



## **KTQ-QUALITÄTSBERICHT**

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

<b>Krankenhaus:</b>	<b>Johanna-Etienne-Krankenhaus</b> eine Einrichtung der St. Augustinus-Kliniken gGmbH
<b>Institutionskennzeichen:</b>	260511280
<b>Anschrift:</b>	Am Hasenberg 46 41460 Neuss
<b>Ist zertifiziert nach KTQ<sup>®</sup> mit der Zertifikatnummer:</b>	2014-0055 KH
<b>durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:</b>	DQS GmbH, Frankfurt am Main
<b>Gültig vom:</b>	01.08.2014
<b>bis:</b>	31.07.2017

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Vorwort der KTQ®</b> .....	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b> .....	<b>5</b>
<b>Die KTQ-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), der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) und der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e. V. (HB). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

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

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

der Einrichtung beziehen.

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

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

---

<sup>1</sup> zu diesen zählen: Verband der Ersatzkassen e. V., AOK-Bundesverband, BKK-Bundesverband, 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 den strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass das **Johanna-Etienne-Krankenhaus** 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

**Dr. med. M. Vogt**

Für den Hartmannbund

## Vorwort der Einrichtung

Das Johanna-Etienne-Krankenhaus ist ein Unternehmen der St. Augustinus-Kliniken gGmbH in Neuss. Als freigemeinnütziges katholisches Krankenhaus der gehobenen Regelversorgung versorgt es jährlich ca. 17.000 stationäre und ca. 40.000 ambulante Patienten.



## Unsere Wurzeln

Die Wurzeln unseres Hauses reichen zurück bis ins Jahr 1844. In diesem Jahr schickten die Düsseldorfer Cellitinnen Schwester Johanna Etienne nach Neuss, um die Leitung des städtischen Hospitals zu übernehmen. Um ihre Arbeit in Neuss fortsetzen zu können, musste sie schließlich ihre Bindungen an ihr Mutterhaus lösen. Im Jahr 1844 gründete Schwester Johanna die Genossenschaft der Barmherzigen Schwestern nach den Regeln des Heiligen Augustinus, kurz die Neusser Augustinerinnen.

Sie übten die stationäre Krankenpflege ab 1874 im Herz-Jesu-Kloster bzw. im Herz-Jesu-Krankenhaus aus. Wegen der wachsenden Zahl der Patienten ließ der Orden ein neues Krankenhaus im Neusser Norden bauen. 1968 eröffneten die Schwestern dort das Johanna-Etienne-Krankenhaus.



Im Jahr 2003 gründete die Ordensgemeinschaft die „Stiftung der Neusser Augustinerinnen-Cor unum“, um dauerhaft den Bestand ihrer Einrichtungen zu sichern. Das Krankenhaus ging ins Eigentum der neu gegründeten Johanna-Etienne-Krankenhauses gGmbH über. Seit Juli 2004 gehört es zur St. Augustinus-Kliniken gGmbH, einer Gründung der Neusser Augustinerinnen und der Neusser Alexianerbrüder.

## Johanna-Etienne-Krankenhaus heute

### Wofür wir stehen

Ganz im Sinne der Namensgeberin und mit tatkräftiger Unterstützung der Ordensschwestern führen wir den Auftrag der Neusser Augustinerinnen weiter, im Geiste des Evangeliums Jesu Christi kranken, alten und benachteiligten Menschen zu helfen und so christliche Nächstenliebe zu praktizieren.

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die vielen ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer legen besonderen Wert darauf, dass Sie sich neben einer qualifizierten ärztlichen Diagnostik und Therapie und der fachkundigen pflegerischen Betreuung auch gut umsorgt fühlen. Dies kann nur geschehen in einer Atmosphäre, in der Sie sich ganzheitlich, d. h. ärztlich, pflegerisch und seelsorgerisch angenommen und getragen wissen.

Wir setzen alle anerkannten diagnostischen und therapeutischen Formen der modernen Medizin einschließlich palliativer (lindernder) Methoden ein. Moderne und innovative Medizintechnik ist für uns selbstverständlich, und so entsprechen unsere Kliniken den aktuellen medizinischen Anforderungen.

### Übersicht unserer medizinischen Fachabteilungen:

- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Allgemein- und Viszeralchirurgie
  - Gefäß- und Thoraxchirurgie, zertifiziertes Gefäßzentrum
- Medizinische Klinik
  - Neurologie, zertifizierte Stroke Unit (Schlaganfallstation)
  - Frauenheilkunde und Geburtshilfe, zertifiziertes Brustzentrum
  - Anästhesiologie und Intensivmedizin
  - Radiologie

Durch vielfältige Formen der Zusammenarbeit mit ambulanten und stationären Anbietern von Gesundheitsleistungen unterstützen wir eine gemeinsame medizinische Behandlung und pflegerische Versorgung unserer Patienten.

### Unsere Zukunft

Auch konfessionelle Krankenhäuser sind wie alle anderen Partner im deutschen Gesundheitswesen einem immer stärker werdenden ökonomischen Druck ausgesetzt.

Aus diesem Grunde strengen wir uns täglich aufs neue an, damit das Profil unseres christlichen Leitgedankens im Spannungsfeld zwischen menschlicher Zuwendung und wirtschaftlichem Umfeld bewahrt bleibt. Wir sind entschlossen, die besonderen Herausforderungen unserer Zeit aufzugreifen, ohne dabei die christliche Nächstenliebe zu vernachlässigen.

### Kontakt:

Johanna-Etienne-Krankenhaus  
Am Hasenberg 46  
41462 Neuss  
E-Mail: [info@johanna-etienne-krankenhaus.de](mailto:info@johanna-etienne-krankenhaus.de)  
[www.johanna-etienne-krankenhaus.de](http://www.johanna-etienne-krankenhaus.de)



## So finden Sie uns:

### Mit dem Pkw

Über die A 57 Ausfahrt Neuss-Furth/Kaarst/Holzbüttgen »» Ampel Richtung Neuss »» an erster Ampelkreuzung in Neuss rechts in die Kaarster Straße »» wird an nächster Ampel zur Venloer Straße »» dann Ampel rechts in die Geulenstraße »» 2. Straße rechts Am Hasenberg »» im Kreisverkehr Abfahrt zum Parkplatz

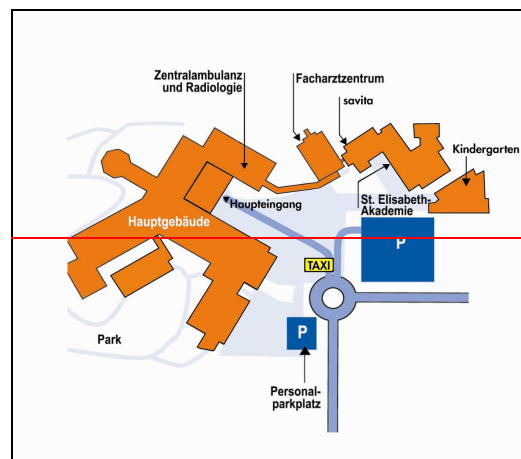
Von der Innenstadt über Further Straße »» Ampel links in die Geulenstraße »» 2. Straße rechts Am Hasenberg »» im Kreisverkehr Abfahrt zum Parkplatz

### Mit öffentlichen Verkehrsmitteln

Vom Hauptbahnhof Buslinie 848 Richtung Johanna-Etienne-Krankenhaus »» Einstieg Haltestelle Further Straße oder Krefelder Straße »» Ausstieg Haltestelle Johanna-Etienne-Krankenhaus (Fahrzeit 9 min)

Von Kaarst Buslinien 851 und 852 ab Maubisstraße »» Ausstieg Haltestelle Neusser Weyhe (Fahrzeit 11 min) »» von dort noch 4 min Fußweg über Neusser Weyhe

oder von Kaarst mit Regio- oder S-Bahn bis Neuss Hauptbahnhof.



# Die KTQ-Kategorien



# 1. Patientenorientierung

## 1.1 Rahmenbedingungen der Patientenversorgung

### 1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das Johanna-Etienne-Krankenhaus liegt im Norden der Stadt Neuss. Wegeausschilderungen und eine gute Anbindung durch öffentliche Verkehrsmittel bewirken eine leichte Erreichbarkeit. Unsere Internetseite (<http://www.johanna-etienne-krankenhaus.de>) enthält eine Anfahrtsbeschreibung sowie einen Routenplaner. Der Besucherparkplatz liegt nahe dem Haupteingang und weist spezielle Behinderten- und Mutter-Kind-Parkplätze aus. Taxistände sind vorhanden. Ein barrierefreies Erreichen des Krankenhauses ist gegeben, Gepäcktransporthilfen sind vorhanden, ein Transportdienst kann am Empfang erbeten werden. Die Mitarbeiter der Telefonzentrale und des Empfangs stehen gerne für erste Informationen zur Verfügung. Telefonische Terminvereinbarungen für ambulante und stationäre Leistungen sind möglich.

### 1.1.2 Leitlinien

Die Behandlung erfolgt in den Fachabteilungen auf Grundlage der medizinischen Leitlinien der Fachgesellschaften sowie der Orientierung an Expertenstandards der Pflege. Hausinterne Verfahrensanweisungen, Ablaufbeschreibungen und Standards der Mediziner und der Pflege werden durch Verantwortliche freigegeben und im QM-Handbuch veröffentlicht. Die Regelungen werden regelmäßig geprüft und anlassbezogen aktualisiert.

### 1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Informationsmaterialien in Form von Broschüren und Flyer über Krankheitsbilder, Diagnostik, Therapien und begleitende Unterstützungen sind in den Kliniken ausgelegt. Zu den Abläufen auf den Stationen existieren stationsspezifische Flyer. Diagnostische, therapeutische und pflegerische Planungen werden mit dem Patienten abgesprochen. Zu speziellen Untersuchungs- und Eingriffsaufklärungen stehen mehrsprachige Aufklärungsbögen zur Verfügung. Bei Bedarf werden Angehörige oder auch Dolmetscher hinzugezogen.

### 1.1.4 Service, Essen und Trinken

Die Patientenzimmer entsprechen dem krankenhausüblichen Standard, dazu gehören Radio, TV und Telefon. Die Zimmer verfügen über Bad und WC. Im Wahlleistungsbereich ergänzen u.a. Internetanschluss, Minibar und Safe die Ausstattung. Die Reinigung erfolgt durch einen zertifizierten Reinigungsdienst, regelmäßige Qualitätskontrollen werden durchgeführt. Anhand ausliegender Speisekarten können drei, im Wahlleistungsbereich zusätzlich fünf Mittagsmenüs, darunter ein vegetarisches Menü ausgewählt werden. Kulturelle, religiöse Wünsche werden berücksichtigt, Diät- und Ernährungsberatungen angeboten. Eine Cafeteria sowie ein Kiosk sind vorhanden.

### 1.1.5 Kooperationen

Die Einbeziehung von Experten in die Diagnostik und Therapie basiert auf enge Kooperationen der Fachabteilungen untereinander, mit Ärzten unseres Ärztehauses, mit benachbarten Krankenhäusern sowie niedergelassenen Ärzten. Dies drückt sich explizit in unseren Organzentren (Brust-, Gefäß-, Darmzentrum) aus. In interdisziplinären Konferenzen werden patientenindividuelle Therapiekonzepte erarbeitet. Die konsiliarische Unterstützung von Fachexperten wird täglich praktiziert. Kooperationen bestehen auch mit Psychologen, Selbsthilfegruppen, ambulante und stationäre Pflege- und Rehabilitations-Einrichtungen, Hospizen und weiteren Einrichtungen.

## **1.2 Notfallaufnahme**

### **1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung**

Das Johanna-Etienne-Krankenhaus bietet eine 24-stündige Notfallversorgung in der Zentralambulanz, der gynäkologischen Ambulanz, im Kreißsaal sowie in der Radiologie. Es existiert in direkter Anbindung an die Krankenanhofahrt ein spezieller Notfallraum, in dem vital gefährdete Patienten behandelt werden können. Die Möglichkeit einer unmittelbaren Weiterleitung an die Intensivstation oder die Stroke Unit ist gegeben. Die unmittelbare Nähe zur Radiologie ist von großem Vorteil.

## **1.3 Ambulante Versorgung**

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

Die ambulante Diagnostik und Therapie findet in unserer Zentralambulanz statt. Durch die Präsenz von Ärzten der Fachabteilungen können Symptome sowie diagnostische und therapeutische Maßnahmen interdisziplinär betrachtet werden. Neben der Notfallbehandlung werden diverse Spezialsprechstunden angeboten, zu denen Termine vereinbart werden können. Ausgenommen der obigen Darstellung sind die Brustzentrumsambulanz und die gynäkologische / geburtshilfliche Ambulanz, die in unmittelbarer Nachbarschaft zum Kreißsaal angesiedelt sind

### **1.3.2 Ambulante Operationen**

In den operativ oder interventionell agierenden Fachabteilungen werden ambulante Eingriffe angeboten. Die Notwendigkeit des Eingriffes, die konkrete Erläuterung und Aufklärung für den Eingriff und die Anästhesie werden durch den Ambulanzzarzt und den Anästhesisten vermittelt. Die weitere Organisation, Vorbereitung und Betreuung wird in unserer operativen Tagesklinik erbracht. Vor Entlassung erfolgt eine Nachkontrolle durch den Operateur. Neben einer Verhaltensanleitung und Schmerzmedikation für zu Hause erhalten die Patienten Kontaktdaten, um bei nächtlichen Problemen den Krankenhausarzt zu erreichen. Außer in der Gynäkologie erfolgen medizinische Nachuntersuchungen am Folgetag in der Zentralambulanz.

## **1.4 Stationäre Versorgung**

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

Durch eine umfassende Befunderhebung bei der Ersteinschätzung ist eine optimale patientenorientierte Behandlungs- und Pflegeplanung möglich. Die Festlegung der Behandlungsplanung erfolgt auf Facharztstandard nach festgelegten Standards und Leitlinien auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse. Der körperliche, seelische und soziale Status wird ebenso wie die speziellen Bedürfnisse und Fähigkeiten beachtet. Seitens der Pflege wird ein Pflegestatus erhoben. Zur Einschätzung von Risiken (Sturz, Wundliegen) werden Risikoskalen angewendet und entsprechende Pflegemaßnahmen geplant.

### **1.4.2 Therapeutische Prozesse**

Die medizinische und pflegerische Behandlung orientiert sich an Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften und daraus abgeleiteten Standards sowie internen Leitlinien. Nach der ersten Behandlungsplanung durch den aufnehmenden Arzt erfolgen weitere Untersuchungen und Behandlungsplanungen durch einen Facharzt innerhalb von 24 Stunden. In Visiten wird über Anpassungen der Behandlungsplanung informiert. Bei Tumor- und Gefäßkrankungen wird die Behandlung in interdisziplinären Konferenzen geplant. Aufklärungen zu speziellen Eingriffen erfolgen in gesonderten Gesprächen unterstützt durch spezielle Aufklärungsbögen. Der Pflegedienst erhebt bei Aufnahme einen Pflegestatus, aus dem gezielt pflegerische

Maßnahmen abgeleitet und mit dem Patienten besprochen werden.

### **1.4.3 Operative Verfahren**

Unser OP-Leitfaden sowie Standards für den OP- und Anästhesiebereich regeln die Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung operativer Eingriffe. Die Operationsbereitschaft ist rund um die Uhr gewährleistet. Bereits am Vortag wird ein OP-Plan festgelegt, Notfalloperationen werden nach Dringlichkeit berücksichtigt. Ein unmittelbar vor OP-Beginn durchgeführtes Verfahren dient der Überprüfung der Vorbereitungsmaßnahmen, der Identifikation des Patienten und des Eingriffes. Patienten werden nach der Operation im Aufwachraum durch die Anästhesie überwacht.

### **1.4.4 Visite**

Visiten werden in unserem Haus werktäglich durchgeführt, an Wochenenden erfolgen eine generelle sowie bedarfsbezogene Visiten. Chef- und Oberarztvisiten finden einmal pro Woche statt. Visitenzeitenkorridore sind nach abteilungsspezifischen Gegebenheiten festgelegt. Es werden diagnostische und therapeutische Planungen und deren Ergebnisse thematisiert, Entlassungsplanungen besprochen und Informationen zum Verhalten nach der Entlassung bzw. zur weiterversorgenden Einrichtung gegeben.

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

Vor- und nachstationäre Leistungen werden durch die Fachabteilungen erbracht. Vorstationäre Untersuchungen dienen der Abklärung der Notwendigkeit einer stationären Aufnahme und ggf. der Verkürzung des stationären Aufenthaltes, hierzu dienen ebenso die nachstationäre Leistungen. Klassischerweise erfolgen diese Leistungen in den Ambulanzen, der Radiologie oder der Endoskopie. Sowohl vor- als auch nachstationäre Leistungen werden in Absprache mit den Patienten terminiert.

## **1.5 Übergang in andere Bereiche**

### **1.5.1 Entlassung**

Ziel der Behandlungs- und Pflegemaßnahmen ist die Herstellung einer schnellen weitgehenden Selbstständigkeit der Patienten, um den stationären Aufenthalt so gering wie möglich zu halten. Entlassungstermine werden von den Ärzten geplant und mit den Patienten/Angehörigen so früh wie möglich besprochen. Der Entlassungsprozess wird durch unser Casemanagement begleitet. Dabei werden alle relevanten Informationen an beteiligte Schnittstellen weitergegeben. Auf Verhaltensweisen nach der Entlassung wird hingewiesen. Am Entlassungstag erhalten die Patienten einen Arztbrief für den weiterbehandelnden Arzt. Dieser enthält Informationen zur Diagnostik und Therapie sowie zur aktuellen Medikation. Bei Bedarf werden Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und Transportscheine ausgehändigt.

### **1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung**

Zur Sicherung einer kontinuierlichen Weiterbehandlung wird bei Entlassung vor Wochenend- und Feiertagen die medikamentöse Versorgung sichergestellt, in dem die verordnete Medikation bis zum nächsten Werktag mitgegeben wird. Heil- und Hilfsmittel werden nach Möglichkeit vor der Entlassung beschafft, z. T. erhalten Pat. oder Angehörige entsprechende ärztliche Verordnungen. Bei Medikamenten, die aus rechtlichen Gründen nicht mitgegeben werden dürfen, erfolgt ein Vorabkontakt mit den weiterbehandelnden Ärzten mit der Bitte um Verschreibung.

## **1.6 Sterben und Tod**

### **1.6.1 Umgang mit Sterbenden**

Aus unserem Selbstverständnis heraus möchten wir uns um Sterbende ganz besonders kümmern. Ärzte und Pflegekräfte werden durch Seelsorger unterstützt. In diese Begleitung beziehen wir die Angehörigen mit ein. Die Unterstützung der Seelsorge liegt insbesondere in der Begleitung in Form von Gesprächen, Gebeten, Zuhören, gemeinsamen Aushalten und wird ergänzt um ein liturgisches und sakramentales Angebot. In speziellen Abschiedszimmern sowie in der Palliativstation findet eine Sterbebegleitung in ruhiger Atmosphäre statt, Angehörige können rund um die Uhr anwesend sein. In gemeinsamer Entscheidung vermitteln wir ambulante oder stationäre Hospizplätze. Patientenverfügungen werden ernst genommen.

### **1.6.2 Umgang mit Verstorbenen**

Unser Grundverständnis verlangt einen würdevollen Umgang mit Verstorbenen. Die Feststellung des Todes erfolgt durch die Ärzte und wird auf dem amtlichen Todesschein dokumentiert. Zur persönlichen Verabschiedung der Angehörigen und Verwandten ist ein spezielles Verabschiedungszimmer eingerichtet. Die Ziele und Verfahren zum Umgang mit Verstorbenen sind in speziellen Standards beschrieben. Regelungen zum Umgang mit Tot- oder Fehlgeburten liegen vor.

## 2. Mitarbeiterorientierung

### 2.1 Personalplanung

#### 2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Die Berechnung und Planung erfolgt unter Berücksichtigung des Gesamtbudgets auf Basis der jährlich definierten internen Budgets. Mit den Klinikleitern und der Pflegedienstleitung werden Monatsgespräche geführt, in denen ein kontinuierliches prospektives Controlling des Budgets durchgeführt wird. Die quantitative und qualitative Stellenbesetzung erfolgt in gemeinsamer Abstimmung des Krankenhausdirektors mit der Personalabteilung, der Pflegedienstleitung, den Chefarzten und Abteilungsleitern.

### 2.2 Personalentwicklung

#### 2.2.1 Personalentwicklung / Qualifizierung

Wir fördern die Karrierewünsche unserer MA durch eine an der Person und den Interessen unseres Krankenhauses orientierten Personalentwicklung. Unser Konzept zur Personalentwicklung umfasst diverse Maßnahmen: Aus-, Fort- und Weiterbildung, Arbeitszeit- und Arbeitsortflexibilisierung, Aufstiegsförderung, Beurteilungswesen, Einführung neuer Mitarbeiter, Leistungsanreize, Mitarbeiterjahresgespräche mit Zielvereinbarung. Konzernübergreifend sind 2,5 Stellen speziell für die Personalentwicklung eingerichtet.

#### 2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Die Einarbeitung erfolgt nach einem festgelegten Konzept. An einem Einführungstag erhalten neue Mitarbeiter nach der Begrüßung durch die Betriebsleitung Informationen zum Träger, unseren Trägergrundsätzen und zu unserem Krankenhaus. Ein Rundgang durch unser Haus dient als Orientierungshilfe und gibt Einblicke in diverse Arbeitsbereiche. Neben einer Anleitung zur Nutzung des Intranets gehören Schulungen zu unserem Krankenhausinformationssystem und zur Kodierung zum festen Programm. Die Einarbeitung am Arbeitsort wird durch Paten begleitet.

#### 2.2.3 Ausbildung

Wir bieten die Ausbildungen zur Gesundheits- und Krankenpflege sowie zur Gesundheits- und Krankenpflegeassistenz an der zum Träger gehörenden St. Elisabeth-Akademie an. Der Theorie-/Praxistransfer wird durch Praxisanleiter und Mentoren gestützt. Die St. Elisabeth-Akademie bietet die Ausbildung von Praxisanleitern an. Ausbildungen zum Physiotherapeuten, im kaufmännischen und IT-Bereich können auf Konzernebene absolviert werden. Schul- und berufsvorbereitende Praktika werden in diversen Bereichen angeboten.

#### 2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Die fachliche als auch die persönliche Weiterentwicklung der Mitarbeiter sowie die Orientierung am Bedarf des Krankenhauses sind grundsätzliche Ziele der Fort- und Weiterbildungen. Insbesondere für den ärztlichen Dienst und den Pflegedienst werden regelmäßig Fortbildungen, teils als Pflichtfortbildung, durchgeführt. Entsprechende Angebote werden durch den Ärztlichen Direktor und die Pflegedienstleitung publiziert. Spezielle, qualifizierende Weiterbildungen (z. B. zur Onkologie- und Palliativschwester, Schmerzschwester.) werden aktiv unterstützt. Die Fachweiterbildung der Ärzte erfolgt orientiert an den fachspezifischen Weiterbildungskatalogen der Landesärztekammer.

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

### **2.3.1. Mitarbeiterorientierter Führungsstil**

In unseren Trägergrundsätzen ist formuliert, dass die Vorgesetzten den Mitarbeitern mit Offenheit und Respekt begegnen und sie ihrer Führungsverantwortung und Vorbildfunktion gerecht werden. Die Vorgesetzten der obersten und mittleren Leitungsebene nehmen zur Vermittlung von Führungsfähigkeiten an speziellen Seminaren teil. Unser Führungsstil beinhaltet u.a. die Durchführung von Mitarbeiterjahresgesprächen, Delegation von Aufgaben und Eigenverantwortung, Nutzung des Wissens der Mitarbeiter sowie die Förderung einer positiven Fehlerkultur. Der Konzern steht seinen Mitarbeitern in allgemeinen Notsituationen, bei Krankheiten und in Lebenskrisen im Rahmen seiner Möglichkeiten zur Seite.

### **2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelung der Arbeitszeit**

Die Arbeitszeiten basieren auf den Vorgaben der Arbeitsvertragsrichtlinien des Deutschen Caritasverbandes (AVR/C), in Anlehnung an den TVöD. Sie umfassen Regelungen zur Fünf-, Fünfeinhalb- und zur Sechstage-Woche. Es existieren Regelungen zum Ein-, Zwei und Dreischichtbetrieb. Abteilungsspezifische Regelungen bestehen zum Rufbereitschafts- und Bereitschaftsdienst. Für Teilzeitbeschäftigte sind diverse Arbeitszeitmodelle etabliert. Teilzeitarbeit findet durch Reduzierung der Tagesarbeitsstunden oder durch Reduzierung der Arbeitstage pro Woche oder Monat statt.

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

Mitarbeiterideen und -vorschläge sind jederzeit erwünscht. Sie sind eine von vielen Möglichkeiten, dass sich Mitarbeiter bei uns aktiv an der Unternehmensentwicklung beteiligen können. Zahlreiche Projekte und Verbesserungsmaßnahmen basieren auf Ideen unserer Mitarbeiter. Zur Entgegennahme von Vorschlägen und Ideen zur Optimierung bestehender oder zur Entwicklung neuer Arbeitsprozesse stehen die Führungskräfte, die Mitglieder der QM-Steuerungsgruppe und die Ideenkommission als Ansprechpartner bereit. Die Betriebsleitung und Führungskräfte schaffen ein Klima des offenen Umgangs mit Wünschen, Beschwerden und Fehlern.

## 3. Sicherheit

### 3.1 Schutz- und Sicherheitssysteme

#### 3.1.1 Arbeitsschutz

Zur Sicherung des Arbeitsschutzes wird unser Haus durch ein Institut für Sicherheitsmanagement unterstützt. Ein regelmäßig tagender Arbeitsschutzausschuss ist eingerichtet, eine Fachkraft für Arbeitssicherheit und ein Betriebsarzt sind tätig. Unterweisungen der Beschäftigten über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit finden statt. Sicherheitsdatenblätter und Betriebsanweisungen sind den Mitarbeitern zugänglich. Arbeitsschutzbegehungen werden durchgeführt. Regelungen zur Meldung von Arbeitsunfällen sind erstellt, ein Arzt mit berufsgenossenschaftlicher Zulassung ist vorhanden.

#### 3.1.2 Brandschutz

Ein Brandschutzbeauftragter ist benannt und führt Brandschutzbegehungen durch. Die Brandschutzanlagen unterliegen ständiger Kontrolle. Im gesamten Haus sind in Zusammenarbeit mit der Feuerwehr Flucht- und Rettungswege ausgeschildert. Rauch- und Brandschutztüren sind in Abstimmung mit der Feuerwehr eingebaut. Feuermelder und Feuerlöscher sind in allen relevanten Zonen installiert. Ein Katastrophenschutz- und Alarmierungsplan ist erstellt und wie auch die Brandschutzordnung den Mitarbeitern im Intranet zugänglich. Brandschutzunterweisungen und Brandschutzübungen werden durchgeführt.

#### 3.1.3 Umweltschutz

Die Maßnahmen des Umweltschutzes entsprechen den Regelungen des Gesetzes zur Abfallvermeidung und Abfallverwertung. Eine Abfallbeauftragte ist benannt. Zur Entsorgung von Abfällen ist ein Abfallentsorgungsplan erstellt, der die Entsorgungsarten der unterschiedlich klassifizierten Abfälle beschreibt. Zur Einsparung von Wassermengen werden moderne Wassersparperlatoren im gesamten Haus eingesetzt. Zur Einsparung von Energie werden diverse Maßnahmen eingesetzt. Hierzu gehören die Verwendung von Energiesparlampen, Zeitschaltuhren, Dämmerungsschaltern sowie elektronische Vorschaltgeräte. Bei der Beschaffung neuer Produkte wird auf Schadstoffgehalt, Energieverbrauch, anfallende Abfallmengen und Recyclingfähigkeiten geachtet.

#### 3.1.4 Katastrophenschutz

Unser Haus ist im Rahmen der allgemeinen Krankenhausaufgaben in die Planungen des Katastrophenschutzes gemäß Erlass des Landes Nordrhein-Westfalen bzw. des Rhein Kreis Neuss eingebunden. Regelungen und Abläufe bei internen und externen Katastrophen sind in unserem Katastrophenschutzplan enthalten und im Intranet hinterlegt. Im Alarmierungsplan sind Telefonnummern/Meldepläne der Mitarbeiter aller Kliniken, Pflegebereiche, Verwaltung, Technik, Zentralambulanz und Apotheke enthalten, er wird regelmäßig aktualisiert. Zuständigkeiten und Aufgaben der Telefonzentrale, der anwesenden Ärzte sowie der Krankenhauseinsatzleitung sind definiert.

#### 3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Neben einer Brandmeldeanlage ist in der Telefonzentrale eine Störmeldeanlage eingerichtet, die Störungen im Bereich Notstrom/Dieselaggregat, Klimatechnik, Kesselhaus, Aufzüge, Kühleinrichtungen automatisch anzeigen. Für den Fall eines Stromausfalls setzt sofort die Notstromversorgung über zwei Dieselaggregate ein, welche regelmäßig einer Funktionsprüfung unterzogen werden. Weitere wichtige technische Einrichtungen sind redundant ausgelegt (Heizkessel, medizinische Gasversorgung). Der technische Dienst und die informationstechnologische Abteilung stellen außerhalb der Regelarbeitszeiten einen Rufbereitschaftsdienst mit erfahrenen Mitarbeitern.



## **3.2 Patientensicherheit**

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

Die Notwendigkeit einer speziellen Beaufsichtigung von Patienten ergibt sich aus der Anamnese, dem Krankheitsbild oder durch die Gabe bestimmter Medikamente im Zusammenhang mit Interventionen. Durch Einsatz spezieller Skalen werden Risiken wie z. B. Sturz- oder Decubitusgefährdung ermittelt. Notwendige Fixierungen erfolgen gem. gesetzlicher Regelungen. Zur Vermeidung von Patienten- oder Eingriffsverwechslungen wird eine spezielle Kontrolle anhand einer Checkliste durchgeführt. Postoperativ und nach endoskopischen Untersuchungen erfolgt eine Überwachung in speziellen Überwachungsräumen. Eine ständige Beaufsichtigung der Neugeborenen ist gewährleistet, der Zugang zum Säuglingszimmer ist nur nach Türöffnung durch das Personal möglich.

### **3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement**

Notfälle werden über die einheitliche Notfallrufnummer an die Telefonzentrale gemeldet, die sofort per Gruppen-Notfall-Ruf das definierte Notfall-Team alarmieren. Das Notfallteam ist mit einem speziellen Notfall-Rucksack ausgestattet, der beim Einsatz mitgebracht wird und die notwendigen technischen Geräte und Medikamente beinhaltet. Eine entsprechende Equipment Ausstattung für Säuglinge ist vorhanden. In allen relevanten Bereichen sind Laien-Defibrillatoren (AED's) für eine schnelle Erstversorgung installiert. Regelmäßig erfolgen Schulungen des Notfallmanagements sowie praktische Reanimationsübungen unter Verwendung der AED's.

### **3.2.3 Hygienemanagement**

Das Hygienemanagement orientiert sich an den Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes, der Gesundheitsbehörde sowie den Bestimmungen des Infektionsschutzgesetzes. Eine regelmäßig tagende Hygiene-Kommission ist eingerichtet, der auch ein externer beratender Krankenhaushygieniker angehört. Die Arbeit der Hygienekommission ist in einer Geschäftsordnung festgelegt. Eine Fachkraft für Krankenhaushygiene ist in Vollzeitbeschäftigung tätig. In allen Fachabteilungen sind hygienebeauftragte Ärzte und Hygieneansprechpartner der Pflege- und Funktionsbereiche benannt. Der Hygieneplan wird kontinuierlich aktualisiert und steht allen Mitarbeitern zur Verfügung. Hygieneberatungen und -begehungen finden statt.

### **3.2.4 Hygienerelevante Daten**

Der Meldeweg hygienerelevanter Daten ist im Hygieneplan geregelt. Entsprechende Formulare sind ebenfalls hier hinterlegt. Es gibt Regelungen zum Umgang mit Infektionskrankheiten und für die Verfahren des Infektionsschutzgesetzes. Die interne Meldung erfolgt telefonisch oder über das Formular "Meldeformular Infektionsschutzgesetz" an die Hygienefachkraft. Die Meldungen an das Gesundheitsamt werden durch den Abteilungsarzt und durch das mikrobiologische Labor geleistet. Die zu erfassenden Erreger werden der Hygienefachkraft täglich per E-Mail durch das mikrobiologische Labor übermittelt. Die gesonderte Niederschrift erhält das Gesundheitsamt.



### **3.2.5 Infektionsmanagement**

Die Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes und die Richtlinien des RKI finden Beachtung. Regelungen sind im Hygieneplan unter Infektionsverhütung, spezielle Erreger, technische Hygiene, Arbeitssicherheit, Abfallentsorgung, Desinfektion und Reinigung hinterlegt. Zum Umgang mit Patienten, die mit speziellen Infektionserregern infiziert sind, existiert ein Link auf die Seiten des Robert-Koch-Institutes, die Merkblatt für Ärzte zur jeweiligen Infektionskrankheit enthalten. Das Verfahren zum Screening und Umgang mit multiresistenten Staphylokokkus Aureus-Infektionen (MRSA) sind in einer Verfahrensanweisung geregelt. Das Infektionsmanagement bei Norovirus erfolgt nach den Vorgaben des Merkblattes für Ärzte des Robert-Koch-Institutes. Für das Management einer Ausbruchssituation liegt der 10-Punkte-Plan "Ausbruchmanagement" vor.

### **3.2.6 Arzneimittel**

Zur Bereitstellung von Arzneimitteln ist eine Arzneimittel-Kommission eingesetzt. Sie prüft und überarbeitet die hausinterne AM-Liste. Sie entscheidet über den Austausch /die Neueinführung von Medikamenten oder Medizinprodukten. Die Verbrauchsstellen werden dreimal pro Woche durch die hauseigene Apotheke mit Arzneimitteln beliefert. Nicht bevorratete Medikamente können mit einer speziellen Sonderschreibung angefordert werden. AM-Anordnungen erfolgen grundsätzlich durch die Ärzte und werden dokumentiert und abgezeichnet. Das Stellen und Anwenden von AM erfolgt durch die Pflege, Regelungen hierzu sind in einem Standard beschrieben.

### **3. 2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate**

Regelungen zur Anwendung von Blut- und Blutprodukten sind zur Anwendung, Bestellung, Lieferung, Lagerung, Abgabe, Rücknahme und zum Umgang mit entsprechenden Produkten in einem speziellen Transfusions-Handbuch verfasst. Die Inhalte wurden von der Transfusionskommission verabschiedet. Geleitet wird die Kommission von unserem Transfusionsverantwortlichen. Er wird in den Kliniken unterstützt durch qualifizierte transfusionsbeauftragte Ärzte. Die Arbeitsanweisung (Checkliste) zum Umgang mit Blutkonserven beschreibt das Procedere der Durchführung einer Bluttransfusion. Der Einsatz von Eigenblut ist in Abstimmung mit dem Blutspendedienst West des Deutschen Roten Kreuzes geregelt.

### **3. 2.8 Medizinprodukte**

Zur Anwendung von Medizinprodukten ist eine spezielle Dienstanweisung erlassen. Sie beinhaltet die Zielsetzung, Geltungsbereiche und Verantwortungsbereiche des Betreibers. Aufgaben, Pflichten und Zuständigkeiten der benannten MP-Verantwortlichen und MP-Beauftragten sind beschrieben. Nach einer Herstellereinweisung werden unsere Mitarbeiter in den Umgang mit technischen Medizinprodukten geschult. Funktionstüchtigkeit und Sicherheit der Geräte werden durch unsere Medizintechniker geprüft. Regelungen zur Aufbereitung von Medizinprodukten und zum Umgang mit Sterilgut sind im Hygieneplan enthalten.

## 4 Informations- und Kommunikationswesen

### 4.1 Informations- und Kommunikationstechnologie

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

Alle Einrichtungen unseres Trägers sind kommunikationstechnisch unter Beachtung des Datenschutzes miteinander verbunden. Durch Einhaltung unseres informationstechnologischen Rahmenkonzeptes, das ein umfassendes Ausfallkonzept enthält, werden die Systeme gesichert. Nach einem speziellen Rollen- und Rechtekonzept sind Zugangsberechtigungen geregelt. Ärztlicher Dienst, Pflegedienst und Administration haben individuelle Zugriffsberechtigungen zur Dokumentation und Einsichtnahme in unser Krankenhausinformationssystem. Die Nutzung des Internets/Intranets sowie der elektronischen Kommunikation ist geregelt. Die informationstechnologische Abteilung stellt einen 24-stündigen Support sicher.

### 4.2 Patientendaten

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

Regelungen zur Führung der Dokumentation sind in Verfahrensanweisungen beschrieben. Hierin sind Anweisungen zur Dokumentation bei Aufnahme des Patienten, zur Dokumentation während des stationären Aufenthaltes, zur Dokumentation bei und nach Entlassung enthalten. Alle relevanten Mitarbeiter sind geschult. Es wird ein standardisiertes Dokumentationssystem verwendet. Alle Maßnahmen und Ergebnisse der Diagnostik, Therapie und Pflege werden im Krankenhausinformationssystem und den Patientenakten zugeordnet und archiviert.

#### 4.2.2 Verfügbarkeit von Patientenakten

Alle Patientenakten werden systematisch im Zentralarchiv bzw. in unserem Krankenhausinformationssystem archiviert. Unsere "Archiv-Ordnung" regelt die Anforderung, Entnahme, Weiterleitung sowie die Archivierung von Patientenakten, Röntgenbildern und Ambulanzkarten. Auf digitalisierte Aktenbestandteile können Zugriffsberechtigte per Passwort zeitlich uneingeschränkt zugreifen.

### 4.3 Informationsmanagement

#### 4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Zur Information der Krankenhausleitung sind Besprechungsstrukturen etabliert. Beispielsweise finden Betriebsleitungs- und Chefarztkonferenzen sowie Gespräche des Krankenhausdirektors mit allen Fachabteilungen monatlich statt. Feste Besprechungstermine des Krankenhausdirektors mit den Leitern der Verwaltung, der Technik und Hygiene und Anderen erfolgen teils wöchentlich. Meldungen von Schäden durch Diebstahl, Zwischenfälle, Schäden oder Beinaheschädigungen (z.B. Patientensturz) sind in Verfahrensanweisungen geregelt.

### **4.3.2 Informationsweitergabe intern/extern**

Neben der Informationsweitergabe per EDV werden interne Informationen per Hauspost praktiziert. Informationen und Entscheidungen, die das Mitwirken mehrerer Personen oder verschiedener Berufsgruppen bedingen, werden über Besprechungen realisiert. Zur Information der Mitarbeiter wird eine Mitarbeiterzeitschrift ausgegeben. Informationen an Patienten, Angehörige, niedergelassene Ärzte zu Angeboten und Veranstaltungen des Krankenhauses/der Fachabteilungen werden u. a. durch Broschüren und Flyer vermittelt. Darüber hinaus erfolgen Informationen an die Öffentlichkeit durch Mitteilungen im regionalen Radio und in der Presse.

## **4.4 Telefonzentrale und Empfang**

### **4.4.1 Organisation und Service**

Die Telefonzentrale ist an allen Tagen rund um die Uhr besetzt und ist Anlaufstelle für interne und externe Auskünfte und Vermittlungen. Der Empfangsbereich ist von 7.00 - 20.30 Uhr besetzt und als Anlauf- und Informationsstelle im Eingangsbereich des Hauses platziert. Die geschulten Mitarbeiter des Empfangs geben Auskünfte zur Unterbringung der Patienten (Station, Zimmer), sofern keine Auskunftssperre gewünscht wird. Bei der Wegbeschreibung wird auch beachtet, ob ggf. eine Begleitung von Patienten notwendig ist. Bei erkennbarem Bedarf oder auf Anfrage werden Gepäckwagen oder Rollstühle bereitgestellt.

## **4.5 Datenschutz**

### **4.5.1 Regelungen zum Datenschutz**

Die Mitarbeiter des Krankenhauses sind zur Wahrung des Datenschutzes schriftlich verpflichtet. Ein betrieblicher Datenschutzbeauftragter ist benannt. Er überprüft die Einhaltung der bestehenden Datenschutzregelungen und berät bei datenschutzrelevanten Fragestellungen. Datenschutzbildungen werden durchgeführt. Krankenhausspezielle Datenschutzregelungen sind für die Mitarbeiter im Intranet hinterlegt. Das Datenschutzkonzept für den EDV-Bereich orientiert sich an den Vorgaben des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik. Datensichernde Maßnahmen und ein spezielles Notfallkonzept sind verfasst und liegen den Mitarbeitern der Informations- und Kommunikationsabteilung vor. Datenzugriffsmöglichkeiten werden gemäß unseres Rollen- und Rechtekonzeptes individuell eingerichtet.

## 5 Führung

### 5.1 Unternehmensphilosophie und -kultur

Die St. Augustinus-Kliniken gGmbH ist ein Unternehmen mit einer langen Tradition der Neusser Augustinerinnen und Neusser Alexianerbrüder. Mehr als 160 Jahre haben sich die Neusser Augustinerinnen der Pflege kranker, alter und behinderter Menschen angenommen. Beide Gemeinschaften verbindet das Leben nach der Regel des heiligen Augustinus. In seiner Schrift "Bekenntnisse" formulierte er: "Jeder Mensch ist einzigartig und ganz besonders wertvoll!" Diese Botschaft hat bis heute Bestand. Den Menschen als ein auf Gott verwiesenes Geschöpf zu verstehen und ihn in den Mittelpunkt der täglichen Arbeit zu stellen, ist Grundlage und Auftrag für die Mitarbeiter der St. Augustinus-Kliniken .

#### 5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Unsere Trägergrundsätze stellen Rahmen und Grundlage für das gesamte Wirken aller Einrichtungen des Unternehmens dar. Zur Interpretation und Ergänzung der Trägergrundsätze entstand der "Augustinus-Kodex". Dieser enthält 12 Regeln zum Umgang mit den uns anvertrauten Menschen. Die Trägergrundsätze und der Augustinus-Kodex werden in speziellen Veranstaltungen vorgestellt und interpretiert und jedem Mitarbeiter ausgehändigt.

#### 5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Träger und Betriebsleitung fördern das Vertrauen der Mitarbeiter durch Transparenz bei Veränderungen und beziehen sie hierarchie- und berufsgruppenübergreifend in Projekte ein. Eine Kultur der freien Meinungsäußerung und des partnerschaftlichen Dialoges wird aktiv unterstützt. Mitarbeiter können ihre Ideen und Vorstellungen einbringen und finden Gehör. Delegation von Verantwortung und Eigenständigkeit wird praktiziert. Die Betriebsleitung pflegt regelmäßigen Kontakt zur Mitarbeitervertretung. In Gremien und Besprechungen wird eine offene und wertschätzende Gesprächskultur gepflegt. Das gleiche gilt für die Mitarbeitergespräche, die in einer gesprächsfördernden Atmosphäre stattfinden. Betriebsfeste und kleinere Feiern in den Berufsgruppen oder Arbeitsbereichen werden durchgeführt.

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

Der christliche Auftrag ist Grundlage aller unserer Aktivitäten. Wir helfen unseren Patienten im Sinne christlicher Nächstenliebe. Grenzfragen werden gemeinsam mit den Beteiligten auf Basis christlicher Grundsätze abgewogen. Das Ethikkomitee unterstützt bei ethischen Fragestellungen durch strukturierte Fallbesprechungen. Spezielle Moderatoren wurden ausgebildet. Zum Umgang mit Patientenverfügungen existiert eine schriftliche Handreichung Die Versorgung unserer Patienten wird durch katholische und evangelische Seelsorge unterstützt. Kulturelle und religiöse Bedürfnisse anderer Kulturen und Religionen werden durch spez. Speisenangebote, durch Unterstützung religiöser Rituale und spezieller Begleitungen Sterbender und Verstorbener unterstützt.

## **5.2 Strategie und Zielplanung**

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

Die Planungen der ökonomischen und medizinischen Ziele erfolgt durch den Krankenhausdirektor in enger Abstimmung mit dem betriebswirtschaftlichen und medizinischen Controlling. Die Finanzplanung erfolgt jährlich und prospektiv für das folgende Geschäftsjahr. Erlös- und Kostenplanungen erfolgen auf Kostenstellenebene und als Deckungsbeitragsrechnung. Die Leistungsplanung orientiert sich im Wesentlichen an den ordnungspolitischen Rahmenbedingungen, den Trägergrundsätzen sowie an Markterfordernissen. Das medizinische Leistungs- und Angebotsspektrum wird im Dialog mit den Verantwortlichen der jeweiligen Fachabteilungen abgestimmt und weiterentwickelt. Finanz- und Leistungsplanung werden der Konzern-Geschäftsführung und dem Aufsichtsrat zur Genehmigung vorgelegt.

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

Als Teil der Unternehmensstrategie pflegen wir partnerschaftliche und vertrauensvolle Kooperationen zum gegenseitigen Nutzen. Hierzu zählen Kooperationen zur Vorbereitung der Patienten für eine stationäre Behandlung, zur Mitbehandlung und Mitwirkung an einer interdisziplinär festgelegten medizinischen Versorgung sowie zur Sicherstellung der Weiterbetreuung nach der Entlassung. Zur Aus- und Weiterbildung von Pflegekräften führen wir eine Ausbildungsstätte in Kooperation mit anderen Krankenhäusern. Darüber hinaus werden weitere Berufsausbildungen angeboten. Regelungen zur Umsetzung und Unterstützung von Organspenden sind etabliert.

## **5.3 Organisationsentwicklung**

### **5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur**

Die Organisationsstrukturen der St. Augustinus-Kliniken und des Johanna-Etienne-Krankenhauses sind in Organigrammen visualisiert und im Intranet veröffentlicht. Die speziellen Funktionsträger (z.B. Hygiene-, Datenschutz-, Strahlenschutz-, Transplantationsbeauftragte) sind benannt und in ihre Aufgaben eingewiesen. Die Gremienarbeit wird durch die Betriebsleitung gesteuert. Die Gremien (z.B. Hygiene-, Transfusions-, Arzneimittelkommission) sind in einer Besprechungsmatrix aufgeführt.

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

Es finden regelmäßige Betriebsleitungskonferenzen statt, zu denen im Vorfeld die Tagesordnungspunkte der einzelnen Mitglieder abgefragt werden. Die diversen Besprechungen von Arbeitsgruppen und Gremien sind in einer Besprechungsmatrix aufgelistet, in der die Tagungsfrequenzen zu entnehmen sind. Projekt- und Prozessmanagement laufen über den Krankenhausdirektor und über das Qualitätsmanagement. Nach Bedarf werden externe beratende und/oder moderierende Fachleute hinzugezogen.

### **5.3.3 Innovation und Wissensmanagement**

Innovationen, Marktanpassungen, Weiterentwicklungen sind regelmäßige Themen in den Strategiegesprächen zwischen Krankenhausleitung, Trägergeschäftsführung und Aufsichtsrat. Zu den Weiterentwicklungen zählen nicht nur aktuelle Baumaßnahmen und neue Behandlungs- und Diagnostikmethoden. Die Vernetzung von ambulanten und stationären Leistungen wurde durch die Errichtung des Ärztehauses und vertraglich geregelten Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern speziell in unseren Organzentren umgesetzt. Die Einrichtung einer Palliativstation, einer gemeinsamen Schmerztherapie oder eines Fallmanagements mit qualifizierenden Weiterbildungen der Mitarbeiter (z. B. Palliativfachkräfte, Schmerzschwester) sind Beispiele innovativer Entwicklungen. Bei Fragen der Organisationsentwicklung hinsichtlich medizinischer, technischer und personeller Entwicklungen stehen die Führungskräfte des Hauses in der Verpflichtung. Ideen, mitgebracht von Kongressen, Fort- und Weiterbildungen, sollen eingebracht werden. Ideen und Wissen aller Mitarbeiter des Hauses sind erwünscht und sollen an unser Ideenmanagement übermittelt werden.

## **5.4 Marketing**

### **5.4.1 Externe Kommunikation**

Die Konzerngeschäftsführung hat eine Stabsstelle Unternehmenskommunikation, Marketing und Pressearbeit eingerichtet, die auch unser Haus unterstützt. Für Informationsmedien liegt ein Corporate Design-Manual vor. Zur externen Kommunikation werden unsere Internetseite, Broschüren und Flyer, Presse- und Radioberichte, Informations- und Fortbildungsveranstaltungen genutzt. Begleitend zur zweijährigen Um- und Erweiterungsbauphase wird eine Bauzeitschrift für Mitarbeiter sowie für die Krankenhaushausnachbarschaft und Anlieger herausgegeben.

## **5.5 Risikomanagement**

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

Unser Risikomanagementsystem bezieht sich sowohl auf betriebswirtschaftliche als auch auf klinische Risiken. Die ökonomischen Risiken werden monatlich in Form eines Berichtswesens durch die Betriebsleitung bewertet. Eckpunkte sind: Gewinn- und Verlustrechnungen, Leistungszahlen, Personalzahlen und Investitionen. Zur Risikoabdeckung sind entsprechende Rechtschutz-, Haftpflicht-, Gebäudeversicherungen etc. abgeschlossen. Eine interne Revision ist eingerichtet.

Mit Unterstützung der Gesellschaft für Risikoberatung wurde für das klinische Risikomanagement ein anonymes Fehler- bzw. Beinahefehlermeldesystem eingerichtet. Durch die Anwendung von Checklisten und Risikoskalen ist eine strukturierte Basis geschaffen, Risiken bei der Behandlung und Pflege der Patienten frühzeitig zu erkennen und Fehler zu vermeiden

## 6 Qualitätsmanagement

### 6.1 Qualitätsmanagementsystem

#### 6.1.1 Organisation

Unsere Trägergrundsätze formulieren die Grundsätze des Qualitätsmanagements. Die Sicherung und Weiterentwicklung von Arbeitsprozessen ist ein Auftrag an alle Mitarbeiter. Aus den Trägergrundsätzen abgeleitet wurde eine Qualitätspolitik entwickelt, sie beschreibt die grundsätzlichen Qualitätsziele und die diesbezügliche Ausrichtung der Organisation. Verantwortlich für das Qualitätsmanagement sind der Krankenhausdirektor und die Steuerungsgruppe. Zwei Vollzeitstellen für das Qualitätsmanagement sind eingerichtet. Im Qualitätsmanagement-Team arbeiten Vertreter aller Fachabteilungen und Berufsgruppen zusammen. Die Organisationsstruktur ist in einem Organigramm dargestellt, Aufgaben der Instanzen des Qualitätsmanagements sowie die Funktionsweise des QM-Systems sind beschrieben.

#### 6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Die Prozesse der Patientenversorgung, wie die Aufnahme, Diagnostik und Therapie, Entlassung, Notfallmanagement sind mit Beteiligung der Fachabteilungen in Form von Ablaufbeschreibungen, Verfahrensanweisungen und Standards erstellt worden. Diese Regelungen und zahlreiche Unterstützungsregelungen sind in unserem QM-Handbuch zusammengefasst und stehen im Intranet zur Verfügung. Die Regelungen zur Vernetzung interdisziplinärer Prozesse der Organzentren sind in speziellen Qualitätshandbüchern hinterlegt. Die prozessbeteiligten Mitarbeiter können Optimierungsvorschläge den Instanzen des Qualitätsmanagements mitteilen oder in die Abteilungsbesprechungen einbringen.

### 6.2 Befragungen

#### 6.2.1 Patientenbefragung

Da wir "Qualität" als Erfüllung von Patienten-/Kundenerwartungen verstehen, werten wir Patienten-/Kundenbefragungen als ein wesentliches Instrument des QM. Befragungen werden in regelmäßigen Abständen mit renommierten Befragungsinstituten durchgeführt. So können Ergebnisse mit denen anderer Krankenhäusern verglichen werden. Stationäre Patienten erhalten bei Aufnahme einen Patientenmeinungsbogen, den er in den letzten Tagen des Aufenthaltes oder nach der Entlassung ausfüllen und zurückgeben kann.

#### 6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Befragungen niedergelassener Ärzte mit professionellen Befragungsinstituten finden statt. Ziel ist die Eruierung der Bekanntheit unseres Leistungsspektrums, die Beurteilung der medizinischen Leistungen, der Kommunikation und Organisation. Kontakte zu niedergelassenen Ärzten bei Fortbildungen oder sonstigen Veranstaltungen werden genutzt, um die Zufriedenheit der Ärzte der Zusammenarbeit mit uns einschätzen zu können. Kontakte zu umliegenden Seniorenheimen sowie zu Pflegeeinrichtungen werden durch den Sozialdienst und das Casemanagement gepflegt. Einige ambulante Pflegedienste informieren sich vor Ort über ihre künftigen Patienten, so dass hierbei auch die Zufriedenheit der Zusammenarbeit festgestellt werden kann.



### **6.2.3 Mitarbeiterbefragung**

Mitarbeiterbefragungen werden unter Einbindung der Mitarbeitervertretung und unter Einbindung externer Institute durchgeführt. Die Ergebnisse werden der Betriebsleitung, den Chefarzten, dem QM-Team und der Mitarbeitervertretung durch das Befragungsinstitut präsentiert. Den Führungskräften wurde die Verantwortung zur Präsentation der Abteilungsergebnisse an die nachgeordneten Mitarbeiter übertragen. Ergänzend finden Befragungen zu speziellen Themen durch die Personalabteilung statt, z. B. zum Thema Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

## **6.3 Beschwerdemanagement**

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

Beschwerden verstehen wir als Unterstützung bei der Überprüfung von patienten-/kundenorientierten Arbeits- und Ablaufprozessen. Alle Beschwerdeannehmer stehen in der Verantwortung. Beschwerden werden nach Möglichkeit vom Empfänger direkt bearbeitet, ansonsten erfolgt eine Weiterleitung an den Vorgesetzten oder den Krankenhausdirektor. Alle schriftlichen Beschwerden werden beantwortet, teilweise wird der Beschwerdeführer zu einem Gespräch eingeladen. Eine Auswertung der Beschwerden erfolgt jährlich. Unser Patientenmeinungsbogen bietet Raum zur Formulierung von Lob oder auch Beschwerden. Als neutrale Ansprechpartner und Interessenvertreter der Patienten stehen Patientenfürsprecher zur Verfügung.

## **6.4 Qualitätsrelevante Daten**

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

Die Erhebung, Auswertung und Nutzung qualitätssichernder Daten dient der Erkennung von Verbesserungspotenzialen auf den Ebenen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Zur Überprüfung qualitätsrelevanter Kriterien werden Befragungen, Begehungen, Erhebung konkreter Kennzahlen und Indikatoren (z. B. Anzahl Patientenstürze, Fixierungen, Infektionsfälle) herangezogen. Das Medizincontrolling berichtet u.a. über Fallzahlen und -schwere, Verweildauer und Erlössituation. Die Abteilungen Controlling, Personal, Finanz- und Rechnungswesen berichten regelmäßig über Kosten und Erlöse, dargestellt in einer Gewinn- und Verlustrechnung. Qualitätsrelevante medizinische Daten werden an Erfassungs- und Auswertungsstellen der medizinischen Fachgesellschaften geliefert.

### **6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung (QS)**

Unsere Klinik beteiligt sich an den gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung. Die Daten werden elektronisch an die zuständige Stelle gemeldet. Zu bestimmten Fragestellungen erfolgt ein strukturierter Dialog mit den entsprechenden Fachabteilungen, um Abweichungen vom Durchschnitt zu klären. Problemorientierte Ergebnisanalysen werden in den Fachabteilungen vorgenommen und ggf. Verbesserungsmaßnahmen umgesetzt. Freiwillig reichen wir z. B. QS-Daten unserer Schlaganfallstation, des Brust- und Darmkrebszentrums ein. Die Ergebnisse können mit denen anderer Einrichtungen verglichen werden.