



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

| | |
|--|--|
| Krankenhaus: | Klinikum Westfalen GmbH |
| Institutionskennzeichen: | 260591619 |
| Anschrift: | Am Knappschaftskrankenhaus 1 44309 Dortmund |
| Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer: | 2016-0064 KHVB |
| durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle: | QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche |
| Gültig vom: | 12.12.2016 |
| bis: | 11.12.2019 |
| Zertifiziert seit: | 21.03.2005 |

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----------|
| Vorwort der KTQ® | 3 |
| Vorwort der Einrichtung | 5 |
| Die KTQ-Kategorien | 7 |
| 1 Patientenorientierung | 8 |
| 2 Mitarbeiterorientierung | 14 |
| 3 Sicherheit - Risikomanagement | 17 |
| 4 Informations- und Kommunikationswesen | 22 |
| 5 Unternehmensführung | 24 |
| 6 Qualitätsmanagement | 27 |

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 Bundesebene¹, 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 Krankenhausexperten besetztes Visitorenteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

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

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 Westfalen** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter www.ktq.de abrufbar.

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung



Sehr geehrte Leserin,
sehr geehrter Leser,

vier Krankenhäuser mit langer Tradition in der Gesundheitsversorgung für die Region haben sich unter dem Dach des Klinikums Westfalen zu einem modernen Klinikverbund zusammengeschlossen.

Der gemeinsame Anspruch ist es, die medizinische Grundversorgung für die Menschen an den Standorten in Dortmund, Kamen und Lünen zu garantieren und zugleich Top-Medizin auf höchstem Qualitätsniveau zu bieten.

Ein Name, vier starke Häuser. Das ist der Leitgedanke, der 2010 zum Zusammenschluss des Knappschaftskrankenhauses Dortmund und der Klinik am Park Lünen-Brambauer. Am 1.1.2013 fusionierte das Klinikum Westfalen mit dem kommunalen Hellmig-Krankenhaus und zum 1.1.2015 mit dem Evangelischen Krankenhaus Lütgendortmund, das dann im Rahmen der Fusion in „Knappschaftskrankenhaus Lütgendortmund“ umbenannt wurde. Als Arbeitgeber mit rund 2.200 Beschäftigten (inklusive der Servicegesellschaften), darunter mehr als 100 Auszubildende, ist das Klinikum Westfalen ein gewichtiger Wirtschaftsfaktor in der Region. Die Knappschaft-Bahn-See, die Städte Lünen und Kamen sowie die Stiftung Volmarstein sind Eigentümer der Klinikum Westfalen GmbH.

Die Knappschafts-Bahn-See, deren Wurzeln bis zu den Knappschaftskassen der Bergleute im Mittelalter zurückreichen, ist die älteste und gleichzeitig die umfassendste Sozialversicherung, die es heute gibt. Neben der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung betreibt die Knappschaft-Bahn-See ein starkes Netz leistungsfähiger Akutkrankenhäuser und Kurkliniken, den Sozialmedizinischen Dienst und das Knappschaftsarztsystem. In den Krankenhäusern wird das gesamte Leistungsspektrum der modernen Medizin angeboten. Hierbei wird darauf geachtet, dass das Leistungsspektrum der vorgehaltenen Fachabteilungen den neusten Entwicklungen auf dem Gebiet der Medizin angepasst wird, um den anerkannt hohen Standard der Patientenversorgung in den Krankenhäusern zu halten oder noch weiter zu verbessern.

Um diesen Erwartungen gerecht zu werden, stellen wir im Klinikum Westfalen hohe Ansprüche an die medizinische, die pflegerische und die technische Leistungsfähigkeit unserer Organisation.

Dieses waren die Gründe, um im Jahre 2001 den Grundstein für ein Qualitätsmanagementsystem (QMS) zu legen. Seither wurde das QMS stetig weiter entwickelt und hat durch das Mitwirken aller Beschäftigten zu einer qualitativ noch höheren Patienten- und Mitarbeiterorientierung beigetragen. Wichtige Entwicklungsschritte waren dabei der Aufbau eines zertifizierten Diabetes- und Wundzentrums, die Qualitätszertifizierung - nach den Vorgaben der deutschen Krebsgesellschaft - des Darmzentrums, Prostatazentrums, Brustzentrums, und des Cancer Centers, der Aufbau zweier Endoprothetikzentren, unsere zertifizierte Stroke Unit für Schlaganfallpatienten, die Etablierung des Patientenbeschwerdemanagements, regelmäßige Patienten- und Mitar-

beiterbefragungen, der Aufbau und die Weiterentwicklung einer systematischen innerbetrieblichen Fortbildung, sowie unter anderem die Einführung von klinischen Behandlungspfaden.

An den vier Standorten des Klinikum Westfalen erfolgt eine ambulante und stationäre Grund- und Regelversorgung von jährlich mehr als 130.000 Patientinnen und Patienten. Das Behandlungsangebot für die Patienten, die in erster Linie aus dem östlichen Ruhrgebiet, dem Sauerland und dem östlichen Westfalen zur Behandlung kommen, umfasst fast alle Krankheitsbilder.

Im Klinikum Westfalen befinden sich die Patientinnen und Patienten dabei in guten Händen, denn sie erwarten von der Diagnose über die Therapie bis hin zur Nachsorge eine außerordentlich hohe Behandlungsqualität. Die Standorte Knappschafts-Krankenhaus Dortmund, die Klinik am Park in Lünen und das Hellmig-Krankenhaus in Kamen sind bereits nach dem hohen KTQ-Standard zertifiziert, denn das Wohl der Patientinnen und Patienten steht im Mittelpunkt aller Bemühungen von Ärzten, Pflegekräften und Verwaltung des Klinikums Westfalen.

Im Klinikum Westfalen können sich die Patientinnen und Patienten sicher und geborgen fühlen. Die KTQ Zertifizierungen sind letztendlich ein wichtiger Meilenstein für die Zukunftssicherung und Standorterhaltung im Klinikum Westfalen, aber auch eine Bestätigung der Beschäftigten in ihrer täglichen Arbeit.

Zur breiten Akzeptanz und zum hohen Ansehen des Klinikums Westfalen tragen das hervorragende medizinische Niveau, gut ausgebildete und verständnisvolle Pflegekräfte, innovative Lösungen und eine baulich zeitgemäße Präsentation der Häuser in ansprechenden Parklandschaften bei.

Unser KTQ-Qualitätsbericht ermöglicht Ihnen, sei es als Patient, als einweisender Arzt oder allgemein Interessierter, eine erste Orientierung. Wir laden Sie ein, Ihre Fragen direkt an uns zu stellen und würden uns über Ihr Vertrauen in unser Haus freuen.



Dipl.-Verwaltungswirt Andreas Schlüter
Hauptgeschäftsführer Klinikum Westfalen



Dipl.-Volkswirt Michael Kleinschmidt
Geschäftsführer Klinikum Westfalen

Die KTQ-Kategorien beschrieben von Klinikum Westfalen GmbH

1. Patientenorientierung

1.1. Rahmenbedingungen der Patientenversorgung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Alle vier Standorte des Klinikum Westfalen sind mit verschiedenen Verkehrsmitteln sehr gut zu erreichen, Parkplätze stehen in ausreichender Anzahl zur Verfügung. Patientenbroschüren und der Internetauftritt werden stetig auf dem aktuellsten Stand gehalten (<http://www.klinikum-westfalen.de>). Diese geben Auskünfte über die Fachbereiche & Leistungsspektren der einzelnen Standorte. Mit dem Ziel einer patientenorientierten Zimmerbelegung ist die Vorbereitung der stationären Behandlung u. a. über klinische Behandlungspfade geregelt. Bei geplanten Aufnahmen werden alle notwendigen Untersuchungstermine rechtzeitig auf einander abgestimmt, dies erfolgt in enger Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten.

1.1.2 Leitlinien und Standards

Das Klinikum orientiert sich an den Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften und nationalen Expertenstandards. Diese werden im ärztlichen und pflegerischen Bereich durch klinische Behandlungspfade, Standards und Hygienerichtlinien umgesetzt. Sie sind für die Mitarbeiter im Intranet einsehbar. Es erfolgt eine regelmäßige Aktualisierung und Prüfung der Behandlungspfade und Standards, intern und extern durch diverse Zertifizierungen. Dabei fließen neue wissenschaftliche Erkenntnisse aus Fortbildungen und Weiterbildungen mit ein.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Die Patienten werden in einem persönlichen Gespräch ausführlich aufgeklärt, bei Bedarf auch mit Dolmetscher und fremdsprachigen Aufklärungsbögen. Ggf. werden Angehörige bzw. der gesetzliche Betreuer mit einbezogen. Der Behandlungsprozess wird, ausgehend von den Bedürfnissen der Patienten strukturiert und stetig aktualisiert. Es existiert ein umfassendes Angebot an Beratungen / Schulungen, Informationsveranstaltungen sowie Kontaktmöglichkeiten mit Selbsthilfegruppen. Bei der Aufnahme und auf den Stationen werden dem Patienten die notwendigen Informationen bereitgestellt. Flexible Besuchszeiten ermöglichen eine gute Erreichbarkeit der Patienten. In den täglichen Visiten erfolgt eine kontinu-

ierliche Anpassung der Behandlungsplanung. Religiös begründete Wünsche und Patientenverfügungen bzw. Vorsorgevollmachten werden berücksichtigt. Ein Dolmetscherdienst inklusiv Gebärdensprache und Liste anderssprachiger Mitarbeiter stehen zur Verfügung.

1.1.4 Ernährung und Service

Im Klinikum Westfalen werden Ernährungsberatungen sowie Diabetikerschulungen durch Fachpersonal angeboten. Auf Essenwünsche sowie religiöse und kulturelle Aspekte wird durch ein entsprechendes Speiseangebot im Rahmen der medizinisch indizierten Kostform Rücksicht genommen. Je nach Anamnese werden die verpflegungsrelevanten Daten pro Patient aufgenommen und von den Diätassistentinnen und der Diabetesberaterin in einen abgestimmten Menüplan integriert. Alle Räumlichkeiten sind funktional, patientenfreundlich und barrierefrei eingerichtet. Zusätzlich werden spezifische Räumlichkeiten wie Aufenthaltsräume, Besprechungsräume und eine Kapelle vorgehalten. An den einzelnen Standorten stehen spezielle Räume für die Ausübung der Religion zur Verfügung.

1.2. Akut-/ Notfallversorgung

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die Notaufnahmen sind 24 Stunden / 7 Tage durch qualifiziertes ärztliches und pflegerisches Personal sichergestellt. Die Patienten werden in der Anmeldung der Zentralen Notaufnahme durch einen Mitarbeiter administrativ aufgenommen. Bei Einlieferung durch den Notarzt erfolgt in der Regel eine telefonische Vorankündigung durch die Leitstelle, so kann das entsprechend erforderliche Personal bereitstehen. Der Aufnahmeprozess in der zentralen Notaufnahme orientiert sich individuell an der klinischen Situation (Art/Schwere der Erkrankung/Verletzung und medizinische Dringlichkeit) der Patienten. Entsprechend der Befunde der Erstdiagnostik erfolgt eine ambulante Behandlung, geplante oder akutstationäre Aufnahme. Die Maßnahmen basieren auf diagnosebezogenen Behandlungsstandards und ärztlichen Anordnungen.

1.3. Elektive, ambulante Versorgung

1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung

Die ambulanten Patienten werden zu den geplanten Terminen einbestellt und von einem Facharzt behandelt. Das Klinikum verfügt über ein elektronisches Befundsystem, welches erlaubt, auf alle im Haus erhobenen Befunde Online zuzugreifen (z. B. Labor, OP-Berichte, Röntgenbefunde, Endoskopische Berichte). Durch dieses System sind in der Aufnahmesituation rasch wesentliche Informationen abrufbar (24/7). Vorbefunde und Anamnesen, die im Hause erstellt wurden, sind verfügbar. Ambulant behandelte Patienten erhalten sofort einen Arztbrief. Neben der ambulanten Behandlung werden diverse Spezialambulanzen/-sprechstunden angeboten und sind im Internet ersichtlich. Die Einbindung der niedergelassenen Ärzte in die ambulante Versorgung durch die Integration in Qualitätszirkel und Tumorkonferenzen wird ermöglicht.

1.3.2 Ambulante Operationen

Auf vorhandene Vorbefunde aus dem niedergelassenen Bereich wird zurückgegriffen. Dazu wird den Patienten frühzeitig Informationsmaterial ausgehändigt mit der Bitte, den Haus- oder Facharzt zu kontaktieren. Lebensumstände und spezielle Risiken, die gegen die Durchführung einer Operation als ambulanten Eingriff sprechen, werden durch Checklisten bzw. im ärztlichen Gespräch erfasst. Die Risikoaufklärungen zu Operation und Anästhesie erfolgen spätestens am Vortag der Operation. Vor dem Verlassen der Klinik erhält der Patient eine Wundkontrolle, es wird ihm eine Schmerzmedikation mitgegeben und er erhält einen Entlassungsbrief für den weiterbehandelnden Arzt.

1.4. Stationäre Versorgung

1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung

Die Behandlung wird unter Definition der Ziele vom aufnehmenden Arzt in einem Behandlungsplan festgelegt. Hierbei werden sehr häufig Behandlungspfade verwendet, die zur standardisierten Behandlung beitragen. Bei fachabteilungsübergreifenden Besonderheiten wird ein interdisziplinäres Verfah-

ren gewählt. Der Behandlungsprozess wird mit dem Pflegepersonal abgestimmt. Anhand von pflegerischer und ärztlicher Anamnese werden Status, Lebensumstände, Patientenwunsch und Risiken erfasst. Hieraus ergibt sich ein individuell auf den Patienten abgestimmter medizinischer Behandlungsverlauf und pflegerischer Prozess. Durch die Orientierung der Behandlungspfade an Leitlinien stellen wir sicher, dass die Behandlungsplanung gemäß dem derzeit anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft erfolgt. Existieren im konkreten Fall keine Behandlungspfade, so wird ein sinnvolles abgestuftes diagnostisches Vorgehen vom behandelnden Arzt festgelegt. In tägl. Visiten und individuellen Terminabsprachen werden sowohl Patienten als auch Angehörige über den Behandlungsverlauf informiert. Befundergebnisse und Aufklärungsgespräche werden zeitnah geführt, mitgeteilt und dokumentiert.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die Behandlung der Patienten erfolgt zeitnah und entsprechend professioneller Standards. Der Facharztstandard ist rund um die Uhr über die einzelnen Kliniken gewährleistet. Außerhalb der Dienstzeiten ist die fachärztliche Versorgung im Rahmen von Rufbereitschaften sichergestellt. Die Wirksamkeit der festgelegten Therapien wird in täglichen Visiten überprüft und ggf. angepasst. Die Indikation zu operativen Eingriffen wird bei elektiven Patienten generell vom Facharzt gestellt. Die Intensivstationen sind in drei Schichten mit erfahrenen Notfallteams (Ärzte und spez. ausgebildeten Intensiv-/Anästhesiepflegekräften) besetzt, die auch zu Notfällen in die peripheren Abteilungen gerufen werden. Es existiert ein für das ganze Klinikum geltendes Konsilwesen. Werden Konsile aus Fachrichtungen benötigt, die nicht im Haus vertreten sind, so können niedergelassene Ärzte oder Ärzte anderer Krankenhäuser angefordert werden. Jede Abteilung verfügt über ausgebildete Wundmentoren und Praxisanleitungen. Darüber hinaus verfügt das Klinikum über zertifizierte Wundmanager ZWM®, Onkologische Fachpflege, operationstechnische Assistenten, anästhesietechnische Assistenten, Intensiv/Anästhesie Fachpflegekräfte, Atmungstherapeuten, Diabetesberatung DDG und Wundassistentin DDG.

1.4.3 Operative Prozesse

Im Klinikum Westfalen werden hochmoderne operative Verfahren angewendet. Die OP-Bereitschaft ist rund um die Uhr im Rahmen eines Schichtdienstes und eines Rufdienstes durch die pflegerischen OP- und Anästhesiemitarbeiter, sowie der einzelnen operativen Fachkliniken und Anästhesie gewährleistet. Im Rahmen unseres

gut aufgestellten klinischen Risikomanagement ist die WHO-Checkliste seit Jahren ein gelebter Standard. Hierzu zählen unter anderem die Patientenidentifikation durch Armbänder, eine Seitenmarkierung, Team-Timeout...

Die Aufklärung der Patienten durch die operativen Kliniken und die Anästhesie erfolgt einheitlich mittels standardisierter Bögen. Zusätzlich gibt es hauseigene Informationsbroschüren. Die Behandlungspfade zu operativen Eingriffen enthalten Vorgaben zu intra- und postoperativen schmerztherapeutischen Verfahren.

Ebenso stehen schmerztherapeutisch tätige Anästhesisten zur Verfügung. Das gilt auch für Patienten aller Abteilungen. Das OP-Programm für den Folgetag wird nachmittags abgestimmt. Dabei wird die Auslastung der Intensivstation berücksichtigt. Für dringliche Fälle werden Kapazitäten freigehalten, um ein Absetzen oder Verschieben geplanter OPs zu vermeiden.

1.4.4 Visite

Die Visitenzeiten sind stationsbezogen festgelegt, für Oberarzt- und Chefarztvisiten verbindlich geregelt. Die tägliche Visite des Stationsarztes wird mit der zuständigen Pflegefachkraft durchgeführt. Bei Bedarf finden Abstimmungsgespräche mit anderen Berufsgruppen wie z. B. Wundmanagerin, Physiotherapeuten, Ernährungsberatung oder Sozialdienst statt. In regelmäßigen Visiten wird der Zustand des Patienten erfasst, mit ihm besprochen, seine Fragen werden beantwortet. In allen operativen Abteilungen findet eine postoperative Visite durch den Operateur zeitnah statt. Auf den übrigen Abteilungen erfolgt die Visite im Verlauf des Morgens zu unterschiedlichen Zeiten. In den stationsbezogenen Patienteninfoordnern werden den Patienten die einzelnen Visitenzeiten mitgeteilt. In einigen Fachbereichen werden Arztsprechstunden angeboten.

1.5. Weiterbetreuung / Übergang in andere Bereiche

1.5.1 Entlassungsprozess

Durch klinische Behandlungspfade und Entlassungsstandards ist eine strukturierte, systematische Entlassung oder Verlegung in andere Versorgungsbereiche sichergestellt. In einem Gespräch vor der Entlassung wird der Patient, auf Wunsch auch zusammen mit den Angehörigen, über weitere Therapiemaßnahmen, Verhaltensregeln und Medikamenteneinnahme aufgeklärt. An der detaillierten Entlassungsplanung sind Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Sozialdienst und ggf. Beschäftigte aus dem Bereich des der Diabetesberatung und des Wundmanagements beteiligt. Die Planun-

gen bezüglich der Neuunterbringung in einer Pflegeeinrichtung, der Anschlussheilbehandlung und der Rehabilitation erfolgt nach Anforderung über den ärztl. Dienst durch den Sozialdienst. Die Planungen bezüglich Entlassungen nach Hause mit und ohne ambulanten Pflegedienst oder Zurückverlegungen in stationäre Pflegeeinrichtungen erfolgen über den Pflegedienst. Im Bereich der Organzentren und einem Schwerpunkt der Diabetologie (Gestationsdiabetes) erfolgt die Planung der Zusammenarbeit und Abstimmung mit niedergelassenen Ärzten über regelmäßige, gemeinsam stattfindende Qualitätszirkel. Grundsätzlich wird auch der telefonische Austausch zwischen Ärzten genutzt. Entlassungsgespräche finden in allen Kliniken statt. Jeder Patient erhält bei Entlassung einen Arztbrief, bei Bedarf einen Bericht für weiterbehandelnde Einrichtungen. Die Weiterversorgung mit Medikamenten sowie Heil- und Hilfsmittel ist über eine rechtzeitige Vorplanung gesichert.

1.6. Sterben und Tod

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung

Wir sehen das Sterben als eine Phase des Lebens, in der die Würde des Menschen erhalten bleiben muss. In diesem Prozess steht nicht der Bedarf an medizinisch-pflegerischen Leistungen im Vordergrund, sondern vielmehr die Wünsche und Bedürfnisse der Sterbenden. Sterbende werden soweit begleitet, dass sie nach Möglichkeit selbstbestimmt und aktiv ihr Leben bis zuletzt leben können. Unsere Sterbebegleitung ist ausgerichtet auf den sterbenden Menschen und dessen individuelle bzw. persönliche Vorstellungen und Gefühle. Der Umgang mit Patientenverfügungen ist sichergestellt. Kulturelle und religiöse Wünsche des Patienten und seiner Angehörigen werden individuell berücksichtigt und veranlasst. Das Pflegepersonal ist im Rahmen seiner Ausbildung in den Grundsätzen der Sterbebegleitung geschult. Ärztliches und pflegerisches Personal mit gesonderter Qualifikation in der Palliativversorgung steht für die Begleitung sterbender Patienten zur Verfügung. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit, die Krankenhausseelsorge mit einzubeziehen. Diese sind nach den Standards der Deutschen Gesellschaft für Pastoralpsychologie in Klinischer Seelsorge ausgebildet. Die besondere Unterbringung in angemessen ausgestatteten Einzelzimmern soll nach Möglichkeit erfolgen, um den Angehörigen die Begleitung in und einen geschützten Abschied zu ermöglichen. Den unterschiedlichen konfessionellen und religiösen Bedürfnissen wird dabei Rechnung getragen.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Jeder Verstorbene wird individuell unter Respektierung seiner Würde und Berücksichtigung der religiösen und kulturellen Vorgaben, auf Wunsch auch mit Einbeziehung der Angehörigen, versorgt. Eine Liste mit Gebräuchen und Riten nicht christlicher Weltreligionen dient dem Pflegepersonal als Orientierung. Der Umgang mit Eltern nach Früh- und Fehlgeburten folgt einem verbindlichen Standard, dass den Eltern Zeit zum Abschied nehmen gibt und deren Wünsche berücksichtigt. Pflegekräfte, Ärzte und Seelsorger stehen im Rahmen ihrer Möglichkeiten zum Gespräch zur Verfügung. Für Beschäftigte werden über die innerbetriebliche Fortbildung Schulungen zum Thema Tod und Sterben angeboten. Ein eigener Aufbahrungsraum steht zur Verfügung.

2. Mitarbeiterorientierung

2.1. Personalplanung / Personalentwicklung

2.1.1 Personalbedarf

Die Planung des Personalbedarfs erfolgt unter Berücksichtigung des Leistungsspektrums, der Leistungsmengen sowie von Wirtschaftlichkeitsberechnungen und richtet sich dabei an der strategischen Entwicklung des Klinikums aus. Ebenso werden Kennzahlen der Pflegepersonalregelung herangezogen. Die Geschäftsführung erstellt einen Gesamtstellenplan zur Genehmigung durch den Aufsichtsrat. Zur Erstellung werden Gespräche mit den Chefarzten und der Pflegedirektion geführt. Nach Bedarf erfolgt eine detaillierte Leistungserfassung, die sich am Leistungsspektrum orientiert. Berücksichtigung bei der Stellenbesetzung finden auch tarifliche und/oder gesetzliche Änderungen.

2.1.2 Personalentwicklung

Das Klinikum Westfalen betreibt eine systematische Personalentwicklung. Diese richtet sich nach Bedarf, finanzieller Lage und Wunsch der Beschäftigten. Ein umfassendes Beurteilungssystem nach aktuellen Richtlinien ist ebenso eingeführter Bestandteil wie die Planung der Fort- und Weiterbildung. Mitarbeiter können die Schulung aus einem IBF-Katalog eigenständig auswählen. Mitarbeitergespräche finden im Rahmen von Zielvereinbarungsgesprächen statt. Diese wurden in ein Kon-

zept der leistungsorientierten Vergütung integriert. Ein umfassendes Fort- und Weiterbildungskonzept existiert Standortübergreifend. Es existiert ein Budget für Fort- und Weiterbildungen im Pflegedienst und ärztlichen Dienst, welches von den Leitungen der Bereiche verwaltet wird. Fachweiterbildungen werden gewünscht und unterstützt. Auswahl und Einsatz der Mitarbeiter erfolgen nach Qualifikation. Auszubildende werden umfassend vorbereitet und nach klaren Strukturen ausgebildet. Durch die Funktionen Gleichstellung und Schwerbehindertenvertretung wird der Aspekt Chancengleichheit bei der Personalentwicklung berücksichtigt.

2.1.3 Einarbeitung

Neuen Beschäftigten gewährleisten wir eine professionelle Einarbeitung. In jeder Abteilung gibt es individuelle Einarbeitungskonzepte. Ein dreistufiges Einarbeitungskonzept ist etabliert. Im Konzept sind Mitarbeitergespräche (Erst- und Entwicklungsgespräch) im Rahmen der Probezeit geplant. Zum Ende der Probezeit erfolgt ein Gespräch mit dem Vorgesetzten, in dem das Einarbeitungskonzept auf Vollständigkeit überprüft wird. Alle neuen Beschäftigten erhalten durch die Personalabteilung eine Begrüßungsmappe mit wichtigen Informationen und einen "Laufzettel" zum Vorstellen in wichtigen Bereichen. In den ärztl. Kliniken gibt es einen schriftlichen Einarbeitungsplan, der dem Kenntnisstand des neuen Beschäftigten entsprechend umgesetzt wird. Am ersten Arbeitstag wird grundsätzlich in die Bereiche EDV und Codierung eingewiesen. Weitere spezifische Einarbeitungspläne/Konzepte liegen in den Funktionsbereichen vor. Für die Wiedereingliederung der Beschäftigten existiert ein eigenes Konzept mit Begleitung des Mitarbeiters.

2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Neben der Ausbildung "Gesundheits- und Krankenpflege", gibt es die kaufmännische Ausbildung, das Praktische Jahr der Medizinstudenten, die Ausbildung zur medizinischen Fachangestellten, die Ausbildung zum operationstechnischen Assistenten, anästhesietechnischen Assistenten, chirurgisch-technischen Assistenten und medizinisch-technischen Radiologieassistenten. Die Theorie-Praxis-Vernetzung wird durch ein umfassendes Konzept sowie durch einen geregelten Informationsaustausch zwischen den Krankenpflegeschulen und dem Klinikum sichergestellt. Der theoretische Unterricht der Krankenpflegeausbildung erfolgt (im Rahmen der Fusion) sowohl an der Zentralschule der Knappschaft als auch an der Krankenpflegeschule am St.-Marien-Hospital Lünen. Die praktische Ausbildung erfolgt mit Unterstützung einer standortübergreifend freigestellten qualifizierten Praxisanleiterin und mehreren Praxisanleitern auf den einzelnen Stationen. Der Stand der Ausbildung wird durch systematische schriftliche und praktische Leistungskontrollen überprüft. Die duale

Ausbildung der Gesundheits- und Büro- und IT-Kaufleute ist durch einen Ausbildungsplan geregelt, in dem der zeitliche Einsatz der Auszubildenden in den Abteilungen der Verwaltung festgelegt ist.

2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance

Die Arbeitszeiten sind durch Betriebsvereinbarungen zwischen Verwaltung und Betriebsrat geregelt. Auf dieser Grundlage werden die Dienstpläne der einzelnen Abteilungen/Berufsgruppen festgelegt. Im gesamten Klinikum werden die tatsächlichen Arbeitszeiten über ein elektronisches Zeitdatenerfassungssystem dokumentiert und mit einem Dienstplanprogramm erfasst. Durch Überprüfung und Ausschöpfung der Möglichkeiten flexibler Arbeitszeitgestaltung berücksichtigen wir die Bedürfnisse unserer Beschäftigten und sichern Arbeitsplätze.

2.1.6 Ideenmanagement

Die Ideen- und Vorschlags-Börse (IVB) ist ein geregeltes Verfahren mit Prüfungs- und Bewertungskriterien sowie Vorgaben für die Berechnung von Geldprämien für Mitarbeitervorschläge. Die Koordination erfolgt durch den IVB-Beauftragten. Nach Prüfung eines Vorschlags durch zwei fachlich kompetente Beschäftigte entscheidet ein Vorschlagsausschuss über Umsetzung und Prämierung.

3. Sicherheit - Risikomanagement

3.1. Patientenbezogene Risiken

3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements

Risikoanalysen werden aktuell an allen Standorten strukturiert erfasst, bewertet und im Risikoatlas veröffentlicht. Über ein Formular aus dem Intranet können Beschäftigte eine Meldung erstellen die dann an das QM gesendet wird. In folgenden Bereichen sind Risikoanalysen bereits ein gelebter Standard: Sturz, MRSA (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus) -Eingangsscreening, Patientenarmbänder Dekubitus, CIRS (Critical Incident Reporting System), ZSVA (Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung) und Wundmanagement. Die angstfreie Meldung von kritischen Fällen ist durch eine Absichtserklärung der Betriebsleitung sichergestellt.

3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung

Es existiert ein Standard zur "Anordnung und Dokumentation von Fixierungen". Durch bauliche Maßnahmen sowie festgelegte Verfahren ist sichergestellt, dass die Aufsichtspflicht für gefährdete Personengruppen gewährleistet ist. Maßnahmen zur Verhinderung von Eigen- und Fremdgefährdung werden unter Beachtung von gesetzlichen Vorgaben durchgeführt. Bei den Renovierungs- und Sanierungsarbeiten wird auf die Anpassung der Begebenheiten und der räumlichen Ausstattung geachtet. Zusätzlich wird auf die Bedürfnisse älterer und behinderter Menschen besonderer Wert gelegt (z. B. barrierefreie Zugänge zum Bad, abklappbare Tische in den Zimmern, Handläufe). Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit sind umgesetzt.

3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement

Die Vorgehensweise bei einem medizinischen Notfall ist umfassend geregelt. Durch eine Notfallnummer wird ein Reanimationsteam alarmiert. Eine standardisierte Notfalleinrichtung steht bereit und wird regelmäßig überprüft. Es finden jährlich Pflichtunterweisungen der Beschäftigten zum Notfallmanagement mit praktischen Reanimationsübungen sowie eine Überprüfung der erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten statt.

3.1.4 Organisation der Hygiene

Die personelle Verantwortung für die Hygiene in allen Bereichen ist in den Hygieneleitlinien geregelt. Ein freigestellter Krankenhaushygieniker mit einem Team von acht Hygienekräften betreut das Klinikum Westfalen. Verantwortlich sind die freigestellten Fachkräfte und die hygienebeauftragten Ärzte. Eine Hygienekommission arbeitet kontinuierlich, ggf. werden weitere Beschäftigte des Klinikums eingebunden. Die Hygienekommission tagt mehrmals jährlich und bespricht die aktuellen Anforderungen an die Hygiene. Der Hygieneplan wird regelmäßig aktualisiert. Begehungen und Hygienevisiten werden durchgeführt. Pflichtschulungen zum Arbeitsschutz/Hygienschutz sind etabliert. Das HACCP-Konzept (Hazard Analysis and Critical Control Points) ist in der Zentralküche am Standort Dortmund umgesetzt.

3.1.5 Hygienerrelevante Daten, Infektionsmanagement

Zur Erfassung und Nutzung hygienerrelevanter Daten es existiert ein Hygienekonzept. In diesem Konzept sind sowohl die internen Planungen als auch der externe Meldeweg schriftlich fixiert. Verantwortlich für die Planung ist die Hygienefachkraft, verantwortlich für die Einhaltung der Vorgaben sind die Chefärzte der einzelnen Kliniken. Als übergreifendes Kontrollorgan ist die Hygienekommission installiert. Die Geschäftsordnung der Hygienekommission regelt die Aufgaben der Kommission und den Ablauf der Sitzungen.

Der Hygieneplan des Klinikums auf Grundlage der entsprechenden Gesetze und Richtlinien regelt umfassend die Maßnahmen zur Infektionsprävention. In einem besonderen Teil des Hygieneplans sind Vorgaben zum Umgang mit Patienten mit speziellen Erregern beschrieben. Es werden dem Personal umfangreiche Schulungen zur Infektionsprophylaxe angeboten. Ein risikoadaptiertes Screening auf multiresistente Keime bei der Patientenaufnahme ist eingeführt. Das Klinikum ist Gründungsmitglied der MRSA-Netzwerke Dortmund und Unna. Das Klinikum nimmt an der "Aktion saubere Hände" teil.

3.1.6 Arzneimittel

Im Klinikum wird der Umfang der zur Verfügung stehenden Arzneimittel durch eine interdisziplinäre Arzneimittelkommission festgelegt und regelmäßig aktualisiert. Die Anwendung von Arzneimitteln sowie der Umgang mit Nebenwirkungen sind durch verschiedene Richtlinien und Standards ebenso geregelt wie die Verantwortlichkeiten bei unerwünschten Nebenwirkungen. Um ungewollte Wechselwirkungen frühzeitig zu erkennen wird ein Arzneimittel-Informationen-Dienst „AiD“ verwendet. Die Medikation wird über die Software auf Wechselwirkungen überprüft. Die strukturierte Vorgehensweise zur Arzneimitteltherapie ist umfangreich geregelt. Die Anordnung der Medikamente erfolgt durch die behandelnden Ärzte, die Bereitstellung durch die Pflegekräfte.

3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin

Die Verfahren zur Beschaffung und Bereitstellung von Blutprodukten und Plasmaderivaten sind durch die entsprechenden Kommissionen geregelt. Für die Vorbereitung und Durchführung von Bluttransfusionen liegen Verfahrensregelungen vor, eine Transfusionsverantwortliche Person und Transfusionsbeauftragte sind benannt. Weiterhin gibt es detaillierte Arbeitsanweisungen für die Eigenblutspende, das Blutdepot und das Labor. Ein Qualitätsmanagement-Handbuch für die klinische Anwendung

von Blut- und Blutprodukten liegt vor. Sämtliche transfusionsmedizinische Daten werden in einer speziellen Software erfasst. Die interne Qualitätskontrolle wird regelmäßig durchgeführt.

3.1.8 Medizinprodukte

Beschäftigte, die medizinische Geräte in ihrem Aufgabengebiet bedienen, werden vor der Erstanwendung in die Handhabung durch eine vom Klinikum beauftragte Person eingewiesen. Die Dokumentation von Einweisungen erfolgt in einer speziellen Software. Bei Neubeschaffungen werden systematisch Einweisungen durchgeführt. Für technische Medizinprodukte existieren Gerätebücher. Die Medizinprodukteverantwortlichen und -beauftragten für die einzelnen Bereiche sind benannt. Die Regelungen zur Anwendung von Medizinprodukten sind in Dienstanweisungen festgelegt und den Beschäftigten zur Kenntnis gebracht worden.

3.2. Schutz- und Sicherheitskonzepte

3.2.1 Arbeitsschutz

Der Arbeitsschutz wird entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen durchgeführt. Ein Arbeitssicherheitsausschuss sowie ein betriebsärztlicher Dienst sind eingerichtet. Für jeden Standort sind Fachkräfte für Arbeitssicherheit & Sicherheitsbeauftragte benannt. Für die verschiedenen Bereiche sind Verantwortliche für den Strahlenschutz benannt. Betriebsbegehungen und Unterweisungen der Beschäftigten im Strahlenschutz finden jährlich statt. Regelmechanismen für den Bereich Gefahrstoffe sind fest im betrieblichen Ablauf integriert und Gefahrstoffbeauftragte sind benannt. Arbeitsunfälle werden systematisch erfasst und an die zuständigen Stellen weitergeleitet.

3.2.2 Brandschutz

Ziel des Brandschutzes ist es, alle gesetzlichen Anforderungen auf höchstem Niveau sicherzustellen, um Brände zu verhindern und im Brandfall eine Ausbreitung des Feuers zu verhindern. Es existieren Brandschutzordnungen, die die Regelung des Brandschutzes behandeln. Darin enthalten sind Verhaltensregeln und vorbeugende Maßnahmen sowie die entsprechenden Verantwortlichkeiten. Die Brandschutzpläne werden nach einem festen Plan durch den Brandschutzbeauftragten geschult. Die

Einrichtungen sind an den zentralen Stellen mit Flucht- und Rettungswegplänen ausgestattet. Die Brandschutzanlagen unterliegen ständiger Kontrollen. Rauch- und Brandschutztüren sind in Abstimmung mit der Feuerwehr eingebaut. Feuermelder und Feuerlöscher sind in allen relevanten Bereichen installiert. Brandschutzschulungen, -übungen sowie Evakuierungsübungen finden statt. Die Überprüfung der Brandschutzmaßnahmen erfolgt durch externe und interne Begehungen.

3.2.3 Datenschutz

Zur Berücksichtigung des Datenschutzes auf Basis des Bundesdatenschutzgesetzes sowie auf internen Richtlinien existieren klare Regelungen. Grundsätzlich ist jeder Beschäftigte in seinem Arbeitsbereich zur Gewährleistung des Datenschutzes verpflichtet. Der Zugriff auf das EDV-System ist durch Passwörter und differenzierte Zugriffsberechtigungen geregelt. Für den Datenschutz im Verbund ist der Datenschutzbeauftragte verantwortlich. Der Datenschutz ist ein Grundbestandteil bei allen Begehungen & Audits. Schulungen werden regelmäßig vom Datenschutzbeauftragten angeboten.

3.2.4 Umweltschutz

Im Leitbild ist die ökologische Orientierung als Grundsatz hinterlegt. Die Umweltziele sind darauf ausgerichtet, in den Bereichen Abfall, Energie und Wasser eine umweltorientierte Zielstellung neben betriebswirtschaftlichen Aspekten in den Focus zu stellen. Das Klinikum hat ein Umweltmanagement mit einer Umweltkommission, internen Audits, ein umfassendes Umweltmanagementhandbuch, einer Umweltpolitik mit Umweltzielen, sowie einer festgelegten Organisationsstruktur inkl. allen Beauftragten. Für die Beschaffung von Gefahrstoffen und ökologisch bedenklichen Produkten gibt es ein festgelegtes Verfahren welches gewährleistet, dass keine neuen bedenklichen Produkte ohne Prüfung eingesetzt werden.

3.2.5 Katastrophenschutz

Hausinterne, nichtmedizinische Notfallsituationen und der Katastrophenschutz sind im Klinikum geregelt. Das Klinikum Westfalen ist in den Katastrophenschutz nach Landesrecht eingebunden. Dies bedeutet, dass im Falle eines Großschadensereignisses Ressourcen zur Verfügung stellen und in die Versorgung der Notfallpatienten eingebunden sind. Es existieren Einsatz- und Alarmpläne, die das Verhalten bei hausinternen Katastrophen/Bränden und bei Bedrohung von außen regeln. Die Plä-

ne enthalten Handlungsanweisungen für die Telefonzentralen. Großschadensfallereignisübungen sorgen für eine größere Durchführungssicherheit im Realfall. Die letzte Katastrophenschutzübung wurde mit der Feuerwehr und dem Rettungsdienst im September 2014 am Standort Kamen durchgeführt.

3.2.6 Ausfall von Systemen

Der Einsatz- und Alarmplan regelt u. a. die Zuständigkeiten für folgende Situationen:

- Verhalten bei Feuer/Brand
- Ausfall technischer Anlagen (z. B. Stromausfälle, Sauerstoffversorgung, Druckluftversorgung, ...)

Für diese Notfallsituationen liegen im Technischen Dienst weitergehende Handlungsanweisungen vor. Darüber hinaus existiert eine Brandschutzordnung, die den Mitarbeitern bekannt ist (Inhalt der verpflichtenden Brandschutzschulung) und in allen Abteilungen ausliegt. Bei einem Ausfall der Telefonanlage werden alle ankommenden Gespräche automatisch auf das Notfalltelefon an der Pforte weitergeleitet und von dort aus koordiniert. Die Notstromversorgung aller wichtigen Betriebsteile ist über das Notstromaggregat abgesichert. Die medizinische Gasversorgung funktioniert beim Sauerstoff als auch bei der Druckluft nach dem Prinzip der Versorgung aus drei Quellen, so dass beim Ausfall einer Quelle die Versorgung weiter gesichert ist.

4. Informations- und Kommunikationswesen

4.1. Informations- und Kommunikationstechnologie

4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Das Klinikum ist an ein vernetztes EDV-System der Knappschaft angeschlossen welches u. a. ein Krankenhausinformationssystem, verschiedene funktionspezifische Informationssysteme und einen E-Mail-Service beinhaltet. Alle berechtigten Beschäftigten können in unterschiedlichem Umfang zeitlich uneingeschränkt auf das interne Netzwerk zugreifen. Zur Kompetenzerweiterung werden den Beschäftigten Schulungen angeboten.

4.2. Patientendaten

4.2.1 Klinische Dokumentation

Für die Patientendokumentation besteht eine verbindliche Verfahrensanweisung. Im Rahmen der Patientenmeldung werden die Patientenstammdaten unter Wahrung des Datenschutzes elektronisch erfasst. Eine Patientenakte wird elektronisch angelegt und alle relevanten Informationen zeitnah dokumentiert. Über das Krankenhausinformationssystem kann ständig auf die elektronischen Patientendaten zugegriffen werden. Computertomographie-, Magnetresonanztomographie- und Röntgenbefunde sind digital in das Krankenhausinformationssystem eingebunden.

4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

Es existiert ein Patientendokumentationssystem, auf das ein zeitlich uneingeschränkter Zugriff möglich ist. Dieses System richtet sich nach den für das Krankenhaus verbindlichen Datenschutzrichtlinien. Die Papierakten sind digitalisiert und stehen für berechtigte Personen an jedem Arbeitsplatz zur Verfügung. Darüber hinaus kann elektronisch auf die maßgeblichen Patientendaten incl. der bildgebenden Diagnostik über das EDV-System zugegriffen werden.

4.3. Informationsmanagement

4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Die Geschäftsführung wird über das interne Berichtswesen sowie die tägliche Darstellung der Belegungssituation, Vorkommnisse und Abmeldungen des Hauses ständig über die Ist-Situation in Kenntnis gesetzt. Bei außergewöhnlichen Ereignissen ist mindestens ein Mitglied der Betriebsleitung oder Geschäftsführung jederzeit sofort persönlich oder telefonisch erreichbar. Zusätzlich ist die Betriebsleitung mit mindestens einem Mitglied in allen Gremien und Kommissionen vertreten. Die Klinikleitung erhält über alle relevanten Ereignisse rechtzeitige und vollständige Informationen. Ein Data-Ware-House ermöglicht den tagesaktuellen Zugriff auf relevante Kennzahlen.

4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Im Klinikum gibt es verschiedene Regelungen bezüglich der Kommunikationsstruktur innerhalb und zwischen den einzelnen Bereichen. Es finden täglich abteilungsinterne ärztliche Besprechungen statt. Die pflegerische Patientenübergabe erfolgt dreimal täglich mündlich im Übergabegespräch und schriftlich im Pflegebericht. Das Konsiliarwesen ist mittels entsprechender Formulare einheitlich geregelt. Über aktuelle Besonderheiten wird in den täglichen Besprechungen und Dienstübergaben sowie durch Rundschreiben informiert (regelmäßige Newsletter). Eine systematische Information der Öffentlichkeit über aktuelle Veranstaltungen oder Neuerungen erfolgt durch die Abteilung Öffentlichkeitsarbeit. Pressegespräche und Hintergrundberichte werden regelmäßig geführt und dokumentiert. Die Spektren der Krankenhäuser sowie die Ambulanzzzeiten sind in den Krankenhausbroschüren und der Homepage abgebildet. Die Informationsweitergabe an Patienten und Angehörige erfolgte über die folgenden Medien: Internetauftritt, Facebook, Informationsveranstaltungen und Patientenseminare (Ankündigungen durch Presse), Informationsbroschüren und Flyer (Krankenhausprospekt, Zentrumsbroschüren, Informationsflyern zu bestimmten Erkrankungen und Behandlungen etc.). Alle Medien stehen auf der Homepage zum Download zur Verfügung. Für den Fall, dass Patienten oder Beschäftigte vor Medien zu schützen sind, besteht ein Notfallkonzept.

5. Unternehmensführung

5.1. Unternehmensphilosophie und -kultur

5.1.1 Philosophie/Leitbild

Das aktuelle Leitbild ist im Sommer 2016 aus den Leitbildern der vier Betriebsteile Dortmund, Lütgendortmund, Lünen und Kamen erwachsen und führt die Philosophien aller vier Häuser zusammen. Hierzu wurde ein extra Workshop mit Mitarbeitern aller Bereiche in einer Steuergruppe durchgeführt. Durch die Veröffentlichung des Leitbildes setzt sich das Krankenhaus selbst einen Maßstab für sein Handeln. Dezentrale Leitbilder existieren in verschiedenen Bereichen. In den jährlichen Leitbildworkshops werden kontinuierlich Ansatzpunkte zur Implementierung des Leitbildes in die tägliche Arbeit entwickelt.

5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Die Betriebsleitung fördert durch geeignete Maßnahmen das gegenseitige Vertrauen und den gegenseitigen Respekt gegenüber den Beschäftigten. Alle Mitglieder der Betriebsleitung sind für die Beschäftigten ansprechbar. In den Monatsgesprächen zwischen der Betriebsleitung und dem Betriebsrat wird kontinuierlich über Entwicklungen gesprochen.

5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Ethische Problemstellungen und Aspekte werden im Klinikum durch ein Ethikkomitee systematisch bearbeitet. Seelsorge, Pflegekräfte und Ärzte erarbeiten hier gemeinsam Lösungsvorschläge und Richtlinien für ethische Konfliktsituationen. Bei Bedarf werden Vertreter anderer Berufsgruppen hinzugezogen. Eine Geschäftsordnung regelt die Arbeit des Komitees. Die Arbeitsergebnisse werden regelmäßig intern veröffentlicht. Die Nutzung seelsorgerischen Beistands ist für alle Patienten jederzeit möglich.

5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Eine systematische Information der Öffentlichkeit über aktuelle Veranstaltungen oder Neuerungen erfolgt durch die Abteilung Öffentlichkeitsarbeit. Pressegespräche und Hintergrundberichte werden regelmäßig geführt und dokumentiert. Das Spektrum des Krankenhauses sowie die Ambulanzzeiten sind in den Krankenhausbroschüren und der Homepage hinterlegt. Des Weiteren findet ein Informationsaustausch über das Internet und soziale Medien statt.

5.2. Strategie und Zielplanung

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung

Die Zielplanung wurde in Abstimmung zwischen den Chefärzten und der Geschäftsführung entwickelt. Die Zielplanung ist im Strukturkonzept zur Regionalplanung hinterlegt. Das Ergebnis dieser Zielplanung ist die Entwicklung des zukünftigen medizinischen Leistungsspektrums, aber auch z. B. Anbindung von Arztpraxen an das Krankenhaus.

5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement

Das Risikomanagement ist eine Aufgabe für alle Beschäftigten unseres Hauses. Dabei sind alle Beschäftigten aufgefordert, aktiv Risiken zu erkennen und im Rahmen der vorhandenen Hierarchie unverzüglich zu kommunizieren. Die Geschäftsführung ist für die inhaltlichen und organisatorischen Vorgaben zum Chancen & Risikosystem sowie deren permanente Umsetzung verantwortlich. Sie ist Empfänger der turnusmäßigen Chancen- und Risikoberichte sowie der „Ad-hoc“-Berichte. Auf Basis dieser Berichte analysiert sie die Chancen- und Risikosituation, leitet gegebenenfalls Maßnahmen zur Steuerung von Risiken bzw. zur Wahrnehmung von Chancen ein und verfolgt deren Wirkung.

5.2.3 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Die multiprofessionelle Zusammenarbeit wird durch interdisziplinäre, fachübergreifende Fallbesprechungen, Tumorkonferenzen und die Umsetzung der klinischen Behandlungspfade sichergestellt. In interdisziplinären Tumorkonferenzen werden patientenindividuelle Therapiekonzepte erarbeitet. Eine systematisierte Zusammenarbeit mit den Selbsthilfegruppen besteht vor allem in den Organzentren und am Standort Lütgendortmund der mit dem Zertifikat „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ ausgezeichnet wurde. Im Zuge der Spezialisierung stehen Fachpflegekräfte zur Verfügung (Wundmanagement, Pain Nurse etc.).

Die Kooperation mit externen Partnern ist vertraglich geregelt. Sie erfolgt telefonisch und/oder schriftlich als Konsil. Benötigte Vorbefunde werden zur Verfügung gestellt. In allen Kompetenzzentren finden interdisziplinäre Fall- sowie Teambesprechungen statt.

5.3. Unternehmensentwicklung

5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

Zur Existenzsicherung des Klinikums verfolgen wir das Ziel der zukunftsorientierten Planung des medizinischen und pflegerischen Leistungsspektrums unter Beachtung des rechtlichen Umfelds und der notwendigen baulichen Veränderungen zur Befriedigung medizinischer, pflegerischer, hygienischer und komfortbezogener Bedürfnisse. Dies geschieht durch die Einbeziehung der Mitarbeiter in die Organisationsentwicklung sowie die Entwicklung und Umsetzung von Neuerungen in Projektteams unter Planung von Erprobungsphasen. Für die Sammlung der Informationen über hausinterne Prozesse in Form von Verfahrensanweisungen steht ein elektronisches Dokumentenmanagementsystem als Wissensspeicher zur Verfügung.

5.3.2 Innovation und Wissensmanagement

Zur Existenzsicherung des Klinikums verfolgen wir das Ziel der zukunftsorientierten Planung des medizinischen und pflegerischen Leistungsspektrums unter Beachtung des rechtlichen Umfelds und der notwendigen baulichen Veränderungen zur Befriedigung medizinischer, pflegerischer, hygienischer und komfortbezogener Bedürfnisse. Dies geschieht durch die Einbeziehung der Mitarbeiter in die Organisationsentwicklung sowie die Entwicklung und Umsetzung von Neuerungen in Projektteams

unter Planung von Erprobungsphasen. Für die Sammlung der Informationen über hausinterne Prozesse in Form von Verfahrensanweisungen steht ein elektronisches Dokumentenmanagementsystem als Wissensspeicher zur Verfügung.

6. Qualitätsmanagement

6.1. Struktur und Ablauf

6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Als Stabstelle der Geschäftsführung ist das Qualitätsmanagement für die Koordination, Information und Unterstützung sämtlicher QM-Projekte verantwortlich. Die Steuerung der Projekte erfolgt über einen interdisziplinären QM-Steuerkreis, in den die Betriebsleitung integriert ist. Sämtliche Verbesserungsprojekte fließen in eine Qualitätsprojektmatrix mit Ziel, Maßnahmen, Zeitziele und Verantwortlichkeiten. Die Kompetenzen der Beschäftigten werden durch Moderations- und Qualitätsmanagementschulungen unterstützt.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung

Zur Planung und Steuerung der wesentlichen Prozesse und zur Unterstützung der Kundenanforderungen wurden systematisch Qualitätsmanagementsysteme mit Zertifizierungen in Teilbereichen zur Unterstützung des Gesamtsystems eingesetzt. Durch elektronische Behandlungspfade werden einige der stationären Patienten standardisiert gesteuert. Die Beschäftigten werden grundsätzlich in die Gestaltung der Prozesse eingebunden. Schulungen zum Prozessmanagement werden über die innerbetriebliche Fortbildung angeboten.

6.2. Befragungen

6.2.1 Patientenbefragung

Zur Steuerung des Qualitätsmanagements nutzt die Betriebsleitung eine standardisierte Patientenbefragung, an der alle Knappschaftskrankenhäuser und Beteiligungsgesellschaften teilnehmen. Die Ergebnisse der Befragungen werden diskutiert, Verbesserungspotenziale identifiziert und als Projekte in den Projektplan aufge-

nommen. Die Befragungen sind kontinuierlich angelegt, neue Ergebnisse dienen der Überprüfung eingeleiteter Verbesserungsmaßnahmen. Darüber hinaus erfolgen umfangreiche interne Befragungen zu unterschiedlichen Projekten und Zentren.

6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Externe Befragungen finden im Bereich der einweisenden Ärzte und weiterer Kooperationspartner statt. Die Befragungen werden standardisiert und anonym durchgeführt. Die ermittelten Ergebnisse werden analysiert, Verbesserungspotentiale abgeleitet und entsprechende Maßnahmen eingeleitet.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Ziel des Krankenhauses ist, durch regelmäßige Beschäftigtenbefragungen Verbesserungspotentiale zu erkennen, diese transparent zu machen und durch geeignete Maßnahmen einzuleiten. Die Krankenhausleitung nutzt die Befragungen als strategisches Leitungsinstrument und stellt die entsprechenden finanziellen und personellen Ressourcen zur Verfügung.

6.3. Meinungsmanagement

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

Das Klinikum sammelt umfangreiche, qualitätsrelevante Daten. Über Wartezeitenmessungen, Klinische Behandlungspfade, Medizincontrolling, Beschwerdemanagement, Befragungen und Messung von Qualitätsindikatoren werden Daten erhoben und mit den Berufsgruppen besprochen. Im Bereich des Onkologischen Zentrums und anderen Zentren werden medizinische Ergebnisqualitätsparameter als klinische Kennzahlen erhoben (z. B. Komplikationen, Revisionen). Darüber hinaus beteiligt sich das Haus freiwillig an externen Qualitätssicherungsprojekten z. B. für Darm-, Prostata-, und Brustkrebspatienten. Die Analyse weiterer qualitätsrelevanter abteilungsbezogener Daten erfolgt anhand von Leistungszahlen und Qualitätsindikatoren.

6.4. Qualitätsrelevante Daten

6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren

Das Klinikum nimmt entsprechend den gesetzlichen Vorgaben an der externen Qualitätssicherung nach §137 SGB V teil. Die Daten werden gemäß den gesetzlichen Vorgaben dezentral erfasst. Über festgelegte interne Organisationsstrukturen ist die Erfassung und Dokumentation sichergestellt. Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung werden in allen Fachabteilungen jährlich in den Abteilungsbesprechungen sowie bei Auffälligkeiten auch unterjährig diskutiert. Eine monatliche Statistik wird der Geschäftsführung und den Chefärzten vorgelegt.