



## **KTQ-QUALITÄTSBERICHT**

zum KTQ-Katalog 2015 für Krankenhäuser

**Krankenhaus:** Klinikum Fürth  
**Institutionskennzeichen:** 260950077  
**Anschrift:** Jakob-Henle-Straße 1  
90766 Fürth

**Ist zertifiziert nach KTQ®  
mit der Zertifikatnummer:** 2016-0034 KH  
**durch die von der KTQ-GmbH  
zugelassene Zertifizierungsstelle:** KTQ-GmbH, Berlin

**Gültig vom:** 27.07.2016  
**bis:** 26.07.2019  
**Zertifiziert seit:** 04.09.2007

## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b>	<b>5</b>
<b>Die KTQ-Kriterien</b>	<b>7</b>
1 Patientenorientierung	8
2 Mitarbeiterorientierung	12
3 Sicherheit - Risikomanagement	14
4 Informations- und Kommunikationswesen	18
5 Unternehmensführung	20
6 Qualitätsmanagement	23

## Vorwort der KTQ®

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

Gesellschafter der KTQ® sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene<sup>1</sup>, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) 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,
- die 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 Krankenhausexperten besetztes Visitorenteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

---

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

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

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 55 Kriterien des KTQ-Kataloges 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 **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](http://www.ktq.de) abrufbar.

**Dr. med. G. Jonitz**

Für die Bundesärztekammer

**S. Wöhrmann**

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

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

Für die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

**A. Westerfellhaus**

Für den Deutschen Pflegerat

## Vorwort der Einrichtung

Sie sollen sich bei uns gut aufgehoben fühlen und können sich einer optimalen Betreuung sicher sein. Dafür sorgen täglich und rund um die Uhr rund 2.300 engagierte Mitarbeiter sowie modernste medizinische Technik. Mit unseren Fachabteilungen, zertifizierten Zentren und Spezialbereichen sind wir Ihr Ansprechpartner in Sachen Gesundheit im Großraum Fürth.

Das Klinikum Fürth ist ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung mit Notfallversorgung und Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Erlangen-Nürnberg. Als selbständiges Kommunalunternehmen führen wir 742 stationäre Betten. Jährlich werden gut 40.000 stationäre Patienten mit einer durchschnittlichen Verweildauer von etwa fünf Tagen behandelt. Zusätzlich werden jährlich weitere 58.000 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.

Konsequent haben wir als regionaler Marktführer für die stationäre Patientenversorgung den hohen Qualitätsstandard unserer medizinischen Fachbereiche weiter ausgebaut und die Behandlungsprozesse für die Patienten noch stärker optimiert. Zu nennen sind hier beispielsweise die Kardiologie in der Medizinischen Klinik 1, die Klinik für Urologie und Kinderurologie und die Geriatrie. Umfangreiche Umbau- und Umstrukturierungsprojekte gab es zum Beispiel auch in der Zentralen Notaufnahme, in der Zentralsterilisation und bei der Bettenorganisation.

Bei der kontinuierlichen Qualitäts- und Standardverbesserung in Medizin, Pflege und Service haben wir starke Partner an unserer Seite. So zum Beispiel die Fördervereine, Stiftungen, den Hospizverein und die Patientendienste, die uns mit Spenden beziehungsweise Dienstleistungen tatkräftig unterstützen. Stärker im Verbund, das ist auch der Kerngedanke der Klinik-Kompetenz-Bayern eG (KKB). Wir sind ein Gründungsmitglied dieser Kooperationsgemeinschaft von mehr als 60 kommunalen Krankenhäusern im süddeutschen Raum. Durch regelmäßigen Erfahrungsaustausch und Synergieprojekte wollen wir gemeinsam die flächendeckende und hochwertige Klinikversorgung in Bayern langfristig sichern und qualitativ weiter optimieren.

Erfolgreiche Partnerschaften basieren auf Vertrauen, einem wertschätzenden Miteinander und auf klaren identischen Zielen – einem gemeinsamen Bild von der Zukunft des Klinikum Fürth. Wir haben dieses Bild konkretisiert und in sieben Leitlinien verankert, die wir in diesem Geschäftsbericht näher vorstellen.

Eine Vision wird erst durch Menschen lebendig, die sie im täglichen Leben, im Miteinander, in der strategischen Planung und in konkreten Projekten immer wieder zum Ausdruck bringen. Als Handlungsleitlinie wurden gemeinsam mit den Patienten zehn Leitsätze erarbeitet, die das tägliche Miteinander mit den Patienten aber auch untereinander regeln. Wir sind stolz darauf, diese Menschen, unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, zu haben.

Peter Krappmann  
Vorstand

# Die KTQ-Kriterien

## **1 Patientenorientierung**

### **1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung**

Die Therapieplanung erfolgt in allen Fachbereichen diagnosebezogen auf Grundlage medizinischer Richtlinien und Leitlinien. Entsprechende Vorgaben sind zum größten Teil im elektronischen QM- und Wissensportal hinterlegt. Zusätzlich existieren interprofessionell evidenzbasierende Standards sowie stationsindividuelle Standards bzw. Stationshandbücher. Es existiert ein Standard für die postoperative Schmerztherapie für alle operativen Fächer am Klinikum. Dieser wird durch den am Klinikum tätigen Schmerztherapeuten festgelegt und im Bedarfsfall individuell angepasst. Verantwortlich ist der behandelnde Arzt der Fachabteilung, der im Bedarfsfall im Rahmen eines Schmerzkonsils den Schmerztherapeuten hinzuzieht. Medikamentöse Therapien sind außerdem im Bereich der Zytostatikatherapie standardisiert, für spezielle Fragen steht ein Krankenhausapotheker zur Verfügung.

### **1.1.2 Leitlinien und Standards**

Evidenzbasierte medizinische Richtlinien und Leitlinien werden als Grundlage der individuellen Therapieplanungen eingesetzt. Die Umsetzung erfolgt grundsätzlich im Sinne einer höchstmöglichen Patientenorientierung. Innerhalb der zertifizierten Organzentren erfolgt eine stringente Umsetzung der S-3 Leitlinien. Leitlinien und Pflegestandards mit pflegerischen, ärztlichen bzw. übergreifenden Schnittstellen werden fachübergreifend abgestimmt und im elektronischen QM Wissensportal zentral eingestellt und sind regelmäßig Inhalt klinikinterner Fortbildungsveranstaltungen.

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

Die Wahrung von Patientenrechten ist in der Vision und in den Leitsätzen 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. Die Wahrung der Patientenrechte wird auch bei notwendigen Zwangsmaßnahmen auf Basis der rechtlichen Grundlagen gewährleistet. Regelmäßige Fortbildungen stellen einen aktuellen Kenntnisstand sicher.

### **1.1.4 Ernährung und Service**

Die Patientenzimmer sind mit einem Telefon, TV, elektrisch verstellbaren Betten und einer Rufanlage ausgestattet. In den Wahlleistungsbereichen stehen komfortable Zimmer mit 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 werden berücksichtigt, z.B. vegetarische Kost, muslimische Kost. Auf einigen Stationen wird das Frühstück in Buffetform angeboten. Ehrenamtliche Mitarbeiter der „Lila Dienste“ unterstützen Patienten und Angehörige während des Aufenthalts.

### **1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung**

Für Notfallpatienten steht die Zentrale Notaufnahme 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 Maßnahmen von Beginn an mit einbezogen. Bei dringlichem Informationsbedarf werden niedergelassene Ärzte oder zuweisende Einrichtungen telefonisch kontaktiert.

### **1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung**

Neben der Notfallversorgung finden in den 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. In einzelnen Kliniken sind Spezialambulanzen mit KV-Zulassung etabliert. Sprechstunden für Wahlleistungspatienten werden von allen Chefarzten angeboten.

### **1.3.2 Ambulante Operationen**

Bestimmte operative Eingriffe werden auch als ambulante Operationen angeboten. Im Vorfeld findet 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 Flyer zur Verfügung. Nach jeder ambulanten Operation erfolgt vor der Entlassung eine klinische Abschlussuntersuchung durch den Operateur. Der Patient erhält zur Entlassung einen Arztbrief und eine Rücküberweisung sowie die notwendige Akutmedikation ausgehändigt.

### **1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung**

Unsere Qualitätsziele im Rahmen der Planungen zur stationären Diagnostik und Behandlungsplanung betreffen in allererster Linie die Sicherheit und die Zufriedenheit unserer Patienten. Hierfür sind Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten klar festgelegt und beinhalten die individuelle Betreuung von Anfang an unmittelbar auf der für die Auf-

nahme vorgesehenen Station. Die Information der Patienten und Ihrer Angehörigen findet nach Möglichkeit bzw. wenn es vom Patienten nicht gegenteilig gewünscht ist, im Rahmen des stationären Aufnahmeprozesses statt. Analog wird bei ärztlichen Aufklärungsgesprächen verfahren.

#### **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-) Ärzte bzw. der Fachgesellschaften. Detaillierte Behandlungspfade stehen für spezifische Krankheitsbilder zur Verfügung.

#### **1.4.3 Operative Prozesse**

Sämtliche Vorgaben zur Regelung der Organisationsabläufe, der Prozessverantwortlichkeiten und der Kapazitätsplanung sind unter Berücksichtigung entsprechender Vorhaltungen für Notfalloperationen präzise aufeinander abgestimmt und wurden in einem umfangreichen Restrukturierungsprojekt optimal auf die Bedürfnisse unsere Patienten zugeschnitten. Die Aufklärung des 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 zusätzlich erhöht.

#### **1.4.4 Visite**

Auf den bettenführenden Stationen finden täglich (inkl. Wochenenden und Feiertage) 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 in der Regel wöchentlich durchgeführt. Im Intensivbereich werden 1-2mal täglich Chef- und Oberarztvisiten durchgeführt. Die Visite findet im Dialog mit dem Patienten statt.

#### **1.5.1 Entlassungsprozess**

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. Verschiedene Stellen des Klinikums (Fallbegleiter, Sozialdienst, Pflegeüberleitung) wer-

den 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.

### **1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung**

Die Begleitung Sterbender sowie deren Angehöriger haben einen hohen Stellenwert. Sterbende Patienten werden deshalb grundsätzlich nur durch Fachpersonal betreut. Verschiedene Einrichtungen wie z.B. das Palliativteam, 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 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, der Zentralen Notaufnahme, der Intensivstation sowie im Pathologischen Institut zur Verfügung. Für Angehörige wird halbjährlich eine Gedenkandacht für Trauernde angeboten, zu der Angehörige von im Klinikum verstorbenen Patienten eingeladen werden.

## **2 Mitarbeiterorientierung**

### **2.1.1 Personalbedarf**

Als Planungsgrundlage werden die Berechnungsverfahren und Anhaltszahlen der allgemeinen Fachgesellschaften und kommunalen Prüfungsverbänden herangezogen. Darüber hinaus wird 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 Maßnahmen frühzeitig eingebunden.

### **2.1.2 Personalentwicklung**

Die Festlegung der Qualifikationsanforderungen erfolgt in Stellen- bzw. Aufgabenbeschreibungen. Die bekannten und erworbenen Qualifikationen werden in einem EDV-Tool erfasst. Im Rahmen von jährlich stattfindenden Leistungsbeurteilungsgesprächen werden individuelle Zielvereinbarungen 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.

### **2.1.3 Einarbeitung**

Es stehen im Rahmen vorhandener Einarbeitungskonzepte speziell geschulte Mitarbeiter innerhalb einzelner Berufsgruppen 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.

### **2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung**

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 Stu-

diums bzw. die Erlangung der allgemeinen Fachhochschulreife. Die Vernetzung von Theorie und Praxis und die Vorbereitung der Auszubildenden auf ihre praktische Tätigkeit erfolgt durch pädagogisch qualifizierte Fachkräfte. Der Lernerfolg wird strukturiert evaluiert. Weitere Ausbildungsmöglichkeiten werden angeboten in kaufmännischen, technischen und medizinisch-administrativen Berufen.

Die Fort- und Weiterbildungen orientieren sich, soweit notwendig, an den Vorgaben der jeweiligen Fachgesellschaften, der Deutschen Krankenhaus Gesellschaft, an der strategischen Ausrichtung des Klinikums und an entsprechend gesetzlichen Vorgaben. In einzelnen Kliniken existieren zusätzlich Fortbildungspläne. 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.

### **2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance**

Es bestehen berufsgruppen- und abteilungsspezifisch feste Dienstzeiten und Gleitzeitregelungen. Ein Großteil der Arbeitszeiten wird EDV-technisch über ein Dienstplanprogramm erfasst und gepflegt. Für jeden Beschäftigten wird ein Zeitausgleichskonto geführt, die Vorgaben 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.

### **2.1.6 Ideenmanagement**

Ein betriebliches Vorschlagswesen zur Einbindung von Ideen- oder Verbesserungsmaßnahmen in strukturierter Form liegt vor. Ein interdisziplinär geplanter Ausschuss regelt mit einfacher Stimmenmehrheit die Annahme oder Ablehnung von Vorschlägen. Ein Vertreter der Klinikumsleitung ist Mitglied im Ausschuss. Die Klinikumsleitung hat ein Vetorecht bzgl. der Annahme eines Vorschlages. Beschwerden werden gesondert außerhalb des Vorschlagswesens behandelt. Hierzu existiert ein eigener strukturierter Ablauf.

## **3 Sicherheit - Risikomanagement**

### **3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements**

Am Klinikum Fürth ist ein umfassendes Risikomanagement zur Gewährleistung der optimalen Sicherheit für unsere Patienten eingeführt. Fehler können überall passieren. Entscheidend ist, wie man damit umgeht. Die Bereitschaft, über eigene Fehler zu sprechen, ist die Grundvoraussetzung für deren zukünftige Vermeidung. Im Klinikum Fürth haben wir durch die Einführung eines Risikomanagements dafür die Basis geschaffen. Das Klinikum Fürth ist Gründungsmitglied des „Aktionsbündnis Patientensicherheit“ und setzt sich seit jeher aktiv für die Verbesserung der Patientensicherheit und die Umsetzung von Fehlervermeidungssystemen ein.

### **3.1.2 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.

### **3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement**

Im gesamten Klinikum findet ein Konzept zum medizinischen Notfallmanagement Anwendung. Im Notfall wird das Notfallteam über eine einheitliche Nummer 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.

### **3.1.4 Organisation der Hygiene**

Hygieneverantwortlicher ist der Medizinische Direktor der operativen Fachabteilungen. Ihm ist die Hygieneabteilung 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.

### **3.1.5 Hygienerelevante Daten, Infektionsmanagement**

Hygienerelevante 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 behandelnden Ärzte, 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.

### **3.1.6 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 sogenannten Beinahe-Zwischenfällen bei der Anwendung von Arzneimitteln genutzt.

### **3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin**

Der Umgang mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten berücksichtigt sämtliche gesetzlichen Regelungen sowie die Querschnittleitlinien 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.

### **3.1.8 Medizinprodukte**

Der Umgang und die Geräteeinweisung im Zusammenhang mit nichttechnischen und technischen (aktiven) Medizinprodukten sind 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.

### **3.2.1 Arbeitsschutz**

Innerhalb des Klinikums existieren klare Strukturen hinsichtlich der 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.

### **3.2.2 Brandschutz**

Zur Organisation des Brandschutzes ist ein Brandschutzbeauftragter bestellt. Geeignete 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. Mit der Berufsfeuerwehr werden gemeinsame Übungen abgehalten.

### **3.2.3 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 Datenschutzbildungen verantwortlich und steht den Mitarbeitern bei allen Fragen als Ansprechpartner zur Verfügung. Der Zugangsschutz des Datenverkehrs von Extern und Intern ist über ein Sicherheitskonzept gewährleistet.

### **3.2.4 Umweltschutz**

Die Umweltpolitik leitet sich aus der Vision ab. Ziel ist es, den Verbrauch an natürlichen Ressourcen zu verringern, indem die Mitarbeiter für den Umweltschutz aktiviert werden. Bei Um- und Neubauten werden ökologische Gesichtspunkte von Anfang an berücksichtigt. Umweltgefährdende Stoffe werden so weit wie möglich durch weniger belastende Substanzen ersetzt bzw. im Mengenverbrauch reduziert. Technische Innovationen werden regelhaft zur besseren Wärmenutzung umgesetzt. Dachflächen werden in großem Maße für Solarflächen genutzt. Unter energetischen Aspekten ist eine neue Dampfkesselanlage in Betrieb. Ökologische Aspekte werden im Einkauf regelhaft berücksichtigt.



### **3.2.5 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.

### **3.2.6 Ausfall von Systemen**

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.

## **4 Informations- und Kommunikationswesen**

### **4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme**

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 Klinische Dokumentation**

Die Verantwortlichkeiten zum Umgang und zur Archivierung von Patientendaten sind sowohl innerhalb der Berufsgruppen als auch für die beteiligten Mitarbeiter klar festgelegt 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. Der Datenschutzbeauftragte ist in die Abläufe und Planungen eingebunden.

### **4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung**

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 Archiv-Systems ist auch nach Entlassung des Patienten ein Datenzugriff, z.B. bei Notfallpatienten jederzeit gewährleistet.

### **4.3.1 Information der Unternehmensleitung**

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 Vorkommnissen an die Klinikumsleitung.

### **4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang**

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 Mitarbeiterportal für alle zugänglich veröffentlicht. Die patientenbezogene Informationsplattform ist nahezu vollständig in hausweit bestehenden digitalem Kommunikations- und Informationssystem abgebildet – incl. der bildgebenden Verfahren. Informationsbroschüren und Flyer, eine Mitarbeiterzeitschrift, eine umfassende Homepage und ein Intranet runden das Angebot ab.

## **5 Unternehmensführung**

### **5.1.1 Philosophie/Leitbild**

Vision, Mission und Leitsätze werden am Klinikum Fürth als wichtiges Instrument zur Darstellung und Gestaltung der Unternehmenspolitik verstanden, das auf der einen Seite über die Mission in der Außenwirkung Patienten und externe Partner, auf der anderen Seite nach innen über die Leitsätze den Mitarbeitern eine feste Orientierung vorgibt und richtungsweisend die strategischen Planungen für die absehbare Zukunft vorzeichnet.

### **5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen**

Eine hohe Mitarbeiterorientierung sowie die Benennung klarer Führungsgrundsätze sind fester Bestandteil der Philosophie am Klinikum Fürth. Die Führungsgrundsätze einer individuellen Mitarbeiterförderung durch verschiedene Maßnahmen sind in den Leitsätzen 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, kulturelle und religiöse Verantwortung**

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

### **5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement**

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.

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

Am Klinikum liegt eine strukturierte und an den Leitsätzen 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 Personalgespräche die festgelegten Ziele in konkreten und individuellen Zielvereinbarungen festgelegt. Unterstützt werden die strategischen und operativen Zielplanungen durch regelhafte stattfindende Kundenbefragungen und durch die Ermittlung von Marktanalysen im Großraum auf der Fachbereichsebene.

### **5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement**

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-Strategie“, 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.

### **5.2.3 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 zählen auch die Unterstützung caritativer Organisationen wie z.B. der Tafel Fürth e.V. und die 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 sichergestellt werden. Zusätzlich besteht für Mitarbeiter ein umfangreiches Angebot zur Gesundheitsprävention.

### **5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien**

Die Organisationsstruktur ist in 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 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.

## **6 Qualitätsmanagement**

### **6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements**

Die Verantwortung für die Umsetzung und Weiterentwicklung des bestehenden 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, das sich aus der Klinikumsleitung, dem QM Kernteam, der Personalratsvorsitzenden und der Zentrenkoordinatorin zusammensetzt. 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, die sich mindestens einmal im Quartal zur Besprechung treffen.

### **6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung**

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**

Ergebnisse von Patientenbefragungen sind eine wichtige Informationsquelle für das Qualitätsmanagement am Klinikum Fürth. Die Patientenperspektive als wertvoller Indikator für die umfassende und detaillierte Analyse der Versorgungsqualität wird anhand einer kontinuierlichen Patientenbefragung aller stationär behandelten Patienten mit einem validierten Fragebogen ermittelt. Auswertungen erfolgen monatlich durch die Stabsstelle Qualitätsmanagement für sämtliche Stationen des Klinikums. Besonders wertvoll für die Bewertung der Patientenzufriedenheit ist die vergleichende Darstellung der Ergebnisse innerhalb der teilnehmenden Kliniken des KKB-Benchmarkverbundes.

### **6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen**

Schriftliche Befragungen einweisender Ärzte werden im Rahmen des umfassenden Befragungskonzepts des Klinikums regelmäßig durchgeführt. Der eingesetzte Fragebogen

bietet die Möglichkeit eines Benchmarks zu anderen Kliniken vergleichbarer Größe und Position in Deutschland, aber auch im Verbund mit der Klinik-Kompetenz-Bayern-Genossenschaft.

### **6.2.3 Mitarbeiterbefragung**

Die Durchführung standardisierter und strukturierter Mitarbeiterbefragungen findet im Rahmen des hausinternen Befragungskonzepts statt. Das Befragungskonzept sieht eine schriftliche Befragung vor. Die Befragung wird stets in Zusammenarbeit mit einem externen Forschungs- und Beratungsunternehmen durchgeführt. Die Ergebnisse der Befragung werden stets vollständig in einer Personalversammlung vorgestellt und anschließend vollständig für alle Mitarbeiter im Mitarbeiterportal veröffentlicht.

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

Der Umgang mit Wünschen und Beschwerden findet am Klinikum über ein strukturiertes Beschwerdemanagement statt. Ein „Lob- und Kritik-Formular“ steht auf der Homepage zur Verfügung. Am Klinikum gibt es ehrenamtliche Patientenfürsprecherinnen. Die Patientenfürsprecherinnen haben einen Informationsflyer für Patienten und Angehörige, über diesen kann mittels einer abtrennbaren Postkarte auch direkt Kontakt aufgenommen werden. 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 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren**

Alle Kliniken nehmen umfassend sowohl an den gesetzlich vorgeschriebenen als auch freiwilligen externen und internen Qualitätssicherungsmaßnahmen teil. Das Klinikum Fürth nimmt am 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 (DGAI) erhoben.