sowie beispielsweise einen Ethik-Treff Pflege zur Fortbildung in ethischen Fragestellungen durchführen.

Zudem stehen am UKT 14 Seelsorger jederzeit für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter zur Verfügung. Über die Seelsorger können auch Ansprechpartner anderer Religionen hinzugezogen werden. Für den Umgang mit anderen Kulturen verfügt das UKT über weitere Angebote wie Schulungen und Infobroschüren.

5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Das Hauptziel der Kommunikation nach außen besteht in der Steigerung des positiven Images des UKT. Hierfür sind u.a. ein Konzept "Kommunikation am Klinikum" inklusive zielgruppengerechtem Maßnahmenkatalog und ein jährlicher Kommunikationsplan mit Schwerpunkten für das gesamte Klinikum eingeführt. Die Öffentlichkeitsarbeit erfolgt durch die Stabsstelle Kommunikation und Medien, welche direkt dem Vorstandsvorsitzenden unterstellt ist.

Die Kommunikation in kritischen Fällen wie beispielsweise Ausbruchssituation richtet sich nach schriftlichen Regelungen (z.B. Krankenhauseinsatzplan). Fachspezifische Regelungen sind in den einschlägigen Dokumenten und Handbüchern der Kliniken und Abteilungen wie z.B. dem Hygieneplan hinterlegt.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung

Im UKT wurde ein übergreifender Strategie- und Strukturplan etabliert, der auf Basis ausführlicher Analysen gemeinsam mit den Abteilungen erstellt worden ist. Dieser enthält Unternehmensziele z.B. Aspekte wie Finanzierung, Demographie und Marktumfeld sowie Ist-Schwerpunkte, die Wettbewerbssituation und künftige Entwicklungsziele der Abteilungen. Parallel dazu ist ein baulicher Masterplan entwickelt. Der Strategie- und Strukturplan wird sukzessive fortgeschrieben und bildet die Grundlage für die Investitions- und Budgetierungsstrategie. Jährlich stellt der Vorstand die aktuellen Entwicklungen auch in Bezug auf die einzelnen Abteilungen/ Kliniken vor.

5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement

Das finanzielle Risikomanagement wird von der kaufmännischen Direktorin verantwortet und besteht u.a. aus dem Wirtschaftsplan, der Budgetierung und den Leistungsvorgaben mit Regelberichtswesen und monatlicher Abweichungsanalyse, dem Forderungsmanagement mit definierten Zahlungszielen sowie der Innenrevision. Letztere dient der Prüfung der Einhaltung von Compliance-Regeln für z.B. Beschaffung und Ausschreibungen. Das kaufmännische und das klinische Risikomanagement sind insbesondere über den Risikomanagementbericht und die Risikoinventur miteinander verbunden.

Der Umgang mit Drittmitteln und Forschungsgeldern erfolgt gemäß dem Drittmittelhandbuch des UKT

5.2.3 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Ein Kooperationshandbuch regelt u.a. Kooperationsformen für das UKT, Kriterien für Kooperationen und die strukturierte Vorgehensweise von Anbahnung bis Abschluss und Bewertung von Kooperationen. Die Rubrik "Gesellschaftliche Verantwortung" des Leitbilds formuliert Zielsetzungen, z.B. wirtschaftliche und soziale Verantwortung in der Region, Krankenversorgung als soziale Verpflichtung oder auch die aktive Beeinflussung der Gesundheits- und Wissenschaftspolitik.

Partnerschaften und humanitäre Projekte werden im UKT vorwiegend auf Abteilungsebene gepflegt bzw. unterstützt. Z.B. engagieren sich Ärzte und Pflegekräfte des UKT in humanitären Projekten verschiedener Hilfsorganisationen.

5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

Für das UKT ist eine Satzung mit einer Gliederung der Organisationseinheiten festgelegt, aus der alle Organisationseinheiten und Leiter hervorgehen. Ein übergreifendes Organigramm stellt alle Organisationseinheiten, Stabstellen, Kommissionen, Beauftragten und die Verwaltung dar. Die Arbeit der Gremien wird durch die Geschäftsstelle des Vorstands koordiniert.

Alle Beschlüsse, Protokolle und Empfehlungen der einzelnen Gremien des Vorstands werden in der Geschäftsstelle zusammengeführt und dem Vorstand vorgelegt. Beim Einsatz von beratenden Ausschüssen muss der Vorstand dieser Ausschüsse einem Vorstandsmitglied zugeordnet sein. Für große Projekte wird eine Lenkungsgruppe eingesetzt. Um die Umsetzung von Zielvereinbarungen zu kontrollieren werden zudem oftmals Prozessziele festgelegt und im Prozessmanagement kontrolliert.

5.3.2 Innovations- und Wissensmanagement

Im Universitätsklinikum spielt das Innovations- und Wissensmanagement eine zentrale Rolle. Zahlreiche Studien werden, sofern Arzneimittel oder Medizinprodukte betroffen sind, nach den Grundsätzen der "Good Clinical Practice" durchgeführt und bewertet.

Zudem ist ein Innovationsausschuss etabliert, der u. a. die medizinökonomische Evaluation innovativer Behandlungsmethoden vor deren Integration in den klinischen Alltag zur Aufgabe hat. Zusätzlich werden innovative Vorschläge der Mitarbeiter durch das Ideenmanagement u. a. durch Prämien gefördert.

Nahezu alle relevanten Dokumente für die Krankenversorgung sind in der Wissensbank und im Intranet hinterlegt. Neben dem Intranet stehen den Mitarbeitern der Zugang zu umfassender wissenschaftlicher Literatur über Datenbanken und die Universität zur Verfügung.

6. Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement (QM) ist im Zentralbereich Medizin integriert, der als Stabsstelle dem Klinikvorstand zugeordnet ist. Zu den Aufgaben des QM gehören u. a. die Koordination der externen Qualitätssicherung, der gesetzliche Qualitätsbericht, Befragungen, Risikomanagement, das Meinungs- und Ideenmanagement sowie Projektbegleitungen. In jeder Klinik/ Institut ist mindestens ein Qualitätsmanagementbeauftragter (QMB) benannt. Die QMB der Abteilungen dienen als Ansprechpartner für die vom Vorstand beschlossenen QM-Projekte und sind zur Umsetzung und Überwachung dieser Projekte autorisiert. Alle QMB und weitere Mitarbeiter sind als interne Auditoren geschult. In der Akademie werden verschiedene Veranstaltungen zur Qualifizierung im Qualitätsmanagement angeboten.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Zielsetzung ist es, über strukturiertes Prozessmanagement am UKT und in den einzelnen Kliniken die Abläufe transparent zu machen, sie aufeinander abzustimmen und sie mittels Evaluation/ Überprüfung ständig zu verbessern. Hierfür hat eine Projektgruppe eine "MasterScorecard" erarbeitet, welche folgende Prozessziele formuliert: Prozessorientierung stärken und Wissen teilen, Ressourcen bereichsübergreifend effizient nutzen, hohe Qualität sichern.

Für alle Kliniken wurden die Kern- und Stützprozesse (Belegungsmanagement, Aufnahme, Diagnostik, Visiten/ Übergaben, Fallmanagement, Stationsassistenz, Entlassmanagement) auf den einzelnen Stationen festgelegt.

Ein zentrales Tool zur Analyse, Bewertung und Rückspiegelung der Prozesse stellt das Data Warehouse dar, das an Hand von Kennzahlen die Prozessüberwachung und -steuerung ermöglicht.

6.2.1 Patientenbefragung

Ziel der Befragung ist es, die Zufriedenheit der Patienten zu erfassen und zu analysieren. Aus den Ergebnissen sollen Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet werden, um die Qualität des Leistungsangebots kontinuierlich zu erhöhen. Das Befragungskonzept des UKT regelt hierfür die Ziele, Verantwortlichkeiten, Da-

tenschutzbedingungen, Informationen der Mitarbeiter und Patienten, den Zeitplan sowie den Umgang mit den Ergebnissen. Die Auswertung erfolgt durch ein externes Institut, welches hohe Standards bzgl. Datenschutz sowie Vergleichbarkeit und Validität der Ergebnisse gewährleistet. Die Ergebnisse werden im Intranet veröffentlicht und in Abteilungsbesprechung vorgestellt. Punktuell erfolgen auch klinik- oder zentrenspezifische Befragungen, die von den beteiligten Kliniken verantwortet werden.

6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Die Befragung von Einweisern soll die Qualität der Zusammenarbeit überprüfen, verbessern und kontinuierlich weiterentwickeln. Daher hat der Zentralbereich Medizin des UKT eine strukturierte Einweiserbefragung durchgeführt, die über eine detaillierte Ablaufbeschreibung gesteuert wurde.

Externe Einrichtungen werden punktuell klinik- oder zentrenspezifisch befragt.

Die Befragungen in Organkrebszentren folgen einem festgelegten Turnus und richten sich nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Im Leitbild des UKT wird der verantwortungsvolle Umgang mit den Mitarbeitern als oberstes Ziel genannt. Das UKT bekennt sich dadurch zu einer nachhaltigen Personalpolitik. Durch die Mitarbeiterbefragung soll die Zielerreichung überprüft und ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet werden.

Befragungen der Mitarbeiter in den Kliniken und Abteilungen oder zu spezifischen Themen sind jederzeit möglich und ausdrücklich erwünscht. Bei jeder Befragung werden der Personalrat sowie der Datenschutzbeauftragte einbezogen. Die Akademie für Bildung und Personalentwicklung steht den Kliniken und Bereichen hinsichtlich der Vorbereitung, Durchführung und Auswertung sowie Kommunikation von Befragungen beratend zur Seite.

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

Ziel ist es, möglichst viele Rückmeldungen von Patienten, Angehörigen, Besuchern und anderen Kunden zur kontinuierlichen Verbesserung zu nutzen. Namentliche und inhaltlich relevante Beschwerden sollen zeitnah beantwortet und bearbeitet werden.

Das Meinungsecho steht hierfür mit standardisierten Meinungsbögen zur Verfügung. Wünsche und Beschwerden können auch persönlich, über einen Online-Meinungsbogen im Internet, per E-Mail oder über eine eigene Hotline abgegeben werden. Zudem ist ein externer Patientenführsprecher benannt, der die Belange der Patienten vertritt.

6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren

Das UKT nutzt die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung (QS) zur Identifikation von Verbesserungspotenzialen. Hierzu werden die Routinedaten systematisch erfasst und aufbereitet. Die relevanten Daten können von den QMB und den Verantwortlichen für die externe QS im "QS-Monitor" ausgewertet werden.

Neben der externen Qualitätssicherung beteiligt sich das UKT an zahlreichen Projekten zur Erhebung von Qualitätsindikatoren (z. B. VUD-Benchmarkprojekt, ITS-KISS, Dekubitus-Prävalenzerhebung). Zusätzlich werden weitere qualitätsrelevante Daten wie z. B. das Dekubitus- und Sturzrisiko, MRSA und MRE oder

die Schmerzintensität erhoben. Die Ergebnisse der einzelnen QS-Maßnahmen werden den Kliniken und Abteilungen rückgemeldet und in klinikinternen bzw. -übergreifenden Veranstaltungen besprochen.