



Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen

## KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009 für Krankenhäuser

Klinikum Westfalen

<b>Krankenhäuser:</b>	Klinik am Park Lünen	Knappschaftskrankenhaus Dortmund
<b>Institutionskennzeichen:</b>	260591619	260591619
<b>Anschrift:</b>	Brechtener Straße 59 44536 Lünen	Am Knappschaftskrankenhaus 1 44309 Dortmund
<b>Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:</b>	2013-0045 KHVB	
<b>durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:</b>	DIOcert GmbH, Mainz	
<b>Gültig vom:</b>	31.05.2013	
<b>bis:</b>	30.05.2016	

## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort der KTQ®</b> .....	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b> .....	<b>5</b>
<b>Die KTQ-Kategorien</b> .....	<b>7</b>
1. Patientenorientierung .....	8
2. Mitarbeiterorientierung .....	15
3. Sicherheit .....	18
4. Informations- und Kommunikationswesen .....	22
5. Führung .....	24
6. Qualitätsmanagement.....	26

## 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, alternative Wohnformen und Rettungsdienstleistungen.

Gesellschafter der KTQ® sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene<sup>1</sup>, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) und der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e. V. (HB). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

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

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Führung des Krankenhauses und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

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

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren® gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft.

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

---

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

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

Wir freuen uns, dass das **Klinikum Westfalen, Knappschafts Krankenhaus Dortmund und Klinik am Park in Lünen** 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 <http://www.ktq.de/> abrufbar.

**Dr. med. G. Jonitz**

Für die Bundesärztekammer

**S. Wöhrmann**

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

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

Für die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

**A. Westerfellhaus**

Für den Deutschen Pflegerat

**Dr. med. M. Vogt**

Für den Hartmannbund

## Vorwort der Einrichtung

### W.I.R. - Wegweisend, impulsgebend in der Region!



Sehr geehrte Leserin,  
sehr geehrter Leser,

aus der Versorgung für Bergleute gewachsen, hat sich das Klinikum Westfalen mit seinen Standorten Knappschaftskrankenhaus Dortmund und Klinik am Park Lünen-Brambauer zu einem modernen Dienstleistungszentrum im Gesundheitswesen für die gesamte Bevölkerung entwickelt. Gutes wurde erhalten und weiterentwickelt. Dies zeigt sich am fachübergreifenden Teamdenken ebenso wie in der ganzheitlichen Gesundheitsversorgung auf der Grundlage gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse und durch den Einsatz modernster Medizintechnik.

Ein Name, zwei gute Häuser in Ihrer Nähe. Dies war der Leitgedanke, der 2010 zum Zusammenschluss des Knappschaftskrankenhauses Dortmund und der Klinik am Park Lünen Brambauer unter dem Dach des Klinikums Westfalen führte. Als Arbeitgeber mit rund 1.400 Beschäftigten, darunter 90 Auszubildende, ist das Klinikum Westfalen ein gewichtiger Wirtschaftsfaktor in der Region. Die Knappschaft-Bahn-See und die Stadt Lünen betreiben das Klinikum Westfalen als GmbH. Die Knappschaft-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 Diabeteszentrums, die Qualitätszertifizierung - nach den Vorgaben der deutschen Krebsgesellschaft - des Darmzentrums, Prostatazentrums, Brustzentrums und des Cancer Centers, die Etablierung des Patientenbeschwerdemanagements, regelmäßige Patienten- und Mitarbeiterbefragungen, der Aufbau und die Weiterentwicklung einer systematischen innerbetrieblichen Fortbildung, sowie unter anderem die Einführung von klinischen Behandlungspfaden.

An den beiden Standorten des Klinikum Westfalen erfolgt eine ambulante und stationäre Grund- und Regelversorgung von jährlich 90.000 Patientinnen und Patienten. Das Behandlungsangebot für die Patienten, die in erster Linie aus dem östlichen Ruhrgebiet zur Behandlung kommen, umfasst - bis auf die großen Organtransplantationen - 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. Beide Standorte des Klinikums Westfalen sind jeweils 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. Hier können sich die Patientinnen und Patienten sicher und geborgen fühlen. Die KTQ-Zertifizierungen sind letztendlich ein wichtiger Meilenstein für die Zukunftssicherung und Standorterhaltung des Knappschaftskrankenhauses Dortmund, 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.

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

Die Geschäftsführung des KLINIKUM WESTFALEN

# Die KTQ-Kategorien

# 1. Patientenorientierung

## 1.1. Rahmenbedingungen der Patientenversorgung

### 1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Die Standorte des Klinikums sind mit allen Verkehrsmitteln gut zu erreichen, Parkplätze stehen in ausreichender Anzahl zur Verfügung. Patientenbroschüren und die Internetadresse [www.klinikum-westfalen.de](http://www.klinikum-westfalen.de) geben Auskunft über die Leistungsspektren. 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 aufeinander abgestimmt, dies erfolgt in enger Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten.

### 1.1.2 Leitlinien

Zur Gewährleistung einer Behandlungsqualität nach aktuellem Stand der Wissenschaft finden klinikumweit die medizinischen Leitlinien der Fachgesellschaften Beachtung. Die Etablierung der Organ- und Kompetenzzentren sichern die Leitlinienorientierung und die regelmäßige Überprüfung der Behandlungsprozesse. Die weit über 100 klinischen Behandlungspfade basieren grundsätzlich auf medizinischen Leitlinien. Im gesamten Klinikum wird nach Pflegestandards gearbeitet. Die Expertenstandards in der Pflege sind umgesetzt.

### 1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Es erfolgt eine Aufklärung des Patienten durch den Arzt bezüglich sämtlicher durchzuführender Behandlungsschritte. Die Planung erfolgt ggf. unter Einbeziehung der Angehörigen oder Betreuer. Patienten werden im ärztlichen Gespräch auf mögliche Konsequenzen der Behandlung hingewiesen. Bei der Aufnahme und auf den Stationen werden dem Patienten die notwendigen Informationen in Form von Informationsmappen und Broschüren bereitgestellt. Flexible Besuchszeiten ermöglichen eine gute Erreichbarkeit der Patienten. In den täglichen Visiten erfolgt eine kontinuierliche Anpassung der Behandlungsplanung. Religiös begründete Wünsche und Patientenverfügungen bzw. Vorsorgevollmachten werden berücksichtigt. Ein Dolmetscherdienst inklusive Gebärdensprache und Liste anderssprachiger Mitarbeiter stehen zur Verfügung.

### 1.1.4 Service, Essen und Trinken

An beiden Standorten bieten wir Ernährungsberatungen sowie Diabetikerschulungen an. 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 und patientenfreundlich eingerichtet. An beiden Standorten werden spezifische Räumlichkeiten wie Aufenthaltsräume, Besprechungsräume, Raum der Stille und Cafeteria vorgehalten. Der Raum der Stille kann von allen Glaubensrichtungen genutzt werden. Auf der Säuglingsstation am Standort Dortmund ist ein Familienzimmer vorhanden. Das Essen wird dort in Buffetform angeboten.



### 1.1.5 Kooperationen

Die multiprofessionelle Zusammenarbeit wird durch interdisziplinäre 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. Im Zuge der Spezialisierung stehen Fachpflegekräfte zur Verfügung (Wundmanagement, Pain Nurse etc.). Die Kooperation mit den 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.

## **1.2. Notfallaufnahme**

### 1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die Notaufnahme ist an beiden Standorten 24 Stunden / 7 Tage durch qualifiziertes ärztliches und pflegerisches Personal sichergestellt. 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 medizinischer 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. Ambulante Versorgung**

### 1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Ambulante Diagnostik und Behandlung werden über Spezial-Sprechstunden angeboten. Sie sind im Internet einsehbar. Es gibt in Teilbereichen KV-Zulassungen, in der urologischen Ambulanz für die kinderärztliche Versorgung. Darüber hinaus verfügen die Ambulanzen am Standort Dortmund über Zulassungen für die Versorgung knappschaftlich versicherter Patienten. In den Ambulanzen wird an Werktagen stets ein Facharzt zur Verfügung gestellt. Außerhalb der Regelarbeitszeit übernimmt die zentrale Notaufnahme die Versorgung der ambulanten Patienten. 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.

### 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. Die Schmerztherapie wird bereits bei der OP-Vorbereitung festgelegt. 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 und Behandlungsplanung

Die Behandlung wird unter Definition der Ziele vom aufnehmenden Arzt in einem Behandlungsplan festgelegt. Bei fachabteilungsübergreifenden Besonderheiten wird ein interdisziplinäres Verfahren 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 täglichen Visiten und individuellen Terminabsprachen werden sowohl Patienten als auch Angehörige über den Behandlungsverlauf informiert. Befundergebnisse und Aufklärungsgespräche werden zeitnah geführt und mitgeteilt.

### 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. Im Rahmen der Organzentren ist die Anwendung von Leitlinien durch die Deutsche Krebsgesellschaft/Land NRW im besonderen Maße fest geregelt. Das therapeutische Vorgehen wird hier in interdisziplinären Tumorkonferenzen abgestimmt.

Die Intensivstationen sind an beiden Standorten in drei Schichten mit einem erfahrenen Notfallteam (Ärzte und spez. ausgebildeten Intensiv-/Anästhesiepflegekräften) besetzt, die auch zu Notfällen in die peripheren Abteilungen gerufen werden. Hier finden zweimal pro Tag interdisziplinäre Visiten statt.

Es existiert ein für das ganze Klinikum geltendes Konsilwesen. Werden Konsile aus Fachrichtungen benötigt, die nicht im Haus vertreten sind, so können niedergel. Ärzte oder Ärzte anderer Krankenhäuser angefordert werden.

Jede Abteilung verfügt über ausgebildete Wundmentoren und Praxisanleitungen. Darüber hinaus verfügt das Klinikum über zertifizierte Wundmanager ZWM<sup>®</sup>, Pain Nurse, Onkologische Fachpflege, Breast Care Nurse, OTA, ATA, Intensiv-/Anästhesie Fachpflegekräfte, Atmungstherapeuten, Fachpflege für die Stroke Unit, Diabetesberatung DDG, Wundassistentin DDG, Palliative Care und Qualitätsmanager im Bereich Pflege und Ärzte.

### 1.4.3 Operative Verfahren

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 der Vermeidung von Eingriffsverwechslungen findet eine Seitenmarkierung des Operationsgebietes statt, die Patienten tragen Identifikationsarmbänder.

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. Des Weiteren gibt es an beiden Standorten Standards zur allgemeinen und speziellen perioperativen Schmerztherapie. Ebenso stehen schmerztherapeutisch tätige Anästhesisten zur Verfügung, die an beiden Standorten Schmerzambulanzen betreiben und in Problemfällen ein individuelles schmerztherapeutisches Konzept erstellen. 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 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 zeitnah statt. Diese erfolgt durch den Operateur und am Standort Dortmund bei allen Patienten mit PCA–Pumpe/PDK, zusätzlich durch den Akutschmerzdienst und Pain nurse. 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.

#### 1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Ziel ist es, durch ein auf das jeweilige Krankheitsbild abgestimmtes prä- und poststationäres Angebot den stationären Aufenthalt optimal zu ergänzen und dadurch die stationäre Dauer möglichst gering zu halten. Die gesetzlichen Vorgaben zur prä- und poststationären Behandlung werden dabei eingehalten. In den operativen Fachdisziplinen werden elektive Patienten an einem prästationären Termin in den entsprechenden Ambulanzen durch den Ambulanzarzt untersucht und auf den Eingriff vorbereitet. Der Facharztstand wird in allen Ambulanzen gewährleistet.

Je nach Krankheitsbild erfolgt eine nachstationäre Betreuung in den Ambulanzen oder Sprechstunden.

Mit dem Entlassungsbrief der Krankenhausbehandlung erfolgt die Information des Einweisers über die geplante poststationäre Untersuchung. Bei Bedarf erfolgt eine telefonische Kontaktaufnahme.

## **1.5. Übergang in andere Bereiche**

### 1.5.1 Entlassung

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 Ernährungsteams, der Diabetesberatung, BCN und des Wundmanagements beteiligt. Die Planungen 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 an beiden Standorten 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.

### 1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Durch die enge Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten ist eine kontinuierliche ambulante medizinische Weiterbetreuung der Patienten sichergestellt. Vervollständigt werden die Informationen durch den Arztbrief, den Pflegeüberleitungsbogen und die Wundmanagementüberleitung. Enge Kontakte des Sozialdienstes mit weiterversorgenden Einrichtungen, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie Krankenkassen und Anbietern von Heil- und Hilfsmitteln sichern einen lückenlosen Übergang in andere Versorgungsstufen. Onkologische Patienten werden nach ihrer Entlassung auf Wunsch vom Sozialdienst weiter betreut. Des Weiteren erfolgt eine Weiterbetreuung in der Schmerzambulanz, im Bereich des Wundmanagements im Pflegetherapiestützpunkt oder auch in der Frauenklinik durch die Elternschule.

## 1.6. Sterben und Tod

### 1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

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 Pat. 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 Krankenhauseelsorge 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, das 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**

#### 2.1.1 Planung des Personalbedarfs

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 Chefsärzten 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.

### **2.2. Personalentwicklung**

#### 2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Das Klinikum Westfalen betreibt eine Personalentwicklung 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. Mitarbeitergespräche finden im Rahmen von Zielvereinbarungsgesprächen statt. Diese wurden in ein Konzept der leistungsorientierten Vergütung integriert. Ein umfassendes Fort- und Weiterbildungsangebot existiert Standortübergreifend. Es existiert ein Budget für Fort- und Weiterbildungen im Pflegedienst und ärztlichen Dienst, das 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.

#### 2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Neuen Beschäftigten gewährleisten wir eine professionelle Einarbeitung. 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 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 Radiologie und Labor vor.

Im Rahmen der Wiedereingliederung erfolgt eine Begleitung der Beschäftigten.



### 2.2.3 Ausbildung

Neben der Ausbildung "Gesundheits- und Krankenpflege", gibt es die kaufmännische Ausbildung, das Praktische Jahr der Medizinstudenten, die Ausbildung zur medizinischen Fachangestellten, die Ausbildung zu Operations-technischen-Assistenten (OTA), Anästhesie-technischen Assistenten (ATA) und Chirurgisch-technischen Assistenten (CTA), Hebammenstudentinnen und Medizinisch-technischen Radiologieassistenten (MTRAs).

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.

Am Standort Dortmund gibt es für alle Studenten im praktischen Jahr einen ärztlichen Mentor, der die Studenten durch das Praktische Jahr begleitet und ein gemeinsamer Ansprechpartner ist. Zudem ist ein Tutor während der Ausbildungsphase als direkter Begleiter und Anleiter für die Studenten benannt.

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.

### 2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Das klinikuminterne Jahresfortbildungsprogramm (IBF) enthält sowohl Pflichtfortbildungen als auch berufsgruppenspezifische und -übergreifende Fortbildungsangebote der Fachabteilungen. Ein Qualitätszirkel trifft sich zweimal pro Jahr, überprüft das IBF-Programm und entwickelt gezielte Fortbildungsangebote. Darüber hinaus wird im Verbund mit der Fortbildungsakademie der Knappschaft-Bahn-See ein umfangreiches Fort- und Weiterbildungsprogramm angeboten. Das Angebot richtet sich nach dem Bedarf des Krankenhauses und dem Wunsch oder Interesse der Mitarbeiter. Außerdem können Mitarbeiter auch externe Schulungs-/Weiterbildungsangebote nutzen. Im ärztlichen und im pflegerischen Dienst sind Fortbildungsbudgets eingeführt.

## **2.3. Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern**

### 2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Im Klinikum existieren verbindliche Grundsätze zur Führung und zur Zusammenarbeit von Mitarbeitern. Zur Umsetzung werden Führungsseminare und -workshops angeboten. Regelmäßige Besprechungen und Konferenzen sowie Arbeitsgruppen fördern die Integration und die Beteiligung der Beschäftigten an Entscheidungsprozessen. In Arbeitsgruppen werden hierarchie- und berufsgruppenübergreifend Mitarbeiter aufgabenspezifisch zur Bearbeitung und Problemlösung verschiedenster Fragestellungen einbezogen. Über ein internes Informationswesen, das für jeden Beschäftigten zugänglich ist, wird über alle wichtigen Themen informiert und die Diskussion im Haus angeregt. In den Klinikbesprechungen, Quartalsgesprächen, Chefarztkonferenzen, Oberarztkonferenzen, Abteilungsleitersitzungen und Abteilungsleitersitzungen Pflege wird zu Projekten umfassend informiert.



### 2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

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.

### 2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Die Ideen- und Vorschlags-Börse (IVB) ist ein geregelteres 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. Für Mitarbeiterbeschwerden gibt es ein strukturiertes Verfahren mit drei Konfliktstufen, das unter Mitwirkung des Betriebsrats entwickelt wurde.

## 3. Sicherheit

### 3.1. Schutz- und Sicherheitssysteme

#### 3.1.1 Arbeitsschutz

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

#### 3.1.2 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 gesamte Einrichtung ist an den zentralen Stellen mit Flucht- und Rettungswegplänen ausgestattet.

Die Brandschutzanlagen unterliegen ständiger Kontrolle. 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.

#### 3.1.3 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.

### 3.1.4 Katastrophenschutz

Hausinterne, nichtmedizinische Notfallsituationen und der Katastrophenschutz sind im Klinikum geregelt.

Das Klinikum Westfalen ist in den Katastrophenschutz nach Landesrecht eingebunden. Der Standort Dortmund ist in das Alarmsystem bei Großschadensereignissen der Stadt Dortmund integriert, der Standort Lünen-Brambauer in das Alarmsystem bei Großschadensereignissen des Kreises Unna bzw. der Stadt Lünen.

Dies bedeutet, dass die Standorte im Falle eines Großschadenereignisses Ressourcen zur Verfügung stellen und in die Versorgung der Notfallpatienten eingebunden sind.

Es existieren ein Einsatz- und Alarmpläne, die das Verhalten bei hausinternen Katastrophen/Bränden und bei Bedrohung von außen regeln. Die Pläne enthalten Handlungsanweisungen für die Telefonzentrale. Großschadensfallereignisübungen sorgen für eine größere Durchführungssicherheit im Realfall. Übungen werden durchgeführt.

### 3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Nichtmedizinische Notfallsituationen sind Teil des Großschadensfallereignisplans. Die Notstromaggregate werden jährlich durch den Hersteller gewartet, monatlich finden ein Test und eine Sichtkontrolle statt. Alle wichtigen technischen Anlagen werden standortintern über eine zentrale Leittechnik überwacht. Die Lüftungsanlagen werden regelmäßig gewartet und zweimal jährlich extern auf einwandfreie hygienische Beschaffenheit überprüft. Zur Reduzierung des Legionellenaufkommens werden die Leitungen gemäß einem Spülplan regelmäßig gespült. Das Auftreten von mikrobiologischen Erregern im Trinkwasser wird einmal pro Jahr untersucht.

## **3.2. Patientensicherheit**

### 3.2.1 Schutz des Patienten vor 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. Ein elektronisches Sicherheitssystem für Säuglinge ist seit langem implementiert. Das Konzept des Rooming-in in der Geburtshilfe regelt die Aufsichtspflicht der Mütter durch Unterschrift. Ein Überwachungssystem auf der Station schließt aus, dass Neugeborene die Abteilung ohne ihre Mutter verlassen. Bei den Renovierungs- und Sanierungsarbeiten wurden die örtlichen Begebenheiten berücksichtigt. Auf die räuml. Ausstattung bezüglich der Bedürfnisse älterer und behinderter Menschen wurde besonderer Wert gelegt (z.B. barrierefreie Zugänge zum Bad, abklappbare Tische in den Zimmern, Handläufe).

### 3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Die Vorgehensweise bei einem medizinischen Notfall ist umfassend geregelt. Durch eine Notfallnummer wird ein Reanimationsteam alarmiert. Standardisierte Notfallausrüstungen stehen auf allen Stationen und Funktionsabteilungen bereit und werden regelmäßig überprüft. Es finden jährlich Pflichtunterweisungen der Beschäftigten zum Notfallmanagement mit praktischen Reanimationsübungen sowie eine Überprüfung der erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten statt. Zusätzlich finden am Standort Dortmund Neugeborenen-Reanimationsschulungen für Hebammen, Kinderkrankenschwestern, ZNA und Intensivpersonal statt.

### 3.2.3 Hygienemanagement

Die personelle Verantwortung für die Hygiene in allen Bereichen ist in den Hygienerichtlinien geregelt. Verantwortlich sind die freigestellten Fachkräfte und die hygienebeauftragten Ärzte. Eine Hygienekommission arbeitet kontinuierlich, ggf. werden weitere Beschäftigte des Klinikums eingebunden. Die Hygienekommission tagt mindestens zweimal jährlich und bespricht die aktuellen Anforderungen an die Hygiene. Der Hygieneplan wird regelmäßig aktualisiert. Begehungen und Hygienevisiten werden durchgeführt. Pflichtschulungen zum Arbeits-/Hygieneschutz sind etabliert. Das HACCP-Konzept (Gefahrenanalyse und Überwachung kritischer Kontrollpunkte) ist in der Küche umgesetzt.

### 3.2.4 Hygienerrelevante Daten

Es existiert eine Erfassung und Nutzung hygienerrelevanter Daten. Interne Planungen als auch der externe Meldeweg sind 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. Das Klinikum nimmt am Krankenhaus-Informationssystem des nationalen Referenzzentrums in Berlin an den Erhebungen zu Multiresistenten Erregern und Clostridium difficile teil. Der Standort Dortmund nimmt an dem Modul zur Ermittlung des Antibiotikaverbrauchs teil.

### 3.2.5 Infektionsmanagement

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.

### 3.2.6 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. Die strukturierte Vorgehensweise zur Arzneimitteltherapie ist geregelt. Die Anordnung der Medikamente erfolgt durch die behandelnden Ärzte, die Bereitstellung durch die Pflegekräfte.

### 3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Die Verfahren zur Beschaffung und Bereitstellung Blutprodukten und Plasmaderivaten sind durch die entsprechenden Kommissionen geregelt.

Für die Vorbereitung und Durchführung von Bluttransfusionen liegen Verfahrensregelungen vor, eine Qualitätsbeauftragte für Transfusionsmedizin ist benannt. Weiterhin gibt es detaillierte Arbeitsanweisungen für die Eigenblutspende, das Blutdepot und das Labor. Ein QM-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.

### 3.2.8 Medizinprodukte

Beschäftigte, die medizinische Geräte in ihrem Aufgabengebiet bedienen, werden 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.

## **4. Informations- und Kommunikationswesen**

### **4.1. Informations- und Kommunikationstechnologie**

#### 4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Das Klinikum betreibt ein vernetztes EDV-System, das 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 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Für die Patientendokumentation besteht eine verbindliche Verfahrensanweisung. Im Rahmen der Patientenmeldung werden die Patientenstammdaten elektronisch erfasst. Eine Patientenakte wird elektronisch angelegt und alle relevanten Informationen zeitnah dokumentiert. Über das Krankenhausinformationssystem kann ständig auf die elektronischen Patientendaten zugegriffen werden. Röntgenbilder sind digital in das Krankenhausinformationssystem eingebunden.

#### 4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

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 ab dem Jahrgang 2006 digitalisiert und stehen für berechtigte Personen an jedem Arbeitsplatz zur Verfügung. Darüber hinaus kann elektronisch auf die maßgeblichen Patientendaten inkl. der bildgebenden Diagnostik über das EDV-System zugegriffen werden.

### **4.3. Informationsmanagement**

#### 4.3.1 Information der Krankenhausleitung

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 (intern/extern)

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. 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. Für den Fall, dass Patienten oder Beschäftigte vor Medien zu schützen sind, besteht ein Notfallkonzept.

### **4.4. Telefonzentrale und Empfang**

#### 4.4.1 Organisation und Service

Beide Standorte sind rund um die Uhr telefonisch erreichbar. Die Patienteninformationen sind im Eingangsbereich der Krankenhäuser etabliert. Die Aktualität der gewünschten Information wird durch das EDV-gestützte Krankenhausinformationssystem sowie Regelungen zur Überarbeitung von Telefonlisten und Dienstplänen sichergestellt. Die Beschäftigten werden in die Alarmpläne für interne Notfälle eingewiesen und bedarfsgerecht im Rahmen der Fort- und Weiterbildung weitergebildet.

### **4.5. Datenschutz**

#### 4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Es existieren Regelungen zur Berücksichtigung des Datenschutzes auf Basis des Bundesdatenschutzgesetzes sowie auf internen Richtlinien. Grundsätzlich ist jeder Beschäftigte in seinem Arbeitsbereich zur Gewährleistung des Datenschutzes verpflichtet. Der Zugriff auf das EDV-System ist durch Passwörter und Zugriffsberechtigungen geregelt. Für den Datenschutz im Haus ist der Datenschutzbeauftragte bestellt.



## 5. Führung

### 5.1. Unternehmensphilosophie und -kultur

#### 5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Das aktuelle Leitbild ist im Sommer 2010 aus den Leitbildern der beiden Betriebsteile des Klinikums Westfalen erwachsen und führt die Philosophien beider Häuser zusammen. Die Information der Mitarbeiter geschah durch die Mitarbeiterzeitung und die Ausgabe einer Leitbildbroschüre. 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 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder 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 und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Ethische Problemstellungen und Aspekte werden im Klinikum durch ein Ethikkomitee systematisch berücksichtigt. 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.

### 5.2. Strategie und Zielplanung

#### 5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

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 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Das Klinikum unterhält verschiedene Kooperationen auf medizinischem Gebiet mit externen Partnern. Ziel der Kooperationen ist eine wirtschaftliche Versorgung bei hoher Qualität und eine hohe Patientenbindung durch die Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung. Zudem bestehen Partnerschaften mit Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen, insbesondere mit den Schwerpunkten der Information und der Aus- und Weiterbildung.



## **5.3. Organisationsentwicklung**

### 5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Die Organisationsstruktur ist in Form eines Organigramms unter Benennung der aktuellen Funktionsträger festgelegt, im Intranet aufgeführt und im Einarbeitungsordner für neue Beschäftigte hinterlegt. Arbeitsgruppen und Projekte erfolgen umfangreich im Klinikum, Beauftragte sind für die jeweiligen Bereiche benannt.

### 5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Die Gesamtstruktur der Leitungsgremien und Kommissionen bilden ein Kommunikationsnetzwerk, das die direkte Weitergabe von Informationen untereinander und an die nächste Hierarchieebene sicherstellt. In allen Gremien ist mindestens ein Mitglied der Betriebsleitung vertreten. Die Arbeitsweise innerhalb der Betriebsleitung ist durch eine Geschäftsordnung geregelt. Die Koordination der Arbeit erfolgt in regelmäßigen Sitzungen. Der Austausch erfolgt auf der Grundlage von Informationsrecht und -pflicht. Mit Hilfe von verschiedenen Gremien und Kommissionen werden die Aufgabenfelder systematisch und vollständig abgedeckt. Die Protokolle der Sitzungen werden den Betriebsleitungsmitgliedern zeitnah übermittelt und in Teilen im Intranet veröffentlicht.

### 5.3.3 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.

## **5.4. Marketing**

### 5.4.1 Externe Kommunikation

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.

## **5.5. Risikomanagement**

### 5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Ökonomische Risiken werden monatlich im Berichtswesen durch die Betriebsleitung bewertet. Für die Erfassung von Zwischenfällen und besonderen Ereignissen liegt ein Meldebogen vor. Im Rahmen der Behandlung bieten wir den Mitarbeitern ein System, Risiken in der Patientenversorgung strukturiert zu melden. Die gemeldeten Risiken werden abgestellt. Im Bereich des Arbeitsschutzes, des Brandschutzes und des Katastrophenschutzes finden regelmäßige Begehungen zur Erhebung von Risiken statt.

## 6. Qualitätsmanagement

### 6.1. Qualitätsmanagementsystem

#### 6.1.1 Organisation

Als Stabstelle ist eine Qualitätsmanagement-Beauftragte 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. Die Verbesserungsprojekte fließen in eine Qualitätsprojektmatrix mit Ziel, Maßnahmen, Zeitziel und Verantwortlichkeiten. Die Kompetenzen der Beschäftigten werden durch Moderations- und Qualitätsmanagementschulungen unterstützt.

#### 6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

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 über 100 elektronische Behandlungspfade werden mehr als 60 % 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 Knappschafts-Krankenhäuser und Beteiligungsgesellschaften teilnehmen. Die Ergebnisse der Befragungen werden diskutiert, Verbesserungspotenziale identifiziert und als Projekte in den Projektplan aufgenommen. Die Befragungen sind kontinuierlich angelegt, neue Ergebnisse dienen der Überprüfung eingeleiteter Verbesserungsmaßnahmen. Darüber hinaus erfolgen interne Befragungen zu unterschiedlichen Projekten und Zentren.

#### 6.2.2 Befragung externer 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, Verbesserungspotenziale abgeleitet und entsprechende Maßnahmen eingeleitet.

#### 6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Ziel des Krankenhauses ist, durch regelmäßige Beschäftigtenbefragungen Verbesserungspotenziale 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. Beschwerdemanagement**

### 6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Patientenbeschwerden und Anregungen werden durch ein systematisches Beschwerdemanagement in einer zentralen Datenbank erfasst, ausgewertet und auf Verbesserungsmöglichkeiten überprüft. Auf allen Ebenen hängen gut sichtbar spezielle Briefkästen und Formulare für Anregungen und Beschwerden. Eine Beschwerdekommision begutachtet regelmäßig die ausgewerteten Beschwerden und Anregungen und entscheidet über grundsätzliche Veränderungen, sie berichtet auch an die Betriebsleitung.

## **6.4. Qualitätsrelevante Daten**

### 6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

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.

### 6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

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 den Abteilungsbesprechungen sowie bei Auffälligkeiten ggf. unterjährig diskutiert.