



KTQ - QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009 für Krankenhäuser

Krankenhaus: Klinikum Fürth

Institutionskennzeichen: 260950077

Anschrift: Jakob-Henle-Straße 1
90766 Fürth

Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer: 2010-0070 K

durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle: LGA InterCert
Zertifizierungsgesellschaft mbH

Gültig vom: 04.09.2010

bis: 03.09.2013

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung.....	5
Die Kategorien	6
1 Patientenorientierung.....	7
2 Mitarbeiterorientierung.....	10
3 Sicherheit	12
4 Informations- und Kommunikationswesen	14
5 Führung	16
6 Qualitätsmanagement.....	18

Vorwort der KTQ[®]

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

Gesellschafter der KTQ[®] sind die Bundesärztekammer (BÄK), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Deutsche Pflegerat (DPR), der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e.V. (HB) und die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹. 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, von Praktikern entwickelten Kriterien, die sich auf die Patientenorientierung, die Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit, das Informations- und Kommunikationswesen, 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 Visitorenteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren[®] gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Krankenhausbereiche überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

¹ zu diesen zählen: Verband der Ersatzkassen e. V., AOK-Bundesverband, BKK-Bundesverband, IKK-Bundesverband, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Die Knappschaft

Mit dem KTQ-Qualitätsbericht werden umfangreiche, durch die Fremdbewertung validierte, Informationen über das betreffende Krankenhaus in standardisierter Form veröffentlicht.

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

Wir freuen uns, dass **Klinikum Fürth** 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

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und
Pflegkassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Dr. med. M. Vogt

Für den Hartmannbund

Vorwort der Einrichtung

Das Klinikum Fürth ist ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung mit Notfallversorgung und Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Erlangen-Nürnberg. Als selbständiges Kommunalunternehmen stellt es 746 stationäre Betten bereit. Zusätzlich verfügt es über 40 Betten im Bereich der Geriatrischen Rehabilitation.

Jährlich werden gut 34.000 stationäre Patienten mit einer durchschnittlichen Verweildauer von etwa sechs Tagen behandelt. Zusätzlich werden jährlich weitere 40.000 Patienten ambulant behandelt.

Unsere Patienten sollen sich hier geborgen fühlen - in der Sicherheit, dass sie optimal betreut werden. Um dies zu gewährleisten, arbeiten alle Hand in Hand zusammen: Hochqualifizierte Ärzte, Pflegekräfte, medizinisch-technisches Fachpersonal sowie die anderen Berufsgruppen und ehrenamtlichen Mitarbeiter.

Peter Krappmann
Vorstand

Die Kategorien

Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Eine sehr gute Anbindung an alle öffentlichen Verkehrsmittel ist vorhanden. An allen Einfallstraßen sind Ausschilderungen vorhanden. Parkplätze sind auch im eigenen Parkhaus ausreichend vorhanden. Mit zusätzlichen Broschüren, Infoveranstaltungen, Führungen und einer Homepage bietet das Klinikum ein breites Spektrum an Informationen. Über die Anlaufstelle der Notaufnahme bietet das Klinikum eine kontinuierliche Erreichbarkeit für alle Patienten, die einer medizinischen Behandlung bedürfen. Darüber hinaus werden über die jeweiligen Fachambulanzen die entsprechenden Notfallpatienten aufgenommen und je nach Schweregrad auf die entsprechenden Stationen (z.B. Intensivstation, IMC, SAS) verlegt.

1.1.2 Leitlinien

Evidenzbasierte med. Richtlinien und Leitlinien werden in allen Fachabteilungen als Grundlage der individuellen Therapieplanungen eingesetzt. Die Umsetzung erfolgt unter Berücksichtigung der Strukturen und Rahmenbedingungen grundsätzlich im Sinne einer höchstmöglichen Patientenorientierung. Innerhalb der zertifizierten Organzentren erfolgt eine stringente Umsetzung der S3-Leitlinien. Leitlinien und Pflegestandards mit pflegerischen, ärztlichen bzw. übergreifenden Schnittstellen werden fachübergreifend abgestimmt und im elektronischen QM- Wissensportal des Intranets zentral für alle Mitarbeiter eingestellt und sind regelmäßig Inhalt klinikinterner Fortbildungsveranstaltungen.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Die Wahrung von Patientenrechten ist im Leitbild festgeschrieben. Darüber hinaus sind Einrichtungen wie das Ethikkomitee Ansprechpartner in Fragen, die das Thema Patientenrechte betreffen. Wünsche und Bedürfnisse der Patienten werden bei der Behandlungsplanung im Rahmen von Aufklärungsgesprächen und Visiten berücksichtigt. Bei Vorliegen einer Patientenverfügung gilt diese grundsätzlich als Leitlinie für die Therapie. Die Wahrung der Patientenrechte wird auch bei notwendigen Zwangsmaßnahmen auf Basis der rechtlichen Grundlagen gewährleistet. Regelmäßige Fortbildungen stellen einen aktuellen Kenntnisstand bei an der Patientenversorgung beteiligten Mitarbeitern sicher.

1.1.4 Service, Essen und Trinken

Die Patientenzimmer sind mit einem Telefon, TV, elektrisch verstellbaren Betten und einer Rufanlage ausgestattet. In den Wahlleistungsbereichen stehen komfortable Zimmer mit hochmoderner, ansprechender Ausstattung zur Verfügung. Eine Vielzahl von Zimmern ist mit einem eigenen Balkon ausgestattet. Patientenaufenthaltsräume laden auf allen Stationen zum verweilen ein. Die Cafeteria bietet Speisen und Getränke, sowie Einkaufsmöglichkeiten. Der Menüplan bietet eine reichhaltige Auswahl, besondere Ernährungsaspekte wie z.B. vegetarische Kost können umfassend berücksichtigt werden. Auf einigen Stationen wird das Frühstück in Buffetform angeboten. Ehrenamtliche Mitarbeiter der „Lila Dienste“ unterstützen Patienten und Angehörige während des Aufenthalts.

1.1.5 Kooperationen

Zur optimalen Versorgung unserer Patienten arbeiten alle Berufsgruppen im Klinikum am Behandlungsprozess orientiert und interdisziplinär zusammen. Zur bestmöglichen Bettensteuerung und Belegungsplanung wurde eine interdisziplinäre Station eingerichtet. Interdisziplinäre Fallbesprechungen und Tumorkonferenzen in den onkologischen Zentren finden in engen Zeitintervallen statt und stellen einen zeitnahen Informationsfluss sicher. Das Sozialkompetenz-Netzwerk koordiniert die Arbeit aller ehrenamtlichen Dienste (z.B. Selbsthilfegruppen).

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Für Notfallpatienten stehen Notfallaufnahmen verschiedener Fachdisziplinen 24 Stunden am Tag zur Verfügung und gewährleisten die Erstdiagnostik und Erstversorgung auf hohem fachlichem Niveau. Ärzte des Klinikums sind in die Durchführung des bodengebundenen Notarztdienstes an den Wochentagen, sowie einmal wöchentlich an der Luftrettung beteiligt, so dass bereits präklinisch die Einleitung bestimmter Therapieverfahren eingeleitet wird. Angehörige, Betreuer und Eltern werden grundsätzlich in die diagnostischen und therapeutischen von Beginn an mit einbezogen. Bei dringlichem Informationsbedarf werden außerdem niedergelassenen Ärzte oder zuweisenden Einrichtungen telefonisch kontaktiert. Mittels Pflegeüberleitungsbogen werden die Informationen über den Patienten an das Klinikum weitergegeben.

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Neben der Notfallversorgung finden in allen Fachabteilungen auch spezialisierte Fachsprechstunden für die ambulante Diagnostik und Behandlung unserer Patienten statt. Die Sprechstunden erfolgen prozessbezogen bzw. erkrankungsbezogen z.B. in der Gefäß-Sprechstunde, Brustsprechstunde oder EEG Ambulanz. In einzelnen Kliniken sind Spezialambulanzen mit KV-Zulassung etabliert. Sprechstunden für Wahlleistungspatienten werden von allen Chefärzten angeboten.

1.3.2 Ambulante Operationen

Bestimmte operative Eingriffe werden auch als ambulante Operationen – ausschließlich durch Fachärzte - durchgeführt. Zur Berücksichtigung von Vorbefunden, der Bewertung von Risiken und Lebensumständen findet vorab jeweils eine präoperative Sprechstunde statt, in der dann auch die konkrete Planung und Indikationsstellung festgelegt wird. Informationen über das Leistungsangebot stehen im Internet sowie in Form diverser Print-Informationsmaterialien statt. Nach jeder ambulanten Operation erfolgt vor der Entlassung eine klinische Abschlussuntersuchung durch den Operateur. Der Patient erhält die Kontaktdaten und Hinweise für das Verhalten bei möglichen Komplikationen sowie eine Informationsbroschüre zur Schmerztherapie. Außerdem erhält der Patient einen Arztbrief und eine Rücküberweisung durch die Stationssekretärin sowie die notwendige Akutmedikation ausgehändigt.

1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Unsere Qualitätsziele im Rahmen der Planungen zur stationären Diagnostik und Behandlungsplanung betreffen in allererster Linie die Sicherheit und die Zufriedenheit unserer Patienten und stehen vor wirtschaftlich und organisatorisch notwendigen Effizienzswängen. Hierfür sind Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten im Rahmen der Durchführung und der Dokumentation der Prozesse bei der Patientenaufnahme klar festgelegt und beinhalten die individuelle Betreuung von Anfang an unmittelbar auf der für die Aufnahme vorgesehenen Station durch dort tätige Stationssekretärinnen. Die Information der Patienten und Ihrer Angehörigen findet nach Möglichkeit bzw. wenn es vom Patienten nicht gegenteilig gewünscht ist gemeinsam im Rahmen des stationären Aufnahmeprozesses statt. Analog wird bei ärztlichen Aufklärungsgesprächen verfahren, bei denen die Angehörigen auf Wunsch auch anwesend sein können.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Zur Steuerung des Behandlungsprozesses ist in jedem Fall die Festlegung der diagnostischen und therapeutischen Prioritäten durch einen Facharzt gewährleistet. Im Bereich der Pflege wird dies durch die zuständige Bereichspflegekraft sichergestellt. Vorgaben hierzu erfolgen durch Pflegestandards sowie Empfehlungen und Leitlinien der abteilungsverantwortlichen (Chef-) Ärzten bzw. Fachgesellschaften. Detaillierte Diagnose- und Behandlungspfade stehen u.a. für die Schwerverletztenversorgung, die Endoprothetik, für das Brustzentrum sowie für einzelne weitere Krankheitsbilder zur Verfügung.

1.4.3 Operative Verfahren

Sämtliche Vorgaben zur Regelung der Organisationsabläufe, der Prozessverantwortlichkeiten und der Kapazitätsplanung bei den am Klinikum durchgeführten operativen Eingriffen sind unter Berücksichtigung entsprechender Vorhaltungen für Notfalloperationen präzise aufeinander abgestimmt und wurden in einem umfangreichen Restrukturierungsprojekt unter Beteiligung aller im OP-Bereich tätigen Berufsgruppen im Jahr 2009 optimal auf die Bedürfnisse unsere Patienten zugeschnitten. Die Aufklärung der Patienten und seiner Angehörigen erfolgt in einem ausführlichen Arztgespräch und wird über standardisierte Aufklärungsbögen dokumentiert. Die klinikweite Einführung von Patientenidentifikationsarmbändern sowie die Umsetzung der Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit haben die Patientensicherheit deutlich erhöht.

1.4.4 Visite

Auf allen bettenführenden Stationen finden täglich - inklusive Wochenenden und Feiertagen - Patientenvisiten mit Facharztstandard statt. Bei den werktäglichen Visiten sind mindestens ein Arzt der Fachabteilung sowie in der Regel die jeweils für den Bereich zuständige Pflegekraft beteiligt. Die Visitenzeiten werden innerhalb der einzelnen Fachabteilungen festgelegt. Sondervisiten und Kurvenvisiten finden in einzelnen Fachabteilungen zusätzlich statt. Chef- und Oberarztvisiten werden wöchentlich durchgeführt. Im Intensivbereich werden 1-2-mal täglich Chef- und Oberarztvisiten durchgeführt. Die Visite findet im Dialog mit dem Patienten statt.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

In allen Kliniken beinhalten verschiedene Behandlungskonzepte die Vorstellung stationär behandelter Patienten im Rahmen prä- und poststationärer Sprechstunden. Oft wird hier auch die Möglichkeit zur Kontaktaufnahme bei Spezialfragen angeboten. In der Mehrzahl der Fachabteilungen findet eine individuell terminierte poststationäre Patienteneinbestellung statt. Die prä- und poststationären Sprechstunden werden ausschließlich durch Fachärzte und Oberärzte durchgeführt. Eine Abstimmung mit weiterversorgenden Einrichtungen (z.B. Hausarzt, Pflegedienst) findet über den Sozialdienst, die Pflegeüberleitung und seit 2009 auch durch die abteilungsbezogen eingesetzten Casemanager statt.

1.5.1 Entlassung

Die Planung der Entlassung erfolgt spätestens am Vortag und geht grundsätzlich patientenadaptiert vor sich. Hierbei wird der Stand der Befunde, der Versorgungsstatus nach Entlassung und die klinische Besserung des Patienten berücksichtigt. Bei pflegebedürftigen Patienten wird ein nachstationärer Versorgungsplan mit allen Beteiligten erstellt. Verschieden Stellen des Klinikums (Case Management, Sozialdienst, Pflegeüberleitung) werden je nach Bedarf des Patienten in die Entlassungsplanung eingeschaltet. Entlassungsgespräche werden am Tag der Entlassung bzw. am Tag zuvor – ggf. unter Einbeziehung von Angehörigen/ Betreuern – geführt. Alle für die Entlassung und die Entlassungsplanung relevanten Informationen stehen elektronisch zur Verfügung.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Am Klinikum sind mehrere zentrale Stellen für die Organisation der kontinuierlichen Weiterbetreuung etabliert. Der Sozialdienst kümmert sich um die Organisation stationärer Weiterbetreuung, die Pflegeüberleitung ist für alle organisatorischen Fragen rund um die häusliche Weiterbetreuung zuständig. Für spezielle Fragestellungen stehen spezialisierte Teams und Fachkräfte zur Verfügung, z.B. Stomatherapeutin, Ernährungsteam, etc. In zwei Pilotkliniken unterstützen darüber hinaus Case Manager ein individuell-optimiertes Entlassungsmanagement. Am Klinikum ist eine stationäre Abteilung für geriatrische Rehabilitation angeschlossen.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Die Begleitung Sterbender sowie deren Angehöriger haben am Klinikum einen hohen Stellenwert. Sterbende Patienten werden deshalb grundsätzlich nur durch Fachpersonal betreut. Verschiedene Einrichtungen wie z.B. die Seelsorge, der Psychologische Dienst, die Ethikberatung oder ehrenamtliche Dienste unterstützen die würdevolle Begleitung sterbender Patienten. Das Klinikum verfügt über eine sehr enge Anbindung an den Hospizverein. Patientenverfügungen werden bei Vorliegen in der Akte hinterlegt und fließen nach Abstimmung mit in die Therapieentscheidung ein. Die Wünsche des Patienten stehen in der Sterbephase im Vordergrund. Erklärtes Ziel aller Anstrengungen ist es, die Lebensqualität der Patienten so weit als möglich zu fördern bzw. zu erhalten.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Der Umgang mit Verstorbenen sowie die Begleitung und Unterstützung der Angehörigen steht unter der Prämisse „Sterben ist ein Teil des Lebens“. Angehörige haben die Möglichkeit, in würdiger Umgebung Abschied zu nehmen. Spezielle Abschiedsräume stehen in der Kinderklinik, auf der Intensivstation sowie im Pathologischen Institut zur Verfügung. Für Angehörige wird halbjährlich eine Gedenkdacht für Trauernde angeboten, zu der alle Angehörigen von im Klinikum verstorbenen Patienten eingeladen werden.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Als Planungsgrundlage werden die Berechnungsverfahren und Anhaltswerte der allgem. Fachgesellschaften und kommunalen Prüfungsverbänden herangezogen. Darüber hinaus wird laufend ein Stellenplan fortgeschrieben. Weitere Daten wie z.B. leistungsbezogene Daten, werden vom Controlling in einem regelmäßigen Berichtswesen kommuniziert. Im Rahmen der jährlichen Wirtschaftsplanung werden erforderliche Anpassungen in Abstimmung mit der Klinikumsleitung vorgenommen. Durch regelmäßige Gespräche des Vorstands mit dem Personalleiter und dem Personalrat wird die Mitarbeitervertretung bei allen durch das gesetzliche Beteiligungsverfahren vorgeschriebenen Maßnahmen frühzeitig eingebunden.

2.2.1 Personalentwicklung / Qualifizierung

Die Festlegung der Qualifikationsanforderungen und die Tätigkeitsbeschreibungen erfolgen in Stellen- bzw. Aufgabenbeschreibungen. Alle bekannten und erworbenen Qualifikationen werden in einem EDV-Tool erfasst. Im Rahmen von jährlich stattfindenden Personalentwicklungsgesprächen werden individuelle Zielvereinbarungen auf allen Ebenen getroffen. Dabei soll der Bedarf bei den Mitarbeitern frühzeitig erkannt werden, aber auch strategische und operative Ziele anhand von Zielvereinbarungen fortgeschrieben werden. Mit dem jährlich aufgestellten Fortbildungskatalog, stellt das Klinikum ein Bildungsangebot für die fachliche Qualifikation, für die Förderung der persönlichen Stärken zur Bewältigung der sich ständig verändernden beruflichen Anforderungen und für die interdisziplinäre Zusammenarbeit bereit.

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Es stehen im Rahmen vorhandener Einarbeitungskonzepte speziell geschulte Mitarbeiter innerhalb einzelner Berufsgruppen (z.B. Mentoren etc.) zur Verfügung. Zusätzlich stehen neuen Mitarbeitern die unmittelbaren Vorgesetzten als Ansprechpartner und Mentor zur Verfügung. Die Verantwortung zur Sicherstellung organisations- und arbeitsrechtlich relevanter Belange liegt bei den jeweiligen Abteilungsleitungen, die Umsetzung wird zentral durch die Personalabteilung begleitet. Der Einarbeitungsphase wird durch strukturierte Vor-, Zwischen- und Endgespräch zwischen Mitarbeitern und Vorgesetzten besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

2.2.3 Ausbildung

Das Klinikum bietet in den Berufsfachschulen für Kranken- und Kinderkrankenpflege eine staatlich geregelte Ausbildung an. Beide Berufsfachschulen sind – gemeinsam mit der Abteilung Fort- und Weiterbildung – unter dem Dach des Bildungszentrums zusammengefasst. Kooperationen mit Hochschulen ermöglichen das Angebot eines dualen Studiums. Zur Vernetzung von Theorie und Praxis und Vorbereitung der Auszubildenden auf ihre praktische Tätigkeit werden die Auszubildenden durch pädagogisch qualifizierte Fachkräfte der Berufsfachschulen und Praxisanleiter begleitet. Der Lernerfolg wird strukturiert evaluiert. Weitere Ausbildungsmöglichkeiten in kaufmännischen, technischen und medizinisch-administrativen Berufen runden das Angebot ab.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Die Fort- und Weiterbildungen orientieren sich soweit notwendig an den Vorgaben der jeweiligen Fachgesellschaften, der Dt. Krankenhaus Gesellschaft, an der strategischen Ausrichtung des Klinikums und an entsprechend gesetzlichen Vorgaben. In einzelne Kliniken existieren zusätzlich Fortbildungspläne, wie z.B. in der Frauenklinik. Von der Abteilung Fort- und Weiterbildung wird ein jährlicher, berufsgruppenübergreifender Fortbildungskatalog herausgegeben. Die angebotenen Veranstaltungen stehen Mitarbeitern aller Berufsgruppen zur Verfügung. Zusätzlich werden Fachweiterbildungen in der Pflege angeboten.

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Die systematische Einbindung der Mitarbeiter in das Unternehmen und deren strategische Ausrichtung erfolgt in mehreren Schritten. Hierzu werden alle Führungskräfte im Rahmen von Schulungen mit den Grundsätzen eines mitarbeiterorientierten Führungsstils vertraut gemacht. Darüber hinaus sind die Führungskräfte Multiplikatoren zur Klinikumsleitung – was die Umsetzung neuer Ideen und Strategien angeht. Der Mitarbeiter selbst hat die Möglichkeit aktiv an der Ausrichtung des Unternehmens teilzunehmen, durch die Teilnahme an Projektgruppen, dem direkten Dialog mit der Klinikumsleitung, in der Personalversammlung oder der Teilnahme an den einzelnen Befragungen am Klinikum. Eine Beurteilung des Führungsstils ist Gegenstand der Mitarbeiterbefragung.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Es bestehen berufsgruppen- und abteilungsspezifisch feste Dienstzeiten und Gleitzeitregelungen gemäß gesetzlicher und tariflicher Grundlagen. Ein Großteil der Arbeitszeiten der Mitarbeiter wird EDV-technisch über ein Dienstplanprogramm erfasst und gepflegt. Für jeden Beschäftigten wird ein Zeitausgleichskonto geführt. Das Zeitausgleichskonto wird nach dem Ampelprinzip geführt und entsprechend in drei Phasen gesteuert. Die Grenzen sind in einer Dienstvereinbarung geregelt. Die Organisation und Verantwortung zur Einhaltung der Ampelregelung liegt beim jeweiligen Vorgesetzten bzw. seinem Beauftragten. Die Betrachtung des Zeitausgleichskontos erfolgt monatlich.

2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Ein in Vorbereitung befindliches Konzept sieht im Rahmen eines betrieblichen Vorschlagswesens die Einbindung von Ideen oder Verbesserungsmaßnahmen in strukturierter Form vor. Ein bisher interdisziplinär geplanter Ausschuss mit Vorsitz durch die Mitarbeitervertretung soll künftig mit einfacher Stimmenmehrheit die Annahme oder Ablehnung von Vorschlägen beschließen können. Ein Vertreter der Klinikumsleitung ist Mitglied im Ausschuss. Die Klinikumsleitung hat lediglich ein Vetorecht bzgl. der Annahme eines Vorschlages. Beschwerden werden gesondert außerhalb des Vorschlagswesens behandelt. Hierzu existiert ein eigener strukturierter Ablauf.

3 Sicherheit

3.1.1 Arbeitsschutz

Innerhalb des Klinikums existieren klare Strukturen hinsichtlich aller Gesichtspunkte des Arbeitsschutzes. Eine Fachkraft für Arbeitssicherheit und eine Betriebsärztin sind nach den gesetzlichen Vorgaben bestellt und beraten und unterstützen das Klinikum in allen Belangen des Arbeitsschutzes. In allen Bereichen des Klinikums sind Sicherheitsbeauftragte benannt. Der Strahlenschutz wird zu einem Großteil mit eigenem Personal abgedeckt sowie durch externe Dienstleister unterstützt.

3.1.2 Brandschutz

Zur Organisation des Brandschutzes ist ein Brandschutzbeauftragter bestellt. Zwei Mitarbeiter des Klinikums halten für alle Mitarbeiter verpflichtende Brandschutzunterweisungen ab. Es liegt eine Brandschutzordnung vor, die regelmäßig aktualisiert wird. Brandschutzbegehungen werden jährlich mehrmals für alle Bereiche des Klinikums durch den Brandschutzbeauftragten in Zusammenarbeit mit den Verantwortlichen sowie den Bereichsleitungen durchgeführt.

3.1.3 Umweltschutz

Die Umweltpolitik leitet sich aus dem Leitbild ab. Ziel ist es, den Verbrauch an natürlichen Ressourcen zu verringern, indem die Mitarbeiter für den Umweltschutz aktiviert werden. Umweltgefährdende Stoffe werden so weit wie möglich durch weniger belastende Substanzen ersetzt bzw. im Mengenverbrauch reduziert. Technische Innovationen werden z.B. durch ein Energie-Contracting und dem Einsatz eines Blockheizkraftwerkes zur besseren Wärmenutzung umgesetzt. Dachflächen werden in großem Maße für Solarflächen genutzt. Eine neue Dampfkesselanlage unter energetischen Aspekten ist seit 2009 in Betrieb. Ökologische Aspekte werden im Einkauf regelhaft berücksichtigt.

3.1.4 Katastrophenschutz

Das Klinikum ist nach Landesrecht in den Katastrophenschutz eingebunden. Ein Alarm- und Einsatzplan regelt die Vorgehensweise im Brand- oder Katastrophenfall. Der Alarm- und Einsatzplan wird durch die Fachkraft für Arbeitssicherheit in Zusammenarbeit mit den für den Katastrophenschutz beauftragten Ärzten regelmäßig aktualisiert und mit allen Beteiligten abgestimmt.

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Alle Maßnahmen, die zur Vermeidung und Bewältigung von nichtmedizinischen Notfällen getroffen werden müssen, sind im Alarm- und Einsatzplan geregelt. Bei Stromausfall sichern Notstromaggregate die Weiterversorgung. Bei haustechnischen Ausfällen ist ein 24-stündiger Bereitschaftsdienst vorhanden. Beim Ausfall medizintechnischer Geräte kann auf Notfallgeräte zurückgegriffen werden. Für den Ausfall einzelner versorgungskritischer Anlagen bestehen Wartungsverträge mit zugesicherten Reaktionszeiten. Ein Ausfallkonzept sichert die Verfügbarkeit versorgungskritischer Bereiche. Die 24-stündige Verfügbarkeit von EDV-Mitarbeitern ist bei EDV-technischen Notfällen gewährleistet.

3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Der Schutz von Patienten vor Gefährdungen hat hohe Priorität. Für die verschiedenen Gruppen aufsichtspflichtiger Patienten hält das Klinikum jeweils entsprechende Vorrichtungen zur Sicherstellung der Aufsichtspflicht vor. In begründeten Fällen ist die Hinzuziehung einer Sitzwache möglich. Alle Patienten erhalten bei der Aufnahme ein Armband mit den wichtigsten persönlichen Daten zur Unterstützung einer sicheren Patientenidentifikation.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Im gesamten Klinikum findet ein Konzept zum medizinischen Notfallmanagement Anwendung. Im Notfall wird das Notfallteam über eine einheitliche Notrufnummer alarmiert. Das Notfallteam wird personell durch die Intensivstationen abgedeckt und ist rund um die Uhr erreichbar und einsatzbereit. Auf jeder Station steht ein Notfallwagen mit standardisierter Notfallausrüstung zur Verfügung. Halbautomatische Defibrillatoren sind auf allen Stationen und an weiteren wichtigen Punkten angebracht. Eine Qualifikation der Mitarbeiter wird durch verpflichtende Schulungen sichergestellt.

3.2.3 Hygienemanagement

Der Ärztliche Direktor ist als Hygieneverantwortlicher verantwortlich für die Belange der Hygiene am Klinikum. Ihm ist die hauptamtliche Hygienefachkraft als Stabsstelle zugeordnet. Sie wird durch externe Berater unterstützt. In allen Abteilungen sind geschulte hygienebeauftragte Mitarbeiter bestellt, sie haben Beratungsfunktion für die Mitarbeiter ihrer Abteilung. Die Hygienekommission trifft sich regelmäßig. Dabei werden die aktuellen hygienerelevanten Themen mit den Hygienebeauftragten besprochen, sowie Hygienepläne verabschiedet und aktualisiert. Das Klinikum nimmt an der „Aktion Saubere Hände“ teil.

3.2.4 Hygienerrelevante Daten

Hygienerrelevante Informationen erfolgen direkt aus dem bakteriologischen Labor an die Hygieneabteilung und gleichzeitig in die entsprechende digitale Patientenakte. Die Erhebung von klinischen Symptomen bei Infektionen erfolgt durch die hygienebeauftragten Ärzte und der Hygieneabteilung im Rahmen von Visiten. Eine entsprechende Statistik wird unter Beteiligung des hygienebeauftragten Arztes in der Hygieneabteilung geführt. Ebenfalls in Zusammenarbeit mit der Station und der Hygieneabteilung entsteht ein etabliertes Infektionsmonitoring, das eine Häufung von Infektionen zeitnah erkennbar macht.

3.2.5 Infektionsmanagement

Alle Vorgaben des Robert Koch-Institut sind in den Hygieneplänen eingearbeitet. Diese Vorgaben sind ebenfalls im Hygienehandbuch hinterlegt und werden regelmäßig aktualisiert. In regelmäßigen Schulungen werden die Hygienebeauftragten jeweils auf den aktuellen Wissenstand gebracht. Bestehende Einarbeitungskonzepte beziehen sich auf diese Richtlinien. Im Hygienehauptplan, der von der Hygieneabteilung in Zusammenarbeit mit den Beauftragten erstellt wurde, sind zunächst alle hygiesichernden Maßnahmen geregelt. Für einzelne Bereiche, wie z.B. der OP oder die Zentralsterilisation etc., sind gesonderte Hygienepläne erstellt worden.

3.2.6 Arzneimittel

Das Klinikum verfügt über eine eigene Apotheke. Die Arzneimittelliste des Hauses bildet einen verbindlichen Rahmen für die Arzneimitteltherapie. Sie wird von der Arzneimittelkommission nach pharmakologischen, pharmazeutischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten fortgeschrieben. Für die Überprüfung der Medikamente und die sachgerechte Lagerung sind die Stationsleitung und der Stationsarzt verantwortlich. Ein klinikweit eingesetztes Meldesystem für kritische Ereignisse wird zur Erfassung von Beinahe-Zwischenfällen bei der Anwendung von Arzneimitteln genutzt.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Der Umgang mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten berücksichtigt sämtliche gesetzlichen Regelungen sowie die Querschnitleitlinien der Bundesärztekammer. Besonders qualifizierte Ärzte überprüfen regelmäßig den Umgang und die Indikationsstellung bei der Verabreichung von Blutkomponenten und Plasmaderivaten, der in einem eigenen Qualitätsmanagementsystem beschrieben und festgelegt ist. In den Fachabteilungen sind Transfusionsbeauftragte benannt und gewährleisten die Umsetzung der Regelungen sowie die regelmäßige Schulung der ärztlichen Mitarbeiter in den Kliniken. Am Klinikum konnte der Bedarf an Blutprodukten in den vergangenen Jahren konsequent reduziert werden und ist bei geplanten Operationen so gut wie nicht mehr erforderlich.

3.2.8 Medizinprodukte

Der Umgang und die Geräteeinweisung im Zusammenhang mit nicht-technischen- und technischen (aktiven) Medizinprodukten ist durch die Umsetzung der gesetzlichen Regelung gewährleistet. Es sind im gesamten Klinikum besonders geschulte Medizingerätebeauftragte in allen Berufsgruppen benannt. Neue Mitarbeiter bzw. Mitarbeiter, die neu in einen Bereich wechseln, werden auf die dort eingesetzten Medizinprodukte in der Regel durch die Medizinproduktegesetzbeauftragte eingewiesen. Im Bedarfsfall werden über die Medizintechnik weitere Herstellereinweisungen organisiert.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Gemäß der strategischen Vorgaben der Klinikumsleitung findet in allen Bereichen ein größtmöglicher Einsatz von EDV gestützten Systemen Anwendung. Zentrales System ist das Krankenhausinformationssystem, das den gesamten medizinischen und pflegerischen Ablauf in einer elektronischen Patientenakte abbildet. Alle Mitarbeiter haben uneingeschränkten Zugriff auf das Intranet des Klinikums. Bei abteilungsübergreifenden und hausweiten Störungen des EDV-Systems oder dessen Ausfall greifen Regelungen eines Notfall- bzw. Ausfallkonzepts.

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Die Verantwortlichkeiten zum Umgang und zur Archivierung von Patientendaten sind sowohl innerhalb der Berufsgruppen als auch für die beteiligten Mitarbeiter klar abgegrenzt und in einer ausführlichen Dienstanweisung eindeutig geregelt. Sie obliegen für den ärztlichen Bereich dem leitenden Abteilungsarzt, für die Pflegedokumentation der leitenden Pflegekraft, für die therapeutische Dokumentation dem leitenden Therapeuten. Zur Gewährleistung des Datenschutzes ist der Datenschutzbeauftragte in alle Abläufe und Planungen stets eingebunden.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Die Verfügbarkeit und der Zugriff auf behandlungsrelevante medizinische Patientendaten und Patientenakten werden über ein elektronisches Krankenhausinformationssystem (KIS) gewährleistet. Ärzte und Pflegekräfte können – je nach Zugriffsrecht - rund um die Uhr auf aktuelle Behandlungsdaten sowie Informationen zu Voraufenthalten zugreifen, während sich der Patient in unserer stationären Behandlung befindet. Aufgrund des ebenfalls elektronisch umgesetzten Archivierungs-Systems ist auch nach Entlassung des Patienten ein Datenzugriff, z.B. bei Patienten die notfallmäßig zugehen, rund um die Uhr gewährleistet.

4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Die Mitglieder der Krankenhausleitung sind in den entsprechenden Berufsverbänden und Fachgesellschaften integriert und tauschen sich regelmäßig in gemeinsamen Veranstaltungen und Kongressen aus, z.B. Dt. Städtetag, Jahrestagung BKG, etc. Zusätzlich bestehen regionale Netzwerke und Benchmarkprojekte – in denen ebenfalls ein reger Austausch stattfindet. Interne Vorgänge und Informationen gelangen durch ein strukturiertes Berichtswesen und die regelhafte Teilnahme an Gremien und Ausschüssen, Reporting- und Besprechungswesen und Einzelmeldungen bei Vorkommissen an die Klinikumsleitung.

4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

Alle Berufsgruppen haben auf horizontaler und vertikaler Ebene regelmäßig protokollierte Besprechungen, in denen berufsgruppenspezifisch bzw. berufsgruppenübergreifend und zum Teil hierarchieübergreifend Informationen ausgetauscht werden. In schriftlicher und elektronischer Form werden alle wichtigen Informationen entsprechend weitergegeben oder im hausinternen Intranet für alle zugänglich veröffentlicht. Die patientenbezogene Informationsplattform ist nahezu vollständig im hausweit bestehenden digitalen Kommunikations- und Informationssystem abgebildet – incl. der bildgebenden Verfahren. Informationsbroschüren und Flyer, eine Mitarbeiterzeitschrift, eine umfassende Homepage und ein Intranet runden das Angebot ab.

4.4.1 Telefonzentral und Empfang – Organisation & Service

Als zentrale Anlaufstelle ist rund um die Uhr an allen 365 Tagen des Jahres die Pforte stets mit entsprechendem Personal besetzt. Die jeweiligen Ambulanzen sind ebenfalls rund um die Uhr mit Fachpersonal besetzt. In allen aufnehmenden Bereichen und in den Empfangsbereichen befinden sich sog. Diskretionszonen. Für Besucher sowie für Patienten und deren Angehörige befinden sich in zentralen Bereichen Informationsstände mit zahlreichen Infoflyern, Sitzmöglichkeiten. Gelegentlich finden in diesen Bereichen ausstellungen und Informationsstände zu verschiedenen Themen statt. Ebenfalls im Erdgeschoss ist für Patienten und Besucher zusätzlich eine Besuchercafeteria.

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Alle am Klinikum vorliegenden Regelungen zur Berücksichtigung des Datenschutzes sind für alle Mitarbeiter über das Intranet zugänglich. Ein Datenschutzbeauftragter ist bestellt. Er ist für die Weiterentwicklung von Datenschutzgrundsätzen und die Durchführung von Datenschutzeschulungen verantwortlich und steht den Mitarbeitern bei allen Fragen rund um den Datenschutz als Ansprechpartner zur Verfügung. Der Zugangsschutz des Datenverkehrs von Extern und Intern ist über ein Sicherheitskonzept gewährleistet.

5 Führung

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Dem Leitbild des Klinikums liegt eine homogene Hausstruktur, abteilungsübergreifende Denkweisen und eine einheitliche Orientierung in Bezug auf interdisziplinäre und familiäre Hausstrukturen zugrunde. Weiterhin wurden im Leitbild die Stärken des Hauses formuliert, eine Orientierung an den Patienten-, Besucher- und Mitarbeiterbedürfnissen dargestellt, um gleichzeitig dem Mitarbeiter praktikable Identifikationsmöglichkeiten - auch in Konfliktsituation - bieten zu können. Eine Weiterentwicklung bzw. Formulierung einer Vision ist Gegenstand der gemeinsamen Strategietagungen, die regelhaft mind. einmal jährlich stattfinden. Eine Einbindung der Mitarbeiter ist durch eine aktive Abfrage der Mitarbeiter und einer festgelegten Besprechungsmatrix sicher gestellt.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und –fördernder Maßnahmen

Eine hohe Mitarbeiterorientierung sowie die Benennung klarer Führungsgrundsätze sind fester Bestandteil der Hausphilosophie. Die Führungsgrundsätze einer individuellen Mitarbeiterförderung durch verschiedene Maßnahmen sind im Leitbild festgeschrieben. Ein einheitliches Konzept zur Führung von Personalentwicklungsgesprächen ist etabliert. Ein breit gefächertes Aus- und Weiterbildungsangebot bietet den Beschäftigten die Chance zur beruflichen Weiterqualifikation. Der Personalrat nimmt u.a. an Strategietagungen und Klinikumskonferenzen teil, um eine frühzeitige Einbindung der Mitarbeiterschaft sicherzustellen.

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Am Klinikum ist ein Klinisches Ethikkomitee als zentrales Gremium zur Förderung der Auseinandersetzung mit ethischen Fragestellungen etabliert. Die wesentlichen Aufgaben sind die klinische Ethikberatung, die Entwicklung ethischer Leitlinien und Empfehlung, sowie die Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter. Weitere Beratungs- und Betreuungsangebote wie z.B. die Seelsorge können rund um die Uhr angefordert werden. Eine enge Kooperation mit dem Hospizverein Fürth stellt eine unkomplizierte Kommunikation sicher. Zur Diskussion grundsätzlicher ethischer Fragestellungen bietet das vierteljährlich stattfindende Ethik-Café Gelegenheit.

5.2.1 Strategie & Zielplanung – Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Am Klinikum liegt eine strukturierte und am Leitbild ausgerichtete Zielplanung vor, die sich in eine strategische und operative Ebene unterteilen lässt. Die strategische Ebene wird im Rahmen der interdisziplinär ausgerichteten Strategietagungen erarbeitet. Die operativen Ziele werden unterjährig durch die Klinikumsleitung und Klinikumskonferenzen festgelegt und über die einzelnen Besprechungen und internen Medien kommuniziert. Zusätzlich werden über die jährlich stattfindenden Personalentwicklungsgespräche die festgelegten Ziele in konkreten und individuellen Zielvereinbarungen festgelegt. Unterstützt werden die strategischen und operativen Zielplanungen durch regelhaft stattfindende Kundenbefragungen und der Ermittlung von Marktanalysen im Großraum auf der Fachbereichsebene.

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Soziale und kulturelle Projekte sind fester Bestandteil des klinischen Handelns. Dabei sind eine Vielzahl von Projekten, die häufig auf Initiative der Mitarbeiter gegründet wurden, bereits umgesetzt worden bzw. laufen kontinuierlich weiter. Hierzu zählt ein Telemedizinprojekt mit einer Pathologischen Klinik in Angola, der Hilfslieferung in verschiedene Länder mit Krankenhausbedarfsartikel (z.B. Nepal, Afghanistan, Ungarn, Marokko etc.), der Unterstützung caritativer Organisationen wie z.B. der Tafel Fürth e.V. oder der intensiven Zusammenarbeit mit dem ehrenamtlichen Lila Diensten und den kooptierten Selbsthilfegruppen innerhalb des vom Klinikum gegründeten SoKo-Netzwerkes. Eine kulturelle Unterstützung erfolgt in enger Zusammenarbeit mit dem Stadtmuseum Fürth, dem Jüdischem Museum Franken und dem Geschichtsverein Fürth e.V. aber auch mit dem Verein Untergrund Fürth e.V. oder der Art Agency. Eine Attraktivitätssteigerung des Arbeitsplatzes für die Mitarbeiter konnte durch das klare Bekenntnis zum Kommunalunternehmen mit vertraglichen Zusagen sicher gestellt werden. Zusätzlich bietet der Arbeitgeber ein umfangreiches Angebot an Gesundheitspräventionsmaßnahmen an.

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Die Organisationsstruktur ist den Organigrammen abgebildet. Zusätzlich zu den Organigrammen existieren Geschäftsordnungen und die Satzung des Kommunalunternehmens, die ebenfalls eine Struktur abbilden. Für externe Partner, aber auch für Mitarbeiter, werden innerhalb von Infobroschüren, Flyern, Geschäfts- oder Qualitätsberichten die jeweiligen Strukturen und Ansprechpartner anschaulich vermittelt. Eine ausführliche Homepage, ein strukturiertes Beauftragtenwesen und ein ausführliches Intranet mit Wissensdatenbank runden die Informationspolitik nach intern ab – und offerieren den Mitarbeitern die aktuellen Funktionsträger und deren strategische Zielsetzungen. Für Patienten und deren Angehörigen wird das Angebot ergänzt durch jeweilige Informationstafeln vor Ort mit dem jeweiligen Ansprechpartner und Tagesabläufen.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Ein strukturiertes Vorgehen bei Tagungen von Leitungsgremien ist durch die vorher versendete Tagesordnung und das Protokoll der letzten Sitzung gewährleistet. Die Ergebnisse der Gremien werden stets in Protokollen festgehalten und allen teilnehmenden Mitgliedern zeitnah zur Verfügung gestellt. Alle wichtigen Informationen werden gezielt an den betroffenen Teilnehmerkreis kommuniziert, oder bei allgemeinem Interesse in den internen und externen Medien veröffentlicht. Somit ist eine Transparenz von Entscheidungen und Projekten am Haus gewährleistet.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

Die Konzeption, die Einführung und die Umsetzung von Innovationen erfolgt auf Basis strategischer Planungen und Entscheidungen der Klinikumsleitung. Wichtiges Ziel und Führungsgrundsatz bei der Organisationsentwicklung ist die Betrachtung des Gesamtklinikums und die Erreichung einer bestmöglichen synergetischen Vernetzung sämtlicher Abteilungen und Fachbereiche. Die Einführung eines intranetbasierten QM- und Wissensportals mit umfangreichen Suchmöglichkeiten, in dem sämtliche organisationsrelevanten Dokumente zentral in gelenkter Form jederzeit verfügbar sind erhöht die Nachvollziehbarkeit und damit die Akzeptanz vieler Regelungen.

5.4.1 Externe Kommunikation

In regelmäßigen Veranstaltungen werden die unterschiedlichen Patientengruppen und deren Angehörige über aktuelle Themen informiert. Zusätzlich finden Patienten- und Angehörigenschulungen statt bzw. es finden auch allgemeine Infostände zu bestimmten Themen statt (z.B. Aortenscreening, Organspende etc.). Im Klinikum, aber auch in Ämtern und Behörden und im Bereich der niedergelassenen Partner finden Interessierte zusätzliche Infobroschüren über das Klinikum, dessen Organzentren, einzelnen Veranstaltungen oder Angebote. Mit der örtlichen Presse besteht eine gute Zusammenarbeit, so dass ein konstruktiver Austausch möglich ist. Alle Informationsbroschüren sind im Klinikum an den entsprechenden Stellen zu finden – und werden in ausreichender Stückzahl ausgelegt. Die Erstellung und das Pflegen der Inhalte sowie der Kontakt zur Presse und umgekehrt erfolgt zentral über die Stabsstelle Öffentlichkeitsarbeit.

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Das Risikomanagementsystem am Klinikum soll dazu beitragen, Risiken auf verschiedensten Ebenen bewusst zu machen und diese soweit möglich zu minimieren. Zielsetzung ist hierbei, die Qualität der Pflege und der Lebensqualität der Patienten zu erhöhen, betriebswirtschaftlichen Schaden abzuwenden, auf veränderte Anforderungen rechtzeitig reagieren zu können, die eigene Fehlerkultur zu verändern und haftungsrechtliche Inanspruchnahmen zu verringern. Mehrere Prozess-Schritte münden in einer „Risiko-Landkarte“, welche eine darstellende Risikoeinordnung anhand der beiden Dimensionen Auswirkung und Eintrittswahrscheinlichkeit ermöglicht. Zum Gesamtkonzept des klinischen Risikomanagements gehören darüber hinaus weitere Komponenten, u.a. das -Meldesystem kritischer Ereignisse.

6 Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation

Die Verantwortung für die Weiterentwicklung des bestehenden ganzheitlichen QM-Systems liegt bei der, direkt dem Vorstand unterstellten Stabsstelle Qualitätsmanagement („QM-Kernteam“). Das QM-Kernteam ist interdisziplinär besetzt. Oberstes Entscheidungsgremium des Qualitätsmanagements ist das QM-Lenkungsteam. Diesem gehören der Vorstand, die Pflegemanagerin, der Ärztliche Direktor und die Personalratsvorsitzende an. Es tagt monatlich gemeinsam mit dem QM-Kernteam. Des Weiteren stehen in den einzelnen Kliniken und Abteilungen speziell qualifizierte Mitarbeiter als "Qualitätsberater" (QBs) zur Verfügung. Sie wurden zum Thema Qualitätsmanagement und KTQ geschult und zum Teil zu internen Auditoren ausgebildet. Quartaltreffen der QBs mit dem QM-Kernteam sichern einen regelmäßigen bidirektionalen Informationsfluss.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Ziele unseres umfassenden Prozessmanagements sind die bestmögliche Erreichung einer optimalen Patientenversorgung durch gezielte und hocheffektive Nutzung von Personal- und Sachressourcen in enger, synergetischer Vernetzung der verschiedenen Fachbereiche und Abteilungen. Erfolgsrelevante Faktoren sind unsere transparenten Entscheidungswege sowie die Möglichkeit einer frühzeitigen Entscheidung durch die verantwortlichen Führungskräfte für oder gegen die Einführung neuer bzw. die Modifikation bestehender Prozesse. Die Integration aller von der Einführung bzw. Veränderung von Abläufen und Prozessen betroffenen Berufsgruppen und Fachbereiche, sowie der Einsatz von Projektgruppen oder themenbezogener Arbeitsgruppen werden als favorisierte Verfahren zur Erreichung tragfähiger Veränderungen angewendet.

6.2.1 Patientenbefragung

Die Patientenbefragung wird im Rahmen des umfassenden Befragungskonzepts des Klinikums (Durchführung von Patienten-, Mitarbeiter- und Einweiserbefragungen) in einem Intervall von 3 Jahren durchgeführt. Die schriftliche Befragung der Patienten findet immer poststationär statt, so kann eine hohe Zuverlässigkeit der Aussage der Daten gewährleistet werden. Ab einem bestimmten Stichtag wird allen entlassenen Patienten zwei Wochen nach Entlassungsdatum ein Fragebogen zugesendet, bis die festgelegte Grundgesamtheit von 3000 Patienten erreicht ist. Die Befragung wurde in Zusammenarbeit mit dem externen Forschungs- und Beratungsunternehmen „medical research & consult“ durchgeführt. Der eingesetzte Fragebogen bietet die Möglichkeit eines Benchmarks zu anderen Kliniken vergleichbarer Größe und Position. Er enthält eine Kombination aus verschiedenen Fragearten sowie Freitext- und Kommentarfelder. Die Auswertung erfolgte durch „medical research & consult“ nach etablierten statistischen Verfahren.

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Befragungen externer Einrichtungen finden im Rahmen des hausinternen strukturierten Befragungskonzepts statt. Von November 2007 bis Januar 2008 fand eine schriftliche Befragung der einweisenden Ärzte des Klinikums statt. Die Befragung wurde in Zusammenarbeit mit dem externen Forschungs- und Beratungsunternehmen „medical research & consult“ durchgeführt. Der eingesetzte Fragebogen bot die Möglichkeit eines Benchmarks zu anderen Kliniken vergleichbarer Größe und Position. Er enthielt eine Kombination aus verschiedenen Fragearten sowie Freitext- und Kommentarfelder. Es wurden sowohl allgemeine Fragen zum Klinikum gestellt, wie auch eine Bewertung einzelner Abteilungen möglich war. Die Auswertung erfolgte durch „medical research & consult“ nach etablierten statistischen Verfahren.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Die Durchführung standardisierter und strukturierter Mitarbeiterbefragungen findet im Rahmen des hausinternen Befragungskonzepts statt. Wie die Patienten- und Einweiserbefragung findet auch die Mitarbeiterbefragung alle drei Jahre statt. Im Juli 2008 wurde die erste umfassende Mitarbeiterbefragung durchgeführt. Das Befragungskonzept sieht eine schriftliche Befragung vor. Die Befragung wurde in Zusammenarbeit mit dem externen Forschungs- und Beratungsunternehmen „medical research & consult“ durchgeführt. Der eingesetzte Fragebogen bot die Möglichkeit eines Vergleichs zu anderen Kliniken vergleichbarer Größe und Position. Der Fragebogen enthielt eine Kombination aus verschiedenen Fragearten, sowie Freitext- und Kommentarfelder. Thematisch wurden u.a. die Themenfelder Arbeitsumgebung und Arbeitszeiten, Informationsaustausch, Betriebsklima, persönliche Arbeitssituation und Vorgesetztenbeurteilung abgefragt. Die Auswertung erfolgte über das o.g. Unternehmen.

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Der Umgang mit Wünschen und Beschwerden findet am Klinikum über ein strukturiertes Beschwerdemanagement statt. Am Klinikum gibt es zwei ehrenamtliche Patientenfürsprecherinnen. Außerdem ist der Vorstand über sein Sekretariat als Ansprechpartner für Beschwerden zuständig. Die Patientenfürsprecherinnen haben einen Informationsflyer für Patienten und Angehörige, über diesen kann mittels einer abtrennbaren Postkarte auch direkt Kontakt aufgenommen werden. Auf der Homepage des Klinikums gibt es eine Rubrik „Beschwerdemanagement“, auch hier sind alle Ansprechpartner (Patientenfürsprecherinnen, Vorstand) mit Kontaktdaten genannt. Der hausinterne Flyer „Tipps für den Umgang mit Beschwerden“ gibt den Mitarbeitern Handlungsrichtlinien, wie im Falle einer Beschwerde vorgegangen werden sollte und gibt Hilfestellung für Gespräche.

6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Alle Kliniken, Fachabteilungen und unsere Organzentren nehmen umfassend sowohl an den gesetzlich vorgeschriebenen als auch freiwilligen externen und internen Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen eines ganzheitlich qualitätsorientierten Gesamtkonzeptes teil. Das Klinikum Fürth nimmt seit 2009 an dem von HELIOS und der AOK initiierten Projekt „Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR)-Klinikbericht“ teil und hat durch strukturierten Abgleich der gesetzlich erhobenen Daten mit den Ergebnissen der externen Qualitätssicherung (BQS/BAQ) ein weiteres Verfahren zur kontinuierlichen Überwachung der Behandlungsqualität eingeführt. Im Bereich der Hygiene werden qualitätsrelevante Daten strukturiert im Rahmen der freiwilligen Teilnahme am KISS-Qualitätsprogramm für die Intensivmedizin sowie die Neonatologie übermittelt. Weitere externe QS-Verfahren werden im Traumaregister der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sowie im Reanimationsregister der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGA) erhoben.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Die Ergebnisse externer Qualitätssicherungsverfahren (QS) werden über die Stabsstelle Qualitätsmanagement mindestens einmal pro Quartal im Online-Bereich der Bay. Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung (BAQ) abgerufen, formal und inhaltlich überprüft und den jeweiligen Abteilungsleitungen sowie dem QS-Beauftragten Arzt übersandt. Auffällige Werte werden markiert und zunächst im Gespräch mit den genannten Verantwortlichen gemeinsam bewertet. Innerhalb der Fachabteilungen werden die Ergebnisse, Vergleiche und Bewertungen aus der externen Qualitätssicherung mit allen unmittelbar am Behandlungsprozess beteiligten Mitarbeitern anhand der Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahme im Rahmen eines jährlich durchzuführenden Qualitätszirkels kritisch analysiert und ggf. notwendige Konsequenzen festgelegt. Die Qualitätsergebnisse der externen QS werden für alle Mitarbeiter einsehbar im Intranet dargestellt. Die externe Datendarstellung erfolgt im Sinne einer transparenten Qualitätsdarstellung deutlich umfangreicher als verpflichtend von der BQS vorgegeben.