

**DIE  
JOHANNITER®**

Ev. Krankenhaus Bethesda



Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen

## **KTQ-QUALITÄTSBERICHT**

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

<b>Krankenhaus:</b>	Evangelisches Krankenhaus Bethesda Mönchengladbach gGmbH
<b>Institutionskennzeichen:</b>	260510699
<b>Anschrift:</b>	Ludwig-Weber-Str. 15 41061 Mönchengladbach
<b>Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:</b>	2017-0055 KH
<b>durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:</b>	WIESO CERT GmbH, Köln
<b>Gültig vom:</b>	09.11.2017
<b>    bis:</b>	08.11.2020
<b>Zertifiziert seit:</b>	10.11.2005

## **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	10
3. Sicherheit - Risikomanagement	11
4. Informations- und Kommunikationswesen	13
5. Unternehmensführung	14
6. Qualitätsmanagement	15

## Vorwort der KTQ<sup>®</sup>

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<sup>®</sup> 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<sup>®</sup> somit Instrumente an, die die Sicherung und stetige Verbesserung der Qualität in Einrichtungen des Gesundheitswesens für die Öffentlichkeit darstellen.

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

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

der Einrichtung beziehen.

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

---

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

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

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

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

Wir freuen uns, dass das **Ev. Krankenhaus Bethesda Mönchengladbach** 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

**F. Wagner**

Für den Deutschen Pflegerat

## **Vorwort der Einrichtung**

Das Krankenhaus Bethesda wurde im Jahre 1855 als erstes Krankenhaus in der Stadt Mönchengladbach gegründet. Der hohe Anspruch im Bethesda, den Dienst am Menschen als Ganzes zu sehen und Krankheiten zu heilen, hat bereits eine 150jährige Tradition.

Das Bethesda Krankenhaus verfügt über 350 Betten und bietet jährlich Patienten eine ganzheitliche ambulante und stationäre Versorgung in den Fachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie, Plastische Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie, Augenheilkunde, Anästhesiologie und Radiologie an.

Das BETHESDA hat 1997 ein Tochterunternehmen, die LogOS GmbH\*, gegründet. Die LogOS erbringt für das Krankenhaus Dienstleistungen in den Bereichen Reinigung, Catering, Technische Dienste, Verwaltungsdienste und Physiotherapie.

## **Zertifizierung nach KTQ**

Qualität im Krankenhaus muss nicht nur geleistet werden, sondern sie muss auch für andere erkennbar nach außen dargestellt werden. Deshalb haben wir uns im Johanniter Krankenhaus Bethesda dazu entschlossen, ein krankenhausspezifisches Zertifizierungsverfahren durchführen zu lassen, die Zertifizierung nach KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus).

Es ist ein Verfahren, das von der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Deutschen Pflegerat und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherungen getragen wird.

Das BETHESDA hat in 2005 als erstes Krankenhaus in Mönchengladbach die KTQ – Zertifizierung erfolgreich bestanden.

Die Re-Zertifizierungen im Herbst 2008, 2011, 2014 und 2017 wurden ebenfalls erfolgreich, mit einem überdurchschnittlichen Ergebnis, bestanden. Durch dieses Verfahren ist der kontinuierliche Verbesserungsprozess in unserem Krankenhaus auf Dauer gesichert.

## **Zertifizierung des Brustzentrums Niederrhein**

Im Oktober 2006 wurde das Brustzentrum erstmals erfolgreich durch die Ärztekammer Westfalen-Lippe zertifiziert. Die Qualität der Prozesse im Brustzentrum wird durch externe Auditoren in jährlichen Audits evaluiert.

## **Zertifizierung Darmzentrum**

Die Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie bilden mit externen Partnern das interdisziplinäre Darmzentrum. Das Zentrum wurde im Herbst 2007 erstmals durch ex-

terne Fachexperten der deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert. Durch die Zertifizierung der deutschen Krebsgesellschaft beweist unser Darmzentrum, dass ein funktionierendes Netzwerk aufgebaut wurde und hohe qualitative Standards eingehalten werden.

### **Zertifizierung Gynäkologisches Krebszentrum**

Das Zentrum wurde im Herbst 2013 erstmals durch externe Fachexperten der deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert. Dadurch wird dem Zentrum bescheinigt, dass die in den durch die Deutsche Krebsgesellschaft festgelegten fachlichen Anforderungen an Gynäkologische Krebszentren definierten Qualitätskriterien erfüllt sind.

### **Zertifizierung Chest Pain Unit**

Im September 2015 wurde der Medizinischen Klinik II erstmals bescheinigt, dass ihre Chest Pain Unit die Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie erfüllt und daher die Auszeichnung Chest Pain Unit-DGK zertifiziert erhält.

\* nicht Bestandteil dieser KTQ-Zertifizierung

# Die KTQ-Kategorien

## 1. Patientenorientierung

Im Johanniter Krankenhaus Bethesda werden Termine zur Durchführung geplanter Eingriffe und Krankenhausaufenthalte mit den Patienten durch die jeweilige Fachrichtung vereinbart. Im Vorfeld der stationären Behandlung können zahlreiche Sprechstunden und vorstationäre Leistungen in Anspruch genommen werden. Das Leistungsspektrum und die Erreichbarkeit des Hauses sind über das Internet ([www.johanniter-kliniken.de](http://www.johanniter-kliniken.de)) abrufbar. Das Krankenhaus ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln und dem PKW gut erreichbar. Behindertengerechte Parkplätze werden in ausreichender Zahl bereitgehalten. Die Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften und die daraus entwickelten hausinternen medizinischen und pflegerischen Behandlungsstandards sind Grundlage der Patientenversorgung. Die konsequente Anwendung sichert eine qualifizierte und effiziente Betreuung und Versorgung der Patienten. Regelmäßige interne und externe Weiterbildungen unserer Mitarbeiter gewährleisten eine evidenzbasierte Behandlung. In den Organkrebszentren wird jeder Behandlungsprozess durch spezifische Behandlungspfade gesteuert. Bereits im Vorfeld der stationären Aufnahme hat der Patient die Möglichkeit sich über die Verwaltung, die Sekretariate oder das Internet zu informieren. Auf unserer Homepage informieren wir über die Klinik im Allgemeinen, über die verschiedenen Kliniken und deren Leistungsspektrum. Zur weiteren Information stehen den Patienten ein Krankenhausmagazin sowie verschiedene Flyer mit Informationen zu den einzelnen Fachabteilungen, Ambulanzen und zum Wahlleistungsangebot zur Verfügung. Jeder Patient kann zu den Mahlzeiten aus verschiedenen Komponenten sein Essen auswählen. Menüassistenten und Diätassistenten beraten die Patienten und erfassen täglich die Essenswünsche. Kulturelle Besonderheiten werden im Speiseangebot berücksichtigt. Bei den Patienten wird zeitnah zu ihrer Ankunft im Krankenhaus eine ärztliche und pflegerische Aufnahmeuntersuchung durchgeführt und die erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen mit dem Patienten besprochen und eingeleitet. Angehörige werden auf Wunsch des Patienten einbezogen. Der zuständige Facharzt legt mit dem Patienten am Aufnahmetag den Behandlungsplan in der Patientenakte fest. Der gesamte Behandlungsprozess des stationären Aufenthaltes wird durch den Stationsarzt in Abstimmung mit dem Oberarzt bzw. Chefarzt im Rahmen der Visiten überprüft und aktualisiert. Der Pflegedienst erfasst beim pflegerischen Aufnahmegespräch die Ressourcen der Patienten anhand der Aktivitäten des täglichen Lebens und plant entsprechende Pflegemaßnahmen. Bei den Patienten wird zeitnah zu ihrer Ankunft im Krankenhaus eine ärztliche und pflegerische Aufnahmeuntersuchung durchgeführt und die erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen mit dem Patienten besprochen und eingeleitet. Angehörige werden auf Wunsch des Patienten einbezogen. Die Erwartungen des Patienten werden nach Möglichkeit berücksichtigt. Die Informationen werden in einem einheitlichen Dokumentationssystem erfasst. Weitere Dienste, z.B. die Begleitung durch den Sozialdienst werden dem Patienten angeboten. Der zuständige Facharzt legt mit dem Patienten am Aufnahmetag den Behandlungsplan in der Patientenakte fest. Der gesamte Behandlungsprozess des stationären Aufenthaltes wird durch den Stationsarzt in Abstimmung mit dem Oberarzt bzw. Chefarzt im Rahmen der werktäglichen Visiten überprüft und aktualisiert. Der Pflegedienst erfasst beim pflegerischen Aufnahmegespräch die Ressourcen der Patienten anhand der Aktivitäten des täglichen Lebens und plant entsprechende Pflegemaßnahmen. Die ambulante Versorgung der Patienten erfolgt in den Institutsambulanzen, den Chefarztambulanzen sowie den Spezialsprechstunden der einzelnen Fachabteilungen. Terminvereinbarung und Einbestellungen erfolgen durch die Sekretariate. Die ambulante Notfallversorgung ist rund um die Uhr durch qualifizierte Ärzte und Pflegekräfte gewährleistet. Die ambulante Versorgung der Patienten erfolgt in den Institutsambulanzen, den Chefarztambulanzen so-

wie den Spezialsprechstunden der einzelnen Fachabteilungen. Terminvereinbarung und Einbestellungen erfolgen durch die Sekretariate. Die ambulante Notfallversorgung ist rund um die Uhr durch qualifizierte Ärzte und Pflegekräfte gewährleistet. Ambulante Operationen werden im ambulanten OP-Zentrum angeboten. Die Koordination erfolgt durch die jeweilige Fachabteilung. Die Ärzte koordinieren die erforderlichen Untersuchungen vor elektiven Eingriffen. Nach Möglichkeit erfolgt eine prästationäre Abklärung. Mitgebrachte Befunde werden in die prästationäre Diagnostik einbezogen. Fehlende Befunde werden termingerecht vor dem Eingriff hier erhoben. Die Befunde können zeitnah per EDV abgerufen werden. Bei kritischen Befunden erfolgt umgehend eine telefonische Information des behandelnden Arztes. Während der Regelarbeitszeit erfolgt der Patiententransport im Wesentlichen über den Patientenbegleitedienst. Außerhalb des Regeldienstes wird der Transportdienst durch das Personal der Stationen und Ambulanzen sichergestellt. Die Indikation zu invasiven Eingriffen wird grundsätzlich durch Fachärzte gestellt. In allen Organkrebszentren des Krankenhauses sind Behandlungspfade implementiert. Darüber hinaus sichern Leitlinien die medizinische Behandlungsqualität. Ein OP-Koordinator ist bestellt und mit den entsprechenden Befugnissen ausgestattet. Es erfolgt eine OP-Wochenplanung und in einer täglichen OP-Besprechung werden die OP-Pläne für den Folgetag besprochen und aktualisiert. Notfälle werden jederzeit in das laufende OP-Programm integriert. Durch die fachübergreifende Nutzung der OP-Säle wird das Absetzen einer Operation minimiert und die Patientenzufriedenheit gesteigert. Ein OP-Manager ist bestellt und mit den entsprechenden Befugnissen ausgestattet. Es erfolgt eine OP-Wochenplanung, und in einer täglichen OP-Besprechung werden die OP-Pläne für den Folgetag besprochen und aktualisiert. Notfälle können jederzeit in das laufende OP-Programm integriert werden. Durch die fachübergreifende Nutzung der OP-Säle wird das Absetzen einer Operation minimiert und die Patientenzufriedenheit gesteigert. Die Durchführung täglicher Visiten dient der Koordination und Überprüfung des Behandlungsverlaufes bzw. Behandlungserfolges. Hierbei werden mit dem Patienten Untersuchungsergebnisse besprochen und weitere Behandlungsmaßnahmen erörtert. Für jeden Patienten erfolgt eine tägliche Visite durch den Stationsarzt und der zuständigen Pflegekraft und jeweils einmal pro Woche eine Chefarzt- bzw. Oberarztvisite. Im Bedarfsfall werden zu den Visiten andere Berufsgruppen, wie Sozialdienst, Seelsorge und Physiotherapeuten hinzugezogen. Die Durchführung täglicher Visiten dient der Koordination und Überprüfung des Behandlungsverlaufes bzw. Behandlungserfolges. Hierbei werden mit dem Patienten Untersuchungsergebnisse besprochen und weitere Behandlungsmaßnahmen erörtert. Für jeden Patienten erfolgt eine tägliche Visite durch den Stationsarzt und der zuständigen Pflegekraft und jeweils einmal pro Woche eine Chefarzt- bzw. Oberarztvisite. Im Bedarfsfall werden zu den Visiten andere Berufsgruppen, wie Sozialdienst, Seelsorge und Physiotherapeuten, hinzugezogen. Die Planung der Entlassung beginnt bereits am Aufnahmetag. Der behandelnde Arzt teilt dem Patienten bzw. den Angehörigen den Entlassungstermin frühzeitig mit. Mit jedem Patienten wird ein ärztliches und pflegerisches Entlassungsgespräch geführt. Der Patient erhält bei der Entlassung einen Arztbrief, der EDV-gestützt erstellt wird. Der Sozialdienst berät im Rahmen von Sozialvisiten Patienten vor der Entlassung und organisiert im Bedarfsfall die weitere Betreuung, Pflege, Unterbringung oder Rehabilitation. Eine würdevolle Begleitung sterbender Patienten ist im Johanniter Krankenhaus Bethesda selbstverständlich. Es finden regelmäßig Schulungen zum Umgang mit sterbenden Patienten für die Mitarbeiter des Pflegedienstes und die Auszubildenden in der Krankenpflege statt. Mindestens einmal jährlich wird ein sogenanntes Sterbeseminar, das fachlich durch die Krankenhausseelsorge begleitet wird, durchgeführt. Die evangelische und katholische Krankenhausseelsorge stehen zur Begleitung sterbender Patienten rund um die Uhr zur Verfügung. Eine würdevolle Begleitung sterbender Patienten ist

im BETHESDA selbstverständlich. Es finden regelmäßig Schulungen zum Umgang mit sterbenden Patienten für die Mitarbeiter des Pflegedienstes und die Auszubildenden in der Krankenpflege statt. Mindestens einmal jährlich wird ein sogenanntes Sterbeseminar, das fachlich durch die Krankenhauseelsorge begleitet wird, durchgeführt. Die evangelische und katholische Krankenhauseelsorge stehen zur Begleitung sterbender Patienten rund um die Uhr zur Verfügung. Auch nach Eintritt des Todes wird die Würde des Menschen geachtet. Die Angehörigen haben die Möglichkeit, sich vom Verstorbenen zu verabschieden. Bei der Versorgung Verstorbener berücksichtigen die Mitarbeiter des Krankenhauses die religiösen Hintergründe der Patienten. Die Krankenhauseelsorge führt bei Bedarf Gespräche mit den Angehörigen. Bei Totgeburten wird ebenfalls eine Begleitung der Angehörigen angeboten. Auch nach Eintritt des Todes wird die Würde des Menschen geachtet. Die Angehörigen haben die Möglichkeit, sich vom Verstorbenen zu verabschieden. Bei der Versorgung Verstorbener berücksichtigen die Mitarbeiter des Krankenhauses die religiösen Hintergründe der Patienten. Die Krankenhauseelsorge führt bei Bedarf Gespräche mit den Angehörigen. Bei Totgeburten wird ebenfalls eine Begleitung der Angehörigen angeboten.

## **2. Mitarbeiterorientierung**

Ziel ist es, unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen sowie der Leistungen der jeweiligen Abteilungen quantitativ und qualitativ angemessen Personal vorzuhalten. Die Planung des Personalbedarfs der einzelnen Abteilungen orientiert sich hierbei an der Strategie und den Zielen des Hauses. Die Personalbedarfsplanung erfolgt einmal jährlich, bei Struktur- und Leistungsveränderungen erfolgt eine unterjährige Korrektur. Die endgültige Personalbesetzung wird in den Budgetgesprächen mit den jeweiligen Abteilungsleitungen abgestimmt. Die Personalbedarfsplanung erfolgt jährlich durch die Krankenhausleitung. Die Planung orientiert sich an den zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen, den Leistungen der Abteilungen sowie der Strategie des Hauses. Als Planungsinstrumente werden die Anhaltszahlen der deutschen Krankenhausgesellschaft und Leistungseinheitsrechnungsverfahren eingesetzt. Zentrale Überwachungsinstrumente sind die monatliche Vollkräftestatistik und Jahreshochrechnungen. Bei strukturellen Veränderungen erfolgt unverzüglich eine Anpassung des Stellenschlüssels. Unser Ziel ist, die Kompetenz der Mitarbeiter zu ermitteln und zu fördern, damit sie ihre derzeitigen und zukünftigen Aufgaben wahrnehmen können. Für alle Berufsgruppen liegen spezifische auf das Haus abgestimmte Einarbeitungspläne vor. Verantwortlich für die Umsetzung der Personalentwicklung sind die unmittelbaren Vorgesetzten. Personalentwicklung erfolgt in den Bereichen Facharztausbildung, Fachweiterbildung für Pflege- und Funktionsdienst, Wirtschafts- und Versorgungsdienst und Verwaltung. Verantwortlich für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter sind die jeweiligen Vorgesetzten. Neue Mitarbeiter werden im Zeitraum der Einarbeitung durch erfahrene Mitarbeiter begleitet. In den Bereichen erfolgt die Einarbeitung nach Einarbeitungskonzepten. Die Effizienz der Einarbeitung wird regelmäßig durch die jeweiligen Vorgesetzten überprüft. Das Johanniter Krankenhaus Bethesda betreibt mit den Städtischen Kliniken Mönchengladbach das Schulzentrum für Gesundheitsberufe am Niederrhein. Das Schulzentrum verfügt über 120 Ausbildungsplätze in der Gesundheits- und Krankenpflege und 45 Ausbildungsplätze in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Die Vernetzung von Theorie und Praxis erfolgt durch Praxisanleiter, die die Auszubildenden im praktischen Einsatz betreuen. Die Arbeitszeitregelungen im Krankenhaus sind berufsgruppenspezifisch getroffen worden und richten sich nach dem BAT-KF. Es gibt unterschiedliche Arbeitszeitmodelle. Für alle Vollzeit-Mitarbeiter gilt die 38,5 Stun-

den-Woche. Für die Mitarbeiter im ärztlichen Dienst gilt eine 42 Stunden Woche. Es werden auch Teilzeitkräfte mit unterschiedlichen Wochenstunden eingesetzt. Bereitschafts- und Rufbereitschaftsdienste regeln die 24-stündige Versorgung der Patienten. Die Wünsche der Mitarbeiter in Bezug auf ihre Arbeitszeiten werden von den Vorgesetzten berücksichtigt, sofern betriebliche Erfordernisse nicht entgegenstehen. Mitarbeiter können sich mit ihren Ideen und Wünschen direkt an ihre Vorgesetzten oder an die Krankenhausdirektion wenden. Ebenso haben die Mitarbeiter die Möglichkeit, ihre Anregungen direkt in die verschiedenen Projektgruppen einzubringen. Die Mitarbeiter können somit direkt Einfluss nehmen auf die Gestaltung der Abläufe in ihrem Arbeitsumfeld. Bei Beschwerden können die Mitarbeiter sich direkt an die Krankenhausdirektion oder an die Mitarbeitervertretung wenden.

### **3. Sicherheit - Risikomanagement**

In 2017 wurde im gesamten Krankenhaus ein Risikoaudit durch ein externes Unternehmen durchgeführt, um die Risikopotentiale der einzelnen Fachabteilungen strukturiert und nach Prioritäten definieren und zuordnen zu können. Das bestehende CIRS im Krankenhaus Bethesda wurde durch ein anderes System, das durch die Johanniter GmbH ausgewählt wurde, abgelöst. Ziel des neu ausgewählten Systems war die Verschlüsselung/Anonymisierung der Meldungen außerhalb des Krankenhauses. Für die Patienten wird eine sichere Umgebung gewährleistet und Maßnahmen zur Sicherung vor Eigen- und Fremdgefährdung umgesetzt. Patienten mit einem erhöhten Betreuungsbedarf werden engmaschig überwacht und in der Nähe des Stationszimmers untergebracht. In den Bereichen, in denen Kinder betreut werden, bestehen spezielle Regelungen zur Aufsicht. Der Zugang zum Neugeborenenzimmer ist nur über eine Code-Karte möglich. Operative Patienten tragen zur eindeutigen Identifizierung im OP ein Armband mit ihren Daten. Im Haus steht rund um die Uhr ein Notfallteam bereit. Das Team ist durch separate Rufnummern über ein kabelloses Telefonsystem zu alarmieren. Die Rufnummern liegen in jeder Abteilung und Station aus. Darüber hinaus sind alle Abteilungen und Stationen mit einem Notfallkoffer ausgestattet. Die Ausrüstung der Notfallkoffer wird regelmäßig oder unverzüglich nach Benutzung überprüft und bei Bedarf neu ausgestattet. Zusätzlich sind im Haus in allen Etagen sowie in zentralen Bereichen Automatische Externe Defibrillatoren verfügbar. Im Haus steht rund um die Uhr ein Notfallteam bereit. Das Team ist durch separate Rufnummern über ein kabelloses Telefonsystem zu alarmieren. Die Rufnummern liegen in jeder Abteilung und Station aus. Darüber hinaus sind alle Abteilungen und Stationen mit einem Notfallkoffer ausgestattet. Die Ausrüstung der Notfallkoffer wird regelmäßig oder unverzüglich nach Benutzung überprüft und bei Bedarf neu ausgestattet. Zusätzlich sind im Haus in allen Etagen sowie in zentralen Bereichen Automatische Externe Defibrillatoren verfügbar. Die Planung zur Organisation der Hygiene liegt in der Hand der Hygienekommission. Mitglieder sind die Hygienefachkraft, der hygienebeauftragte Arzt, der ärztliche Direktor, die Pflegedienstleitung, der Krankenhausdirektor, der leitende Apotheker und die Chefärzte bzw. deren Vertreter. Durch diese interdisziplinäre und berufsgruppenübergreifende Zusammensetzung ist die Verantwortlichkeit für Hygienebelange in den Bereichen des Hauses gesichert. Die Hygienekommission tagt mindestens zweimal im Jahr. Alle hygienerelevanten Daten werden für das Hygienemanagement in einem Software-Modul erfasst und bewertet. Diese Software berücksichtigt alle nosokomialen Infektionen, z.B. Harnwegsinfektionen, Pneumonien, Wundinfektionen und Katheterinfektionen. Die Erhebung der notwendigen Daten, z.B. die Erfassung der Symptome, liegt im Aufgabenbereich des Stationsarztes. Eine Auswertung erfolgt bezogen auf die jeweilige Fachabteilung. Dadurch fallen Häufungen von Infektionen in einzelnen

Fachabteilungen sofort auf und können zeitnah untersucht werden. Alle hygienerelevanten Daten werden für das Hygienemanagement in einem Software-Modul erfasst und bewertet. Diese Software berücksichtigt alle nosokomialen Infektionen, z.B. Harnwegsinfektionen, Pneumonien, Wundinfektionen und Katheterinfektionen. Die Erhebung der notwendigen Daten, z.B. die Erfassung der Symptome, liegt im Aufgabenbereich des Stationsarztes. Eine Auswertung erfolgt bezogen auf die jeweilige Fachabteilung. Dadurch fallen Häufungen von Infektionen in einzelnen Fachabteilungen sofort auf und können zeitnah untersucht werden. Unser Ziel ist die höchstmögliche Sicherheit sowie eine bedarfsgerechte, wirtschaftliche und zeitgerechte Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten für die einzelnen Kliniken. Die Planung zur Anwendung von Arzneimitteln orientiert sich grundsätzlich an der Diagnose, der Therapie und den Symptomen der Patienten. Die Anordnung von Medikamenten erfolgt durch den behandelnden Arzt. Die Arzneimittel werden mittels ärztlicher Anforderung bestellt, von der Apotheke kommissioniert und an die Stationen in verschließbaren Arzneimittelcontainern geliefert. Die Lagerungsbedingungen der Arzneimittel werden bei regelmäßigen Stationsbegehungen durch Mitarbeiter der Apotheke kontrolliert und dokumentiert. Die Anwendung von Blut- und Blutprodukten ist für das Johanniter Krankenhaus Bethesda geregelt. Eine Verfahrensweisung verfolgt das Ziel, die Anwendung von Blutkomponenten und Plasmaderivaten für Patienten sicher und effektiv zu gestalten. Die Verfahrensweisung ist verbindlich für alle Ärzte und das medizinische Assistenzpersonal. Von ihr darf nur aus wesentlichem Grund abgewichen werden. Diese Abweichungen sind zu dokumentieren und dem Transfusionsbeauftragten der jeweiligen Fachabteilung mitzuteilen. Verantwortlich für die Umsetzung des Medizinproduktegesetzes und der Medizinproduktebetriebsverordnung ist der Krankenhausdirektor. Für den Umgang mit Medizinprodukten ist eine Dienstanweisung erstellt und im digitalen Dokumentenlenkungssystem hinterlegt. Die verantwortlichen und beauftragten Personen sind definiert und in einer Matrix dargestellt. Für das Vorgehen bei Vorkommnissen sind eine Verfahrensweisung und ein Dokumentationsformular erstellt und ebenfalls im digitalen Dokumentenlenkungssystem hinterlegt. Verantwortlich für die Umsetzung des Medizinproduktegesetzes und der Medizinproduktebetriebsverordnung ist der Krankenhausdirektor. Für den Umgang mit Medizinprodukten ist eine Dienstanweisung erstellt und im digitalen Dokumentenlenkungssystem hinterlegt. Die verantwortlichen und beauftragten Personen sind definiert und in einer Tabelle dargestellt. Für das Vorgehen bei Vorkommnissen sind eine Verfahrensweisung und ein Dokumentationsformular erstellt und ebenfalls im digitalen Dokumentenlenkungssystem hinterlegt. Das Verfahren zum Arbeitsschutz ist geregelt. Die Krankenhausdirektion lässt sich zur Planung und Umsetzung von Arbeitsschutzmaßnahmen sowie zur Einhaltung der staatlichen und berufsgenossenschaftlichen Vorschriften durch die Sicherheitsfachkraft für Arbeitssicherheit, die Betriebsärztin sowie die Hygienefachkraft beraten. Zur Auffindung von Gefährdungen und zur kontinuierlichen Verbesserung der Arbeitsbedingungen finden regelmäßige Arbeitsplatzbegehungen durch die Fachkräfte in den Bereichen statt. Das Krankenhaus verfügt in den Bereichen über Flucht- und Rettungswege. Ein Brandschutzbeauftragter ist bestellt. Die Flucht- und Rettungswegepläne werden regelmäßig in Zusammenarbeit mit einem externen Brandschutzsachverständigen und der Feuerwehr der Stadt Mönchengladbach überarbeitet. Es finden regelmäßig brandschutztechnische Begehungen durch einen externen Brandschutzbeauftragten statt. Zu den Begehungen werden entsprechende Protokolle erstellt. Die Grundlage des Datenschutzes richtet sich an den Bestimmungen des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche im Rheinland. Ein Datenschutzbeauftragter ist benannt und verantwortlich für die Einhaltung des Datenschutzes. Jeder Mitarbeiter verpflichtet sich bei der Einstellung zur Einhaltung der Datenschutzbestimmungen. Darüber hinaus wer-

den die Patienten über die Art, den Zweck und den Umfang der Erhebung und Speicherung ihrer Daten im Aufnahmeantrag unterrichtet. Patientendaten sind gegen unbefugten internen und externen Zugriff durch eine Software geschützt. Unsere Zielsetzung ist gemäß dem Leitbild die optimale Ausnutzung und wirtschaftlicher Einsatz der verfügbaren Ressourcen unter Berücksichtigung ökologischer Aspekte. Ein Abfallwirtschaftskonzept liegt vor und ist implementiert. Ein Abfallbeauftragter ist ernannt. Seit dem Jahr 1996 besteht ein Energieeinsparkonzept, das kontinuierliche fortgeschrieben wird. Das Evangelisches Krankenhaus BETHESDA wurde als energiesparendes Krankenhaus durch den Bund für Umwelt und Naturschutz (BUND) ausgezeichnet. Zielsetzung bei hausinternen nicht-medizinischen Notfällen ist die Sicherstellung der Versorgung der Patienten und die sofortige Einleitung systematischer Rettungsmaßnahmen. Es wurde ein ausführlicher Alarm- und Einsatzplan für das Johanniter Krankenhaus Bethesda in Kooperation mit einem externen Sachverständigen erstellt. Darin sind die zu alarmierenden Personenkreise, die Verfahrensanweisungen und die Verantwortlichkeiten in Formblättern geregelt. Der Alarm- und Einsatzplan ist im digitalen Dokumentenlenkungssystem hinterlegt. Ein IT-Ausfallkonzept sowie ein Datensicherungskonzept existiert für das Krankenhaus Bethesda. Störungen im Bereich der Trinkwasserversorgung, der Druckluftversorgungsanlage, der Sauerstoffanlage, der Telefonanlage sowie des Notstromaggregates werden über ein Störmeldesystem an eine ständig besetzte Stelle gemeldet.

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

Auf Betreiben der Gesellschafter wurde die IT an eine Tochtergesellschaft mit Sitz in Berlin outsourct. In einem Kooperationsvertrag wurden die Verantwortlichkeiten geregelt. Projektaufträge außerhalb des Supports werden von der Klinikdirektion an die IT erteilt. Für den Ausbau der elektronischen Patientenakte liegt ein Projektplan vor. Die Tochtergesellschaft verfügt über ein Ausfallkonzept. Ein Berechtigungskonzept liegt vor. Zur Vernetzung mit den Partnern in den Organkrebszentren steht eine Videokonferenzanlage zur Verfügung. Ein einheitliches Dokumentationssystem findet im gesamten Krankenhaus Anwendung. Das Formularwesen ist standardisiert und steht jeder Station durch die IT zur Verfügung. Parallel stehen Subsysteme für die unterschiedlichsten Anwendungen in den Bereichen zur Verfügung. Die Eintragungen werden in der Patientenakte abgezeichnet. Über die Handzeichenliste, die zentral in der Personalabteilung geführt wird, ist jederzeit nachvollziehbar, wer die Durchführungsverantwortung hatte. Die Archivierung der Patientendaten erfolgt digital. Ein einheitliches Dokumentationssystem findet im gesamten Krankenhaus Anwendung. Das Formularwesen ist standardisiert und steht jeder Station durch die EDV zur Verfügung. Parallel stehen Subsysteme für die unterschiedlichsten Anwendungen in den Bereichen zur Verfügung. Die Eintragungen werden in der Patientenakte abgezeichnet. Über die Handzeichenliste, die zentral in der Personalabteilung geführt wird, ist jederzeit nachvollziehbar, wer die Durchführungsverantwortung hatte. Die Archivierung der Patientendaten erfolgt digital. Die Information des Krankenhausdirektors ist durch die regelmäßige Teilnahme an etablierten Besprechungen und Mitgliedschaft zusätzlicher Gremien sichergestellt. Ein festgelegter Tagungsrythmus, Agenda, die Besetzung sowie das Protokoll sichern den effizienten Austausch. Darüber hinaus werden Informationen zu medizinischen und betriebswirtschaftlichen Leistungszahlen und Kennzahlen der Qualitätsmessung regelmäßig durch das Controlling und der Finanzbuchhaltung zusammengestellt sowie im Rahmen der dafür vorgesehenen Besprechungen kommuniziert. Ein betriebswirtschaftliches Risikomanagement ist etabliert. Ein Berichtswesen ist eingerichtet. Durch das Finanz- und Rechnungswesen sowie das Controlling

werden Zahlen zum betrieblichen Geschehen zur Verfügung gestellt, z.B. Kennzahlen aus der Personalwirtschaft oder Leistungsstatistiken aus den Funktionsbereichen. Weitere Informationen erhält die Krankenhausleitung z.B. im Rahmen der jährlichen Zielplanungen. Die Informationen werden durch die jeweiligen Verantwortlichen vorgelegt. Durch diese Struktur der Informationsübermittlung ist sichergestellt, dass die Geschäftsführung frühzeitig Informationen zum betrieblichen Geschehen erhält. Durch die offen gelebte Kommunikationsstruktur stehen den Mitarbeitern alle relevanten Informationen zeitnah zur Verfügung. Zur Informationsübermittlung wird das digitale Dokumentenlenkungssystem genutzt. Des Weiteren werden die Mitarbeiter durch Rundschreiben informiert. Im Rahmen einer Info-Veranstaltung werden die Abteilungsleitungen alle zwei Monate über Besonderheiten des Hauses informiert. Außerdem werden Konferenzen genutzt, um die Mitarbeiter über Besonderheiten des Hauses zu informieren. Die Ergebnisse werden in einem Protokoll festgehalten.

## 5. Unternehmensführung

Unser Leitbild stellt den Patienten in den Mittelpunkt des Handelns. Das Fundament ist die Christliche Nächstenliebe. Ziel der Leitbilderstellung ist das Bewusstsein für die berufsgruppen- und betriebsübergreifende Gesamtaufgabe des Johanniter Krankenhauses Bethesda zu fördern und nachhaltig zu festigen. Unser Leitbild bildet die Grundlage für den Umgang miteinander. Ziel ist die gegenseitige Wertschätzung und das Vermitteln von Offenheit und Ehrlichkeit. Des Weiteren wird durch eine offene Informationspolitik und einen mitarbeiterorientierten Führungsstil das Vertrauen der Mitarbeiter gefördert. Die Mitarbeitervertretung ist grundsätzlich eng in die Entwicklungen des Krankenhauses eingebunden und an Entscheidungsprozessen beteiligt. Dies trägt im Wesentlichen zur Vertrauensförderung der Mitarbeiter bei. Ziel ist die Integration des Krankenhauses in das öffentliche Leben. Hierzu nutzt das Johanniter Krankenhaus BETHESDA die zur Verfügung stehenden Medien. Gemäß unserer Unternehmensphilosophie steht der Mensch im Mittelpunkt unseres Tun und Handelns und jeder Mitarbeiter setzt seine Stärken hierfür ein. Im Krankenhaus ist außerdem eine Ethik-Komitee implementiert. Die Krankenhausseelsorge ist in den Behandlungsablauf integriert und übernimmt die Betreuung der Patienten, deren Angehörigen sowie die der Mitarbeiter. Zu Beginn des Jahres wird für die Presse eine Jahresübersicht über die geplanten Veranstaltungen erstellt. Eingereichte medizinische Informationen der Chefarzte werden zur Veröffentlichung an die Presse weitergeleitet, ebenso weitere Veranstaltungen. Darüber hinaus stellt das Johanniter Krankenhaus Bethesda auf seiner Homepage sein Leistungsspektrum vor. Sie enthält Informationen zu den Fachbereichen, der Pflege und allen sonstigen für den interessierten Patienten wichtigen Informationen, wie z.B. Anreise, Besuchszeiten und das Angebot der Seelsorge. Ziel der Strategie ist die wirtschaftliche und zielgruppenorientierte Ausrichtung der Leistungsstruktur. Der Krankenhausdirektor ist verantwortlich für die jährliche Zielplanung mit medizinischem Zielplan, Bauzielplan, Investitions- und Instandhaltungsplan, Wirtschaftsplan sowie abteilungsbezogene Ziele aller Fachrichtungen. Der Wirtschaftsplan wird jährlich durch die Gesellschafterversammlung der Johanniter GmbH formal verabschiedet. Eine Zielplanung wird jährlich durch die Geschäftsführung, in Zusammenarbeit mit dem Kuratorium, den Chefarzten und den Abteilungsleitern erstellt. Sie enthält unter anderem Planungen zum medizinischen Leistungsspektrum, Qualitätsmanagement, Baumaßnahmen, Personal und Finanzen. Zudem werden strategische Aspekte, die sich aus dem Wettbewerb ergeben, berücksichtigt. Verantwortlich für das kaufmännische Risikomanagement ist die Geschäftsführung gemeinsam mit dem Krankenhausdirektor. Eingebunden ist die Betriebsleitung, alle Chef-

ärzte, Finanzbuchhaltung, Personalleitung und das Controlling. Ein zentrales Berichtswesen ist implementiert, es wird monatlich aufgelegt und zentral auf der Johanniter GmbH Ebene kontrolliert. In der strategischen Ausrichtung ist die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten ein wesentlicher Aspekt. Die Verzahnung von stationären und ambulanten Angeboten wird mit allen lokalen Akteuren intensiv diskutiert. Kooperationen mit anderen Krankenhäusern bestehen bei den zertifizierten Organkrebszentren. Die Sicherung der kontinuierlichen Weiterbetreuung erfolgt durch strukturierte Kontakte. Zu den Einrichtungen in der stationären und ambulanten Pflege bestehen regelhafte Kontakte. Zu den umliegenden Altenheimen sowie den ambulanten Pflegediensten der Stadt und den Reha-Einrichtungen unterhält der Sozialdienst regelmäßige Kontakte. Die Kooperation mit anderen Krankenhäusern und mit niedergelassenen Ärzten spielt eine herausragende Rolle im strategischen Gesamtkonzept des Krankenhauses BETHESDA. Kooperationen mit anderen Krankenhäusern bestehen bei den zertifizierten Organkrebszentren. Der Umweltschutz findet ebenso Berücksichtigung wie die Einhaltung gesetzlicher Verpflichtungen. Ziel ist es, dem Zusammenwirken aller Beteiligten des Krankenhauses einen strukturierten organisatorischen Rahmen zu geben, um somit eine effiziente und für alle Mitarbeiter transparente Organisationsstruktur festzulegen, Verantwortungsbereiche eindeutig zuzuordnen und übersichtlich darzustellen. Verantwortlich ist die Geschäftsführung und der Krankenhausdirektor. Es existiert ein verbindliches Organigramm. Hier sind alle Abteilungen des Hauses dargestellt, die aktuellen Funktionsträger sind namentlich benannt. Im Krankenhaus BETHESDA ist die Organisations- und Hierarchiestruktur für die Mitarbeiter in einem Organigramm abgebildet und im digitalen Dokumentenlenkungssystem hinterlegt. Die Kompetenzen und Verantwortlichkeiten der Leitungsebene sind in einer Geschäftsordnung geregelt. Die aktuellen Funktionsträger sind namentlich benannt. Eine Aktualisierung erfolgt bei Personalwechsel auf der Leitungsebene sowie grundsätzlichen aufbauorganisatorischen Änderungen. Das Krankenhaus BETHESDA lebt von den Ideen, Impulsen, Initiativen und dem Engagement seiner Mitarbeiter. Ziel ist es, die Qualität weiter auszubauen und zu optimieren, um den kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu sichern, sowie die wirtschaftliche und zielgruppenorientierte Ausrichtung der Leistungsstruktur. Ein wesentliches Instrument der Zielplanung ist die Analyse der lokalen, politischen und wirtschaftlichen Situation sowie der Prognose im Bereich des Gesundheitswesens.

## **6. Qualitätsmanagement**

Die Abteilung Qualitätsmanagement/ Medizinische Dokumentation übernehmen neben den Aufgaben im Qualitätsmanagement auch die Dokumentation der drei Organkrebszentren im Krankenhaus. Die organisatorische Umsetzung des Qualitätsmanagements erfolgt durch ein interprofessionell zusammengesetztes Team. Die Abstimmung aller Aktivitäten des Qualitätsmanagements obliegt der Krankenhausdirektion und der Leitung des Qualitätsmanagements. Das Johanniter Krankenhaus BETHESDA hat umfangreiche Strukturen für das Qualitätsmanagement geschaffen. So wurde eine Abteilung Qualitätsmanagement durch die Unternehmensleitung geschaffen, die in Stabsstellenfunktion der Geschäftsführung zugeordnet ist. Die Qualitätsmanagement wird durch die Mitarbeiter der Steuergruppe sowie allen ärztlichen und pflegerischen Qualitätsmanagementbeauftragten unterstützt. Ziel des Krankenhauses ist es, Qualität zu optimieren, um den kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu sichern. Die Kernaufgabe des Krankenhauses Bethesda ist die medizinisch-pflegerische Versorgung der Patienten. Dabei orientiert sich das Vorgehen am Stand der Wissenschaft, an Behandlungsleitlinien und Expertenstandards, sowie weiteren internen Behandlungsstandards. Unsere Stützprozesse (z. B. Hygiene, Speisenverso-

zung) orientieren sich ebenfalls an den gültigen Qualitätsmanagementstandards. Ziel ist es, durch ein strukturiertes und umfassendes Qualitätsmanagement unsere internen und externen Kunden in den Mittelpunkt des Handelns zu stellen. Ziel der Befragung ist es, die Zufriedenheit unserer Kunden zu erfragen und für unsere Arbeit Verbesserungspotentiale abzuleiten und wirkliche Ressourcen zu erschließen. Die Krankenhausdirektion stellt die finanziellen, personellen und sachlichen Ressourcen zur Verfügung. Im Brustzentrum erfolgt eine jährliche Patientenbefragung im Rahmen eines Benchmark-Projektes des Landes NRW. Im Darm- und Gynäkologischen Krebszentrum erfolgen permanent zentrumsbezogene Patientenbefragungen. Darüber hinaus erfolgt eine kontinuierliche Patientenbefragung über eine Meinungskarte. Ziel der Befragung ist es, die Zufriedenheit unserer Kunden zu erfragen und für unsere Arbeit Verbesserungspotentiale abzuleiten und Ressourcen zu erschließen. Befragungen werden in der Steuerungsgruppe und den Vorstandssitzungen der einzelnen Organkrebszentren geplant. Alle drei Jahre wird eine Einweiserbefragung durchgeführt. Diese hat für das Darmzentrum zuletzt in 2017 und für das Gynäkologisches Krebszentrum in 2016 stattgefunden. Das Krankenhaus BETHESDA führt Einweiserbefragungen durch. Ziel ist es, die Zufriedenheit unserer Kunden zu erfassen und für unsere Arbeit Verbesserungspotentiale abzuleiten und Ressourcen zu erschließen. Die Befragungsergebnisse werden in der Chefarztsitzung bekannt gegeben und diskutiert. Ebenfalls werden die Ergebnisse den niedergelassenen Ärzten zur Verfügung gestellt. Jeder Mitarbeiter des Krankenhauses Bethesda ist wichtig für die Erfüllung der Aufgaben des Krankenhauses. Die Förderung und Aufrechterhaltung der Motivation wurden somit im Leitbild des Krankenhauses BETHESDA verankert. Eine vertrauensvolle und offene Zusammenarbeit aller Mitarbeiter ist unser Ziel. Jeder Patient erhält bei seiner Aufnahme eine Meinungskarte mit der Bitte, die Bereiche unseres Hauses zu bewerten und Verbesserungsanregungen zu geben. Diese Meinungskarten können bei der Entlassung in einem Briefkasten neben der administrativen Patientenmeldung bzw. auf den Stationen eingeworfen werden. Das Beschwerdemanagement wertet diese aus. Sofern der Beschwerdeführer namentlich bekannt ist, erfolgt eine schriftliche Reaktion auf die Beschwerde. Das Beschwerdemanagement ist Ansprechpartner für jegliche Beschwerden. Jeder stationäre Patient erhält bei seiner Aufnahme eine Meinungskarte mit der Bitte, die Bereiche unseres Hauses zu bewerten und Verbesserungsanregungen zu geben. Diese Meinungskarten können bei der Entlassung in einem Briefkasten neben der administrativen Patientenmeldung bzw. auf den Stationen eingeworfen werden. Die Meinungskarten werden im Beschwerdemanagement ausgewertet. Sofern der Beschwerdeführer namentlich bekannt ist, wird persönlicher Kontakt aufgenommen und ein Gespräch über die Ursachen der Beschwerden geführt. In den Fällen, in denen eine persönliche Ansprache nicht möglich ist, erfolgt eine schriftliche Reaktion auf die Beschwerde. Die Umsetzung wird durch den Krankenhausdirektor kontrolliert. Das Krankenhaus beteiligt sich an den gesetzlichen und zusätzlichen freiwilligen Maßnahmen der Qualitätssicherung. Die Ergebnisse dienen als Grundlage der Qualitätsverbesserung und zur Ableitung neuer Qualitätsziele. Das Krankenhaus nimmt am IQM-Projekt der Johanniter GmbH teil. Hier werden zeitnah Routinedaten und Daten der qs-nrw verglichen. In Peer-Review-Verfahren werden kritische Fälle besprochen und Verbesserungen initiiert. Das Brustzentrum beteiligt sich auf freiwilliger Basis am Benchmarking mit dem Westdeutschen Brust Centrum (WBC). Die chirurgische Klinik beteiligt sich an einem Qualitätssicherungsverfahren Rectum-Carcinom (Marburger Studie).