



Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen

# KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

**Krankenhaus:** Krankenhaus Wermelskirchen  
**Institutionskennzeichen:** 260531193  
**Anschrift:** Königstraße 100  
42929 Wermelskirchen

**Ist zertifiziert nach KTQ<sup>®</sup>**  
**mit der Zertifikatnummer:** 2019-0001 KH  
**durch die von der KTQ-GmbH**  
**zugelassene Zertifizierungsstelle:** WIESO CERT GmbH, Köln

**Gültig vom:** 13.02.2019  
**bis:** 12.02.2022  
**Zertifiziert seit:** 13.02.2007

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b>	<b>5</b>
<b>Die KTQ-Kategorien</b>	<b>6</b>
1. Patientenorientierung	7
2. Mitarbeiterorientierung	11
3. Sicherheit - Risikomanagement	13
4. Informations- und Kommunikationswesen	18
5. Unternehmensführung	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 Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

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

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

der Einrichtung beziehen.

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

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

wertung 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 **Krankenhaus Wermelskirchen** 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

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

Für die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

**F. Wagner**

Für den Deutschen Pflegerat

## Vorwort der Einrichtung

Seit der Inbetriebnahme im Jahre 1961 stellen die verantwortlichen Mitarbeiter des Krankenhauses eine qualitativ hochwertige und patientennahe medizinische, pflegerische und therapeutische Behandlung in Wermelskirchen sicher.

Konsequent wurde mit der Umwandlung in eine GmbH im Jahre 1972 auch nach außen deutlich gemacht, dass sich das Krankenhaus als moderner Dienstleistungsanbieter im Gesundheitswesen versteht.



Unser Leitbild bildet den Orientierungsrahmen für die tägliche Arbeit mit den Patienten und Angehörigen, für die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen, die wirtschaftliche Weiterentwicklung, für die Zusammenarbeit mit externen Kooperationspartnern, für die Erreichung der Qualitätsziele und die Darstellung in der Öffentlichkeit. Die Leitung und die Mitarbeiter der Krankenhaus Wermelskirchen GmbH stellen sich der Herausforderung, die das Gesundheitswesen Krankenhäusern unserer Zeit abverlangt. Das Ziel der verantwortlichen Mitarbeiter ist es, durch wirtschaftliches, zielgerichtetes Handeln und den schonenden, sparsamen Umgang mit Ressourcen die Weiterentwicklung unseres Krankenhauses zu sichern. Dadurch wird es auch zukünftig Teil des modernen Gesundheitssystem für die Stadt Wermelskirchen und seiner umliegenden Region sein.

# Die KTQ-Kategorien

## 1. Patientenorientierung

### 1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Im Vorfeld einer Behandlung im Krankenhaus können sich interessierte Bürger, Patienten und Angehörige umfassende Informationen über das Krankenhaus und das Leistungsspektrum über die Homepage oder verschiedene Informationsflyer holen.

Die elektiven Aufnahmen werden über die jeweiligen CA-Sekretariate organisiert.

Notfallpatienten werden über die interdisziplinäre Notaufnahme an die Stationen weitergeleitet.

Im Vorfeld der stationären Aufnahme werden die Patienten entweder in der Oberarzt- oder Chefarztsprechstunde oder bei einem vorstationären Besuch gesehen.

Dort erhalten die Patienten Informationen über das weitere Procedere und es werden alle noch notwendigen Voruntersuchungen und Aufklärungsgespräche durchgeführt.

Das Krankenhaus ist gut in das öffentliche Nahverkehrsnetz eingebunden.

### 1.1.2 Leitlinien und Standards

Unsere Leitlinien und Standards sind fachabteilungsübergreifend erstellt. Diese orientieren sich an gesetzlichen Vorgaben oder den Empfehlungen der Fachgesellschaften. Für alle Mitarbeiter sind diese über das im Intranet des Krankenhauses hinterlegte Qualitätshandbuch abrufbar und werden regelmäßig aktualisiert.

### 1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Die geplanten Untersuchungen und die sich daraus abgeleiteten Behandlungsschritte werden mit dem Patienten oder dessen gesetzlichen Vertreter sowie auf Wunsch des Patienten mit den Angehörigen in einem persönlichen Gespräch besprochen. Besondere Wünsche werden durch alle Berufsgruppen berücksichtigt und fließen in die Behandlungsplanung mit ein.

Die Aufklärung erfolgen mittels strukturierter Aufklärungsbögen. Das Aufklärungsgespräch findet entsprechend den gesetzlichen Vorgaben 24 h vor dem geplanten Eingriff statt.

Patienten mit infauster Prognose werden durch den behandelnden Arzt über die Möglichkeit der palliativen Behandlung informiert.

Bei Patienten mit bösartigen Tumorerkrankungen erfolgt eine fachabteilungsübergreifende Beratung innerhalb der wöchentlichen Tumorkonferenz.

### 1.1.4 Ernährung und Service

Die Speisenanforderung erfolgt über standardisierte Essenskarten. Die Patienten können beim Frühstück und Abendessen aus verschiedenen Komponenten wählen.

Das Mittagessen kann aus 3 verschiedenen Essen gewählt werden. Besondere Wünsche können berücksichtigt werden.

Wahlleistungspatienten können mittags aus einer zusätzlichen Karte mit weiteren Menüs auswählen.

Eine auf den Patienten angepasste Ernährung ist sichergestellt.

Das HACCP-Konzept wird sowohl in der Zentralküche als auch auf den Stationen umgesetzt.

### *1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung*

Die komplette Erstdiagnostik und Erstversorgung des Patienten findet interdisziplinär in der Notfallambulanz, dem Schockraum und der Intensivstation statt.

Diese ist über 24 Std. mit fachlich qualifiziertem Personal besetzt.

Notfälle nach erfolgter Reanimation und beatmete Patienten werden direkt von der Intensivstation aufgenommen.

Die Behandlung und Erstdiagnostik erfolgt entsprechend der vorgegebenen Leitlinien.

Bei Arbeitsunfällen werden die Vorgaben der Berufsgenossenschaft eingehalten. Bei Kindern und Jugendlichen werden die Eltern in die Behandlung einbezogen.

### *1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung*

Für die Versorgung der ambulanten Patienten und der Notfallpatienten steht rund um die Uhr Fachpersonal zur Verfügung.

Die für die Versorgung der Patienten notwendigen bilddiagnostischen Untersuchungen werden im Haus durchgeführt.

Die gängigen Arzneimittel sind immer vorrätig und werden ambulanten Patienten nach den arzneimittelrechtlichen Vorgaben ausgehändigt. Soweit aktuelle Vorbefunde vorliegen, werden diese genutzt.

Die Terminkoordination und die Betreuung der ambulanten Patienten aus den Spezialambulanzen erfolgt durch die jeweiligen CA-Sekretariate oder die Notfallambulanz.

Die präoperative Vorbereitung des Patienten erfolgt zeitlich abgestimmt mit der Prämedikation und der OP-Aufklärung mindestens 24 Stunden vor dem Eingriff. Die postoperative Überwachung mit angepasster Schmerztherapie erfolgt durch die Anästhesie.

### *1.3.2 Ambulante Operationen*

Die Terminierung der ambulanten Operationen erfolgt unter Berücksichtigung der Bedürfnisse des Patienten über die Chefarzt-Sekretariate. Die Behandlung erfolgt immer durch qualifiziertes Personal.

Für die Indikationsstellung und notwendigen Voruntersuchungen werden die Patienten in die Sprechstunden einbestellt. Angehörige werden auf Wunsch des Patienten und im rechtlich zulässigen Maße in den Behandlungsprozess einbezogen. Die Weiterbehandlung erfolgt in Absprache mit dem Patienten und dem einweisenden Arzt. Die Überprüfung erfolgt durch die Patientenbefragung und die Rückmeldungen durch Haus-/ Fachärzte. Beschwerden werden strukturiert über das Beschwerdemanagement bearbeitet.

### *1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung*

Zu den wichtigsten Diagnosen liegen Therapieleitlinien vor.

Der zeitliche Ablauf des Aufenthaltes orientiert sich an den therapeutischen und diagnostischen Notwendigkeiten.

Die Dokumentation der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen erfolgt anhand standardisierter Aufnahmedokumente.

Für die Beratung bezüglich sozialer Aspekte stehen qualifizierte Mitarbeiter zur Verfügung. Der Sozialdienst wird frühestmöglich einbezogen.



Bei onkologischen Krankheitsbildern erfolgt die interdisziplinäre, multiprofessionelle Abstimmung der weiteren Behandlungsplanung in einer wöchentlichen Tumorkonferenz.

#### *1.4.2 Therapeutische Prozesse*

Die Organisation und Durchführung der medizinischen Maßnahmen erfolgt patienten- und prozessorientiert.

Alle an der Behandlung eines Patienten beteiligten Berufsgruppen arbeiten nach anerkannten Standards und Leitlinien. Die bei der Aufnahme des Patienten festgelegte und eingeleitete Therapie wird kontinuierlich auf ihre Wirksamkeit überprüft.

Eine an den Patienten angepasste Schmerztherapie kann entsprechend den WHO-Empfehlungen angeboten werden. Die Behandlung wird nach wissenschaftlichen Empfehlungen/ Leitlinien durchgeführt.

Eine multiprofessionelle Tumorkonferenz ist etabliert. Für die zertifizierten Zentren sind Behandlungspfade etabliert. Antibiotikaleitlinien liegen fachübergreifend vor. Ein Antibiotic Steward wurde ausgebildet.

Nichtmedikamentöse Maßnahmen (Krankengymnastik, Physiotherapie etc.) werden vom zuständigen Arzt mittels standardisierten Verfahrens angeordnet.

#### *1.4.3 Operative Prozesse*

Die OP-Indikation erfolgt durch einen Facharzt. Der Behandlungsprozess ist standardisiert. Leitlinien und OP-Standards liegen vor.

Der organisatorische Ablauf der OP-Planung und -durchführung erfolgt über die OP-Koordination.

Notfälle werden in das laufende Programm eingebunden. Die Empfehlungen zur Patientensicherheit der WHO werden eingehalten.

Das medizinische Equipment ist auf dem aktuellen medizinischen Stand und wird ständig dem Bedarf angepasst.

Die Planung der postoperativen Überwachung oder Behandlung erfolgt präoperativ bei der OP-Planung.

Die intensivmedizinische Überwachung ist über die Intensivstation und im Notfall zusätzlich über den Aufwachraum jederzeit gewährleistet. Die postoperative Schmerztherapie erfolgt über die Anästhesie.

Das anästhesiologische Fachpflegepersonal ist zur Pain Nurse ausgebildet.

#### *1.4.4 Visite*

Die Visite erfolgt strukturiert auf Grundlage einer VA.

Es wird täglich, auch am Wochenende, bei jedem Patienten eine Visite durchgeführt.

Die allgemeinen Visitenzeiten werden dem Patienten/Angehörigen zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes mitgeteilt. Über Abweichungen informiert das Stationspersonal mündlich.

Eine patientenorientierte Gestaltung wird sichergestellt dadurch, dass

- alle Beteiligten ein Namensschild mit Angabe der Funktion tragen und eine persönliche Vorstellung erfolgt
- der Patient (und auf Wunsch Angehörige) in die Visitingespräche eingebunden ist,
- Informationen und Erklärungen zu der Erkrankung und Therapie des Patienten gegeben werden,
- die Wünsche der Patienten erfragt und nach Möglichkeit berücksichtigt werden

Die Dokumentation erfolgt über eine gemeinsame ärztliche und pflegerische Patientendokumentation. Die ärztlichen Anordnungen werden mit Kürzel abgezeichnet.

### *1.5.1 Entlassungsprozess*

Bei der Entlassung der Patienten werden die gesetzlichen Vorgaben beachtet. Ein Entlassungsmanagement ist eingerichtet.

Ärztliche und pflegerische Entlassungsgespräche werden geführt.

Im Bedarfsfall (z.B. Heimunterbringung, Pflegedienst, Beantragung von Pflegegeld, Einleitung einer AHB usw.) wird der Sozialdienst frühzeitig eingeschaltet.

Mit jedem Patienten wird vor Entlassung ein Abschlussgespräch geführt. Während des Gespräches werden die Diagnose und die weitere Therapie mit dem Patienten besprochen. Der Hausarzt bekommt einen ausführlichen Arztbrief mit den weiteren Therapieempfehlungen. Angehörige werden auf Wunsch des Patienten hinzugezogen, gesetzliche Betreuer werden informiert.

Alle notwendigen Unterlagen stehen bei der Entlassung bzw. Verlegung zeitnah und umfassend zur Verfügung.

### *1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung*

Es ist unser Ziel, sterbende Patienten individuell zu begleiten. Den nächsten Angehörigen wird ermöglicht, so lange und so oft sie wünschen, die sterbenden Patienten zu besuchen. Ein Verbleiben der Angehörigen über Nacht wird immer ermöglicht. Die Verpflegung der Angehörigen wird vom Krankenhaus übernommen.

Soweit es von Patienten und Angehörigen gewünscht wird, wird die Begleitung der Sterbenden durch qualifiziertes Fachpersonal übernommen. Dabei werden sie durch Geistliche und den Hospizverein unterstützt. Über den Sozialdienst kann auf Wunsch des Patienten/ der Angehörigen eine Überleitung in ein Hospiz erfolgen.

Die Palliativmedizin wird durch die Abteilungsärzte sichergestellt. Mitarbeiter der Pflege sind in Palliativpflege ausgebildet.

Die Schmerztherapie findet in Absprache mit der leitenden Anästhesistin statt. Das Anästhesiepflegepersonal ist im Schmerzmanagement qualifiziert. ( Pain-Nurse ) Schmerzvisiten werden durchgeführt.

Patientenverfügungen werden erfragt, erfasst und berücksichtigt.

### *1.6.2 Umgang mit Verstorbenen*

Ziel ist ein angemessener Umgang mit den Verstorbenen unter Berücksichtigung der gesetzlichen Bestimmungen und des Patientenwunsches.

In unserem Haus Verstorbene werden gemäß den vorigen Absprachen und den gesetzlichen Vorgaben versorgt.

Die Durchführung von rituellen Waschungen wird ermöglicht.

Angehörige werden auf Wunsch im aktuellen Trauerprozess begleitet.

## 2. Mitarbeiterorientierung

### 2.1.1 Personalbedarf

Unser Ziel ist, den Personalbedarf so zu planen, dass eine individuelle Patientenversorgung unter Berücksichtigung ökonomischer Gesichtspunkte durch qualifiziertes Personal sichergestellt ist.

Der Personalbedarf ( Stellenplan ) errechnet sich auf der Basis der Kennzahlen des Vorjahres. Bei Änderung der gesetzlichen Bestimmungen oder Änderung des Leistungsspektrums wird der Stellenplan angepasst.

Die Facharztquote orientiert sich an der Sicherstellung des Facharztstandards und dem Leistungsspektrum der Fachabteilung.

### 2.1.2 Personalentwicklung

Ziel ist die langfristige Bindung der Mitarbeiter an das Haus und die Besetzung der Stellen mit qualifizierten Mitarbeitern. Qualifizierungsmaßnahmen werden unter Einbeziehung der Mitarbeiter erstellt.

Alle gesetzlichen Vorgaben hinsichtlich der Qualifikation sind in allen Bereichen erfüllt.

Die organisatorische Einordnung der Stelle im Krankenhaus wird über das Organigramm der Krankenhaus Wermelskirchen GmbH abgebildet.

### 2.1.3 Einarbeitung

Ziel ist es, neue Mitarbeiter strukturiert mit Hilfe fester Ansprechpartner anhand eines Einarbeitungskonzeptes einzuarbeiten. Ein Einarbeitungskonzept ist in den Abteilungen erstellt. Im Pflegedienst sind hiermit speziell ausgebildete Praxisanleiter beauftragt. Im ärztlichen und im Verwaltungsbereich übernehmen diese Aufgabe erfahrene Mitarbeiter.

### 2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Ziel ist es, für die Auszubildenden eine enge Theorie-Praxis-Vernetzung zu erreichen. Deshalb wird die Krankenpflegeausbildung in Kooperation mit dem Ev. Krankenhaus Bergisch Gladbach eng koordiniert, die Inhalte genau abgesprochen und die Einsätze mit dem Kooperationspartner abgestimmt. Verantwortlich dafür ist der Ausbildungsleiter des Krankenhauses.

Die Abteilungsleiter, Chefärzte und Pflegedienstleitung sind für die Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen innerhalb ihres Bereiches zuständig. Sie tragen Sorge für die Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben und dafür, dass die Mitarbeiter den für die Erfüllung ihrer Aufgaben notwendigen Kenntnisstand besitzen. Hierbei werden Wünsche und Fähigkeiten der Mitarbeiter berücksichtigt.

Die Teilnahme an Fortbildungen wird durch Teilnehmerlisten dokumentiert. Weiterbildungsmaßnahmen werden durch den Abteilungsleiter gemeinsam mit dem Mitarbeiter geplant. Die Teilnahme an Pflichtveranstaltungen wird zentral gesteuert. Die angebotenen Fortbildungen werden durch die Teilnehmer über einen anonymen Bewertungsbogen beurteilt. Die Auswertung wird dem Dozenten zur Verfügung gestellt. Der praktische Teil der Krankenpflegeausbildung findet entsprechend der gesetzlichen Vorgaben statt. Eine Koordinierung der Theorie-Praxis-Vernetzung erfolgt dadurch, dass ein geeigneter Pflegewissenschaftler regelmäßig die Weiterbildung zum Praxisanleiter für beide Krankenhäuser durchführt. Durch das Curriculum ist festgelegt, welche Verknüpfungen zwischen Theorie und Praxis zu erfolgen haben.

### *2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance*

Die Arbeitszeitregelungen im Krankenhaus Wermelskirchen orientieren sich sowohl an den gesetzlichen Bestimmungen, an den medizinischen und pflegerischen Abläufen und Erfordernissen als auch an den Wünschen der Mitarbeiter. Die Dienstplanung und die Dokumentation der geleisteten Arbeitszeiten werden für alle Mitarbeiter in einem elektronischen Dienstplanprogramm vorgenommen. Die Überprüfung von Mehrarbeit erfolgt durch ein im Dienstplanprogramm hinterlegtes Ampelsystem. Die Gleitzeitkonten werden von den Abteilungsleitungen überwacht. Verstöße gegen das Arbeitszeitgesetz werden vom Dienstplanprogramm erkannt und angezeigt.

### *2.1.6 Ideenmanagement*

Ziel ist es, Mitarbeiter in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess einzubeziehen. Dazu werden Ideen zur Qualitätsverbesserung gesammelt. Neben einer Kosteneinsparung und/oder einer Ablaufverbesserung, möchten wir dadurch auch die Zufriedenheit und die Mitarbeiteridentifizierung mit dem Krankenhaus Wermelskirchen steigern.

Ein strukturiertes Mitarbeiterbeschwerdemanagement wurde etabliert. Die Bearbeitung der Mitarbeiterbeschwerden erfolgt durch den Betriebsrat. Regelmäßige anonymisierte Mitarbeiterbefragungen als Messinstrument der Zufriedenheit der Mitarbeiter werden durchgeführt.

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

#### *3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements*

Ziel ist es, den Arbeitsplatz für die Mitarbeiter sicher zu gestalten und bei der Patientenversorgung die Mitarbeiter vor Gefahren zu schützen. Die gesetzlichen Bestimmungen werden eingehalten.

Qualitätsprüfungen zur Sicherheit der Mitarbeiter finden regelmäßig durch fachlich qualifiziertes Personal statt. Ein Gefahrstoffkataster, Gefährdungsbeurteilungen und Betriebsanweisungen sind erstellt und im Intranet veröffentlicht. Die Vorgehensweise bei Arbeitsunfällen ist standardisiert. Sicherheitsbeauftragte sind benannt und geschult.

#### *3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung*

Ziel ist es, für die Patienten eine sichere Umgebung zu schaffen.

Für Patienten, die einer Beaufsichtigung bedürfen, können Angehörige als Begleitperson aufgenommen werden.

Der Expertenstandard Sturz und Dekubitus ist eingeführt.

Notwendige Fixierungsmaßnahmen werden gemäß gesetzlichen Bestimmungen umgesetzt.

Patienten, die ein Sicherheitsrisiko gegenüber ihren Mitpatienten oder Mitarbeitern darstellen, werden entsprechend Psych-KG in die Psychiatrie verlegt.

Patienten mit übertragbaren Erkrankungen werden anhand der RKI-Richtlinie isoliert bzw. in eine Spezialklinik verlegt.

Das Krankenhaus ist als Projektbeteiligte dem MRE-Netzwerk Rhein/Ahr angeschlossen und wurde mit dem Qualitätssiegel Hygiene ausgezeichnet.

#### *3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement*

Das oberste Ziel ist es, Patienten in Notfallsituationen sicher, schnell und adäquat zu versorgen.

Ein Reanimationsteam, besetzt mit einem Arzt und einer Pflegekraft steht über 24h zur Verfügung und kann über eine spezielle Notfallnummer gerufen werden. Ein mobiler Defibrillator ist vorhanden.

Alle Mitarbeiter werden alle 2 Jahre in Reanimation bzw. MegaCodeTraining ausgebildet.

Durch die Dienstplanung ist sichergestellt, dass auf allen Stationen qualifizierte Mitarbeiter über 24 h eingesetzt sind.

#### *3.1.4 Organisation der Hygiene*

Ziel ist es, Infektionen systematisch zu erkennen, zu verhüten und zu bekämpfen. Dabei werden gesetzliche Vorgaben berücksichtigt. (Infektionsschutzgesetz, RKI- Richtlinie )

Die Verantwortlichkeiten sind innerhalb der Hygienekommission geregelt. Ein Organigramm der Hygienekommission und eine Geschäftsordnung liegen vor.

Hygienebeauftragte Ärzte sind in allen Fachabteilungen ausgebildet.

Die Hygienefachkraft führt regelmäßige Schulungen und Begehungen durch. Sie organisiert die vom Robert-Koch-Institut empfohlenen Hygieneuntersuchungen.

Alle mit der Aufbereitung von Medizinprodukten tätigen Mitarbeiter werden entsprechend des Medizinproduktegesetzes ausgebildet. Die Reinigungs- und Sterilisationsprozesse werden jährlich validiert.

Die Überwachung und Auswertung von Infektionen erfolgt über KISS (Klinical Infektion Surveillance Sys-

tem)

Häufungen von nosokomialen Infektionen im epidemischen Zusammenhang werden nach § 6 Infektionsschutzgesetz an das Gesundheitsamt gemeldet.

Das Krankenhaus ist Beteiligte des MRE-Netzwerkes Rhein-Ahr. Die durch das MRE-Netzwerk festgelegten Qualitätskriterien sind umgesetzt und erfüllen die Anforderungen des Qualitätssiegels Hygiene.

### *3.1.5 Hygienerrelevante Daten, Infektionsmanagement*

Die meldepflichtigen Erkrankungen, die nach Infektionsschutzgesetz § 6 zu melden sind, werden zeitnah vom behandelnden Arzt gemeldet.

Eine Keimresistenzstatistik gemäß § 23 IFSG wird erstellt, ausgewertet und den Abteilungsleitern der einzelnen Fachabteilungen bereitgestellt.

Die Krankenhausinfektionsüberwachung erfolgt über KISS.

Es werden monatliche Resistenzstatistiken von der MVZ Synlab Leverkusen in Leverkusen erstellt. Die Auswertung der Daten erfolgt einmal im Jahr.

Die Statistiken sowie die Auswertungen werden an die Chefarzte der Fachabteilungen, die Geschäftsführung und an die Hygienefachkraft weitergeleitet.

Die gesetzlichen Bestimmungen und die Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes werden eingehalten. Ein hoher Qualitätsstandard ist sichergestellt.

Hygienestandards zu Patienten mit übertragbaren Erregern oder Erkrankungen sind erstellt und werden umgesetzt. Der Umgang mit infektiösen Patienten ist in allen Bereichen inkl. OP, geregelt. Die Überprüfung erfolgt durch die Hygienefachkraft.

Jeder neue Mitarbeiter wird durch die Hygienefachkraft in Händehygiene geschult.

Das HACCP- Konzept ist krankenhausesweit eingeführt.

Die Sicherstellung der Infektionsprävention, -erfassung und -bekämpfung erfolgt durch:

- regelmäßige unangemeldete Begehungen der Hygienefachkraft
- jährliche Begehungen durch das Gesundheitsamt
- jährliche Begehungen durch das Veterinäramt
- Begehungen der Bezirksregierung
- Umsetzung des HACCP- Konzepte in Zentralküche und den Stationen
- Teilnahme an KISS

Das Kalt- und Warmwassersystem wird gemäß Trinkwasserverordnung überprüft. In infektionsgefährdeten Bereich sind Sterilfilter angebracht.

Ein Eingangsscreening auf MRSA und MRGN wird über die interdisziplinäre Notfallambulanz durchgeführt.

### *3.1.6 Arzneimittel*

Ziel ist es, die Patienten im Bedarfsfall mit den notwendigen Arzneimitteln zeitnah zu versorgen. Die Bestellung der Medikamente soll unter ökonomischen Aspekten erfolgen. Beim Umgang mit Medikamenten werden gesetzliche Bestimmungen eingehalten (Arzneimittelgesetz).

Informationen zu Therapien und Nebenwirkungen werden digital zur Verfügung gestellt. Vor jeder Verordnung werden die Patienten vom Arzt aufgeklärt.

Zytostatika werden gebrauchsfertig durch die externe Apotheke angeliefert und ausschließlich durch ge-

schultes Personal verabreicht.

Strukturierte Vorgehensweisen in der Anwendung von Arzneimitteln liegen in der Verantwortung der Chefarzte.

Die externe Apotheke ist für die Erfassung von Vorkommnissen, Unverträglichkeiten und Beinahevorkommnissen verantwortlich. Die Rückmeldung über Zwischenfälle erfolgt direkt durch den ärztlichen Dienst an die Apotheke, die weitere Schritte einleitet.

Der Umgang mit Betäubungsmitteln ist schriftlich fixiert.

### *3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin*

Ziel ist, dass die Bereitstellung von Blut- und Blutprodukten, Arzneimitteln und Medizinprodukten jederzeit gewährleistet ist.

Das Transfusionswesen ist über eine Transfusionsrichtlinie abgebildet, in der alle Verantwortlichkeiten geregelt sind. Eine Transfusionskommission ist etabliert. Diese ist über ein Organigramm abgebildet.

Die Anwendung von Blut- und Blutprodukten erfolgt nach einem standardisierten Verfahren. Die Bestellung erfolgt durch das Labor bei der Blutbank Hagen.

Der behandelnde Arzt überprüft vor der Gabe der Blutkonserve die Übereinstimmung der Konserve mit dem Begleitschein und führt alle notwendigen Testungen persönlich durch.

Das examinierte Pflegepersonal und das ärztliche Personal werden regelmäßig zu dem Thema über E-Learning geschult.

### *3.1.8 Medizinprodukte*

Ziel ist es, die Anwendung und Aufbereitung von Medizinprodukten nach einem geregelten Verfahren durchzuführen. Deshalb werden im Krankenhaus Wermelskirchen nur zugelassene und geprüfte Medizinprodukte durch speziell eingewiesene Mitarbeiter verwendet.

Die Einweisung in technische Geräte erfolgt entsprechend den rechtlichen Bestimmungen.

Es sind beauftragte Personen gemäß MPBetreibV benannt und geschult.

Erst- und Folgeeinweisungen in den Umgang mit Medizingeräten erfolgen nach einem strukturierten Verfahren.

Die Betreuung der technischen Medizinprodukte erfolgt durch die Firma Cosolvía. Neue -, Austausch und Leihgeräte werden durch die Firma erfasst

Der Umgang mit Vorkommnissen und Beinahe-Vorkommnissen erfolgt nach den gesetzlichen Bestimmungen.

Die Meldung erfolgt über einen strukturierten Meldebogen an die Firma Cosolvía und dienstsprechende Behörde.

Medizinprodukte werden EDV gestützt über den Zentraleinkauf geordert.

### *3.2.1 Arbeitsschutz*

Ziel ist es, den Arbeitsplatz für die Mitarbeiter sicher zu gestalten und bei der Patientenversorgung die Mitarbeiter vor Gefahren zu schützen. Die gesetzlichen Bestimmungen werden eingehalten.

Qualitätsprüfungen zur Sicherheit der Mitarbeiter finden regelmäßig durch fachlich qualifiziertes Personal statt. Ein Gefahrstoffkataster, Gefährdungsbeurteilungen und Betriebsanweisungen sind erstellt und im Intranet veröffentlicht. Die Vorgehensweise bei Arbeitsunfällen ist standardisiert. Sicherheitsbeauftragte

sind benannt und geschult.

Es finden vierteljährliche Arbeitsschutzsitzungen und Begehungen statt.

Alle Mitarbeiter werden regelmäßig geschult. Die Schulungen sind als Pflichtveranstaltungen für die Mitarbeiter definiert und erfolgt über E-Learning Module.

### *3.2.2 Brandschutz*

Ziel ist es, Brandentstehung zu vermeiden und die Mitarbeiter für den Ernstfall zu schulen, um Schaden für Patienten, Mitarbeiter und die Einrichtung abzuwenden.

Ein Brandschutzbeauftragter ist benannt. Eine Brandschutzordnung liegt vor. Evakuierungworkshops werden durchgeführt.

Alle Mitarbeiter werden regelmäßig geschult. Die Schulungen sind als Pflichtveranstaltungen für die Mitarbeiter definiert und erfolgt über E-Learning Module.

### *3.2.3 Datenschutz*

Ziel ist es, den gesetzlichen Datenschutz einzuhalten und die verantwortlichen Mitarbeiter entsprechend zu informieren und zu begleiten. Hierbei steht die Abwägung zwischen den Notwendigkeiten der Patientenbehandlung und der informationellen Selbstbestimmung des Patienten im Mittelpunkt.

Alle kritischen Daten sind gegen unberechtigten Zugriff elektronisch gesichert. Ein IT - Sicherheitskonzept sowie ein Ausfallkonzept liegen vor. Ein Berechtigungskonzept, das alle relevanten Programme umfasst, ist etabliert.

Ein Datenschutzbeauftragter ist benannt. Eine regelmäßige Schulung ist über eine E-Learning Plattform sicher gestellt.

Die Mitarbeiterdaten sind im Personalbüro vor Zugriff geschützt.

### *3.2.4 Umweltschutz*

Der Umweltschutz wird unter ökonomischen Gesichtspunkten betrachtet. Ein Energie- und Wassereinsparungskonzept sowie ein Abfallkonzept liegen vor.

Die Umsetzung der Konzepte erfolgt durch Transparenz, Schulungen und Einweisungen.

Bei ökonomisch gleichwertigem Angebot werden ökologische Produkte bevorzugt.

Die Abfälle werden nach Abfallverzeichnis- Verordnung zugeordnet und gesammelt.

Zu den einzelnen Gefahrstoffen liegen Betriebsanweisungen und Sicherheitsdatenblätter vor.

Sicherheits-, Abfall- und Gefahrstoffbeauftragte sind benannt und ausgebildet.

### *3.2.5 Katastrophenschutz*

Das Krankenhaus Wermelskirchen ist in den Katastrophenschutz nach Landesrecht eingebunden.

Die Verantwortlichkeiten im Katastrophenfall sind im Katastrophenplan festgelegt.

Evakuierungworkshops werden regelmäßig durchgeführt.

### *3.2.6 Ausfall von Systemen*

Ziel ist eine vollständige Integration aller EDV-Systeme des Krankenhauses. Eine elektronische Patientenakte ist teilweise etabliert und wird ständig weiter entwickelt.

Ein zeitlich uneingeschränkter Zugang zum EDV-System ist über die technischen Voraussetzungen sichergestellt. Das EDV-System ist stets online. Ein Benutzer- und Berechtigungskonzept liegt vor.



Es liegt ein IT- Ausfallkonzept vor. Die technischen Voraussetzungen für eine Hochverfügbarkeit sind gegeben. Notfallpläne für die wichtigsten medizinischen Bereiche liegen vor.

Die Meldung von Störungen durch die Anwender erfolgt über ein Störungsmeldesystem im Intranet bzw. telefonisch direkt an die Systemadministratoren.

Ein digitales Patientenaktenarchiv ist integriert.

## 4. Informations- und Kommunikationswesen

### 4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Ziel ist es, unter Beachtung des Kosten-Nutzen-Prinzip den Anwendern ein unterstützendes, verfügbares und nutzbares Informationssystem zur Verfügung zu stellen. Es soll die Prozesse und Abläufe im Krankenhaus unterstützen und einen Mehrwert schaffen.

Ziel ist eine vollständige Integration aller EDV-Systeme des Krankenhauses. Eine elektronische Patientenakte ist teilweise etabliert und wird weiter ständig weiter entwickelt.

Ein zeitlich uneingeschränkter Zugang zum EDV-System ist über die technischen Voraussetzungen sichergestellt. Das EDV-System ist stets online. Ein Benutzer- und Berechtigungskonzept liegt vor.

Es liegt ein IT- Ausfallkonzept vor. Die technischen Voraussetzungen für eine Hochverfügbarkeit sind gegeben. Notfallpläne für die wichtigsten medizinischen Bereiche liegen vor.

Die Meldung von Störungen durch die Anwender erfolgt über ein Störungsmeldesystem im Intranet bzw. telefonisch direkt an die Systemadministratoren.

Ein digitales Patientenaktenarchiv ist integriert.

### 4.2.1 Klinische Dokumentation

Die Erfassung der relevanten Patienten- und Behandlungsdaten erfolgt vollständig, zeitnah, im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen und unter Beachtung des Datenschutzes. Für die wichtigsten Dokumentationsbereiche (Führung einer Akte, Dokumentation nach §301 SGB V, etc.) liegen VA vor.

Die Patientendokumentation erfolgt sowohl EDV-gestützt als auch auf Papier. Die Patientendokumentation entspricht den gesetzlichen Vorgaben und gültigen Bestimmungen. Grundlage ist die Nachvollziehbarkeit durch externe Dritte (z.B. MDK).

Eine Dokumentationsrichtlinie ist erstellt.

Die Patientenakten werden strukturiert geordnet und digital archiviert. Die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen und Datenschutzbestimmungen werden beachtet.

### 4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

Das Führen und Archivieren von sowie der Zugriff auf Patientenakten ist in Verfahrensanweisungen geregelt.

Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden eingehalten. Der Zugang ist über ein Berechtigungskonzept geregelt. Die Archivierung der Patientenakten erfolgt digital.

Es existiert ein einheitliches papierbasiertes System zur pflegerischen und ärztlichen Dokumentation.

Alle am Behandlungsprozess Beteiligten haben entsprechend ihres Bedarfes Zugang zu den Patientenakten. Gleiches gilt für den Zugang zum KIS. Ein Berechtigungskonzept liegt vor.

#### *4.3.1 Information der Unternehmensleitung*

Durch die Kommunikationsstruktur innerhalb des Krankenhauses ist sichergestellt, dass alle zur Steuerung des Krankenhauses notwendigen Informationen der Krankenhausleitung rechtzeitig zur Verfügung stehen. Ein umfassendes Reporting zu den unternehmenskritischen Bereichen ist etabliert. Es werden regelmäßig Besprechungen mit den wesentlichen Bereichen geführt, um einen schnellen und umfassenden Informationsfluss zu garantieren.

Die Mitgliedschaft in diversen regionalen und überregionalen Gruppen und Verbänden (WIW, Krankenhauszweckverband Köln Land und Bonn, KGNW, KAV-Nordrhein-Westfalen, Netzwerk kommunaler Krankenhäuser im Rheinland etc.) ermöglicht eine zeitnahe Information über alle für das Krankenhaus relevanten externen Entwicklungen. Über diese Mitgliedschaften ist das Krankenhaus in verschiedene Benchmark-Projekte eingebunden.

#### *4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang*

Der Empfang ist erste Anlaufstelle für alle Besucher des Hauses. Entsprechend kommt ihm eine hohe Bedeutung beim ersten Eindruck der Besucher über das Krankenhaus zu.

Der Empfang ist an 365 Tagen rund um die Uhr im Schichtdienst besetzt. Er fungiert gleichzeitig als Telefonzentrale des Hauses. Der Empfang ist mit allen modernen Kommunikationsmitteln ausgestattet.

Die Mitarbeiter des Empfangs werden regelmäßig sowohl fachlich wie auch im Bereich Kundenservice geschult.

## 5. Unternehmensführung

### 5.1.1 Philosophie/Leitbild

Das für das Krankenhaus Wermelskirchen verabschiedete Leitbild gilt den Mitarbeitern als Orientierungshilfe für ihr tägliches Handeln.

Neue Mitarbeiter erhalten das Leitbild im Zuge des Einstellungsverfahrens.

Das Krankenhaus ist im "Verbund mit den kommunalen Krankenhäusern im Rheinland" Mitglied. Beim Gründungsprozess hat sich der Verbund ein Selbstverständnis und ein Zielsystem gesetzt.

### 5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Ziel aller Maßnahmen ist, dass die Arbeitsplätze aller Mitarbeiter durch eine entsprechende Betriebsführung gesichert sind. Eine transparente Informationspolitik soll sicherstellen, dass die Mitarbeiter die Entscheidungen der Betriebsleitung so weit wie möglich nachvollziehen können.

Eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Betriebsrat ist für den Erfolg des Unternehmens unerlässlich.

Regelmäßige und umfassende Information des Betriebsrates durch die Geschäftsführung ist die Grundlage des Vertrauens.

Die Motivation und die Fähigkeiten der Mitarbeiter sind das wichtigste Kapital des Unternehmens. Der individuellen Personalentwicklung kommt hierbei eine herausgehobene Bedeutung zu. Sie soll durch individuelle Fort- und Weiterbildungen transportiert werden.

### 5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Das Krankenhaus hat das Ziel, dass keine Mitarbeiter, keine Kunden und keine Patienten sowie deren Angehörige und Besucher durch ihre religiösen oder weltanschaulichen Einstellungen Nachteile erleiden. Der Kontakt zu Selbsthilfegruppen wird aktiv gepflegt. Ihre Tätigkeit wird im Rahmen der Möglichkeiten unterstützt.

Ziel ist es, dass jeder Mitarbeiter, jeder Patient und jeder Angehörige bei Fragen zu ethischen Problemen eine ethische Fallbesprechung initiieren kann.

Die Betriebsleitung zeichnet sich verantwortlich für das ethische Konsil und wird hierbei durch die Krankenhausseelsorger beider Konfessionen unterstützt.

### 5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Eine zielgruppenspezifische Information (Ärzte, Bevölkerung etc.) über die Leistungsfähigkeit des Hauses erfolgt im Zusammenspiel von medizinischen Fachabteilungen und Geschäftsführung in öffentlichen Veranstaltungen. Dabei werden Niedergelassene themenbezogen in die Veranstaltungen als Vortragende eingebunden. Daneben werden Flyer sowie der Internetauftritt als Werbemedien genutzt. Die Aktualisierung der Homepage erfolgt über das Sekretariat der Geschäftsführung.

Das Krankenhaus bietet bei den Gesundheitstagen Vorträge zu aktuellen Themen an.

Aktuelle Entwicklungen und Pläne werden von der Geschäftsführung in Pressegesprächen bekannt gegeben.

Im Ausbruchsfall liegt ein Standard für ein strukturiertes Vorgehen vor.

### *5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung*

Für die Krankenhaus Wermelskirchen GmbH liegt eine eindeutige Organisationsstruktur in einem Unternehmensorganigramm vor. Von diesem abgeleitet sind Abteilungsorganigramme erstellt.

Ziel ist es, eine Organisationsstruktur aufzubauen, die optimal an die Bedürfnisse des Krankenhauses angepasst ist und dabei die Flexibilität einer in der Größe überschaubaren Organisation erhält.

Jedem Mitarbeiter liegt die Organisationsstruktur im QM-Handbuch vor.

Vertreterregelungen liegen vor. Zu Stellvertretern werden nur befähigte Mitarbeiter ernannt.

### *5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement*

Einer Zielplanung geht zwingend eine Analyse der Ist-Situation, bezogen auf das Krankenhaus, das regionale Umfeld und die langfristigen Rahmenbedingungen voraus. Aufbauend auf den Ergebnissen der Analyse wird unter Einbeziehung aller Entscheidungsträger eine Gesamtstrategie für das Krankenhaus entwickelt, die entsprechend angepasst auf die Fachabteilungen herunter gebrochen wird. Letztendliches Ziel des Strategiebildungsprozesses sind einzelne konkrete, zeitlich gestaffelte Maßnahmen, die auf die Erreichung der Abteilungsziele und des Krankenhausziels abzielen. Sowohl Ziele wie auch Maßnahmen werden den Mitarbeitern kommuniziert. Eine regelmäßige Überprüfung der Strategie findet statt.

In der Verantwortung der Geschäftsführung wird ein mehrjähriger Finanz- und Investitionsplan erstellt und durch den Aufsichtsrat genehmigt. Durch die geplanten Maßnahmen soll erreicht werden, den seit vielen Jahren bestehenden positiven Jahresabschluss fortzuführen.

Die Finanz- und Investitionsplanung berücksichtigt die Zielsetzung der Krankenhaus Wermelskirchen GmbH zur Weiterentwicklung der Abteilungen und der Mitarbeiter.

Budgets für einzelne Abteilungen liegen nicht vor. Auf Grund der überschaubaren Größe des Hauses erfolgt explizit keine Budgetbildung. Vielmehr erfolgt die betriebswirtschaftliche Steuerung über ein detailliertes Berichtswesen. Eine enge Kommunikation zwischen den Ergebnisverantwortlichen und der Betriebsleitung, in die auch weitere nachgeordnete Mitarbeiter eingebunden sind, garantiert eine hohe Identifikation mit dem Betriebsergebnis.

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

Mit den externen Partnern werden Kooperationsverträge geschlossen, wenn ein gegenseitiger Nutzen zu erkennen ist. Ein partnerschaftliches Miteinander steht hierbei im Zentrum. Die rechtlichen Bestimmungen werden eingehalten. Die Kriterien orientieren sich sowohl an ökonomischen wie auch Gesichtspunkten der optimalen Patientenversorgung. Die Zusammenarbeit ist auf einen langfristigen gemeinsamen Erfolg ausgerichtet.

Das Krankenhaus unterstützt aktiv ( Räumlichkeiten ) die Arbeit der örtlichen Selbsthilfegruppen. ( Schlaganfall, Adipositas, ILCO, MS- Gruppe ) Das Krankenhaus ist Teil des städtischen und regionalen Netzwerkes zur Betreuung von Senioren.

Die Organspende wird unterstützt. Die gesetzlichen Verpflichtungen sind erfüllt.

Das Krankenhaus bietet Ausbildungsplätze in der Pflege, in der Küche und im kaufmännischen Bereich an.

Das Krankenhaus ist Mitglied des Verbundes Kommunaler Krankenhäuser und beteiligt sich aktiv an den eingerichteten Arbeitsgruppen.

### *5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien*

Für die Krankenhaus Wermelskirchen GmbH liegt eine eindeutige Organisationsstruktur in einem Unternehmensorganigramm vor. Von diesem abgeleitet sind Abteilungsorganigramme erstellt.

Ziel ist es, eine Organisationsstruktur aufzubauen, die optimal an die Bedürfnisse des Krankenhauses angepasst ist und dabei die Flexibilität einer in der Größe überschaubaren Organisation erhält.

Jedem Mitarbeiter liegt die Organisationsstruktur im QM-Handbuch vor.

Vertreterregelungen liegen vor. Zu Stellvertretern werden nur befähigte Mitarbeiter ernannt.

### *5.3.2 Innovation und Wissensmanagement*

Neue Strukturen oder Prozesse werden in der Betriebsleitung auf Wirtschaftlichkeit, Nutzen für den Patienten und für das Krankenhaus geprüft.

Die hausinternen Leitlinien, Standards, Verfahrens- und Dienstanweisungen sind allgemein zugänglich.

Der Zugang zum Internet ist für alle Mitarbeiter freigeschaltet.

Die Mitarbeiter werden kontinuierlich über angebotene Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen dem aktuellen Wissensstand angepasst. Pflichtfortbildungen über E-Learning Programme sind etabliert.

Die Teilnahme an externen Fortbildungen ist im Rahmen der dienstlichen Möglichkeiten möglich und wird gefördert. Interne Fortbildungen und Inhouse-Schulungen werden angeboten.

## 6. Qualitätsmanagement

### 6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Unser Ziel ist es, ein Qualitätsmanagementsystem quer zu allen Berufsgruppen und Abteilungen zu etablieren. Die Strukturen sind in einem Organigramm abgebildet.

Bereits 2005 wurde von dem GF festgelegt, ein umfassendes Qualitätsmanagement (UQM) einzuführen entsprechende Strukturen zu schaffen und zur Dokumentation der Qualitätsmanagementregelungen, Dokumente und Formulare in einem elektronischen Qualitätsmanagementhandbuch einzuführen.

Für die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems wird die regelmäßige Überprüfung aller relevanten Prozesse im Rahmen einer Selbstbewertung nach dem jeweils gültigen KTQ Katalog genutzt.

### 6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung

Ziel ist es Projekte oder Teilprozesse dem QM oder benannten Personen zu übertragen. Je nach erforderlicher Qualifikation sollen Mitarbeiter der Schnittstellen gezielt beteiligt werden.

Mitarbeiter verschiedener Hierarchieebenen sollen durch Schulungen und Weiterbildung befähigt werden, QM- Prozesse nachzuvollziehen und sich aktiv an Projekten zu beteiligen.

Die Planung und Gestaltung der Prozesse ist unter Berücksichtigung der Anforderungen in Prozessbeschreibungen, Verfahrensanweisungen und Standards geregelt und in einem elektronischen Handbuch veröffentlicht. Das QM-Handbuch ist für die Mitarbeiter jederzeit einsehbar.

### 6.2.1 Patientenbefragung

Seit 2009 wird die Patientenzufriedenheit kontinuierlich über einen anonymisierten Fragebogen ermittelt. Die Auswertung der Befragungen erfolgt EDV-gestützt. Die Ergebnisse werden zur Einleitung von Verbesserungsmaßnahmen genutzt.

### 6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Es besteht ein enger Kontakt zu den externen Partnern durch die Beteiligung an regionalen Arbeitsgruppen und Gremien. Das Krankenhaus ist aktives Mitglied in verschiedenen Arbeitskreisen mit nachbetreuenden Einrichtungen.

Die Chefarzte sind eng mit den niedergelassenen Ärzten verbunden ( gemeinsame Veranstaltungen für die Öffentlichkeit, Netzwerkarbeit, Mitgliedschaft in den KV- bzw. Ärztekammergremien )

In der Betriebsleitung erfolgt ein regelmäßiger Austausch über die Zusammenarbeit mit den externen Partnern. Eine Einweiserbefragung wurde durchgeführt.

### 6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Zur Messung der Zufriedenheit der Mitarbeiter führt das Krankenhaus anonymisierte Mitarbeiterbefragungen durch. Die Auswertung der Fragebögen und die Vorstellung erfolgt durch eine externe Firma. Im Vorfeld war der Betriebsrat an der Entwicklung und Freigabe der Fragebögen beteiligt. Die Auswertung der Fragebögen wurden den Abteilungen durch den Betriebsrat vorgestellt.

Aus der Auswertung konnten Verbesserungspotentiale abgeleitet werden. Diese wurden auf die Möglichkeit der Umsetzung überprüft und ggf. umgesetzt.

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

Durch eine festgelegte Vorgehensweise wird sichergestellt, dass Beschwerden zeitnah erfasst und bearbeitet werden.

Das Beschwerdemanagement ist auf der Homepage des Krankenhauses veröffentlicht.

Die Patienten können ihre Beschwerde an einen Mitarbeiter ihres Vertrauens, den Patientenfürsprecher, die Abteilungsleitung, das Beschwerdemanagement oder direkt an den Geschäftsführer richten.

Darüber hinaus können Beschwerden der Patienten über den Patientenfragebogen eingereicht werden.

### *6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren*

Das Krankenhaus erhebt verschiedene Daten zur Prozess- und Ergebnisqualität. Die gesetzlichen Verpflichtungen zur Erhebung qualitätsrelevanter Daten werden erfüllt.

Die Erhebung der Daten findet auf unterschiedlichen Ebenen statt. Eine Rückmeldung zur Analyse erfolgt systematisch.

Im Rahmen eines Benchmark- Projektes über den Zweckverband werden Qualitätskennzahlen aus den Routinedaten nach § 301 SGB V und Personalkennzahlen erhoben, ausgewertet und verglichen.

Die kompletten Daten sind im KIS enthalten. Damit besteht die Möglichkeit, Daten abteilungs-, patientenspezifisch und krankenhausbezogen zu entnehmen.

Das Krankenhaus gewährleistet die Einhaltung der gesetzlichen Regularien und Vorgaben. Entsprechende Ressourcen werden durch die Geschäftsführung zur Verfügung gestellt.

Die für die Erhebung benötigte Software ist im KIS integriert und wird in regelmäßigen Abständen aktualisiert. Die verantwortlichen Mitarbeiter (QS- Koordinator, QS-Verantwortliche) sind benannt.

Die Daten werden im Qualitätsbericht veröffentlicht.

Das Krankenhaus nimmt parallel an einem Projekt des Krankenhauszweckverbandes Rheinland teil, in dem Qualitätskennzahlen aus Routinedaten ermittelt und verglichen werden.