



**KLINIKUM ST. MARIEN
AMBERG**



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Klinikum St. Marien
Institutionskennzeichen:	260930016
Anschrift:	Mariahilfbergweg 7 92224 Amberg
Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer:	2018-0070 KH
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	SAMA Cert GmbH, Stuttgart
Gültig vom:	13.11.2018
 bis:	12.11.2021
Zertifiziert seit:	26.11.2003

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	6
1. Patientenorientierung	7
2. Mitarbeiterorientierung	11
3. Sicherheit - Risikomanagement	12
4. Informations- und Kommunikationswesen	16
5. Unternehmensführung	17
6. Qualitätsmanagement	19

Vorwort der KTQ[®]

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

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

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

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

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

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

der Einrichtung beziehen.

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

Während der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren[®] gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener

Bereiche der Einrichtung überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

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

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

Wir freuen uns, dass das **Klinikum St. Marien** 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. B. Metzinger, MPH
Für die Deutsche Krankenhausgesellschaft

Dr. med. G. Jonitz
Für die Bundesärztekammer

F. Wagner
Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung

Das Klinikum St. Marien - Anstalt des öffentlichen Rechts der Stadt Amberg - wird als Kommunalunternehmen geführt und ist ein Schwerpunktkrankenhaus der Versorgungsstufe II. Es verfügt über 578 Betten in 16 Fachabteilungen. Pro Jahr werden ca. 28.000 stationäre und 43.000 ambulante Patienten behandelt.

Als akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Regensburg und der Universität Erlangen-Nürnberg beteiligt sich das Klinikum an der Ausbildung von Medizinstudenten. An der angegliederten Berufsfachschule für Krankenpflege werden Pflegekräfte ausgebildet. Mit rund 1800 Mitarbeitern gehört es zu den größten Arbeitgebern der Region. Wir sehen unseren Auftrag darin, der Bevölkerung in der Region Amberg eine wohnortnahe umfassende medizinische Versorgung auf hohem Niveau, verbunden mit kompetenter Pflege sowie den bestmöglichen Service zu bieten. Wir übernehmen einen großen Teil des Versorgungsauftrages zur stationären Akutbehandlung im Landkreis. Dabei fühlen wir uns durch beständige Behandlungszahlen auch aus den benachbarten Regionen in unserem Bemühen um eine hervorragende Gesamtqualität bestätigt.

Wir folgen dem übergeordneten Ziel der maximalen Qualität, die Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit von Gesundheitsmaßnahmen selbstverständlich einschließt. Das Klinikum ist nach KTQ zertifiziert und hat damit die offizielle Bestätigung der erfolgreichen Anwendung eines umfassenden Qualitätsmanagementsystems, dass die kontinuierliche Verbesserung aller Prozesse in den Mittelpunkt stellt.

Das Klinikum sieht sich mit seiner Leistungsfähigkeit als Partner im Gesundheitsnetzwerk.

Dabei geht es uns um die ganzheitliche Wahrnehmung der Patienten, die wir in unserem Leitbild formuliert haben und in unserer Marke M3

- Medizin
- Menschlichkeit
- Miteinander

zum Ausdruck bringen.



Die KTQ-Kategorien

1. Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

In unmittelbarer Nähe des Klinikums stehen mehrere Parkmöglichkeiten (zum Teil kostenlos), die von Patienten und Besuchern genutzt werden können, zur Verfügung. Das KSM ist durch die Nähe zur Innenstadt, zum Bahnhof und zur Bushaltestelle mit öffentlichen Verkehrsmitteln, gut erreichbar. Eine Kurzparkzone steht (z.B. für Rollstuhlfahrer) direkt vor dem Haupteingang zu Verfügung. Ein eingerichtetes Wegeleitsystem unterstützt die Orientierung der Patienten und Besucher. Unsere Mitarbeiter an der Information stehen rund um die Uhr für Fragen und Auskünfte gerne zur Verfügung. Bei geplanten Klinikaufenthalten wird die Terminabstimmung für den Aufenthalt direkt von den einzelnen Fachabteilungen mit den niedergelassenen Ärzten und den Patienten durchgeführt, teilweise bereits über das zentrale Belegungsmanagement. Im Rahmen der vorstationären Versorgung erfolgen vorbereitende Untersuchungen und Aufklärungsgespräche.

1.1.2 Leitlinien und Standards

Zur Erreichung eines bestmöglichen Behandlungsergebnisses greift das Klinikum umfassend auf medizinische Leitlinien (Transfusionsmedizin, Schmerztherapie, Herzinfarkt- und Schlaganfallbehandlung, Onkologisches Zentrum, Traumazentrum, Perinatalzentrum Level I, Endoprothetikzentrum und Alterstraumazentrum), Pflegestandards und Verfahrensanweisungen (z. B. Hygiene, Labor, Brand-, Arbeits- und Katastrophenschutz) zurück. Die Leitlinien wurden berufsgruppenübergreifend erarbeitet und liegen in schriftlicher und digitalisierter Form vor. Leitlinien und Standards werden regelmäßig aktualisiert und sind den Mitarbeitern bekannt. Diese sind über das Intranet und das Dokumentenlenkungssystem zugänglich. Im Rahmen der Zentrumsbildung werden Behandlungspfade eingesetzt. Der Facharztstandard ist in allen Abteilungen rund um die Uhr gewährleistet.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Die Patienten und deren Angehörigen werden in die Behandlungs-, Therapie- und Pflegemaßnahmen einbezogen und über medizinische Indikationen und eventuelle Risiken aufgeklärt. Dazu finden ausführliche Patientengespräche statt. Eigene Entscheidungen des Patienten z. B. auf Basis einer Patientenverfügung werden respektiert. Kopien der Einverständniserklärungen werden grundsätzlich mitgegeben. Dem Patientenrechtegesetz wird Rechnung getragen. Der Rahmenvertrag "Entlassungsmanagement" findet Anwendung.

Grundsätzlich ist es auch Angehörigen immer möglich, Gesprächstermine mit dem behandelnden Arzt zu vereinbaren. Um das Verständnis bei Patienten mit Migrationshintergrund sicherzustellen, stehen die notwendigen Aufklärungsformulare, Infoblätter und Broschüren auch in Fremdsprachen zur Verfügung. Dies bildet die Grundlage für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Patient, Angehörigen und dem therapeutischen Team während des gesamten Aufenthaltes.

1.1.4 Ernährung und Service

Es wird eine Auswahlmöglichkeit von bis zu vier Mittagsmenüs (Vollkost, leichte Vollkost, vegetarisch; Gluten-, Laktose- und Sojafrei/vegan), drei Abendmenüs und ein spezielles Wahlleistungsmenü angeboten. Diät- und Ernährungsberatungen erfolgen durch spezielle Diätassistentinnen. Spezielle Speisenangebote werden für die Kinder- und Geburtshilfestation sowie für onkologische Patienten vorgehalten. Die tägliche EDV-gestützte Essenswunscherfassung erfolgt durch unsere Verpflegungsassistentinnen. Die Zimmer sind ausgestattet mit TV, Radio, Telefon, Internetzugang, elektrischen Betten, Essplatz, Schränke teilweise mit Tresor. Der überwiegende Teil der Zimmer sind Zweibettzimmer; es stehen auch Angehörigenzimmer zur Verfügung. Die Zimmer sind hell, freundlich gestaltet und behindertengerecht. Sie sind den Bedürfnissen der Patienten angepasst. Darüber hinaus stehen vielfältige Räumlichkeiten und Serviceangebote zur Verfügung.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die Zentrale Notfallaufnahme (ZNA) ist 24 Stunden mit Ärzten und Pflegekräften besetzt. Eine enge Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst ist gegeben. In der Zentralen Notaufnahme wird bereits bei der Aufnahme eine Einstufung des Patienten vorgenommen und die erforderlichen diagnostischen Maßnahmen in die Wege geleitet. Der Aufnahmeprozess ist nach Fachgebiet standardisiert. Die Übernahme des Patienten durch die Zentralen Notaufnahme ist standardisiert, z. B. Polytrauma, fester Ansprechpartner zur Übergabe in der Pflege (erkennbar durch blaues Band). Die Röntgendiagnostik kann in den unmittelbar angrenzenden Räumen durchgeführt werden.

1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung

Die Aufnahmebereitschaft und der Ablauf der ambulanten Notfallversorgung ist in / und außerhalb der Kernzeit systematisch organisiert. Vorbefunde werden genutzt, die Dokumentation erfolgt auf Basis der Richtlinie zur Dokumentation. Die Informationsweiterleitung der Notfallpatienten an niedergelassene Ärzte erfolgt mittels standardisierter Arztbriefe, die individuell gestaltet werden können. Zeitnah kann auf die Vorbefunde im digitalen Archiv / KIS zurückgegriffen werden.

Die Abläufe in den Fachambulanzen, im ambulanten OP, in Zentren und den Diagnostikbereichen sind standardisiert. Die Angebote der Fachambulanzen sind im Internet abrufbar.

1.3.2 Ambulante Operationen

Ambulante Operationen werden klinikintern über die Ambulanzen in Abstimmung mit der Anästhesie sowie mit Nachbetreuung im Aufwachraum durchgeführt. Ambulante Sprechstunden werden in den einzelnen Fachabteilungen abgehalten. Eine Weiterbehandlung nach dem Klinikaufenthalt ist über die Fachambulanzen und die Zentrale Notaufnahme sichergestellt. Sie erfolgt in Abstimmung mit dem zuweisenden Arzt.

1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung

Die schriftlichen Formalitäten zur stationären Aufnahme werden in der Patientenaufnahme geregelt. Die ärztliche und pflegerische Aufnahme der einbestellten Patienten erfolgt teilweise in der Zentralen Notaufnahme sowie auf den jeweils im Vorfeld zugeteilten Stationen. Notfallpatienten werden in der Notfall-

aufnahme erstversorgt und danach in dem jeweiligen Fachbereich weiterbehandelt. Die Patienten werden auf der Station durch eine Pflegekraft begrüßt, über den Aufnahmeprozess aufgeklärt und über den weiteren Stationsablauf (auch TV, Telefon, Visiten) informiert.

Die Koordination diagnostischer Maßnahmen während des stationären Aufenthaltes erfolgt durch den Pflegedienst in Abstimmung mit den Funktionseinheiten. Die Abläufe zwischen den Untersuchungsstellen und den Stationen sind aufeinander abgestimmt. Bei planbaren operativen Eingriffen erfolgt die Diagnostik im Rahmen der vorstationären Behandlung. Sie ist für den Aufnahmetag bereits vorgeplant. Dringliche Untersuchungen werden nach telefonischer oder persönlicher Abstimmung vorgezogen. Die Patientenbegleitung erfolgt durch den Patiententransportdienst, bei spezifischen Anforderungen (z.B. OP) durch examinierte Pflegekräfte.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die Therapie des Patienten wird im Rahmen einer gemeinsamen, täglichen Visite festgelegt. Behandlungsplan und Pflegeplan werden mit dem Patienten besprochen, eine umfassende Aufklärung vorgenommen und gemeinsam die erforderliche Therapie festgelegt. Angehörige werden auf Wunsch des Patienten über Diagnose und Behandlung informiert und einbezogen. Beim Aufnahmegespräch werden vom behandelnden Arzt erste konkrete Schritte des Behandlungsprozesses festgelegt und gemeinsam mit dem Pflegepersonal veranlasst. Fallbegleiter und Medizinisches Assistenzpersonal unterstützen die Patientenversorgung auf Station. Der Behandlungsplan wird schriftlich dokumentiert, bei den Visiten überärztlich überprüft, mit dem Patienten besprochen und gegebenenfalls individuell angepasst. Weitere Berufsgruppen (Physiotherapeuten, Logopäden, Sozialdienst, Überleitungspflege) werden in die Behandlung einbezogen.

1.4.3 Operative Prozesse

Mit der Terminvergabe der planbaren Operationen werden die Operationskapazitäten langfristig festgelegt. Ein wurde durch die Klinikleitung berufen. Am Nachmittag wird zwischen dem OP-Manager und -Koordinator und den operativen Fächern das Operationsprogramm für den Folgetag endgültig festgelegt. Notfalloperationen werden mit eingeplant. Kommt es dadurch zu Verschiebungen, werden diese Eingriffe am Folgetag zuerst durchgeführt. Die Operationsbereitschaft ist rund um die Uhr durch Bereitschaftsdienste der operativen Fächer, der Anästhesie und des Funktionspersonals gewährleistet.

1.4.4 Visite

Die Visite nimmt eine zentrale Rolle in der Behandlung ein. Die Visiten sind als fester Bestandteil in den Tagesabläufen festgelegt und werden in der Regel gemeinsam von Stationsärzten und Pflegekräften durchgeführt. Mindestens einmal pro Woche finden Visiten von Chef- und Oberärzten statt, bei Bedarf auch unter Teilnahme anderer Berufsgruppen. Ergebnisse, Befunde und Anordnungen werden unmittelbar, gemäß der gültigen Richtlinie dokumentiert. Interdisziplinäre Visiten der operativen Fächer finden zweimal täglich, auf der medizinischen Intensivstation dreimal täglich, statt. Die Visiten erfolgen in Abwesenheit von Besuchern und Angehörigen unter Wahrung der Intimsphäre.

1.5.1 Entlassungsprozess

Die Vorbereitung zur Entlassung der Patienten wird in Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegedienst gemeinsam mit dem Sozialteam unter Einbindung der weiterführenden Versorgungsbereiche organisiert. Der Rahmenvertrag "Entlassungsmanagement" mit den Teilbereichen Aufnahme, Assessment, Versorgungs-, Entlassplanung und Entlassung wird umgesetzt. Während der Behandlung in unserem Klinikum werden die notwendigen Informationen für die nachstationäre Versorgung gesammelt und die Dokumentation auf ihre Vollständigkeit hin überprüft. Um eine kontinuierliche Weiterbetreuung sicherzustellen, erhalten die Patienten am Entlassungstag einen elektronischen Kurzarztbrief oder auch den endgültigen Arztbrief für ihren Hausarzt. Weiterbetreuende Einrichtungen, z. B. ambulante Pflegedienste, werden frühzeitig über eine Entlassung informiert und können auf relevante Informationen durch den Pflegeüberleitungsbericht zugreifen.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung

Sterbende Menschen und ihre Angehörigen werden von den Mitarbeitern in würdiger Weise betreut und begleitet. Zur Betreuung von Sterbenden stehen die Seelsorger kontinuierlich zur Verfügung (z. B. Rufbereitschaft). Sterbende werden überwiegend in Einzelzimmer verlegt und ein entsprechender würdiger Rahmen wird geschaffen. Seelsorger und Mitarbeiter des Hospizvereines stehen unterstützend zur Seite. Palliative Patienten werden von zusätzlich qualifizierten Pflegekräften und Ärzten auf der wohnlich gestalteten Palliativstation versorgt. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Berufsgruppen, die absolute Patientenorientierung und ein ganzheitlicher Ansatz sind dabei unsere wichtigsten Schwerpunkte. Patientenverfügungen werden bei den Patienten im klinischen Alltag berücksichtigt. Ein unabhängiges Ethikkomitee steht zur Klärung von kritischen Situationen beratend zur Verfügung.

Die PalliVita GmbH bietet spezialisierte ambulante palliative Versorgung (SAPV) für schwerstkranke Patienten mit begrenzter Lebenserwartung an. Damit kann den Patienten eine möglichst hohe Lebensqualität im häuslichen Umfeld ermöglicht werden, während diese und ihre Familien palliativmedizinisch begleitet werden. Kinder und Jugendliche mit einer unheilbaren Erkrankung und deren Familien werden durch das Team der SAPPV (spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung) unterstützt. Das Kinderpalliativteam übernimmt dabei beispielsweise die Koordination und Organisation der Versorgung des Kindes und bietet psychologische Begleitung an.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Die Versorgung eines Verstorbenen wird in hausinternen Pflegestandards geregelt. Nach einem Sterbefall wird den Hinterbliebenen auf der Station die Möglichkeit geboten sich würdevoll von dem Verstorbenen zu verabschieden. Vier Verabschiedungsräume, die pietätvoll eingerichtet sind, sind vorhanden. Die Räume sind ganztags in Begleitung zugänglich. Bei Tot- und Fehlgeburten unter 500 Gramm wird ebenfalls eine Bestattung in Zusammenarbeit mit dem Hospizverein ermöglicht. Beratungsmöglichkeiten werden im Falle von Fehl- oder Totgeburten den Betroffenen angeboten.

2. Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Personalbedarf

Es erfolgt jährlich eine Besprechung, in der der Personalbedarf entsprechend der Leistungszahlen und der Zielplanung festgelegt wird. Bei Bedarf wird der Personalstand entsprechend der Auslastung der Bereiche angepasst. Ziel ist es, die Arbeitsbelastung gerecht zu verteilen und gleichzeitig einen hohen Anteil an Fachärzten und examinierten Pflegekräften in der Versorgung der Patienten einzusetzen.

2.1.2 Personalentwicklung

Durch die Klinikleitung wird in Abstimmung mit den Chefärzten und Abteilungsleitern eine kontinuierliche Förderung der Mitarbeiter im Rahmen von Mitarbeitergesprächen unterstützt. Die Möglichkeit, sich aufgrund von Fähigkeiten und Neigungen zu qualifizieren, wird intern gefördert. Absprachen mit geeigneten Mitarbeitern werden im Vorfeld getroffen. Als Lehrkrankenhaus bilden wir Personal für zukünftige verantwortliche Aufgaben systematisch aus. Das Klinikum hat sich im Leitbild zu einem mitarbeiterorientierten, kooperativen Führungsstil verpflichtet. Bei der Einstellung von Führungskräften wird besonders auch auf die Sozialkompetenz geachtet. Zur operativen Umsetzung des Leitbildes wurde unter Mitwirkung der Mitarbeiter und der Führungskräfte die Marke Klinikum St. Marien mit den Markeninhalten Medizin. Menschlichkeit. Miteinander. entwickelt. Unsere Marke wird nachweislich gelebt.

2.1.3 Einarbeitung

Neue Mitarbeiter werden im zweimonatigen Rhythmus vom Leitungsgremium, dem Personalratsvorsitzenden und der Personalleiterin im Rahmen einer Vorstellungsrunde begrüßt. Hier werden Leitbild und Marke unseres Klinikums vorgestellt. Den Mitarbeitern wird für die Zeit der Einarbeitung in der Fachabteilung ein Ansprechpartner zugeordnet. Einarbeitungskonzepte liegen abteilungs- und berufsgruppenbezogen in den meisten Bereichen vor. Pflegeschüler werden zur Einarbeitung einem Praxisanleiter fest zugeteilt. Neu eingestellten Stationsleitungen wird ein Startbegleiter zur Seite gestellt. Zwischen- und Abschlussgespräche dienen dem Abgleich der Erwartungen von Vorgesetztem und dem neuen Mitarbeiter.

2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Das Klinikum ist Träger von zwei Krankenpflegeschulen (Erwachsene/ Kinder) mit bis zu 125 Ausbildungsplätzen, die direkt an das Klinikum angegliedert sind. Großer Wert wird während der Ausbildung auf die Vernetzung von Theorie und Praxis gelegt. Die praktische Ausbildung auf den Stationen erfolgt unter Mithilfe von Praxisanleitern. Neben den Pflegeberufen bildet das Klinikum medizinische Fachangestellte, Operationstechnische Assistenten, pharmazeutisch - kaufmännische Angestellte, Köche sowie Bürokaufleute aus. Ausbildungsbezogene Unterweisungen finden im wöchentlichen Turnus statt. Im Rahmen des Förderprogramms Klinikstudent werden Humanmedizin-Studenten durch das Klinikum unterstützt und die Basis für eine langfristige Zusammenarbeit geschaffen. Die Fort- und Weiterbildung wird im Klinikum intensiv gefördert und finanziell großzügig unterstützt. Vorrangig erfolgen Fortbildungen im Rahmen der Strukturförderung und der Weiterentwicklung der Mitarbeiter. Über die Koordinationsstelle "Weiterbildungsverbund Allgemeinmediziner Amberg" wird bei der Planung der Weiterbildung zum Allgemeinmediziner unterstützt. Besonders im ärztlichen Bereich und in der Pflege wird kontinuierlich fortgebildet. Die

einzelnen Kliniken, die Pflegedirektion und die Funktionsstellen stimmen ihren jährlichen Fortbildungsbedarf intern ab. Interne Fortbildungen werden kontinuierlich durchgeführt. Ein jährliches Fortbildungsbudget wird festgelegt und richtet sich nach der Jahresplanung sowie Fortbildungsschwerpunkten. Die bundesweiten Vorgaben zur Fortbildungspflicht von Fachärzten in Kliniken werden vollständig erfüllt.

2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance

Die Arbeitszeitregelungen sind an tarifrechtliche Regelungen gebunden und erfüllen die Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes. Zur Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit sind flexible Arbeitszeiten mit elektronischer Zeiterfassung, integriertem Dienstplanmanagement, mit automatisierter Lohn- und Gehaltsabrechnung und Jahresarbeitszeitkonten eingeführt. Arbeitszeitmodelle werden mit der Personalvertretung des Hauses sowie den jeweiligen Fachvorgesetzten, unter Berücksichtigung der Mitarbeiterinteressen, im Einvernehmen abgestimmt.

2.1.6 Ideenmanagement

Mitarbeiterbefragungen werden mit externer wissenschaftlicher Begleitung turnusmäßig durchgeführt, ausgewertet und in den Fachbereichen mit den Mitarbeitern besprochen. Auf der Basis der Befragungen werden Maßnahmen erarbeitet und in den Abteilungen umgesetzt. Wünsche, Anträge und Anregungen der Mitarbeiter werden in den interdisziplinären Besprechungen eingebracht und bei zukünftigen Planungen berücksichtigt. Durch eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Klinikleitung, Personalrat und Personalabteilung werden Probleme der Mitarbeiter einvernehmlich gelöst. Es besteht seit mehreren Jahren ein innerbetriebliches Vorschlagswesen, in dem Mitarbeiter ihre innovativen Ideen einbringen können. Die Vorschläge werden durch eine Kommission bewertet, prämiert und für alle Mitarbeiter auf der Homepage zur Verfügung gestellt.

3. Sicherheit - Risikomanagement

3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements

Im Klinikum ist ein klinisches Risikomanagement etabliert. Das klinische Risikomanagement basiert auf den Anforderungen des Aktionsbündnisses "Patientensicherheit". Die Vorgehensweise beruht auf einem Meldesystem für kritische (Beinahe-) Zwischenfälle (CIRS). Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen werden durchgeführt, um kritische Fälle gemeinsam zu beurteilen und daraus zu lernen.

3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung

Die Sicherheit im Klinikum wird durch technische Standards und durch Regelungen bei gefährdeten Patienten gewährleistet. Vor allem bei Kindern und Patienten mit Demenz sind weitreichende Anordnungen festgelegt. Die Sturzgefährdung der Patienten wird erfasst und geeignete Maßnahmen zur Vorbeugung ergriffen. Für Patienten, die einer Selbst- oder Fremdgefährdung ausgesetzt sind, gelten spezielle Regelungen. Besondere Bereiche (z.B. OP, Intensivstation) werden durch technische Maßnahmen Zutrittsgeschützt. Die Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit werden beachtet. Jeder stationäre Patient erhält ein Patientenidentifikationsarmband.

3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement

Die Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement bei Reanimationen, Schwerverletzten und Notfallkaiserschnitten sind schriftlich geregelt. Drei Reanimationsteams sind über separate Notrufnummern einsatzbereit und mit speziellem Instrumentarium ausgerüstet. Für Notfallentbindungen existiert ein automatisierter Notrufplan für die betroffenen Dienste. Dies gilt auch für die Alarmierung bei Schwerverletzten (Polytrauma), bei Herzinfarkten (Chest Pain Unit) oder bei Schlaganfällen (Stroke Unit). Für externe medizinische Notfälle bestehen ebenfalls Standards, die den betroffenen Stellen bekannt sind. Reanimations- und Fortbildungen werden als Pflichtfortbildungen durchgeführt. Notfallkoffer bzw. Notfallwagen sind auf den Stationen vorhanden.

3.1.4 Organisation der Hygiene

Die Organisation der Hygiene ist klinikweit in einer abgestimmten Hygienerichtlinie verbindlich geregelt. Die Verantwortlichkeiten sind festgelegt und werden durch den Hygieneverantwortlichen Arzt, den Hygienefachkräften, den Hygienebeauftragten Ärzten und den Kommissionsmitgliedern der Fachabteilungen, die über entsprechende Fachausbildungen verfügen, wahrgenommen. Hygienepläne existieren für die Stationen und Funktionsbereiche und werden regelmäßig aktualisiert. In den Hygieneplänen unseres Klinikums sind die Richtlinien und Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes eingearbeitet und dienen als Umsetzungsgrundlage für die Mitarbeiter. Kontinuierlich werden Fortbildungsveranstaltungen mit hygiene-relevanten Inhalten durchgeführt. Angemeldete und unangemeldete Begehungen (Hygieneaudits und Hygienevisiten) durch die Hygienefachkraft werden vorgenommen. Die Zentralsterilisation arbeitet nach den zentral vorgegebenen Hygienerichtlinien. Auch dieser Bereich wird regelmäßig vom Hygienepersonal be-gangen.

3.1.5 Hygienerrelevante Daten, Infektionsmanagement

Im Klinikum werden hygienerrelevante Daten durch ein Kontrollsystem mit regelmäßigen Hygieneuntersuchungen erfasst und ausgewertet. Ebenfalls werden Infektionen, die ein Patient erst im Klinikum erleidet (nosokomiale Infektionen) statistisch ermittelt. Zur Behandlung von multiresistenten Keimen sind Behandlungsschemata festgelegt, die jeweils den aktuellen Entwicklungen angepasst werden. Für Risikogruppen von Keimträgern besteht ein Frühwarnsystem (Screening). Meldepflichte Erkrankungen werden über das hauseigene Zentrallabor den Gesundheitsbehörden mitgeteilt. Auswertungen werden mit den Verantwortlichen besprochen. Die Intensivstationen beteiligen sich an nationalen Infektionserhebungen. Die erhobenen Daten werden bundesweit verglichen. Pandemie- sowie Hygienepläne und -standards liegen schriftlich vor und sind im Intranet einsehbar.

3.1.6 Arzneimittel

Durch die Arzneimittelkommission, in der die leitenden Ärzte und Apotheker vertreten sind, wird jährlich eine verbindliche Arzneimittelliste beschlossen. Die Leitlinie Antibiotikatherapie wird jährlich dem Bedarf angepasst und aktualisiert. Ein ABS-Team (Antibiotic Stewardship) steht als Berater für eine rationale Antibiotikatherapie zur Verfügung. Die Verschreibung, Bestellung, Lieferung, Lagerung und Abgabe der Arzneimittel ist geregelt. Die Arzneimittelversorgung im Klinikum ist rund um die Uhr sichergestellt. Son-

derbestellungen außerhalb der Arzneimittelliste bedürfen einer Anordnung durch einen Oberarzt. Ein Notfalldepot für Arzneimittel wird vorgehalten und ist für Berechtigte zugänglich.

3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin

Die Verfahren zur Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut- und Blutprodukten sind durch die entsprechenden Kommissionen geregelt. Diese haben Dienstanweisungen und Richtlinien zur strukturierten Umsetzung erarbeitet. Ablauforganisatorische Regelungen sind schriftlich fixiert und den Mitarbeitern bekannt. Blut- und Blutprodukte sind im Klinikum für Notfälle im Zentrallabor vorrätig. Es ist sichergestellt, dass ausschließlich qualifiziertes Personal mit den Produkten umgeht.

Im Klinikum besteht eine Transfusionskommission. In der Dienstanweisung zum Transfusionswesen ist der generelle Umgang mit Blut- Blutprodukten, der Meldeweg über Vorkommnisse, die Beschreibung der Verantwortlichkeiten, der Modus der Bereitstellung von Blutprodukten, die Anwendung von Blutprodukten und die Durchführung von Transfusionen mit den erforderlichen Dokumentationen geregelt. Ein transfusionsverantwortlicher Arzt und transfusionsbeauftragte Ärzte sind in den Kliniken bestellt. Ein Qualitätsmanagementhandbuch zum Umgang mit Blut- und Blutprodukten liegt vor. Jährlich erfolgt durch den Qualitätsbeauftragten Arzt für Hämotherapie eine Meldung an die Landesärztekammer. Die Labormedizin arbeitet in hohem Maße standardisiert und überprüft ihre Ergebnisse entsprechend der Richtlinien der Bundesärztekammer.

3.1.8 Medizinprodukte

Fachbereiche, Stationen und Funktionsabteilungen verfügen über ärztliche und pflegerische Medizinproduktebeauftragte. Mitarbeiter, die medizinische Geräte bedienen, sind im Umgang mit den Geräten geschult und haben die vorgeschriebenen Einweisungen erhalten. Die Medizintechnik wird in Eigenregie durch das Klinikum sichergestellt. Innerbetriebliche Regelungen schließen den Einsatz defekter Geräte aus. Sicherheitstechnische Kontrollen werden durchgeführt, Wartungsintervalle finden Berücksichtigung. Über eine Geräteparkanalyse ist eine prospektive Planung der Investitionen im Bereich der Medizintechnik möglich.

3.2.1 Arbeitsschutz

Gemäß den gesetzlichen Vorgaben ist ein Arbeitssicherheitsausschuss am Klinikum installiert. Die Zusammenarbeit mit der betriebsärztlichen Stelle ist geregelt. Fachkräfte für Arbeitssicherheit sowie Sicherheitsbeauftragte sind bestellt. Der Ausschuss und die bestellten Personen sorgen für die sichere Gestaltung der Arbeitsbereiche im Klinikum. Alle Bereiche des Klinikums werden unter dem Aspekt der Arbeitssicherheit begangen. Die Versorgungs- und Meldewege im Falle eines Arbeitsunfalles sind klar beschrieben. Die Vorgaben zum Schutz vor Gefahrstoffen und Strahlungen werden kontinuierlich beachtet.

3.2.2 Brandschutz

Es finden jährlich Brandschutzunterweisungen - aufgebaut in einem Modularen System - durch den Brand- und Katastrophenschutzbeauftragten des Klinikums statt. Die Teilnahme der Mitarbeiter an genannten Übungen und Unterweisungen wird durch Teilnehmerlisten bestätigt und dokumentiert. Im Rahmen der jährlichen Begehungen werden die Mitarbeiter zum Thema Brandschutz befragt (Standort der Feuerlöscher, Flucht- und Rettungswege, Brandmelder etc.) und ggf. nachgeschult. Das Verhalten im

Brandfall und der Alarmierungsvorgang sind in einer Dienstanweisung geregelt. Durch die Verteilung des internen und externen Einsatzplanes wurden die Abteilungen angewiesen die Regelungen mit ihrem nachgeordneten Personal zu besprechen.

3.2.3 Datenschutz

Die Regelungen zum Datenschutz sind in verschiedenen Dienstanweisungen beschrieben. Ein hausinterner Datenschutzbeauftragter ist als Ansprechpartner benannt. Alle Mitarbeiter werden im Rahmen einer Pflichtfortbildung im Datenschutz unterrichtet. Es finden regelmäßige Datenschutzaudits in allen Bereichen statt.

3.2.4 Umweltschutz

Der betriebliche Umweltschutz ist hausintern geregelt. Ein Umweltmanagementhandbuch, in dem die Verantwortlichkeiten und die organisatorischen Abläufe festgelegt sind, liegt vor. Ein Umweltbericht mit Jahresstatistik wird erstellt. Eine funktionierende Wertstoffsammlung wird seit über 10 Jahren betrieben. Ende 2016 wurde erstmalig das gesetzlich geforderte Energieaudit nach DIN 16247-1 durchgeführt. Dabei wurde dem Klinikum Amberg ein hervorragender Zustand bezüglich des Ausschöpfens möglicher Energieeinsparpotenziale bescheinigt. Eine große Photovoltaikanlage wird seit 2005 auf den Dächern des Klinikums betrieben. Die Blockheizkraftwerke wurden energetisch optimiert. Das Klinikum wurde im Rahmen des "Green+ Check" 2011 als umweltfreundliches Krankenhaus ausgezeichnet. 2014 erhielt es vom Bayerischen Umweltministerium und vom Ministerium für Gesundheit und Pflege als einziges Haus in der Oberpfalz den Green Hospital Award.

3.2.5 Katastrophenschutz

Das Klinikum St. Marien ist nach dem Sozialgesetzbuch V, §108 (2) ein zugelassenes Krankenhaus im Sinne des Landeskrankenhausplans. Nach dem Bayerischen Katastrophenschutzgesetz sind Träger von Krankenhäusern im Sinne des Sozialgesetzbuchs V verpflichtet Alarm- und Einsatzpläne vorzuhalten. Insbesondere ist Vorsorge für einen Massenansturm von Verletzten zu treffen. Organisatorische Maßnahmen zur Ausweitung der Aufnahme- und Behandlungskapazität sind vorzusehen, aufzustellen und fortzuschreiben. Ein entsprechender Alarm- und Einsatzplan wird vorgehalten. Dort wird nicht nur der Massenansturm von Verletzten abgehandelt, sondern auch interne Gefahren wie Brand oder Drohanrufe und externe Gefahren wie zum Beispiel die Planung bei Pandemie. Die Fortschreibung dieser Planungen wird über ergänzende detailliertere Konzepte gewährleistet. Schulungen werden über den Brand- und Katastrophenschutzbeauftragten geleistet. Die örtlichen Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben sind in der Planschreibung mit involviert. Insbesondere bei der Zufahrtsregelung zum Klinikum im Einsatzfall.

3.2.6 Ausfall von Systemen

Um nichtmedizinische Notfallsituationen zu vermeiden sind, umfangreiche Vorbeugemaßnahmen getroffen. Anlagen sind doppelt installiert oder sind für den Notfall in besonderer Vorhaltung (z. B. Notstromaggregate). Nichtmedizinische Notfallsituationen werden über die technische Leitung und über die Leitung der IT bewältigt. Die Beteiligten sind in die bestehenden Regelungen eingewiesen. Hausinterne Notfallsituationen wie z.B. Brandfall, der Ausfall von technischen Einrichtungen, sowie der Strom- und Wasserver-

sorgung, eingehende Drohanrufe usw. sind im Notfallplan geregelt. In den Auftragsblättern ist der Verfahrensablauf festgelegt. Die Pläne werden jährlich zum 31.01. aktualisiert. Sollten Veränderungen während des Jahres eintreten, wird eine sofortige Aktualisierung vorgenommen. Die Funktionsfähigkeit der Redundanzanlagen wird wiederkehrend geprüft und dokumentiert. Die Zuverlässigkeit von Anlagen und Versorgungseinheiten wird bei Installationen und baulichen Veränderungen berücksichtigt. Entsprechende Redundanzen und Backup Lösungen gehen in die Planungen mit ein. Ein flächendeckendes redundantes IT-Netzwerk, bestehend aus Fest- und Funknetzwerk, ermöglicht den Zugriff auf die erforderlichen IT-Ressourcen. Die Zugangsberechtigungen sind auf Berufsgruppen und Einzelpersonen abgestimmt. Ein Krankenhausinformationssystem ist eingerichtet. Digitale Bildverarbeitungssysteme sind im Einsatz und werden ständig erweitert. Ausfallkonzepte wurden für verschiedene Systeme erstellt. Eine Dienstbereitschaft rund um die Uhr ist gewährleistet.

4. Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Ein flächendeckendes redundantes IT-Netzwerk, bestehend aus Fest- und Funknetzwerk, ermöglicht den Zugriff auf die erforderlichen IT-Ressourcen. Die Zugangsberechtigungen sind auf Berufsgruppen und Einzelpersonen abgestimmt. Ein Krankenhausinformationssystem ist eingerichtet. Digitale Bildverarbeitungssysteme sind im Einsatz und mit Synedra ist ein multimediales Langzeit-Archiv eingerichtet. Alle Befunde von bildgebenden Verfahren sind hier revisionssicher für 30 Jahre gespeichert.

4.2.1 Klinische Dokumentation

Die Dokumentation der Patientendaten erfolgt von den an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen. Der Großteil der Dokumentation liegt bereits in elektronischer Form vor, auf eine papiergestützte Dokumentation kann jedoch noch nicht verzichtet werden. Die Regelungen dafür sind in einer hausübergreifend gültigen Dienstanweisung fixiert und stellen eine geordnete und vollständige Dokumentation sowie deren Archivierung sicher. Seit Juli 2009 werden Krankenakten digitalisiert. Digitalisiertes Röntgen ist als Standard in das Krankenhausinformationssystem eingebunden.

4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

Die Akten der aktuell behandelten Patienten befinden sich im Stützpunkt und sind für die berechtigten Personen zugänglich. Zusätzlich liegt ein Großteil der Patientendokumentation im Krankenhausinformationssystem (KIS) elektronisch vor. Über bisherige stationäre Aufenthalte des Patienten besteht eine Krankenakte, die im Zentralarchiv und digital aufbewahrt wird. Ein zeitnahe Zugriff auf die Patientenakte ist gewährleistet. Der Zugriff auf die archivierte Patientenakte ist durch Verfahrensanweisung rund um die Uhr gewährleistet. Der Zugriff auf die digitale Patientenakte ist durch Zugriffsberechtigungen eindeutig geregelt.

4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Die Krankenhausleitung wird über interne Vorgänge und kritische Abweichungen durch zahlreiche regelmäßige schriftliche Berichte und innerhalb von festen Besprechungen benachrichtigt. Sie leitet gemeinsam mit den Verantwortlichen rechtzeitig Korrekturmaßnahmen ein.

4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Im Klinikum finden sowohl auf Abteilungsebene als auch zwischen einzelnen Berufsgruppen interdisziplinäre Besprechungen statt, die nach einem festgelegten Terminplan abgehalten werden. Diese Kommunikationsstrukturen innerhalb und zwischen den Fachbereichen werden durch die verantwortlichen Abteilungsleiter gesteuert. Entsprechende Protokoll- und Verteilungsregelungen sind festgelegt. Neben der Kommunikation zwischen den verschiedenen Bereichen und Berufsgruppen sind uns eine gezielte Einbindung und Information der Patienten und deren Angehörigen wichtig. Durch die Zentrumsbildung finden zahlreiche Besprechungen im interdisziplinären Team statt. Für die Besucher ist die Information im Eingangsbereich die vorrangige Anlaufstelle. Hier werden Auskünfte über Lage der Behandlungseinheiten oder Stationen und Aufenthalt des Patienten (Patientenzimmer) gegeben. Die Besetzung der Information ist rund um die Uhr sichergestellt. Auskunftsstelle für Krankenkassen und Privatversicherungen ist die Patientenverwaltung. Die zentrale Informationsquelle für Patientendaten ist das Krankenhausinformationssystem, für das ein Rollen-Rechte-Konzept existiert. Auskünfte über medizinische Daten des Patienten werden nur durch die Ärzte erteilt. Trinkwasserspender sind in verschiedenen Bereichen für Patienten und Besucher aufgestellt.

5. Unternehmensführung

5.1.1 Philosophie/Leitbild

Bereits 1998 wurde am Klinikum St. Marien Amberg ein umfassendes QM-System eingeführt. Grundlage hierfür war die erstmalige Erstellung eines Leitbilds für das Klinikum. Das Leitbild wurde überarbeitet und als Marke operationalisiert. Es ist immer in der Mitarbeiterzeitschrift "ZAK" abgedruckt. Als ergänzende Maßnahme zum Leitbild wurde ein Markenkonzept für das Klinikum erarbeitet, intern abgestimmt, vom Verwaltungsrat beschlossen und umgesetzt.

Die Marke Klinikum St. Marien Amberg mit den Markeninhalten Medizin. Menschlichkeit. Miteinander wurde 2008 ausgerollt und ist in der Bevölkerung, bei den Zuweisern und bei den Mitarbeitern präsent.

5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Vertrauensfördernde Maßnahmen werden von der Klinikleitung initiiert mit dem Ziel, die Kommunikation zwischen den Mitarbeitern des Hauses zu fördern. Über die Klinikumskonferenz und über direkte Gespräche mit dem Vorstand wird das Personalratsgremium in die Entscheidungsfindung einbezogen. Es werden regelmäßig Dienstvereinbarungen, zu wichtigen die Mitarbeiter betreffenden Themen, wie z.B. Sucht und Mobbing schriftlich fixiert. Mitarbeiterbefragungen und soziale Veranstaltungen unterstützen vertrau-

ensfördernde Maßnahmen. Jährlich finden mehrmals Personalversammlungen unter Teilnahme des Vorstands zur Information der Mitarbeiter statt.

5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Als zentrales Element zur Behandlung ethischer Fragen ist ein Ethikkomitee eingerichtet. Als unabhängiges Gremium dient es als vertraulicher Ansprechpartner bei Problemsituationen im Alltag und wird zur Konsensfindung innerhalb von ethischen Fallbesprechungen beratend hinzugezogen. Zudem stehen bei ethischen Fragen den Mitarbeitern, Patienten und Angehörigen die Klinikumsseelsorger, der Sozialdienst oder die psychosozialen Beratungsstellen zur Verfügung.

5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Die aktuellen Informationen und das Leistungsspektrum werden den Patienten, einweisenden Ärzten, Kooperationspartnern, nachsorgenden Einrichtungen und der Öffentlichkeit kontinuierlich vermittelt. Instrumente der Öffentlichkeitsarbeit sind unser Internetauftritt (auch über soziale Medien), Faltblätter der Fachabteilungen, Patientenbroschüren und regelmäßige Presseberichte sowie die Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen. Eine Zuweiserbroschüre informiert unsere einweisenden Ärzte über aktuelle Entwicklungen des Klinikums.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung

Vorgaben für eine strukturierte Zielplanung sind die Rahmenbedingungen durch den Träger des Klinikums. Das Leitungsgremium des Klinikums erstellt die Strategien zur Entwicklung der Zielplanung. Hierzu gehört die bauliche Entwicklung des Klinikums im Rahmen einer Gesamtsanierung. Gemäß Versorgungsauftrag (Versorgungsstufe II) wurden in den letzten Jahren Abteilungsstrukturen neu gegliedert und neue medizinische Leistungsspektren aufgenommen. Mit den umliegenden Krankenhäusern der Landkreise werden Strukturgespräche über Kooperationen geführt. Ein fünfjähriger Finanz- und Investitionsplan wird erstellt. Monatliche Budgetauswertungen werden für die Klinikleitung und die Führungskräfte erstellt.

5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement

Im Klinikum ist ein finanzwirtschaftliches Risikomanagement etabliert. Durch zahlreiche Kennzahlen und monatliche Berichtswesen sind die Krankenhausleitung und Führungskräfte immer über die aktuelle finanzielle Lage informiert und kann entsprechend steuern.

5.2.3 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Nachhaltige Partnerschaften und Kooperationen mit Interessensgruppen (z.B. andere Kliniken, Praxen etc.) werden verstärkt ausgebaut und im Sinne einer Win-Win-Situation in Kooperationsverträgen unter Beteiligung der Betroffenen schriftlich fixiert und umgesetzt. Die Interessen und Bedürfnisse der kooperierenden Ärzte und der Einweiser werden anhand von strukturierten Befragungen erfragt, um anschließend gezielte Maßnahmen zur Optimierung der Zusammenarbeit zu erreichen. Das Klinikum nimmt als Gesellschafter der UGOM (Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte) aktiv an der integrierten Versorgung mit den niedergelassenen Ärzten teil.

Zudem stellen die Zentrumsbildung und die damit verbundenen interdisziplinären Behandlungsstrukturen einen weiteren Schwerpunkt dar. Dazu gehören das zertifizierte Endoprothetikzentrum, das

Alterstraumazentrum, das Traumazentrum, das Perinatalzentrum Level I, die Stroke Unit, die zertifizierte Chest Pain Unit und das zertifizierte Onkologische Zentrum. Das Klinikum kooperiert mit zahlreichen Selbsthilfegruppen. Es besteht ein geregelter Konsiliarwesens mit Facharztstandard bei Anforderung und bei Bearbeitung. Die Koordinierung und Terminierung des Konsiliarwesens erfolgt in elektronischer Form. Eine zeitnahe Befundung ist gewährleistet.

5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

Das Klinikum ist Kommunalunternehmen der Stadt Amberg. Grundlage sind die Satzung und die Geschäftsordnung für den Vorstand. Die Leitungskonferenz besteht aus dem Ärztlichen Direktor, der Pflegedirektorin, dem kaufmännischen Direktor und dem Vorstand. Aufbauend auf diesen Festlegungen wurde die Organisationsstruktur in Form von Organigrammen erstellt. Das Protokollwesen ist standardisiert. Im Klinikum sind Leitungsgremien (z.B. Leitungs-, Klinikums-, Chefarztkonferenz) und Kommissionen (Arzneimittel-, Hygiene-, Transfusionskommission, Arbeitssicherheits-ausschuss) eingerichtet. Die Mitglieder der jeweiligen Gremien und Kommissionen sind benannt und schriftlich bestellt. Die Kommissionen und Leitungsgremien treffen sich turnusmäßig. Schriftliche Einladung mit Tagesordnung und Protokollerstellung wird vorgenommen und den zuständigen Stellen zur Information weitergeleitet. Kompetenzen, Aufgaben und Befugnisse sind in Satzungen geregelt. Eine Kommunikationsmatrix bildet die Struktur aller Gremien und Kommissionen, deren Mitglieder und Tagungsfrequenz ab.

5.3.2 Innovation und Wissensmanagement

Das Wissensmanagement wird als zentraler Baustein im Sinne einer lernenden Organisation gesehen. Den Mitarbeitern steht das für die tägliche Arbeit notwendige Wissen im Intranet, Behandlungspfaden und Leitlinien zur Verfügung. Die Bereitstellung zu medizinischer Primär- und Sekundärliteratur ist von jedem Arbeitsplatz möglich. Über Fachzeitschriften und Onlinebibliotheken können sie sich weiter informieren. Zu einigen Fachzeitschriften und Artikeln ist der Zugriff auch von zu Hause aus möglich. Die Mitarbeiter haben die Möglichkeit ihre Wünsche und Innovationen im Rahmen des betrieblichen Vorschlagwesens einzubringen. Gute Vorschläge werden mit Prämien belohnt.

6. Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Das Klinikum betreibt Qualitätsmanagement als gelebte Unternehmensphilosophie. Dabei ist ein wesentliches Ziel, die gesamte Schwerpunktversorgung zum Wohle unserer Patienten in zertifizierten Zentren abzubilden. Die Mitarbeiter im QM verfügen über die Zusatzweiterbildung des ärztlichen Curriculum Qualitätsmanagement. Mehrere Ärzte haben die QM-Ausbildung bei der bayerischen Ärztekammer absolviert. Rahmenvorgaben werden zentral gemacht (Dokumentenlenkung) und hausweit umgesetzt. Auf die vorhandene Organisationsstruktur wird im Organigramm zurückgegriffen. Die Leitungskonferenz, die Klinikumskonferenz und die Chefarztkonferenz behandeln die anstehenden Qualitätsfragen für das Klini-

kum und stellen durch Konsensfindung die Umsetzung der Qualitätsziele im jeweiligen Verantwortungsbereich sicher. Die Ergebnisse werden in die Leitungskonferenz eingebracht und im Konsens entschieden.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -Optimierung

QM wird seit vielen Jahren als Führungsinstrument verstanden und ist eng mit den verschiedenen Bereichen der Klinik vernetzt. Die Verantwortlichkeiten verbleiben weitgehend bei den Prozessverantwortlichen. Dabei arbeiten wir in allen Bereichen kennzahlengestützt. Das Klinikum verfügt über folgende zertifizierte Zentren: Onkologisches Zentrum, Brust- und Darmzentrum, Gynäkologisches Krebszentrum, Perinatalzentrum Nordoberpfalz Level I, Traumazentrum, Alterstraumazentrum, Endoprothetikzentrum, zertifizierte Stroke Unit und zertifizierte Chest Pain Unit.

6.2.1 Patientenbefragung

Die Patientenbefragungen im stationären Bereich wurden in 2016 umgestellt. Hier erfolgte eine Strukturierung des Ablaufs und Abstimmung des Fragebogens mit der KKB. Die Patientenbefragung findet nun kontinuierlich statt. Die Ergebnisse der laufenden Patientenbefragung werden einmal jährlich der Leitungskonferenz, den Stationsleitung sowie den Chefärzten zugesandt. Unterjährig werden die genannten Personengruppen alle zwei Monate über die aktuellen Ergebnisse informiert. Durch die verschiedensten Befragungen in zahlreichen Bereichen (ZNA, OZ) kann auf identifiziertes Verbesserungspotential sehr schnell und zielgerichtet reagiert werden. Ergänzt werden unsere Befragungen durch ein kontinuierliches Beschwerdemanagement.

6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Auch die Einweiserbefragungen werden in einem dreijährigen Turnus durch ein externes Institut durchgeführt. Die Einweiser können über die Antwortkarten den Wunsch äußern, die Ergebnisse zugesandt zu bekommen. Weiterhin werden die Ergebnisse immer in der Zuweiserzeitschrift "ZAK Professional" veröffentlicht. Zudem werden die Ergebnisse in der Chefarztkonferenz den Chefärzten präsentiert.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Die Mitarbeiterbefragung folgt den Vorgaben und der Struktur der anderen Befragungen. Der Personalrat ist umfassend in die Entwicklung, Organisation und Durchführung der Befragung eingebunden. Die Befragung wird über ein Rundschreiben des Vorstands und des Personalrates angekündigt. Die Durchführung und auch die Kommunikation der Ergebnisse folgen einer definierten vorgegebenen Struktur.

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

Im Klinikum ist seit langem ein strukturiertes Beschwerdemanagement eingerichtet. Dabei sind Ansprechpartner und die Prozesse der Bearbeitung der Beschwerde genau definiert. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurden über das Patientenbeschwerdemanagement informiert. Die Informationen zum Beschwerdemanagement können unmittelbar über das Intranet abgerufen werden. Ehrenamtliche Patientenfürsprecher sind oft erster Ansprechpartner für die Patienten. Sie unterstützen patientennah die schnelle Abarbeitung von Beschwerden.

6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren

Es werden umfangreiche Methoden zur internen Qualitätssicherung genutzt. Sämtliche medizinische Ergebnisqualitätsparameter werden als klinische Kennzahlen im Bereich des Onkologischen Zentrums und der anderen Zentren erhoben (z.B. Komplikationen, Revisionen). Ungeplante Wiederaufnahmen werden routinemäßig ausgewertet, die Hygienedaten werden systematisch erhoben und die Ergebnisse kommuniziert. Interne und externe Audits werden mit Jahresplanung in den Bereichen durchgeführt. Auf deren Basis werden qualitätsrelevante Daten erhoben und ausgewertet. Das Klinikum beteiligt sich an der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) in Deutschland. Dadurch werden medizinische Ergebnisse aus Abrechnungsdaten deutschlandweit verglichen.

Es existieren klare Regelungen und Vorgaben zum Umgang mit Datenmeldungen an die Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung (BAQ) im Rahmen der gesetzlichen Verpflichtungen. Die BAQ Daten werden unterjährig und zu einem späteren Zeitpunkt vollständig an die betreffenden Verantwortlichen verteilt. Eine Gesamtübersicht von Indikatorenabweichungen wird hausintern zusammengestellt und in der Chefarztkonferenz vorgestellt. Im Pflegebereich werden die erfassten Daten zur Dekubitus Prophylaxe an die BAQ weitergeleitet. Durch die unterjährige Überprüfung der BAQ-Daten werden Problempunkte frühzeitig identifiziert und abgestellt.