



## KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

<b>Einrichtung:</b>	Klinikum Westmünsterland St. Marien-Hospital Borken
<b>Institutionskennzeichen:</b>	260550277
<b>Anschrift:</b>	Am Boltenhof 7 46325 Borken
<b>Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:</b>	2016-0028 KHVB
<b>durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:</b>	DQS GmbH, Frankfurt am Main
<b>Gültig vom:</b>	13.04.2016
<b>bis:</b>	12.04.2019

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort des Sprechers der Geschäftsführung</b>	<b>5</b>
<b>Die Kategorien</b>	<b>8</b>
1 Patientenorientierung	9
2 Mitarbeiterorientierung	13
3 Sicherheit	15
4 Informations- und Kommunikationswesen	18
5 Führung	20
6 Qualitätsmanagement	23

## **Vorwort der KTQ®**

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

Gesellschafter der KTQ® sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene<sup>1</sup>, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR).

Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

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

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit,
- 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 Visitorenteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

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

---

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

der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009/2. 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 **St. Marien-Hospital Borken** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter [www.ktq.de](http://www.ktq.de) abrufbar.

**Dr. med. G. Jonitz**

Für die Bundesärztekammer

**S. Wöhrmann**

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

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

Für die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

**A. Westerfellhaus**

Für den Deutschen Pflegerat

## Vorwort des Sprechers der Geschäftsführung

Sehr geehrte Damen und Herren,

die ganzheitliche Versorgung kranker und pflegebedürftiger Menschen auf Grundlage des christlichen Menschenbildes hat als Leitgedanke für die Einrichtungen des Klinikums Westmünsterland oberste Priorität. Wir stellen uns dem Anspruch, eine qualitativ hochwertige Pflege- und Behandlungsqualität anzubieten, die stets mit den neuesten pflege- und medizinwissenschaftlichen Erkenntnissen einhergeht.

Gute Ergebnisse entstehen dabei aber nicht von selbst – sie müssen jeden Tag neu von engagierten und kompetenten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auf allen Ebenen erarbeitet und gesichert werden.

Wir danken unseren Patienten für das uns entgegengebrachte Vertrauen und unseren Mitarbeitern dafür, dass sie stets das Wohl und die Gesundheit unserer Patienten im Auge haben. Für die gute Zusammenarbeit sagen wir auch unseren einweisenden Ärzten unseren Dank.

Ihr

Ludger Hellmann

Geschäftsführer (Sprecher)

Klinikum Westmünsterland

### **Klinikum Westmünsterland**

Zum Klinikum Westmünsterland gehören fünf Krankenhausstandorte im Kreis Borken mit insgesamt 1.332 Planbetten. Mehr als 50.000 Patienten werden hier jedes Jahr in über fünfzig medizinischen Fachbereichen und Schwerpunktzentren stationär behandelt. Nahezu jede akutstationäre Leistung wird angeboten – soweit erforderlich an einem Standort konzentriert, soweit wie möglich flächendeckend. Die Patienten profitieren dabei an allen Standorten von der gesamten medizinischen Kompetenz im Klinikum Westmünsterland. Mit mehr als 4.000 Mitarbeitern gehört das Unternehmen zu den größten Arbeitgebern der Region.

### **Umfassende wohnortnahe Versorgung**

Das Krankenhaus der Zukunft muss gut, sicher und gut erreichbar sein. Das Klinikum Westmünsterland ermöglicht den Menschen in der Region den Zugang zu einer möglichst umfassenden wohnortnahen medizinischen Vollversorgung. Die Patienten profitieren von der hohen Expertise der jeweiligen Schwerpunkte an den einzelnen Krankenhausstandorten, ohne auf eine flächendeckende medizinische Versorgung in der internistischen und chirurgischen Grund- und Regelversorgung verzichten zu müssen. Einfach ausgedrückt: Das Klinikum Westmünsterland bietet nahezu jede akutstationäre Leistung auf sehr hohem Niveau an – soweit erforderlich an einem Standort konzentriert, soweit wie möglich flächendeckend.

Das Klinikum Westmünsterland versorgt an seinen fünf Standorten die Bevölkerung des Kreises Borken (370.000 Einwohner) und angrenzender Gebiete. Um die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung im westlichen Münsterland sicherzustellen, orientieren sich die Angebote bedarfsgerecht und zielgerichtet an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten. An allen Standorten erhalten die Patienten Zu-

gang zur gesamten medizinischen Kompetenz aller Experten im Klinikum Westmünsterland. Dies gilt genauso für onkologische Erkrankungen, wie für Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Gefäßsystems, Erkrankungen des Bewegungsapparates, bis hin zur Altersmedizin.

## Die Krankenhausstandorte

### Das St. Agnes-Hospital Bocholt-Rhede

Zum St. Agnes-Hospital Bocholt-Rhede gehören das St. Agnes-Hospital in Bocholt und das St. Vinzenz-Hospital in Rhede mit insgesamt 595 Planbetten. Damit handelt es sich um das größte Krankenhaus im Kreis Borken. In insgesamt 12 Fachabteilungen und zwei Belegabteilungen werden jährlich über 21.000 Patienten stationär behandelt. Mehr als 3.000 Patienten werden ambulant operiert und über 40.000 Patienten ambulant versorgt.

Mit seinem breiten medizinischen Leistungsangebot und mehreren medizinischen Zentren hat sich das Krankenhaus heute zu einem über die Region hinaus bedeutenden modernen und patientenorientierten medizinischen Versorgungszentrum entwickelt.



### Das St. Marien-Krankenhaus Ahaus-Vreden

Zum St. Marien-Krankenhaus Ahaus-Vreden gehören das St. Marien-Krankenhaus Ahaus und das St. Marien-Hospital Vreden. Mit fünfzehn Fachabteilungen und 400 Planbetten bieten die beiden Betriebsstätten den Menschen in der Region Spezialisierungen und Fachkompetenzen auf hohem medizinischem Niveau. Modernste Medizintechnik zusammen mit ausgezeichneten Ärzte-, Pflege- und Funktionsteams sorgen für gezielte, optimale und ganzheitliche Diagnostik, Therapie und Pflege in allen Bereichen des Krankenhauses. Jährlich werden über 15.000 Menschen stationär versorgt.



### **Das St. Marien-Hospital Borken**

Das St. Marien-Hospital Borken hat sich zu einem modernen Akutkrankenhaus der Schwerpunktversorgung im Zentrum des westlichen Münsterlandes entwickelt. Es verfügt über neun medizinische Fachdisziplinen mit 327 Planbetten sowie einer geriatrischen Tagesklinik mit 10 Plätzen. Rund 13.000 stationäre und fast 20.000 ambulante Patienten werden hier jährlich versorgt. Zur Ausstattung gehören modernste Technologien.

Über 800 Mitarbeiter tragen dazu bei, Patienten auf den Weg der Genesung zu bringen oder helfen ihnen, mit den Folgen einer Krankheit umzugehen. Mit der Eröffnung der ersten Zentralen Aufnahme- und Diagnostikabteilung (ZAD) in NRW wurden neue Wege eingeschlagen. Durch diese zentrale Anlaufstelle für sämtliche Patienten konnten Patientenwege vereinfacht und die Erstdiagnostik deutlich beschleunigt werden.



## Die KTQ-Kategorien



## **1 Patientenorientierung**

### **1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung**

Die Aufnahme der Patienten erfolgt in der Zentralen Aufnahme- und Diagnostikabteilung (ZAD). Niedergelassene Ärzte sind über die Aufnahmemodalitäten informiert und leiten Patienten entsprechend. Termine für Aufnahmen bzw. Untersuchungen werden zentral über die ZAD gesteuert.

Die ZAD ist 24 Stunden am Tag besetzt. Da die Aufnahmeplanung sowie das Bettenmanagement in den Kompetenzbereich der ZAD fallen, ist die kontinuierliche Erreichbarkeit gewährleistet.

Das Haus ist mit PKW / Rad und öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar. Taxen werden von der Information / Zentrale bei Bedarf angefordert. Das Krankenhaus ist an Einfahrtsstraßen und zentralen Kreuzungen ausgeschildert. Unmittelbar neben dem Krankenhaus stehen Parkplätze zur Verfügung. Eine überdachte Haltezone ist vor dem Krankenhaus vorhanden, Behindertenparkplätzen sind ausgewiesen.

### **1.1.2 Behandlungsleitlinien und Konzepte**

Im Leitbild ist festgehalten, dass die hausinternen interdisziplinären Behandlungspfade der Erreichung einer optimalen Behandlungsqualität sowie zur Abstimmung der Prozesse dienen. Diese wurden auf Grundlage von evidenzbasierten Leitlinien entwickelt. Pflegestandards werden auf der Basis der neuesten Erkenntnisse der Pflegewissenschaft unter Berücksichtigung der Expertenstandards entwickelt und in der Pflege im gesamten Haus umgesetzt.

Bei der Entwicklung der hausinternen Leitlinien wird auf evidenzbasierte Vorgaben seitens der Fachgesellschaften Bezug genommen (z. B. europäische Leitlinie zur klinischen Ernährungstherapie, Expertenstandards in der Pflege).

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

Im Leitbild und den pflegerischen Leitgedanken sind Grundsätze der Integration von Patienten benannt. Zur Umsetzung der Wahrung von Patienten- Rechten werden die Mitarbeiter regelmäßig informiert/geschult. Behandlungsstandards werden regelmäßig überarbeitet und geschult.

Vorsorgevollmachten und Patienten-Verfügungen finden Berücksichtigung. Diese werden bei Aufnahme in der Patienten- Kurve dokumentiert. Auf Wunsch werden Patienten bei der Erstellung durch den Sozialdienst unterstützt. Bei Um- und Neubauten wird gezielte Maßnahmen darauf geachtet, die Privat- und Intimsphäre der Patienten sicherzustellen.

### **1.1.4 Service, Essen und Trinken**

Patienten-Zimmer sind barrierefrei zugänglich und verfügen über einen Essplatz, Patientenruf, verstellbare Betten, sanitäre Einrichtungen, Telefon und Fernsehen. Patienten / Besuchern steht eine Cafeteria, eine Kapelle und pro Station ein Aufenthaltsraum zur Verfügung.

Patienten haben die Möglichkeit der Menüwahl. Der wöchentlich vorgelegte Speiseplan erlaubt die Auswahl zwischen mehreren Essen (inkl. Diäten und ggf. Sonderwünsche). Die Speisenanforderung erfolgt mittels Essenskarten. Spezielle Behandlungsvorgaben sind durch einen Qualitätszirkel entwickelt ("Malnutrition", Leitfaden Ernährungstherapie").

### **1.1.5 Kooperationen**

Mit den Praxen niedergelassener Ärzte auf dem Gelände (HNO, Psychologie, Gastroenterologen, Hämatologen, Onkologen, etc.) sowie weiteren externen Partnern (Diabetologie) besteht eine enge Kooperation. Die Kooperation und Vermittlung von Selbsthilfegruppen erfolgt durch die CÄ und den Sozialdienst.

Das Vorgehen bei Konsilien, Anforderungen, Formularen, Befundübermittlungen, Zeitzielen ist in den Handbüchern der Kliniken festgehalten. Es finden interdisziplinären Besprechungen statt (z. B. Tumorkonferenzen, Gefäßkonferenzen, Zentrumsbesprechungen) beschrieben.

### **1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung**

Erstdiagnostik und Erstversorgung von Notfällen erfolgt zentral in der ZAD (Zentralen Aufnahme und Diagnostikabteilung). Zur Einstufung der Behandlungsdringlichkeit ist das Manchester Triage System eingeführt. Die Aufnahmebereitschaft für Notfälle ist rund um die Uhr gegeben. Während der Regelarbeitszeit sind neben der Ärztlichen Leitung ZAD ein Chirurg und ein Internist vor Ort. Neurologen, Geriater und Gynäkologen werden bei Bedarf hinzugezogen.

Die Einbeziehung von Angehörigen (z. B. Eltern) wird gelebt und ist im Leitbild beschrieben. Während der Notfallversorgung wird Angehörigen eine Wartemöglichkeit in Nähe der Notfallräume geschaffen. Zur Durchführung der versicherungsspezifischen Vorgaben (z. B. Arbeitsunfall, berufsgenossenschaftliche Versorgung) sind Verfahrensabläufe festgelegt und den Mitarbeitern bekannt.

### **1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung**

In der Zentrale Aufnahmeabteilung (ZAD) sind die Ambulanzen der Orthopädie, Unfall- und Viszeralchirurgie, Gynäkologie, Inneren Medizin inkl. Endoskopie zusammengefasst. Die Abläufe der ambulanten Notfallversorgung, der Instituts- und BG-Ambulanzen sind einheitlich abgestimmt.

Zu Sprechstunden werden Termine vergeben (den ein- und überweisenden Praxen ist die Tel-Nr. des Terminierungsbüros bekannt). Nach der Untersuchung erhalten Patienten einen Arztbrief für die weitere Behandlung beim überweisenden Arzt.

### **1.3.2 Ambulante Operationen**

Ambulante Operationen werden intern von der Orthopädie, Unfall- und Allgemeinchirurgie, Gynäkologie, sowie von den Externen Praxen HNO und Gefäßchirurgie angeboten. Patienten werden auf der Kurzliegerstation betreut (Ausnahme gynäkologische Patienten). Ein interdisziplinäres OP-Konzept fasst organisatorische Regelungen und Zuständigkeiten zusammen (Belegungsplanung, Unterbringung, Ablaufplanung, Überwachung nach OP, Dokumentation, Abschlussuntersuchung usw.). Die Patienten werden darauf hingewiesen, dass bei Auftreten von Komplikationen (z. B. Thrombose) und/oder Nichterreichbarkeit des Weiterbehandelnden, sie jederzeit in der ZAD vorstellig werden sollen. Für generelle Rückfragen oder Verschieben des OP-Termins erhalten die Patienten eine Tel Nr. ausgehändigt.

### **1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung**

Die Abläufe bzgl. der stationären Diagnostik sowie Planung der Anforderung von Diagnostik und Therapie sind in Handbüchern, Standards und Behandlungspfaden festgelegt.

In Abstimmungen zwischen den Fachgebieten werden Entscheidungen für die möglichst optimale Behandlungsplanung getroffen, dies ist ebenfalls im Leitbild beschrieben.

Die Information des Patienten erfolgt in persönlichen Gesprächen und mittels verständlicher Aufklärungsbogen oder speziellem Informationsmaterial. Die Einbeziehung der Angehörigen und Beteiligung der Patienten sind im Leitbild beschrieben.

Für die Durchführung der Behandlung sind derzeit 50 interdisziplinäre Behandlungspfade festgelegt.

### **1.4.2 Therapeutische Prozesse**

Die Sicherstellung, dass die diagnosebezogene Planung der Therapie sowie die Standards und Behandlungspfades leitlinienkonform sind sowie dem aktuellen Stand des Wissens entsprechen, erfolgt durch Chefarzte und Pflegedirektion.

Patienten werden von den Mitarbeitern über die Behandlungsschritte und Maßnahmen informiert und nach Möglichkeit in die Planung einbezogen. Im Leitbild heißt es dazu: "Wir begegnen jedem Menschen mit Respekt und Wertschätzung unabhängig seiner gesellschaftlichen Position, Herkunft und Religion.

Unsere Patienten sollen sich gut aufgehoben, optimal behandelt und gepflegt wissen, darum gehen wir mit einer professionellen Einstellung auf individuelle Bedürfnisse ein. Wir akzeptieren das Selbstbestimmungsrecht der Patienten. Mit Patienten und Angehörigen arbeiten wir vertrauensvoll zusammen." Eigene Entscheidungen des Patienten bezüglich des Behandlungsablaufs bzw. zur Therapiewahl werden respektiert und entsprechend dokumentiert. Sprechzeiten mit den Ärzten außerhalb der Visite können über die Station und Sekretariate vereinbart werden.

### **1.4.3 Operative Verfahren**

Die OP Indikation wird durch Fachärzte, meist durch Ober- und Chefärzte, auf der Grundlage von Leitlinien der Fachgesellschaften gestellt. Die OP-Vorbereitung geschieht strukturiert und wird durch die Verwendung von Checklisten unterstützt.

Alle zur OP geplanten Patienten sind in der Sprechstunde gesehen und der Behandlungsprozess ist durch die Diagnosestellung festgelegt.

Eltern wird ermöglicht ihrer Kinder bis in den OP (z. B. Saal 5) oder mindestens bis in die OP-Schleuse zu begleiten. Nach der OP dürfen sie im Aufwachraum bei ihren Kindern bleiben.

### **1.4.4 Visite**

Für jeden Patienten erfolgt werktäglich eine Visite durch den behandelnden Arzt. Zusätzlich werden eine wöchentliche Chef- und Oberarztvisite oder alternativ eine gemeinsame Visite durch Chef- und Oberarzt 2x wöchentlich durchgeführt. Auf der Intensivstation erfolgt mindestens 2x täglich eine Facharztvisite. Eine postnarkotische Visite erfolgt durch die Anästhesie bei Bedarf (Probleme bei der Narkose, Unverträglichkeiten etc.). Abteilungsintern finden tägliche Demonstrationen der radiologischen Befunde und Untersuchungsergebnisse statt.

Von den Pflegenden wird die Übergabe am Patienten-Bett angeboten.

### **1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär**

Bei der Planung der prä-, post- und teilstationären Versorgung werden diagnosebezogenen Indikationsstellung berücksichtigt. Die Planungen der internen Abstimmungen sowie der Abläufe und die Organisation sind interdisziplinär mit den Beteiligten erstellt und in Handbüchern beschrieben.

Die prä-stationäre Versorgung wurde bei der Erstellung des orthopädischen Behandlungspfades "Hüft-TEP" mitberücksichtigt.

Die post- stationären Kontrolluntersuchungen sowie die prä-stationäre Diagnostik erfolgen in der ZAD.

### **1.5.1 Entlassung**

Der Expertenstandard "Entlassungsmanagement" ist in allen Bereichen umgesetzt. Mit Aufnahme eines Patienten wird durch zuständige Pflegenden der mögliche Unterstützungsbedarf für die Entlassung vorgeprüft und Soziodienst / Pflegeüberleitung informiert. Patienten / Angehörige erhalten Informationen zur Entlassung durch den behandelnden Arzt. Bei Notwendigkeit erfolgt eine telefonische Absprache mit dem Hausarzt.

Bei Pflegebedürftigkeit wird der kreisweit einheitlichen Pflegeüberleitungsbogen erstellt. Bei pflegebedürftigen Patienten wird bei Bedarf eine Übergabe mit dem amb. Pflegedienst bzw. der Heimpflege durchgeführt.

### **1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung**

Vor Entlassung von pflegebedürftigen Patienten wird die Weiterversorgung geprüft. Der Einbezug von Pflegeüberleitung, Soziodienst und weiteren Diensten ist über das Entlassungsmanagement (Umsetzung Expertenstandard Entlassung) geregelt.

Hilfebedarf wird somit frühzeitig durch Pflegenden ermittelt und an Pflegeüberleitung bzw. Soziodienst übermittelt. Die Kompetenzen zwischen Soziodienst und Pflegeüberleitung sind klar benannt und gewährleisten die Zusammenarbeit mit weiterbetreuenden Einrichtungen /ambulanten Diensten.

Falls Patienten pflegebedürftig nach Hause entlassen werden, wird durch die Pflegeüberleitung ggf. ein ambulanter Pflegedienst vermittelt, bzw. die Pflegeüberleitung durchgeführt. Angehörige werden darauf hingewiesen, dass im Haus eine Pflegewerkstatt der Caritas gibt, in der sie sich verschiedene Hilfsmittel anschauen können und Tipps von Pflegewissenschaftlerinnen für die häusliche Versorgung bekommen.

### **1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten**

Auf die besonderen Bedürfnisse von Sterbenden wird seitens der Medizin, der Pflege sowie der an der Versorgung Beteiligten weitest möglich eingegangen. Im Leitbild sowie in den pflegerischen Leitgedanken wird der besondere Umgang mit schwerkranken und sterbenden Patienten thematisiert.

Sterbende bekommen ein Einzelzimmer. Zur Betreuung von Sterbenden und Angehörigen steht zusätzlich der Seelsorger des Krankenhauses zur Verfügung (Rufbereitschaft), der auch das Sakrament der Krankensalbung anbietet. Ferner ist ein Ethikkomitee eingerichtet.

Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten werden berücksichtigt und die Zuständigkeiten geregelt. Verantwortlich sind die Ärzte sowie zu Überprüfung der Gültigkeit ggf. der Sozialdienst oder das Amtsgericht.

### ***1.6.2 Umgang mit Verstorbenen***

Das Bekenntnis zur christlichen Ausrichtung des Hauses wird deutlich in der persönlichen Zuwendung und Begleitung Schwerstkranker und Sterbender. Verstorbene Patienten werden würdevoll versorgt, den Angehörigen wird Zeit für einen persönlichen Abschied gegeben. Die Seelsorger können dabei hinzugezogen werden.

Verstorbene liegen in Einzelzimmern und Angehörige werden nach Wunsch mit in die Versorgung der Verstorbenen einbezogen. Ebenso werden religiöse und kulturelle Wünsche beachtet.

Für den Umgang mit Tot- und Fehlgeburten ist ein geburtshilfliches Konzept erstellt. Für die Fehl- und Totgeburten gibt es eine Bestattungsmöglichkeit.

## 2 Mitarbeiterorientierung

### Personalplanung

Die Planung des Personalbedarfs orientiert sich an den Leistungsentwicklungen der Abteilungen und ist mit den Gesamtzielen der Einrichtungen in Bezug auf Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit abgestimmt. Zur Bewertung des Personalbedarfs werden Leistungs- und personalwirtschaftliche Kennzahlen herangezogen. Chefärzte und Abteilungsleiter werden in die Planung des Personalbedarfs durch die Regionalleitung einbezogen.

Im Rahmen einer Jahresplanung wird der Bedarf an das aktuelle Leistungsgeschehen und Zielplanungen angeglichen. Im St. Vinzenz-Hospital werden die Daten der Psych PV (Psychiatrie-Personalverordnung) zur Personalbedarfsermittlung hinzugezogen. Ziel ist, eine hochwertige Behandlung für Patienten zu gewährleisten

### Personalentwicklung und Qualifizierung

Das Zusammenwirken der Personalentwicklung auf Klinikumsebene ist konzeptionell beschrieben und befindet sich im Aufbau. Für die Umsetzung der Personalentwicklung auf Einrichtungsebene sollen Konzepte der Einrichtungen fortgesetzt werden, etwaige Doppelstrukturen abgebaut und neue Maßnahmen unter gekläarter Verantwortung übergreifend gestartet werden. Der Personalentwicklungsbedarf wird in Abstimmung mit den jeweiligen Abteilungsleitern ermittelt. Die Führungsstruktur ist jeweils in Form eines Organigramms dargestellt. Im Rahmen der Personalplanung werden für zukünftige Aufgaben Mitarbeiter qualifiziert, um den geforderten Stand an Qualifikation erfüllen zu können. Die Pflegedirektion Borken nutzt für die Personalentwicklung der pflegerischen Mitarbeiter strukturierte Zielvereinbarungsgespräche.

### Einarbeitung von Mitarbeitern

Konzepte bezüglich der Einarbeitung von Mitarbeitern umfassen neben allgemeinen Einführungen und Informationen über das Krankenhaus eine Einarbeitung und Einweisung in den jeweiligen Arbeitsbereich. Zielsetzung ist die Zufriedenheit aller Beteiligten und die individuelle Einarbeitung neuer Mitarbeiter unter Berücksichtigung der Berufserfahrung, erworbenen Kompetenzen und Befähigungen des Mitarbeiters. Durch die Benennung eines Mentors und die vorstrukturierte Systematik des Einarbeitungskonzeptes kann in den Bereichen gewährleistet werden, dass der neue Mitarbeiter mit allen für ihn relevanten Abläufen, Personen und Orten vertraut gemacht wird. Hausweite Regelungen sind im Intranet nachvollziehbar. Alle neuen Mitarbeiter werden in den für die Arbeitsprozesse relevanten hausweiten Regelungen eingewiesen.

### Ausbildung

In 2 Zentralschulen für Gesundheitsberufe im Kreis Borken mit Sitz in Bocholt und Ahaus werden mit insgesamt 225 Ausbildungsplätze angeboten. Die Schüler absolvieren in Einrichtungen des Klinikums ihren praktischen Einsatz und werden dabei von weitergebildeten Praxisanleitern betreut und unterstützt. Die Schüler erhalten gezielt Praxisanleitung und nach jedem Blockunterricht werden spezielle Themen durch Klinikexperten theoretisch vertieft und in die Praxis transferiert. Daneben erfolgen strukturierte Ausbildung in Verwaltungsberufen und Praktika für Medizinstudenten.

### Fort- und Weiterbildung

Fort- und Weiterbildung sind der Geschäftsführung ein permanentes Anliegen. Die innerbetriebliche Fortbildung wird sowohl klinikintern als auch auf Ebene des Klinikums Westmünsterland organisiert. Ein Themenkatalog wird regelmäßig veröffentlicht. Außerdem können Mitarbeiter an externen Fortbildungen teilnehmen. Die Freistellung für Mitarbeiter erfolgt in Absprache mit der Pflegedirektion, dem Chefarzt oder/und der Personalleitung. Eine Freistellung folgt dem Kriterium, ob eine Fortbildung/Weiterbildung den Anforderungen und Zielen der Klinik entspricht oder/ und im eigenen Interessen des Mitarbeiters liegt.

### ***Mitarbeiterorientierter Führungsstil***

Die verbindlichen Grundsätze für einen mitarbeiterorientierten Führungsstil sind in den Führungsleitlinien und im Leitbild der Einrichtungen verankert. Die Verantwortlichkeit dafür liegt bei der Geschäftsführung und allen leitenden Mitarbeitern. Ziel ist es, dem Mitarbeiter Sicherheit und Orientierung zu geben. Es werden teilweise strukturierte jährliche Mitarbeitergespräche durchgeführt. Mitarbeiter werden in die für sie bedeutsamen Entscheidungen innerhalb von Projekten und Arbeitsgruppen einbezogen. Bei relevanten Entscheidungen werden Mitarbeiterversammlungen zur breiten Information einberufen. Bei strategischen Entscheidungen ist der qualifizierte Rat der Praktiker ein elementarer Bestandteil der Planungen.

### ***Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit***

In personalrechtlichen Fragen hat sich der Träger an die Richtlinien des Deutschen Caritas-Verbandes und die Mitarbeitervertretung (MAV) -Ordnung des Bistums Münster gebunden. Alle im Klinikum eingesetzten Regelungen der Arbeitszeit resultieren aus diesen Grundsätzen und berücksichtigen die Bestimmungen des Arbeitszeitgesetzes. Die einzelnen Bereiche haben unterschiedliche Arbeitszeitregelungen, die durch individuelle Dienstplanungen oder durch feste Arbeitszeiten gestaltet sind. Die Arbeitszeiten der Ärzte sind entsprechende der gesetzlichen Regelungen gestaltet. Mitarbeiterwünsche werden im Rahmen der betrieblichen Abläufe berücksichtigt. Individuelle Regelungen der Arbeitszeit hängen vom Arbeitsplatz des Mitarbeiters ab und werden mit Blick auf den gesamten Personaleinsatz getroffen. Vertretungen im Rahmen des Dienstplans werden in Absprache mit der Abteilungs-/Stationsleitung getroffen.

### ***Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden***

Die Beteiligung der Mitarbeiter und Berücksichtigung ihrer Wünsche wird unter anderem durch die Hierarchien und den Führungsphilosophien der Klinik gewährleistet, indem ein partizipativer Führungsstil festgelegt wurde und im Leitbild und Führungsleitlinien fixiert ist. Mitarbeiter werden verantwortlich in Gremien, Leitungssitzungen und Projektgruppen einbezogen. Mitarbeiterideen werden auch über die Mitarbeitervertretung oder die entsprechende Leitung weitergegeben. Ein strukturiertes innerbetriebliches Vorschlagswesen wird genutzt. In diesem Rahmen werden Verbesserungen und Lösungsmöglichkeiten entwickelt und der Krankenhausbetriebsleitung zur Umsetzung vorgeschlagen.

## 3 Sicherheit

### **Arbeitsschutz**

Die gesetzlichen Regelungen zur Arbeitssicherheit sind umgesetzt, für Arbeitsunfälle ist ein Meldewesen implementiert. Ein Betriebsarzt ist für arbeitsmedizinische Fragestellungen verantwortlich; es werden regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen und Schulungen der Mitarbeiter durchgeführt. Der Umgang mit Gefahrstoffen ist begrenzt auf qualifiziertes Personal. Gefährdungsbeurteilungen liegen für alle Bereiche vor. Vorgaben zum Schutz vor Strahlung werden eingehalten und vom Strahlenschutzbeauftragten überwacht. Unfallverhütungsvorschriften werden entsprechend eingesetzt und die gesetzlichen Unfallverhütungsvorschriften eingehalten.

### **Brandschutz**

Regelmäßige Brandschutzunterweisungen der Mitarbeiter-, gekennzeichnete Flucht- und Rettungswege sowie die intensive Zusammenarbeit mit der örtlichen Feuerwehr gewährleisten eine hohe Sicherheit für Patienten und Personal. Anfahrtswegepläne und Hydrantenverzeichnisse wurden in Abstimmung mit der Feuerwehr erstellt. Die Brandmeldeanlagen werden regelmäßig überprüft. Handlungsanweisungen im Brandfall existieren und werden regelmäßig per Dienstanweisung aktualisiert. Evakuierungsübungen wurden durchgeführt.

### **Umweltschutz**

Der ökologisch-ökonomische Einsatz von Ressourcen ist ein Managementprinzip im Klinikum Westmünsterland. Mülltrennung und Abfallvermeidung, Speisenversorgung durch teils hauseigene Landwirtschaft und Gärtnerei, innovative Energiebeschaffung durch ein hauseigenes Blockheizkraftwerk dokumentieren u. a. den Umweltgedanken. Ein Betriebsbeauftragter ist für alle Belange des Umweltschutzes zuständig. Die Effektivität der umfangreichen Maßnahmen wird durch Vergleiche mit anderen Krankenhäusern überprüft und optimiert.

### **Katastrophenschutz**

Das Krankenhaus ist in den Katastrophenschutz nach Landesrecht eingebunden. Ein Katastropheneinsatzplan regelt Abläufe und Zuständigkeiten. Wesentliche technische Anlagen der Einrichtungen sind doppelt angelegt, um längere Ausfälle zu vermeiden. Dienstanweisungen regeln das Vorgehen in Notfallsituationen (z. B. Alarmierungskette); dem Katastropheneinsatzplan sind die Zuständigkeiten zu entnehmen.

### **Nichtmedizinische Notfallsituation**

Dienstanweisungen zum nichtmedizinischen Notfallmanagement sind entwickelt und umgesetzt. Im Falle eines Stromausfalles werden die Einrichtungen über Notstromaggregate versorgt und automatisierte Schutzmechanismen werden aktiviert. Mitarbeiter sind informiert und geschult, insbesondere darüber, wie die Notfallkette funktioniert. Bei Ausfall der Telefonanlage steht ein analoges Telefon und Handy zur Verfügung. Alarmmeldungen und Störmeldungen von technischen Anlagen und Geräten sind auf einer Gefahrenmeldeanlage geschaltet und werden an der Information und Technik angezeigt und automatisierte Schutzmechanismen aktiviert,

### **Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung**

Durch verschiedenste Maßnahmen wird die Sicherheit der Patienten gewährleistet, vor allem in besonders sensiblen Bereichen wie Geburtshilfe/Neugeborene, Intensivmedizin/OP, Hygiene/Infektionen. Zum Schutz vor Verwechslungen werden ein Patientenarmband und Verfahrensregelung zur sicheren Patientenidentifikation eingesetzt. Für Mitarbeiter bestehen Handlungsanweisungen zur Aufsichtspflicht für bestimmte Patientengruppen, z. B. bei Patienten, die bereits für eine Operation vorbereitet sind. Zur Vermeidung von Infektionen sind Hygiene Regelungen getroffen. Für das Neugeborenenzimmer bestehen gesonderte Einlassregeln. In allen Bereichen wird auf die Sturz- und Verletzungsgefahr geachtet. Der nationale Expertenstandard zur Sturzprävention ist umgesetzt. Die Patientensicherheit beim Medikamentenmanagement wird durch differenzierte Regelung der Vor-

bereitung, Kontrolle und Gabe der Medikamente geregelt.

### ***Medizinisches Notfallmanagement***

Das Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement in den Einrichtungen ist geregelt. Es ist jeweils ein Reanimationsnotruf implementiert, dessen Schaltung automatisch das Reanimationsteam anfordert. Die Mitarbeiter sind darüber informiert und werden regelmäßig geschult. An allen Standorten findet sich eine Notfallausrüstung in allen relevanten Bereichen, welche für jeden Notfall jederzeit zugänglich ist.

### ***Hygienemanagement***

Richtlinien und gesetzlichen Regelungen für die Belange der Hygiene werden umgesetzt. Sie finden sich dargestellt in den Hygieneplänen, die auf allen Stationen und Bereichen vorliegen. Wichtige Informationen über Neuerungen oder Verbesserungen werden von allen beteiligten Mitarbeitern gekennzeichnet. Durch die Einarbeitung der Richtlinien, Empfehlungen bezüglich der Krankenhaushygiene in die Pflegeleitlinien und -standards wird sichergestellt, dass die beteiligten Mitarbeiter einen hohen Kenntnisstand haben und die Empfehlungen umsetzen. Regelmäßige Schulungen werden durchgeführt und die Kontrolle der Einhaltung wird unter anderem durch Begehungen der Hygienefachkräfte sichergestellt. Im Bereich der Lebensmittelhygiene finden Begehungen gemeinsam mit der Leitung der Küche statt.

### ***Hygienerrelevante Daten***

In den Krankenhäusern werden hygienerrelevante Daten erfasst. Dies geschieht durch ein bakteriologisches Kontrollsystem und regelmäßigen Hygieneuntersuchungen. Meldepflichtige Erkrankungen nach dem Infektionsschutzgesetz werden gemeldet. Die Einrichtungen nehmen am Eursafety Healthnet des Euregio-Netzwerkes (Euregionales Netzwerk für Patientensicherheit und Infektionsschutz) teil und haben entsprechende Zertifikate erworben, die erfolgreiche Teilnahme ausweisen. Die Hygienefachkraft erfasst die Daten von mehrfachresistenten Krankenhauskeimen zur frühzeitigen Erkennbarkeit von Risiken.

### ***Infektionsmanagement***

Für Patienten mit besonderen Infektionen sind Hygienepläne erstellt. Die Anweisungen beziehen sich auf Mitarbeiter, Patienten und Besucher. Dadurch wird sichergestellt, dass Organisations- und Funktionsabläufe differenziert beschrieben sind. Auf diese Weise werden einzelne Pflegemaßnahmen, Isolierungen, spezielle Untersuchungen, Schutzmaßnahmen und das Verhalten nach Entlassung des Patienten geregelt. Verantwortlich für die Umsetzung sind die Stationsleitung und die behandelnden Personen.

### ***Arzneimittel***

Durch den Betrieb einer Krankenhaus-Apotheke am Standort Bocholt können Arzneimittel kurzfristig zur Verfügung gestellt werden und das pharmazeutische Wissen der Apotheker genutzt werden. Eine Arzneimittelkommission je Einrichtung legt eine hausinterne Arzneimittelliste nach dem jeweils aktuellen Stand der Forschung fest. Für die Arzneimittelkommission sind Arbeitsweise und Aufgaben in einer Geschäftsordnung festgelegt.

Der Umgang mit Arzneimittel wird durch die Apotheke in Begehungen geprüft und gesichert.

In den einzelnen Bereichen und Stationen werden Arzneimittel vorschriftsmäßig gelagert. Der Umgang mit Betäubungsmitteln ist geregelt. Der Meldeweg für nicht erwünschte Nebenwirkungen ist durch ein Formular und Information der Apotheke geregelt.

### ***Blutkomponenten und Plasmaderivaten***

Es existiert jeweils ein Qualitätshandbuch zum Umgang mit Blut- und Blutprodukten. Darin finden sich klare Regelungen bzgl. Verantwortlichkeiten, Zuständigkeiten sowie Regelungen zu Verfahrens- und Arbeitsabläufen, die auch regelmäßig geschult werden. Durch den Aufbau eines krankenhauses internen Meldewesens und die resultierenden Erkenntnisse ist die Sicherheit von Transfusionen gewährleistet. Die Chargendokumentation der angewendeten Blutprodukte erfolgt patienten- und produktbezogen,



sie wird mindestens 15 Jahre aufbewahrt. Die korrekte Lagerung wird lückenlos überwacht.

### ***Medizinprodukte***

Das Klinikum investiert in die Anschaffung neuester Medizingerätetechnik, um eine optimale Versorgungsqualität zu ermöglichen. Die qualifizierte Wartung und Instandhaltung aller medizinischen und elektrischen Geräte wird durch einen hauptverantwortlichen Mitarbeiter des technischen Dienstes gewährleistet. Bei Geräten der höchsten Sicherheitsstufe bestehen Wartungsverträge mit den Herstellern bzw. Prüfungen durch Sachverständige gemäß den Vorschriften des Geräteherstellers. Mitarbeiter werden in (neue) Medizinprodukte eingewiesen.

## **4 Informations- und Kommunikationswesen**

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

Module des Krankenhausinformationssystems sind umfassend eingeführt und unterliegen einer ständigen Entwicklung. Ziel ist eine digitale Patientenakte und eine Vernetzung aller Funktionsbereiche. Den Rahmen für die Sicherstellung einer umfassenden Nutzung für befugte Mitarbeiter bieten Rollen- u. Berechtigungskonzepte für den Zugriff auf bestimmte Inhalte u. Programme. Die Nutzerrechte orientieren sich am Bedarf aus dem jeweiligen Arbeitsfeld. Die zentralen Server sind redundant angelegt und das EDV-System steht 7 Tage/24 Std. zur Verfügung. Nach außen wird das System vor Zugriffen gesichert und für Ausfallzeiten sind Regelungen getroffen.

### **Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten**

Die Regelungen zur Erfassung, Führung, Dokumentation und Archivierung der Patientendaten sind klinikweit umgesetzt. Zur Erfassung von Patientendaten steht den Mitarbeitern das digitale Krankenhausinformationssystem zur Verfügung. Dort können von Aufnahme bis Entlassung alle Patientendaten erfasst werden, die zur Behandlung wichtig sind. Neben dem digitalen System steht noch ein papiergestütztes System zur Verfügung. Diese Systeme werden durch eine Vielzahl von Konzepten und Verfahrensanweisungen datenschutzgemäß gestützt und geschützt. Weitere digitale unterstützende Systeme sind die Basisdokumentation, gesetzliche Qualitätssicherung, Labor und hausinterne Systeme wie Kodierung zum Entgeltsystem.

### **Verfügbarkeit von Patientendaten**

Die aktuellen Patientenakten befinden sich in abschließbaren Rollcontainer in den Pflegedienstzimmern, zu den Interventionen werden alle relevanten Patientenakten mitgegeben. Der Zugriff auf die digitale Patientenakte ist jederzeit für berechtigte Benutzer möglich. Zunehmend vollziehen die Berufsgruppen ihre aktuelle Dokumentation in der digitalen Patientenakte. Im digitalen System kann auf Akten aus vorangegangenen Aufenthalten in der Klinik Einsicht genommen werden. Dadurch ist die Nachvollziehbarkeit der aktuellen Situation des Patienten für die an der Behandlung beteiligten Mitarbeiter gewährleistet.

### **Information der Krankenhausleitung**

Die Kommunikationsstruktur innerhalb der Einrichtungen und Bereiche ist durch eine Besprechungsmatrix über die jeweilige verantwortliche Leitung vorgegeben, sodass eine zeitnahe Information der Krankenhausleitung zu allen relevanten Themen gesichert ist.

Ein einheitliches Berichtswesen zu Leistungs- und Entwicklungszahlen wird von der Zentrale KWML über einen definierten Verteiler allen Leitungskräften zügig zur Verfügung gestellt und in den Gremien genutzt.

Erforderliche ext. Informationen zur Steuerung des KH steht der jeweiligen Krankenhausbetriebsleitung durch eine starke Vernetzung und kollegiale Zusammenarbeit mit regelmäßigen Kontakten zu ext. Partnern zur Verfügung. Es bestehen regelmäßige Kontakte der Chefärzte und Geschäftsführung mit niedergelassenen Ärzten über Ärzteverein und Ärztenetzwerk. Die GF führen regelmäßig Gespräche mit den Praxen in den Einrichtungen (MVZ) insbesondere bei wichtigen Entwicklungsfragen.

### **Informationsweitergabe (intern/extern)**

Eine klare Kommunikationsstruktur sichert den Informationsfluss in den Einrichtungen. Berufsübergreifende und interdisziplinäre Besprechungen erfolgen regelmäßig. Eine Übersicht aller Besprechungen ist in den QM- Handbüchern (Intranet) eingestellt.

Ein zentraler Dienst für Öffentlichkeitsarbeit ist eingerichtet, der eine zielgerichtete Information der Patienten und Partner umsetzt. Über Informationsflyer wie auch in Visiten, und Einzelgesprächen wird über Abläufe informiert. Eine weitere Möglichkeit zur Information für die Patienten und Angehörigen ist die Homepage des Klinikums. Um jederzeit angemessen und zeitnah handeln zu können unterhält die Geschäftsleitung über die Mitarbeiter der Öffentlichkeitsarbeit einen regelmäßigen Kontakt zu den Vertretern der örtlichen und überregionalen Print- und TV- Medien. Das Vorgehen der Öffentlichkeitsarbeit im Krisenfall ist in einer Verfahrensanweisung geregelt.

### ***Organisation und Service***

In der jeweiligen Informationszentrale im Eingangsbereich der Krankenhäuser liegen alle relevanten Informationen für stationäre Patienten über diensthabende Ärzte vor. Die Informationszentralen sind rund um die Uhr mit geschultem Personal besetzt, welches umfassend über Struktur und Organisation des Krankenhauses informiert ist. Die Informationszentralen alarmieren bei Notfällen nach einem festgelegten Schema die Notfallteams, dieser Prozess wird regelmäßig überprüft. Die Aufnahme der Patienten erfolgt in der Patientenaufnahme, datenschutzrechtliche Aspekte werden beachtet.

### ***Regelungen zum Datenschutz***

Für alle Belange des Datenschutzes ist je Einrichtung ein Beauftragter bestellt. Der Schutz von Patientendaten ist gewährleistet. Die Mitarbeiter werden in die datenschutzrechtlichen Regelungen eingewiesen. Bei der Datenweitergabe an Krankenkassen und andere Einrichtungen werden gesetzliche Bestimmungen eingehalten. Einer Aufhebung der Schweigepflicht wird grundsätzlich nur mit Einverständniserklärung des Patienten zugestimmt. Der Zugang ins elektronische Krankenhausinformationssystem ist nur berechtigten Personen über die Eingabe eines persönlichen Passwortes möglich und unterliegt einem strengen Rechtekonzept.

## 5 Führung

### ***Vision, Philosophie und Leitbild***

Für jede Einrichtung des Klinikums sind über eine Leitbildfindung klare Aussage über grundlegende Ziele, Visionen, Philosophie und Werte des Unternehmens, eine einheitliche Sprachführung und eine breite Bewusstseinsbildung bei den Mitarbeitern entwickelt. Die Leitbilder stehen den Patienten, Angehörigen und Besuchern sowie den Mitarbeitern als Flyer zur Verfügung und die Inhalte werden zu passenden Gelegenheiten wie auch zur Einarbeitung von neuen Mitarbeitern vermittelt. Insbesondere die christliche Orientierung wird im Umgang mit den Patienten und seiner Behandlung, in der Zusammenarbeit der Mitarbeiter untereinander und in der Art und Weise der Führung deutlich.

### ***Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen***

Basis des gemeinsamen Verständnisses ist neben dem Leitbild die Führungsleitlinie, die alle wesentlichen Grundlagen für eine vertrauensvolle und transparente Zusammenarbeit regelt und in Führungstrainings den Mitarbeitern vermittelt wird.

In Planung und Umsetzung von Neuerungen werden Beteiligte einbezogen und alle Mitarbeiter strukturiert informiert.

Ein Konzept für strukturierte Mitarbeitergespräche ist in einigen Bereichen umgesetzt. Durch Instrumente wie Fehlermeldesysteme wird eine positive Fehlerkultur gefördert, in bestimmten Bereichen wird den Mitarbeitern Supervision angeboten.

Eine Dienstvereinbarung zur Vorbeugung von und zum Umgang mit Suchtproblemen am Arbeitsplatz sowie ein Leitfadensystem zum Umgang mit Suchterkrankten ist erstellt.

### ***Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse***

Im Leitbild wurden Auftrag und Werte beschrieben, mit denen Patienten unabhängig von Kultur und Religion begegnet wird. Zur Umsetzung ethischer Aufgaben sind neben Ärzten, Therapeuten und Pflegenden alle anderen im Klinikum eingebundenen Mitarbeiter und Personen beteiligt. Für die Krankenhausseelsorge existiert ein Seelsorgekonzept. Besuche werden auf allen Stationen durchgeführt. Selbsthilfegruppen werden einbezogen. Ein Ethikkomitee ist je Einrichtung eingerichtet. Aufgabenbereiche und Verantwortlichkeiten wurden festgelegt, Geschäftsordnungen sind vorhanden. Des Weiteren kümmert sich das Ethikkomitee um die Planung und Durchführung von Fortbildungen für Mitarbeiter zu ethischen Themen. Zur psychologischen Betreuung von Patienten können Seelsorger, Mitarbeiter der Psychoonkologie, eine Psychiaterin /Neurologin oder ein Arzt für palliative Betreuung angefordert werden. In den Zentren existieren psychoonkologische Konzepte, nach denen die Patienten Unterstützung erhalten.

### ***Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung***

Jährlich erstellt die Geschäftsführung übergeordnete Klinikum weite Unternehmensziele, die sich aus der Unternehmensstrategie bzw. aus operativen Fragestellungen ableiten. Hierbei werden jeweilige Experten bzw. Expertengruppen aus den Einrichtungen beteiligt. Die übergeordneten Ziele werden den Krankenhausbetriebsleitungen zur Verfügung gestellt, um hieraus einrichtungsspezifische Ziele zu definieren. Die Unternehmensziele werden einmal pro Jahr in der Zeitschrift des Klinikverbundes "Forum" veröffentlicht. Die Chefärzte und die Pflegedienstleitung werden regelmäßig mit Kennzahlen über Leistungs- und Kostenentwicklungen informiert, da diese die Budgetverantwortung für ihre Leistungsbereiche tragen. Kooperationen werden immer dort eingegangen, wo diese einen wirtschaftlichen Nutzen und/oder Synergieeffekte mit sich bringen.

### ***Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen***

Im Leitbild ist die Position des Klinikums in der Gesellschaft definiert. Auswahlkriterien für Kooperationen werden durch die Geschäftsleitung bestimmt. Maßgeblich sind: Fachlichkeit und Erfahrungsumfang, Werteübereinstimmung, gemeinsame Ziele, örtl. Nähe, finanzielle Stabilität, bestehende Abhängigkeiten. Daneben werden gegenseitige Erwartungen abgeglichen. Maxime ist dabei, dass alle Seiten - und besonders auch die Patienten - davon profitieren. Das Klinikum ist der größte Arbeitgeber für

den Gesundheitsbereich im Westmünsterland. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit öffentlichen Einrichtungen im Gesundheitswesen. Durch öffentliche Veranstaltungen wird die Bevölkerung über die Möglichkeit der Medizin und Pflege informiert. In der täglichen Arbeit werden niedergelassene Ärzte, Pflegedienste und andere Partner in die Patientenversorgung einbezogen. Das Klinikum pflegt neben weiteren Partnerschaften eine enge Verbindung mit der Aktion Friedensdorf e.V. Oberhausen und dem Hammer Forum zur unentgeltlichen Behandlung schwerkranker Kinder aus Kriegs- und Krisengebieten.

### ***Festlegung einer Organisationsstruktur***

Die Geschäftsleitung legt in Form eines Organigramms eine eindeutige Organisationsstruktur fest. Es stellt die einzelnen Unternehmensbereiche und Abteilungen funktionsbezogen dar, wurde mit allen Verantwortlichen abgestimmt und in Kraft gesetzt.

Die Kompetenzen der verschiedenen Gremien sind in Geschäftsordnungen eindeutig geregelt. Des Weiteren sind Stellenbeschreibungen und Aufgabenprofile vorhanden, die die Kompetenzen und Verantwortlichkeiten sowie Aufgaben festlegen.

### ***Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien***

In den Einrichtungen sind Leitungsgremien und Kommissionen in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Vorgaben eingerichtet. Deren Arbeitsweise ist in Geschäftsordnungen beschrieben. Zentrales Gremium je Einrichtung ist die Krankenhausbetriebsleitung (KBL). Nachgeordnete Leitungsebenen werden von Mitgliedern der KBL in regelmäßigen weiteren Konferenzen oder Besprechungen über für sie relevante Managemententscheidungen informiert. Bei weitreichenden Entscheidungen werden nachgeordnete Leitungsebenen sowie betroffene Mitarbeiter in Entscheidungsprozesse mit einbezogen. Laufende Maßnahmen und Projekte werden in der Umsetzung überwacht. Zum Jahresende erfolgt eine Prüfung der Maßnahmen, Projekte und Kennzahlen.

### ***Innovation und Wissensmanagement***

Die Maßnahmen der GF zielen auf die kontinuierliche Weiterentwicklung am regionalen Gesundheitsmarkt unter Berücksichtigung finanziell gesicherter Rahmenbedingungen. Durch die Förderung eines partizipativen Führungsstils werden MA an Veränderungsprozessen beteiligt. Durch die Schaffung großer Einheiten im Klinikum soll der Wissenstransfer optimiert und Synergieeffekte besser genutzt werden. Für innovative Veränderungen werden in der Regel Projekt- oder Arbeitsgruppen eingesetzt. Hier sind MA über einen offenen und kommunikativen Führungsstil einbezogen. Die Projektbeauftragung und -arbeit erfolgt nach festgelegten Regeln. Durch Zugang zu Bibliothek, der Online-Datenbank "up to date", Internetzugang und Umlaufverfahren von Zeitschriften wird aktuelle Literatur-einsicht ermöglicht.

### ***Externe Kommunikation***

Die Öffentlichkeitsarbeit ist ein zentralisierter Bereich im Klinikum Westmünsterland. Jede Einrichtung ist ein dafür beauftragter Mitarbeiter zugeordnet. Auf Grundlage der Jahresziele des Klinikums erfolgt eine systematische Information der Zielgruppen (Bevölkerung, Patienten, Einweiser, Mitarbeiter, Bewerber, Krankenkassen, Medienvertreter etc.) über mögliche Leistungen und aktuelle Veränderungen. Ein Design-Handbuch legt ein einheitliches Design fest, an dem sich der öffentliche Auftritt des Klinikums orientiert. Die Erstellung von Presseinformationen verläuft nach einem standardisierten Prozesse. Die Interessen der verschiedenen Zielgruppen werden berücksichtigt, es sollen alle Seiten davon profitieren, ganz besonders der Patient.

### ***Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems***

Das Risikomanagement des Krankenhauses zielt vorbeugend auf Risikoprävention durch die optimale Gestaltung der risikoreichen Kernprozesse der Krankenhausbehandlung und wird schrittweise weiterentwickelt. Rückwirkend werden durch Beschwerdemanagement und Fehlermeldesystem kritische Ereignisse und Beinahe-Fehler betrachtet und Maßnahmen ergriffen, die eine Wiederholung vermeiden helfen. Durch die nachhaltige Etablierung von übergreifenden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen werden Fälle mit einem unerwarteten, besonderen oder optimierungswürdigen Verlauf bearbeitet und bewertet. Gewollt ist eine interdisziplinäre Aufarbeitung von kontrovers diskutierten Fällen, d.h.

Aufarbeitung von Sachverhalten und Fallverläufen, die innerhalb der internen Fehleranalysen der medizinischen Bereiche und speziellen Strukturen (Zentren) nicht aufgegriffen werden.

## 6 Qualitätsmanagement

### **Organisation**

Qualitätsmanagement war bisher als Stabsstelle der Geschäftsführung der einzelnen Einrichtungen angelegt und mit einer fachlichen ärztlichen Leitung auf KWML-Ebene besetzt. Zukünftig wird die gesamte QM und RM-organisation zentral als Stabsstellenorganisation dem ressortverantwortlichen Geschäftsführer des KWML zugeordnet. Für die Einrichtungen ist jeweils mind. ein Ansprechpartner vor Ort benannt und ansprechbar.

Klinisches Risikomanagement ist in das QM integriert. Ein QM/RM-Lenkungsgremium dient der interprofessionellen Einschätzung und Beratung zu Qualitäts- und Sicherheits-Themen.

In allen Zentren und vielen Kliniken sind Qualitätszirkel eingerichtet, die qualitätsverbessernde Maßnahmen in den Bereichen anregen und begleiten und zur Risikovermeidung beitragen.

### **Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung**

Die Kernprozesse, unterstützende Prozesse, Führungsprozesse sowie wesentliche Schnittstellen sind identifiziert und schriftlich festgelegt.

Zur Steuerung wesentlicher Prozesse und Abläufe werden im Klinikum Westmünsterland Verfahrensanweisungen, Ablaufbeschreibungen und Standards genutzt. In Kommissionen, Arbeitsgruppen, Steuergruppen der Zentren sowie in den Qualitätszirkeln werden notwendige Änderungen zur Prozessoptimierung identifiziert und Aktualisierung angestoßen. Daneben gewährleisten interne Begehungen und Befragungen zur Erarbeitung von Verbesserungsmaßnahmen eine Weiterentwicklung und Optimierung.

### **Patientenbefragungen**

Es werden regelmäßige Befragungen der Patienten in den Einrichtungen durchgeführt. Es handelt sich um anonyme schriftliche Befragungen der stationären Patienten. Ziel ist es, einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess in den Einrichtungen zu gestalten, um Wünsche und Erwartungen unserer Patienten besser erfüllen und somit die Zufriedenheit steigern zu können. Die Auswertungen erfolgen in standardisierter Weise, sodass Vergleiche möglich sind. Maßnahmen aus den Auswertungen werden abgeleitet.

Die Datenerhebung und Auswertung erfolgt unter Einhaltung datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

### **Befragung externer Einrichtungen**

Es werden regelmäßige schriftliche Befragungen der Einweiser und weiterer Einrichtungen durchgeführt. Mit den gewonnenen Ergebnissen ist es möglich, die Zufriedenheit mit Einweisern und externen Einrichtungen optimieren. Kontaktsicherung erfolgt auch direkt über die Geschäftsleitung und die Chefärzte sowie über den Sozialdienst und andere Berufsgruppen.

### **Mitarbeiterbefragung**

Im Leitbild und Führungsleitlinien sind Aussagen über die Zusammenarbeit der Berufsgruppen, dem Engagement des Einzelnen sowie den respektvollen Umgang miteinander getroffen. Die Meinung der Mitarbeiter wird in Befragungen ergründet. Es finden regelhafte Gespräche zwischen der Mitarbeitervertretung und der Geschäftsführung statt.

### **Umgang mit Wünschen und Beschwerden**

In den Einrichtungen ist ein Beschwerdemanagement eingeführt. Ziel ist die zeitnahe Erfassung von Defiziten in der Beziehung zwischen Patienten/Angehörigen und dem Krankenhaus sowie eine zeitnahe Bearbeitung bzw. Behebung der Beschwerden. Die Patienten erhalten in der Patientenmeldung den Fragebogen "Ihre Meinung... ist uns wichtig". Neben der jährlichen Auswertung werden deutliche Kritikpunkte direkt in den entsprechenden Qualitätsmanagementzirkeln der Kliniken bearbeitet. Als direkter Ansprechpartner für Patienten und Angehörige fungiert die Pflegedirektion. Je Einrichtung steht ehrenamtlich ein Patientenführsprecher zur Verfügung, wenn ein neutraler Ansprechpartner gewünscht wird. Schriftliche Beschwerden werden umgehend von der Krankenhausleitung beantwortet.

tet.

### ***Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten***

Es wird neben Förderung einer positiven Fehlerkultur in verschiedener Weise Qualitätssicherung betrieben, um eine kontinuierliche Qualität in der Patientenversorgung gewährleisten zu können. Verschiedenste qualitätsrelevante Daten (z.B. Hygienedaten, Ergebnisqualität in den Zentren, Endoprothesen- und Hernienregister etc.) werden erhoben, analysiert und zur Verbesserung der Ergebnisqualität für Patienten genutzt.

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

Die Vorgaben zum Verfahren der vergleichenden externen Qualitätssicherung werden in allen Einrichtungen erfüllt. Notwendige EDV-Technik ist eingesetzt. Durch Sammlung qualitätsrelevanter Daten neben der externen Qualitätssicherung werden Erkenntnisse zur Sicherung der Ergebnisqualität gewonnen und zur kontinuierlich Verbesserung und Steigerung der Effizienz in den Kliniken genutzt.