

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Martin-Luther-Krankenhaus
Institutionskennzeichen:	260590128
Anschrift:	Voedestraße 79 44866 Bochum-Wattenscheid
Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer:	2016-0012 KH
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	WIESO CERT GmbH, Köln
Gültig vom:	01.04.2016
 bis:	31.03.2019
Zertifiziert seit:	01.04.2004

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	7
1 Patientenorientierung	8
2 Mitarbeiterorientierung	12
3 Sicherheit	14
4 Informations- und Kommunikationswesen	17
5 Führung	19
6 Qualitätsmanagement	22

Vorwort der KTQ®

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

Gesellschafter der KTQ® sind die Bundesärztekammer (BÄK), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Deutsche Pflegerat (DPR) und die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹. 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 Informationswesen,
- die Führung des Krankenhauses und das
- Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

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

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

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

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

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

Wir freuen uns, dass das **Martin-Luther-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 <http://www.ktq.de/> abrufbar.

Dr. G. Jonitz
Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann
Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH
Für die Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus
Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung

Schon seit über 125 Jahren betreibt die Evangelische Kirchengemeinde Wattenscheid das Martin-Luther-Krankenhaus. Durch den Strukturwandel sowie die schwieriger werdenden finanziellen Rahmenbedingungen der Krankenhäuser gründete der Träger zum 01.01.2003 eine selbständige Krankenhaus Gesellschaft mit den heute erforderlichen Unternehmens- und Entscheidungsstrukturen. Für das Jahr 2016 ist der Beitritt in das Diakoniewerk Gelsenkirchen und Wattenscheid e.V. als Eigentümer geplant, dem die Kirchengemeinde Wattenscheid selbst als Mitglied angehört. Mögliche Kooperationen mit den anderen Mitgliedern des Werkes, darunter auch die Evangelischen Kliniken Gelsenkirchen, werden unter den Gesichtspunkten der Wirtschaftlichkeit des Disziplinspiegels, der Synergie und auf Grund gemeinsamer Wertvorstellungen im Sinne des „Gemeinsam sind wir stärker“ ausgewählt.

Ebenso tragen die bereits bestehenden engen Kooperation und Vernetzungen mit niedergelassenen Ärzten und hier insbesondere Fachärzten, die unter dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz besondere Bedeutung hat, zu einer gezielten und qualitativ hochwertigen medizinischen und pflegerischen Versorgung bei.

Das Martin-Luther-Krankenhaus übernimmt die alleinige Akutversorgung der Wattenscheider Bevölkerung mit stationären Krankenhausleistungen für ca. 80.000 Einwohner.



Bei dem Firmenlogo des Krankenhauses steht in einer symbolisierten Grafik ein Mensch (der Patient) im Mittelpunkt eines am Anfang und Ende offenen Beziehungskreises in Form einer Elypse. So stehen für den Träger und die Unternehmensleitung die Patienten als Gäste und unsere Mitarbeiter im Mittelpunkt all unseres Handelns. Unser Ziel hierbei ist es, den Wattenscheidern Bürgern eine hoch qualifizierte Medizin sowie eine qualifizierte und freundliche Pflege im Rahmen der wohnortnahen Krankenhausversorgung anzubieten. Allerdings wird seit vielen Jahren die strategische Ausrichtung zu einem ganzheitlichen Versorgungsangebot betrieben.

Das Martin-Luther-Krankenhaus ist das erste Krankenhaus in Bochum, das ein Ärztezentrum* auf seinem Gelände errichtet hat. Mit dem „Ärztehaus am Martin-Luther-Krankenhaus“* als Bindeglied konnte die Partnerschaft zwischen der stationären Versorgung und der niedergelassenen Ärzteschaft in Wattenscheid intensiviert werden. Auch wird die gGmbH als erstes Krankenhaus in Bochum im dritten Quartal 2016 einen Neubau mit einem Hybrid-OP in Betrieb nehmen. Die darin eingesetzten

medizinischen Bildgebungsverfahren ermöglichen die Anwendung neuester und für die Patienten schonendster Techniken durch minimal-invasive Eingriffe.

Durch zahlreiche Baumaßnahmen in der Vergangenheit wie den Neubau für die Psychiatrie, ein eigenes Gebäude für die Tagesklinik, ein Gebäude für die Diakoniestation und die Umgestaltung einer Station in eine Komfortstation konnten wir nicht nur eine verbesserte Struktur und Umgebung für Behandlungen sondern auch der Erhöhung der Patientenzufriedenheit erreichen.

Seit 1996 betreibt die Krankenhaus GmbH einen ambulanten Alten- und Krankenpflagedienst.

Auf der Grundlage der Inhalte unseres Unternehmensleitbildes legen wir sehr viel Wert auf die qualifizierte und zielgerichtete fachliche Aus- und Fortbildung aller unserer Mitarbeiter. gemäß dem Luther-Zitat in unserem Leitbild:

"Mein Nächster ist jeder Mensch, vor allem der, der Hilfe braucht"

sind alle Mitarbeiter aus ihrem Selbstverständnis zu ihrer Arbeit für unsere Patienten da. Von Anfang an, bei der Aufnahme, Genesung und Entlassung kümmern wir uns medizinisch und pflegerisch mit qualifizierten und kompetenten Mitarbeitern um das Wohl unserer Patienten.

Mit der mittlerweile vierten Rezertifizierung im Jahre 2016 nach KTQ wollen wir erneut zeigen, dass qualitätsorientiertes Handeln und Arbeiten weiterhin unseren Alltag bestimmen und bestimmen werden.

Dr. K. Bosold
- Geschäftsführer -

J. Kannemann
- Geschäftsführer -

* Nicht Teil dieser KTQ Zertifizierung

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das MLK ist mit dem ÖPNV (Haltestelle "Martin-Luther-Krankenhaus"), PKW und Krankentransporten gut zu erreichen. Das MLK ist für PKW und Fußgänger ausgeschildert. I. d. R. betreten Besucher das MLK über den Haupteingang. Die Zufahrten zu den einzelnen Fachbereichen sind ausgeschildert. Innerhalb des Hauses existiert ein Wegeleitsystem.

Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern stehen Parkplätze in ausreichender Anzahl in unmittelbarer Nähe zur Verfügung. Behindertenparkplätze befinden sich direkt neben dem Haupteingang. Der Bahnhof Wattenscheid befindet sich in einer Entfernung von ca. 15 Gehminuten. Vorabinformationen gibt es auch im Patienten A-Z auf unserer Homepage (www.martin-luther-krankenhaus-bo.de).

Zur Aufnahme meldet sich der Patient in der Patienten-Aufnahme. Dort wird er von fachkundigem Personal empfangen. Jeder wird einzeln aufgerufen und hereingebeten. Die Mitarbeiter nehmen sich Zeit, den Patienten den Ablauf des Aufnahmeprozesses zu verdeutlichen. Ihm wird der Weg zur Station erklärt. Im Bedarfsfall wird ein Mitarbeiter der entsprechenden Station den Patienten begleiten. Es stehen auch Rollstühle zur Verfügung. Je nach Gesundheitszustand ist es möglich, dass der Aufnahmeprozess des Patienten auf der Station am Bett erfolgt.

Die Vergabe und Planung der Betten erfolgt zentral über das Bettenmanagement. Besonderheiten der jeweiligen Stationen werden hierbei berücksichtigt, ausgenommen davon sind die Planung der Belegung und Aufnahmen gemäß Psych.-KG.

1.1.2 Leitlinien

Die Therapien basieren auf evidenz-basierten Leitlinien. Im Rahmen von Teamsitzungen und Visiten werden die Rückmeldungen der Patienten und die Beobachtungen der Mitarbeiter bezüglich der angewandten Leitlinien ausgewertet und in die Entscheidungsfindung einbezogen. Die erarbeiteten Leitlinien und Pflegestandards werden interdisziplinär weiterentwickelt und an den Bedarf und die aktuellen wissenschaftlichen Entwicklungen angepasst.

Expertenstandards (z. B. Dekubitus und Schmerzmanagement) sind eingeführt.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Nach der Anamneseerhebung und der eingehenden Erstuntersuchung bespricht der Arzt mit dem Patienten und ggf. den Angehörigen die Behandlungsplanung. In der täglichen Visite wird ausführlich mit dem Patienten über Änderungen in der Behandlungsplanung, Planungen und Ergebnisse gesprochen. Eine Kurzinformation über letztgenannte erhält der Patient direkt vom Untersuchenden nach der Untersuchung.

Aufklärung über Maßnahmen und Operationen erfolgen über standardisierte mehrsprachige Formulare und im persönlichen Gespräch durch ärztliches und pflegerisches Personal mit dem Patienten.

Die Patienten sind durch die Regelungen in den Stationskonzepten und den Wochenplänen integriert. Die Einbeziehung der Angehörigen erfolgt von Fall zu Fall und ist an dem Bedarf des Patienten oder/und seiner Angehörigen angelegt. Wobei der Wunsch des Patienten oberste Priorität hat.

1.1.4 Service, Essen und Trinken

Es gibt eine Cafeteria, einen "Raum der Stille" und Stations-Aufenthaltsräume. Die großzügig gestaltete Parkanlage steht den Patienten und Angehörigen zur Verfügung.

Bücher werden durch ehrenamtliche Mitarbeiter auf Wunsch zum Patienten gebracht.

Nachdem die Kostform durch den Arzt geklärt ist (wichtig bei z.B. Diabetikern), wird der Patient nach seinem Essenswunsch befragt. Es gibt verschiedene Wahl-Menüs: Voll-/Schonkost und vegetarische Kost, Unverträglichkeiten werden berücksichtigt. Die Komponenten von Voll- und Schonkost können untereinander ausgetauscht werden. Das Speisenangebot wird bei der Planung saisonal abgestimmt. Auf den Menükarten sind Speisen mit Schweinefleisch extra gekennzeichnet.

Bei personenbezogener Diätkost, werden die Wünsche der Patienten unter Berücksichtigung der Möglichkeit im Bereich der verordneten Diät erfüllt. Die Diätassistentinnen führen Diätberatungen durch. Zusätzliche individuelle Serviceleistungen werden unseren Patienten auf der Komfortstation (Wahlleistung) angeboten.

1.1.5 Kooperationen

Wir pflegen zahlreiche Kooperationen mit externen Partnern, Dienstleistern und Selbsthilfegruppen, um den Patienten ein optimales Leistungsspektrum bieten zu können. Die Zusammenarbeit zwischen unseren Fachabteilungen intern, wie auch mit den Kooperationspartnern ist durch ein strukturiertes Besprechungs- und Konsilwesen optimiert.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

In unserer Notfallambulanz steht jederzeit qualifiziertes Personal zur Patientenversorgung zur Verfügung. Durch die Teilnahme am Rettungsdienst der Stadt Bochum mit einem eigenen Notarzteinsetzfahrzeug und der Stellung eines Notarztes wie auch durch die Zertifizierung zum lokalen Traumazentrum im Traumanetzwerk Ruhrgebiet stellen wir eine optimierte Notfallerstversorgung sicher. Neu eingeführt haben wir die Triagierung (standardisierte Ersteinschätzung).

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Durch die strukturierte Dienstplanung für das Krankenhaus ist gewährleistet, dass qualifiziertes Personal für die Behandlung zur Verfügung steht. Ergänzt wird dies durch den fachärztlichen Hintergrunddienst. Den Beschwerden entsprechend kann über das geregelte Konsiliarwesen ein Facharzt hinzugezogen werden. In Krisensituationen kann die Krankenhausesseelsorge eingebunden werden.

1.3.2 Ambulante Operationen

Den amb. Pat. wird ein Informationspapier am Tag des Erstkontaktes ausgehändigt, auf diesem wird auch auf das Mitbringen von relevanten Vorbefunden hingewiesen, um unnötige Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Informationen werden über den Hausarzt oder beim Patienten selbst erfragt. Die Sekretariate fordern bei wiederkehrenden Patienten Vorbefunde im Archiv an. Für Notfall-OPs außerhalb der Regelarbeitszeit gibt es einen OP-Rufdienst. Der Arzt vom Dienst (Chirurgie und Anästhesie) steht zur Verfügung. Ergänzend existiert ein fachärztlicher Hintergrunddienst für alle Fachrichtungen.

Durch die „Standards der Chirurgie“ ist die Zusammenarbeit in der vorbereitenden und nachbereitenden Versorgung durch die verschiedenen Berufsgruppen geregelt. Dies ist insbesondere für die selteneren Diagnosen von Vorteil.

1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Bei der Aufnahme wird seitens des Arztes unter Berücksichtigung der Vorbefunde eine Erstdiagnose erstellt. Die therapeutischen Maßnahmen werden, auch in ihrem zeitlichen Ablauf, mit dem Patienten gemeinsam geplant, durchgeführt und evaluiert. Im Bedarfsfall werden Anpassungen vorgenommen. Generell wird dem Krankheitsbild entsprechend eine möglichst schonende und abgestufte Planung vorgenommen. Hierbei gilt der Grundsatz, dass noninvasive Maßnahmen invasiven vorzuziehen sind.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Nach der Anamneseerhebung und der eingehenden Erstuntersuchung bespricht der Arzt mit dem Patienten und ggf. den Angehörigen die Behandlungsplanung. Änderungen in der Behandlungsplanung werden mit den Patienten auf den werktäglichen Visiten besprochen. Der Patient ist durch die Regelungen in den Stationskonzepten und den Wochenplänen integriert. Die Einbeziehung der Angehörigen erfolgt in der Somatik von Fall zu Fall und ist an dem Bedarf und dem Wunsch des Patienten angelegt. Es wurden auf den Leitlinien basierende Behandlungsstandards erarbeitet und weiterentwickelt. Alle Aktivitäten werden in der ärztlichen oder pflegerischen Dokumentation erfasst. Der Ablauf wird fachübergreifend mit den beteiligten Berufsgruppen besprochen und über anerkannte Scores wird das Risiko der Patienten interdisziplinär erfasst und bei Veränderungen oder im Wochenzyklus

überprüft.

1.4.3 Operative Verfahren

Aufklärungen über Operationen erfolgen über standardisierte, mehrsprachige Formulare und im persönlichen Gespräch durch die Ärzte und die Pflegekräfte. Der Operateur stellt sich persönlich am Vortag vor. Außerdem ist auf den OP-Plänen am Vortag der Operateur ausgewiesen. Das Personal gibt bei Anfragen jederzeit entsprechende Auskunft. Für die Ablauforganisation ist ein OP-Koordinator in Zusammenarbeit mit den Chefärzten der Abteilungen verantwortlich. Für die Patientensicherheit werden grundsätzlich die Sicherheits-Checkliste-Chirurgie der WHO und ein Team-Time-Out eingesetzt.

1.4.4 Visite

Visiten in den einzelnen Bereichen finden zum einen statt, um den Gesundheitszustand des Patienten festzustellen und die Behandlungsplanung zu aktualisieren, aber auch um den Patienten regelmäßig die Möglichkeit zu geben, mit den Mitarbeitern ins Gespräch zu kommen. In den Fachabteilungen findet täglich eine Stationsvisite statt, an der Arzt und Pflegende teilnehmen.

In der Somatik finden einmal pro Woche sowohl eine Chefarzt- wie auch eine Oberarztvisite statt. Am Wochenenden/Feiertagen wird grundsätzlich vom Chef- oder Oberarzt visitiert.

In der Psychiatrie findet am Wochenende eine Visite durch den diensthabenden Arzt statt. Einmal pro Woche finden eine Chefarztvisite und eine Visite mit Oberarzt, Stationsarzt, Pflegenden, Sozialarbeiter/-pädagoginnen und Psychologen statt.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Prästationäre Leistungen werden vom Arzt im Rahmen der Sprechstunden mit dem Patienten abgesprochen und organisiert. Bereits während des Aufenthaltes werden eventuelle Indikationen für die poststationäre Versorgung erkannt und dann u. a. mit dem Entlassungsmanagement oder dem Sozialdienst geplant und organisiert. Dabei steht die Unterstützung des Patienten bei allen Beteiligten im Vordergrund. Anschlussmaßnahme in der Psychiatrie kann so z.B. ein teilstationärer Aufenthalt in unserer Tagesklinik sein.

1.5.1 Entlassung

Entlassungen werden während der Visite mit dem Patienten besprochen und zeitnah eingeleitet. Es wird eine pflegerische Beurteilung erstellt. Je nach Entlassungsform und Bedürfnissen des Patienten werden Entlassungsmanagement, Sozialdienst, Seelsorge, Hospiz, Angehörige, gesetzlicher Betreuer, amb. Pflege usw. hinzugezogen.

Durch das Entlassungsmanagement werden Hilfsmittel usw. besorgt und erklärt. Ein Pflegetraining für die Angehörigen mit Vermittlung pflegerischer Techniken wird angeboten ("Bielefelder Modell").

Die Entlassungsgespräche werden dokumentiert.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

In allen Abteilungen werden zum Zeitpunkt des Übergangs eine abschließende pflegerische Beurteilung und weitere Befunde in Kopie, sowie ein ausführlicher Arztbericht bereitgestellt. Die Angehörigen werden ggf. in die Planung der Entlassung miteinbezogen. In den Fachabteilungen führen Mitarbeiter des Entlassungsmanagements, der Diakoniestation bzw. des Sozialdienstes beratende Gespräche und stellen Kontakte her bzw. weisen auf eigene Angebote hin. Angrenzende soziale Dienste werden informiert. Als besondere Dienstleistung verwenden wir zur Information Formulare einiger weiterbehandelnder Einrichtungen, die von diesen zur Verfügung gestellt werden.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Bei der Aufnahme wird erfragt, ob der Patient eine Patientenverfügung hat. In unklaren Situationen setzen sich die Beteiligten des Behandlungsprozesses zusammen, um den mutmaßlichen Willen des

Patienten herauszufinden.

Auf die individuellen Bedürfnisse sterbender Menschen und deren Angehörigen wird respektvoll reagiert. Eine Begleitung und Hilfestellung wird seitens aller Mitarbeiter, der Seelsorge und des externen Hospizvereins angeboten. Dabei werden die spirituellen, sozialen, physischen und psychischen Bedürfnisse berücksichtigt. Angehörige haben die Möglichkeit sich im "Raum der Stille" zurückzuziehen. Für sterbende Patienten steht ein Hospizzimmer zur Verfügung. Soweit praktikabel wird auf Wünsche von Angehörigen anderer Kulturen und Religionen eingegangen.

Die Schmerztherapie und palliative Behandlung erfolgen individuell an die Situation des Patienten angepasst.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Der Verstorbene bleibt im Hospizzimmer bzw. im Einzel- oder Abschiedszimmer, um Angehörigen die Möglichkeit zum Abschied nehmen zu geben. Die Mitarbeiter bieten sich als Gesprächspartner und Begleiter an.

Auf Wunsch wird die Seelsorge informiert. Sie gibt Gestaltungsmöglichkeiten, um sich von den Verstorbenen zu verabschieden. Dies kann u. a. auch eine Verabschiedungs- oder Segnungsfeier beinhalten.

Trauernden anderer Kulturen bieten wir die Möglichkeit, sich ihren Riten gemäß sich zu verabschieden.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Zur Sicherstellung einer angemessenen Anzahl qualifizierter Mitarbeiter werden kontinuierlich leistungsbezogene Kennzahlen mit dem Bedarf abgeglichen. Zusätzlich wird alle zwei Jahre - bei Bedarf auch jährlich - innerhalb des Clinotel-Verbundes eine Personalbedarfsanalyse gemacht. Die Mitarbeitervertretung ist in alle Personalplanungen mit einbezogen.

2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Auf Basis strukturierter Mitarbeitergespräche erfolgt die Konkretisierung der beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten des Mitarbeiters. Dies erfolgt in jährlichen Gesprächen. Tradierte Fort- und Weiterbildungen orientieren sich primär am Bedarf der Abteilungen und werden mit den Wünschen der Mitarbeiter abgeglichen.

Qualifikationen sind durch entsprechende Gesetze, Verordnungen und Richtlinien festgelegt und müssen von Bewerbern mit entsprechenden Unterlagen nachgewiesen werden.

Die Abteilungsleitungen erstellen die Vorgaben über eine Bedarfsanalyse für die zu besetzende Stellen. Neben der fachlichen Eignung wird stets auch die persönliche Eignung (z. B. soziale Kompetenz) eingeschätzt. Die persönliche Bereitschaft zur Identifikation mit der Unternehmensphilosophie, konkretisiert durch das Leitbild, wird in dem Bewerbungsgespräch erfragt.

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Leitfaden zur Einarbeitung von neuen Mitarbeitern bzw. bei einem Einsatz auf einer neuen Station ist ein schriftliches Konzept. In diesem schriftlichen Konzept sind die allgemeinen Einarbeitungsgrundsätze, sowie grundsätzliche gleiche Regelungen für die Mitarbeiter beschrieben. Neue Mitarbeiter erhalten einen Paten, der die strukturierte Einarbeitung begleitet.

Daneben werden die neuen Mitarbeiter von den Fachvorgesetzten in die stationsbezogenen Regelungen, Tätigkeitskataloge und Stationskonzepte eingearbeitet.

2.2.3 Ausbildung

Für die Schüler unserer Gesundheits- und Krankenpflegeschule werden Beurteilungsbögen in einem Zwischen- und im Abschlussgespräch ausgefüllt. Die Lehrer werten diese aus und optimieren anhand dieser das Angebot. Lernzielkataloge geben Stationen Auskunft über praktisch zu übende Tätigkeiten. Unterrichts- und einsatzspezifisch wird ein Praxisauftrag vergeben, der von Lehrern evaluiert und mit den Schülern besprochen wird.

Auf jeder Station werden durch die Schule ausgebildeter Praxisanleiter eingesetzt. Die Lehrer führen vor Ort Praxisbegleitungen und die Praxisanleiter Praxisanleitungen durch. Zusätzlich nimmt die Schulleitung an den Stationsleitungssitzungen teil, um den Informationsfluss zwischen praktischer und theoretischer Ausbildung zu gewährleisten.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Alle Fortbildungsangebote werden den jeweiligen zugehörigen Berufsgruppen zur Verfügung gestellt. Die Vorgesetzten sprechen gezielt Mitarbeiter auf Angebote an und sprechen mit diesen über die Umsetzungsmöglichkeiten.

Mitarbeiter können externe Angebote aufgreifen und vorschlagen. Ihre Wünsche werden bei der Themen-Planung der innerbetrieblichen Fortbildungen berücksichtigt. Bei gesetzlichen oder tarifvertraglichen Veränderungen und gemäß berufsspezifischen Regelungen werden die Mitarbeiter zu entsprechenden Fortbildungsanbietern entsandt.

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Die Grundsätze zur Führung von Mitarbeitern orientieren sich unter anderem am diakonischen Auftrag des Krankenhauses, der uns in unserer Zusammenarbeit und im Umgang mit den Patienten auf gegenseitigen Respekt und das christliche Menschenbild hinweist. Diese gelten für alle Ebenen der Hierarchie. Es spiegelt sich in der Präambel aller Dienstverträge wieder. Auch im Gesellschaftsvertrag der GmbH wird hierauf verwiesen.

Die im Leitbild gemeinsam getroffenen Festlegungen sind für alle Mitarbeiter gleichermaßen verbindlich.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Die unterschiedlichen Arbeitszeiten orientieren sich an den Bedürfnissen der Patientenversorgung und sind individuell geregelt und festgelegt. Wenn es im Rahmen der Patientenversorgung möglich ist, werden Wünsche zur Arbeitszeitregelung berücksichtigt und im Dienstplan gesichert. Ca. 100 genehmigte Dienstzeitmodelle stehen den Mitarbeitern für bedarfsgerechte und individuelle Dienstplange- staltung zur Verfügung.

Die Bedingungen des Arbeitszeitgesetzes und die geltenden tarifrechtlichen Vorgaben werden erfüllt.

2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Zwischen der Geschäftsführung und der Mitarbeitervertretung ist eine Dienstvereinbarung über ein betriebliches Vorschlagswesen abgeschlossen.

Die Kriterien, nach denen die Vorschläge von Mitarbeitern beurteilt werden, sind dort festgelegt. Wurde ein Verbesserungsvorschlag angenommen, wird durch die Geschäftsführung festgelegt, wer für die Umsetzung dieses Vorschlages zuständig ist. Der Beauftragte für das betriebliche Vorschlagswesen überwacht den Stand der jeweiligen Umsetzungen und erstellt hierüber alle drei Monate einen Bericht an die Geschäftsführung. Eine Regelung über mögliche Prämierungen für den vorschlagenden Mitarbeiter ist etabliert.

Ebenso ist eine Beschwerdeordnung in Form einer Dienstvereinbarung vereinbart, in der festgelegt ist, dass mit Beschwerden von Mitarbeitern strukturiert verfahren wird.

3 Sicherheit

3.1.1 Arbeitsschutz

Alle gesetzlichen Vorgaben werden eingehalten. Eine Arbeitsschutzausschusssitzung findet regelmäßig statt. Ein Ordner mit den gesetzlichen Bestimmungen für z.B. Gefahrstoffe, BG-Vorschriften liegt auf allen Stationen. Die in Frage kommenden Stations- oder Abteilungsleitungen werden im Sinne von Multiplikatoren vom externen Gefahrstoffbeauftragten im Umgang mit den Stoffen geschult. Gemäß den vorhandenen Stellenbeschreibungen obliegt Ihnen die Unterweisung der nachgeordneten Mitarbeiter, dies wird schriftlich bestätigt. Die notwendigen Schutzausrüstungen werden gestellt.

3.1.2 Brandschutz

Es findet jährlich für die Mitarbeiter eine Brandschutzunterweisung statt, in deren Verlauf die Mitarbeiter sowohl eine theoretische Unterweisung durch die Berufsfeuerwehr Bochum erhalten als auch praktische Übungen im Freigelände des Krankenhauses durchführen. Eine Beschilderung über Flucht- und Rettungswege existiert im gesamten Haus. Im Empfang des Hauses stehen der Feuerwehr und den beteiligten Mitarbeitern die Pläne zur Verfügung. Die Planungen werden mit der örtlichen Feuerwehr besprochen und abgestimmt.

3.1.3 Umweltschutz

In unserem Leitbild ist der ressourcenschonende Umgang mit der Umwelt als gemeinsames Ziel erklärt.

Durch einen standardisierten Beschaffungsantrag wird die ökologische Unbedenklichkeit in einer Ersteinschätzung abgefragt. Bei der Beschaffung wird zusätzlich die Recyclingfähigkeit in Bezug auf Abfallvermeidung geprüft.

Die technische Abteilung unseres Hauses berät unsere Einkaufsabteilung über Besonderheiten bei Abfallvermeidung und Recyclingfähigkeit.

Das Krankenhaus ist mit dem "BUND-GÜTESIEGEL Energie sparendes Krankenhaus" ausgezeichnet.

3.1.4 Katastrophenschutz

Das Haus ist nach Landesrecht Nordrhein-Westfalen in den Katastrophenschutz eingebunden. Die vorzuhaltenden Aufnahmekapazitäten sind sowohl für den Eintritt von Katastrophenfällen nach Landesrecht, als auch bei örtlichen und überörtlichen Schadensereignissen, wie beispielsweise der Aufnahme von Pflegefällen bei Evakuierungen (z. B. Tagesbrüche) geregelt. Es existiert ein Katastrophenplan, der in den zuständigen Bereichen ausliegt.

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Ein ständig aktualisierter Alarm- und Einsatzplan ist im Intranet veröffentlicht und am Empfang hinterlegt, die Kenntnisnahme wird (auch nach Aktualisierungen) von den Mitarbeiter gegengezeichnet. Für technische Notfälle bestehen zusätzliche eigene Konzepte (EDV-Ausfallkonzept etc.) die den Umgang mit solchen Situationen regeln. Um diese zu vermeiden, werden alle Gerätschaften regelmäßig gewartet.

Notfallgeräte - wie z.B. ein unabhängiges Notstromaggregat werden regelmäßig auf ihre Funktionalität und Ausfallsicherheit durch die Haustechnik und durch externe Firmen getestet.

Ein Austausch über Notfallkonzepte/-erfahrungen erfolgt regelmäßig mit den anderen Krankenhäusern im Clinotel-Verbund. Für besondere Gefahrenlagen existieren Regelungen.

3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Die Anwendung von jährlich evaluierten Standards regelt die Maßnahmen zur Patientensicherheit. Auf der psychiatrischen Akut-Station wird nach einem Standard Erhebungsbogen zweimal täglich überprüft und festgelegt, welche individuellen Maßnahmen ergriffen werden.

Bei Bedarf wird Personal bereitgestellt für eine engmaschige Überwachung des Patienten bis hin zur 1:1 Betreuung. Die Einschätzung der Sicherheitsrisiken geschieht in der täglichen, multiprofessionellen Übergabe.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Hausintern ist eine Notfalloffkette festgelegt: Diese ermöglicht von jedem Mobil-Telefon im Haus eine schnelle Alarmierung und übermittelt den Ort des Notfalls. Auf allen Stationen und Funktionsbereichen existiert ein standardisierter Notfallkoffer. Dieser wird regelmäßig überprüft. Für Reanimationen ist ein eigenes Reanimationsteam gebildet worden. Dieses leitet die lebenserhaltenden Notfallmaßnahmen am Ereignisort ein und setzt diese auf dem Transport zur Intensiveinheit fort. Die großen Fahrstühle des Hauses haben eine spezielle Vorrichtung für Notfallfahrten, diese Fahrten haben Vorrang.

Durch die Zertifizierung als lokales Traumazentrum im Traumanetzwerk Ruhrgebiet sind umfassende Regelungen bei Polytrauma und/ oder Schockpatienten getroffen worden. Das Personal wird gesondert geschult.

3.2.3 Hygienemanagement

Ein ausführlicher Hygieneplan ist im Intranet für jeden Mitarbeiter zugänglich. Dieser wird durch die Hygienefachkräfte aktualisiert. Unterweisungen erfolgen durch den Vorgesetzten. Es finden einmal pro Woche Begehungen durch die Hygienefachkräfte statt. In den regelmäßigen Hygienekommissionssitzungen werden besondere hygienische Probleme diskutiert und Empfehlungen zur Verbesserung dokumentiert.

Seit 2013 werden auf allen Stationen Mitarbeiter zu Hygienebeauftragten qualifiziert.

3.2.4 Hygienerrelevante Daten

Meldepflichtige Erkrankungen und Ausbruchssituationen werden vom Stations- oder vom Chefarzt an das Gesundheitsamt gemeldet. Nosokomiale Infektionen werden durch den ärztlichen Dienst erfasst.

Durch das Institut für Medizinische Mikrobiologie der Stadt Bochum Medizinaluntersuchungsamt-Universitätsinstitut wird 1/2-jährlich eine Resistenzstatistik erstellt und allen relevanten Abteilungen zur Verfügung gestellt.

Befunde von isolationspflichtigen Patienten werden an den hygienebeauftragten Arzt/die Hygienefachkräfte weitergeleitet.

3.2.5 Infektionsmanagement

Im Krankenhaus wird ein systematisches Verfahren zur effektiven Prävention und Kontrolle von Infektionen eingesetzt.

Maßnahmen bei Infektionsausbrüchen sind im Hygieneplan festgelegt und beschrieben. Die Mitarbeiter werden durch die Hygienefachkräfte im Umgang mit Infizierten Patienten und speziellen Erregern, notwendigen Maßnahmen und Regelungen regelmäßig geschult. Dadurch werden die frühzeitige Erkennung von möglichen Gefährdungen und der Einsatz geeigneter Schutzmaßnahmen etabliert. So wurde z.B. das sog. MRSA-Screening für Risikopatienten bei Aufnahme eingeführt.

3.2.6 Arzneimittel

Die Arzneimittel werden durch die Zentralapotheke geliefert. Sie werden nach Bedarf elektronisch angefordert.

Nach ärztlicher Anordnung erfolgt die Applikation der Medikamente über die examinieren Pflegenden, sofern der Patient nicht in der Lage ist, dies eigenständig und adäquat durchzuführen. Die Betäubungsmittel (BTM) werden per BTM-Rezept durch die jeweiligen Chefärzte angefordert und nach Lieferung in einem Safe gelagert.

Der Umgang mit Zytostatika und aseptische Lösungen sind durch den Hygieneplan geregelt.

Wir haben eine Arzneimittelkommission, deren Zielsetzung die Aktualisierung der Liste der gebräuchlichen Medikamente nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft ist.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Die Anwendung von Blutkomponenten und Plasmaderivaten für Patienten ist in einer Verfahrensweisung geregelt. Neben der Qualität von Blutkomponenten und Plasmaderivaten ist die optimale Vorbereitung und Durchführung der Transfusion von ausschlaggebender Bedeutung. Die Verantwortlichkeiten und Funktionen sind gemäß dem Transfusionsgesetz geregelt. Der Transfusionsverantwortliche ist der Chefarzt der Anästhesie. Daneben verfügt das Haus über einen Qualitätsbeauftragten für Transfusionsmedizin, ein Qualitätsmanagementsystem nach §15 Transfusionsgesetz ist etabliert.

Die Laborleitung bestellt Blut und Blutprodukte entsprechend den Bedürfnissen unseres Hauses. Diese werden direkt ins Labor geliefert, wo die Kontinuität der Kühlkette überprüft und aufrechterhalten wird. Es existiert eine Verfahrensweisung zur Vorbereitung und Durchführung von Transfusionen.

3.2.8 Medizinprodukte

Das Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten (MP) ist über die Delegationsverfügung des Geschäftsführers geregelt. Durch eine externe Firma ist die Prüfung der aktiven MP-Geräte geregelt. Nicht energetische MP-Geräte obliegen der Überprüfung durch die Nutzer bzw. Gerätebeauftragten.

Vorkommnisse/Beinahe-Vorkommnisse werden bei Vorliegen über ein Schadensformular gemeldet. Der Betreiber hat die Meldung abzusetzen. Dieses erledigt der Sicherheitsbeauftragte.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Alle Bereiche des Krankenhauses sowie die radiologische Praxis und der kooperierende orthopädische Chirurg sind an das Netzwerk angeschlossen. Die Netzwerkinfrastruktur ist so ausgelegt, dass sie jederzeit erweitert werden kann. Die Server und Datenbanken stehen 24 Std. am Tag zur Verfügung. Bei Updates, Serverwartung oder Datenbankreorganisation werden diese nach Möglichkeit so vorgenommen, dass der Ablauf im Krankenhaus keine spürbaren Ausfallzeiten hat.

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Die Regelungen zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten sind entsprechend den Richtlinien der Deutschen Krankenhausgesellschaft gestaltet. Diese Regelungen wurden in interdisziplinären Arbeitsgruppen für die Dienststellen überarbeitet. Eine regelmäßige Überprüfung und Überarbeitung wird durchgeführt.

Die Anweisungen zur einheitlichen Benutzung des Patientendokumentationssystems liegen allen Mitarbeitern vor. In jeder Berufsgruppe dokumentieren die Mitarbeiter für ihre Patienten und sind für Inhalt und Vollständigkeit verantwortlich. Sie erstreckt sich auf alle ärztlichen und pflegerischen Leistungen am Patienten. Anamnese, Diagnosen, Befunde, therapeutische Maßnahmen und deren Wirkung werden zeitnah aufgezeichnet. Pflegerrelevante Daten und Pflegeberichte werden in jeder Schicht strukturiert dokumentiert. Ebenfalls wird stichprobenartig durch die Codierfachkraft die Dokumentation der Patientenakte überprüft. Bei wiederkehrenden Fehlern erfolgt eine Nachschulung durch das Medizincontrolling.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Für Patienten wird eine elektronische Patientenakte angelegt. Der Zugriff auf die aktuellen vorhandenen Informationen in der EDV ist von jedem Arbeitsplatz des Krankenhauses im Rahmen der Zugriffsberechtigungen 24 Stunden am Tag möglich. Ebenso stehen weitere Daten wie die Laborbefunde online zur Verfügung.

Weiterhin wird auf die Patientenakten im Archiv zurückgegriffen. Herausgegebene Akten werden registriert und der Rücklauf überwacht. Der Zugriff zum Archiv ist zu den Regelarbeitszeiten sowie in der Nacht oder an den Wochenenden in Notfällen möglich.

4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Die Geschäftsführung ist jederzeit über die aktuellen Vorgänge im MLK informiert. Regelmäßig stattfindende Besprechungen in einzelnen Bereichen und Abteilungen und die Arbeits- und Projektgruppen berichten grundsätzlich mindestens durch Protokolle der Betriebsleitung. Bei den o. g. Besprechungen ist in der Regel ebenso ein Betriebsleitungsmitglied als Mitglied oder Leitung etabliert. Durch persönlichen Kontakt zu den Mitarbeitern informiert sich die Geschäftsführung in Sitzungen aber auch in informellen Gesprächen über den Stand der Dinge.

4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

Der familiäre Charakter unseres Hauses und das kollegiale Miteinander ermöglichen uns kurze Informations- und Entscheidungswege, die wir im Interesse der ganzheitlichen Betreuung nutzen. Die Kommunikationskultur orientiert sich an den Leitlinien des Leitbildes. Eine adäquate Kommunikationsstruktur ist in unserem Haus durch zahlreiche Arbeits-, Projektgruppen, festgelegte Leitungssitzungsgremien, multiprofessionellen und antihierarchisch besetzten Sitzungen etc. gegeben. Dieses ist durch eine Organisationsanweisung geregelt.

Die Öffentlichkeitsarbeit liegt in der Zuständigkeit der Geschäftsführung. Im Rahmen des MLK-MediTalk/Gesundheitsmessen werden verschiedene Veranstaltungen angeboten, so gehören kulturelle Veranstaltungen zum regelmäßigen Angebot. Vorträge zu medizinischen Themen werden für interessierte und betroffene Bürger wie auch für niedergelassene Ärzte angeboten. In lokalen Medien, auf der eigenen Homepage (Aktuelles/Pressespiegel) und im Krankenhaus wird für diese Veranstaltungen

geworben, eingeladen und grundsätzlich über das MLK informiert.

Niedergelassene Ärzte werden durch eigene Informationsschreiben der Geschäftsführung informiert.

4.4.1 Organisation und Service

Die Zentrale Auskunftsstelle für alle Belange von Patienten, Angehörigen und Gästen ist der rund um die Uhr besetzte Empfang. Durch den Zugang zum Krankenhausinformationssystem, zum Intranet und durch die Einbindung in den Verteiler bei Hausmitteilungen wird über die notwendigen Sachverhalte informiert. Die schichtübergreifende Information der Mitarbeiter des Empfangs untereinander wird durch ein Übergabebuch gewährleistet, in dem alle tagesaktuellen Sachverhalte festgehalten werden. Durch eine Diskretionszone ist bei Fragen der Datenschutz gewährleistet. Neben dem Empfang gibt es einen Wartebereich mit Getränkeangebot. In räumlicher Nähe steht ein Automat mit weiteren Getränken und Snacks.

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Der Datenschutz ist entsprechend der Verordnung zur Durchführung des Kirchengesetzes über den Datenschutz der EKD organisiert. Der kirchliche Datenschutz bezieht sich insbesondere auf solche Bereiche, die mit den Kirchengemeinden, den Kirchenkreisen und den kirchlichen Einrichtungen mit eigener Rechtspersönlichkeit wie dem Martin-Luther-Krankenhaus zu tun haben. Die Mitarbeiter bekommen bei Einstellung die Datenschutzbestimmungen in Schriftform ausgehändigt. Es erfolgt eine Verpflichtung des Mitarbeiters auf das Datenschutzgesetz.

5 Führung

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Der Träger hat die Entwicklung des Leitbildes aktiv unterstützt, das Ergebnis in einem Aufsichtsratsbeschluss verabschiedet und die Veröffentlichung in Form von Flyern und Postern in allen Bereichen des Krankenhauses vorangetrieben. Dabei ist unser Grundverständnis christlicher Nächstenliebe ausgerichtet an dem Satz von Martin Luther: "Mein Nächster ist jeder Mensch, vor allem der, der Hilfe braucht". Das Leitbild ist aus der Mitarbeiterschaft heraus entstanden. Die Verantwortlichkeit der Initiierung zur Evaluation und Weiterentwicklung obliegt der Betriebsleitung, da dort die Informationen aus allen Bereichen gebündelt vorliegen.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Gemäß Präambel des Gesellschaftsvertrages und dem erarbeiteten Leitbild werden in der Gesellschaft alle Patienten, Kunden und Mitarbeiter gleich behandelt. Es finden regelmäßig Gespräche mit den Vorsitzenden der Mitarbeitervertretung und der Geschäftsführung statt. Hierbei wird in offener und vertrauensvoller Gesprächsatmosphäre die Gesamtsituation des Hauses mit allen atmosphärischen und menschlichen Strömungen ebenso besprochen, wie die offiziellen Informationen gemäß Mitarbeitervertretungsgesetz.

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Die MLK hat ein Konzept, in dem der Umgang mit religiösen Bedürfnissen, weltanschaulichen Fragestellungen, Vermittlung zu Selbsthilfegruppen, ethischer Arbeit und Themen beschrieben wird.

Die Mitglieder des Ethikkomitees teilen sich in verschiedene Arbeitsgruppen auf. Einige sind durch die evangelische Seelsorgerin als Moderatoren für ethische Konsile ausgebildet worden, die Ansprechpartner für ethische Konsile sind. Das "Ethikcafe" für Mitarbeiter des Hauses wird angeboten, hier werden aktuelle ethische Themenschwerpunkte vorgestellt und diskutiert.

Die Stationen und Abteilungen haben die Möglichkeit, sich im Intranet und im Organisationshandbuch über das Ethikkomitee, seine Arbeit und seine Mitglieder zu informieren, des Weiteren gibt es einen Flyer des Ethikkomitees. Aus ethischen Fragestellungen, die sich aus Ethikkonsilen ergeben, entstehen Themen für Fortbildungsangebote.

Das MLK hat ein Konzept, in dem der Umgang mit religiösen Bedürfnissen, weltanschaulichen Fragestellungen, Vermittlung zu Selbsthilfegruppen, ethischer Arbeit und Themen beschrieben wird.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Gemäß GmbH-Gesetz und bestehendem Gesellschaftsvertrag wird jährlich von der Geschäftsführung ein Wirtschafts-, Finanz- und Stellenplan erstellt und dem Aufsichtsrat zur Beschlussfassung vorgelegt. Der Erstellung des Wirtschaftsplanes liegt das verhandelte und genehmigte Budget des Krankenhauses zugrunde. Der Finanzplan des Hauses beinhaltet die geplante Verwendung der pauschalen Fördermittel. Hierzu werden an die Abteilungsleiter Anschreiben zu den Beschaffungswünschen des nächsten Jahres gefertigt.

Die Strategie zur Entwicklung einer strukturierten Zielplanung ist bei der Geschäftsführung angesiedelt. Neben der strukturierten medizinischen ist eine langfristige bauliche Zielplanung erstellt worden.

Mitarbeiter bringen sich mit Vorschlägen zur Strategie und Zielplanung ein, insbesondere aufgrund ihrer Kontakte zu externen Fachgremien.

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Mögliche Kooperationen/Partnerschaften werden unter den Gesichtspunkten der Erweiterung des Disziplinspiegels, der Synergie und auf Grund gemeinsamer Wertvorstellungen Konformität mit unserem Leitbild und dem Best Practice-Gedanken im Clinotel-Verbund ausgewählt.

Die Zielplanung schließt Kooperationen, z.B. mit den „Nachbar Krankenhäusern“, Praxen, einer Zentralapotheke, einer Radiologie und ambulant operierenden Ärzten ein. Gremien, die der Optimierung von Kooperation und Koordination dienen, werden von dafür benannten Mitarbeitern besucht. Durch die regional ausgerichtete Kooperationen und Gremienarbeit sind sich die Beteiligten i. d. R. persönlich gut bekannt, so dass Absprachen kurzfristig und zielorientiert erfolgen können. Die weitergehende Vernetzung und Kooperation insbesondere mit niedergelassenen Ärzten wird intensiv weiterbetrieben. Der Übergang in das Diakonisches Werk Gelsenkirchen und Wattenscheid als Eigentümer wird angestrebt.

Im Sinne des diakonischen Auftrages unter Erfüllung der vollen tariflichen Ansprüche bei individueller Berücksichtigung der persönlichen Situation in Bezug auf Arbeitszeiten und Arbeitsort gewährleistet das MLK humane Arbeitsbedingungen und die Einhaltung sozialer Standards.

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Die Organisationsstruktur und das daraus resultierende Organigramm sind ständig internen und externen Veränderungen unterworfen (zuletzt Oktober 2015 überarbeitet und freigegeben). Im Organigramm sind alle Bereiche unter Nennung des Namens des verantwortlichen Mitarbeiters (Funktionsträger) aufgeführt. Auch Organisationseinheiten wie die Betriebsleitung sind deutlich dargestellt. Die Besetzung der Betriebsleitung ist so strukturiert, dass alle Bereiche des MLKs durch ein Mitglied der Betriebsleitung verantwortlich abgedeckt werden. Dieses dient der Koordination, Zusammenführung und Information von bzw. über Gremienarbeit.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Für den Aufsichtsrat, die Geschäftsführung, die Betriebsleitung und die Mitarbeitervertretung gibt es Geschäftsordnungen. Auch die übrige Gremienarbeit ist klar strukturiert (Moderator, Tagesordnung, Vorsitzender, Terminplanung, Ergebnisprotokolle, Verteiler). Weiterhin haben die Hygienekommission und das Ethikkomitee eine Geschäftsordnung.

Die von der Betriebsleitung beschlossenen Maßnahmen werden von den jeweiligen Ressort-Vorgesetzten in die nachgeordneten Leitungsebenen weitergegeben. Die Ergebniskontrolle wird von den nachgeordneten Leitungsebenen über den Ressort-Vorgesetzten in die Betriebsleitung rückgemeldet.

Arbeitsaufträge und Zielvereinbarungen werden protokolliert und Auszüge aus dem Betriebsleitungsprotokollen an die verantwortlichen Abteilungsleiter zur Bearbeitung mit Ergebniskontrolle weitergereicht.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

Durch Beobachtungen der Entwicklungen im Gesundheitswesen und auch durch Austausch mit anderen Häusern im Clinotel-Verbund werden innovative Ideen aufgenommen und eine Umsetzung in unserem Haus geprüft. Innovative Ideen entwickeln sich ebenso durch die Aufdeckung von Problemen im laufenden Betrieb. Dieses kann zum einen von Mitarbeitern wie aber auch durch Patienten (z.B. durch Rückmeldungen im Rahmen der Patientenbefragung) geschehen. Mitarbeiter haben generell zusätzlich die Möglichkeit sich über das betriebliche Vorschlagswesen einzubringen.

Aktuelle wissenschaftliche Arbeiten werden von den Abteilungen im Intranet hinterlegt und in Abteilungssitzungen kommuniziert. Dort ist auch betriebliches Know-how einsehbar. Zusätzlich verfügen alle Berufsgruppen über Internet-Zugänge und haben so die Möglichkeit, sich tagesaktuell extern zu informieren.

5.4.1 Externe Kommunikation

Die Öffentlichkeitsarbeit liegt in der Zuständigkeit der Geschäftsführung, diese koordiniert die Maßnahmen und setzt diese um. Sie werden anhand eines Marketing-Konzeptes und eines Jahresplanes zielgerichtet und zielgruppenorientiert durchgeführt.

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Alle Bereiche und Abteilungen arbeiten kooperativ und verständnisvoll zusammen, eine offene und ehrliche Kommunikation über alle Hierarchiestufen wird gefördert. Dieser Weg der Kommunikation ist in unserem Leitbild festgelegt. Meinungsbildungsforum für alle im Haus relevanten Arbeitsprozesse mit entsprechenden Veränderungen und Konfliktpotentialen werden über die hierarchische Struktur von der Basis zur Leitung bis hin zur Betriebsleitung weitergegeben, dort erörtert und Maßnahmen beschlossen. Die Betriebsleitung informiert sich regelmäßig über ein betriebliches Kennzahlensystem. Durch zahlreiche Gremien ist ein engmaschiges Informations- und Kommunikationssystem für das gesamte Unternehmen sichergestellt. Kurzfristige Reaktionszeiten sind möglich.

Relevante Abweichungen im Abteilungsalltag werden vom zuständigen leitenden Mitarbeiter berichtet. Über das medizinische Controlling erfolgt bei Auffälligkeiten sofort Bericht, des Weiteren erfolgt dies in den sechswöchentlich stattfindenden Abteilungsleitersitzungen. Grundsätzlich wird die Geschäftsführung beim Eintritt von Zwischenfällen jeglicher Art direkt informiert.

Ein hausinternes Meldesystem für kritische, sicherheitsrelevante Ereignisse Zwischenfälle (CIRS) ist seit 2013 implementiert. Hier haben Mitarbeitern die Möglichkeit, unmittelbar und anonym Zwischenfälle zu melden, damit alle Mitarbeiter daraus lernen können.

6 Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation

Die Verpflichtung der Geschäftsführung zur Einrichtung eines Qualitätsmanagements und der Bereitstellung aller benötigten Ressourcen zur Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements bildet die Grundlage für ein Krankenhaus umfassendes Konzept.

Die Einrichtung des Qualitätsmanagementbeauftragten als "Stabstelle der Geschäftsführung" unterstützt die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagement. Zur Verwirklichung des gewählten Qualitätskonzeptes nutzt das Qualitätsmanagement u. a. folgende Methoden/Instrumente:

- Qualitätskonferenz,
- Projektgruppen,
- Teilnahme an Betriebsleitungs- und Abteilungsleitungssitzungen,
- Arbeitsgruppe "Kontinuierlicher Verbesserungsprozess Psychiatrie",
- in der Besetzung und Thematik variierende kontinuierliche Gruppen (z.B. Leitbild, Ethikkomitee, Organisationshandbuch).
- Es werden regelmäßig Qualitätsmanagementbegehungen und interne wie externe klinische Audits auch unter Beteiligung externer Fachexperten durchgeführt.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Die Erstellung und Gestaltung abteilungsinterner Prozesse obliegt dem jeweils Leitenden. Bei abteilungsübergreifenden Prozessen ist durch die Anwendung eines mehrstufigen Workflows zur Freigabe die Beteiligung aller betroffenen Bereiche garantiert.

Auch durch Rückmeldungen von Patienten, Angehörigen und Hausgästen werden Wünsche und Anregungen bekannt. Diese werden an die betroffenen Leitenden mit der Bitte um Kenntnisnahme und ggf. Anpassung der Prozesse zeitnah weitergeleitet. Dabei wird auf Einhaltung gesetzlicher Vorschriften bzw. das Erreichen von durch die Leitung festgelegten Kennzahlen geprüft. Ggf. vereinbarte Leitende mit dem Qualitätsmanagement Maßnahmen zur Optimierung.

6.2.1 Patientenbefragung

Im Bereich der Psychiatrie und Somatik findet eine ständige, fortlaufende Befragung statt, um kontinuierlich Rückmeldung zu erhalten und auf Anmerkungen schnell reagieren zu können. Die Auswertung geschieht durch den Qualitätsmanagementbeauftragten bzw. durch den Clinotel-Verbund. Die Vorstellung der Auswertung erfolgt in der Betriebsleitung. Bei einer Verschlechterung des Ergebnisses wird eine entsprechende Analyse durchgeführt, aus der weitere Maßnahmen abgeleitet werden.

Im Bereich der Diakoniestation findet eine "Stichtagsbefragung" der Patienten der ambulanten Pflege statt. Die Auswertung geschieht durch den Qualitätsmanagementbeauftragten. Maßnahmen werden durch die Leitung der Diakoniestation ergriffen

In der Anästhesie findet eine postoperative Befragung statt. Die Auswertung und ggf. das Ergreifen von Maßnahmen obliegt dem Chefarzt.

In jeder Abteilung werden Befindlichkeiten durch die behandelnden Ärzte/Pflegekräfte grundsätzlich auch im direkten Patientenkontakt erfragt. Die Verantwortung zum Ergreifen von Maßnahmen obliegt dem Abteilungsleiter.

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Schriftliche Befragungen Externer finden im MLK mit Ausnahme der Lieferanten des Wirtschafts- und Versorgungsdienstes bewusst nicht statt. Aufgrund der Familien-, Bürger- und Institutionsnähe bevorzugen wir die direkte Ansprache aller Beteiligten. Am Beispiel einer durchgeführten Einweiserbefragung sehen wir den Nutzen von persönlichen Gesprächen darin, zum einen alle Beteiligten zu erreichen und Antworten zu bekommen und zum anderen, auf Anregungen zeitnah reagieren zu können. Rückmeldungen aus den Gesprächen werden an die Geschäftsführung gegeben, die sich aber auch selbst direkt an Gesprächen beteiligt.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Mitarbeiterbefragungen finden regelmäßig statt. Sie werden in Art und Umfang unter aktuellen Gesichtspunkten ausgewählt. Verantwortlich für die Initiierung, Durchführung und Vorstellung der Auswertungen in der Mitarbeiterschaft ist die Betriebsleitung in Zusammenarbeit mit der MAV.

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Wir berücksichtigen Wünsche und Beschwerden der Patienten. Für sie besteht die Möglichkeit, diese namentlich oder anonym im Rahmen der Patientenbefragung oder bei Mitarbeitern oder bei der Geschäftsführung abzugeben. In der Psychiatrie können Patienten Termine mit den Patientenfürsprechern wahrnehmen. In der Somatik besteht Kontaktmöglichkeit zum Patientenbesuchsdienst. Wünsche werden im Aufnahmegespräch von Arzt und Pflege erfragt und die Patienten ermutigt, ihre Wünsche und Beschwerden zu äußern.

6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Qualitätsziele werden entweder in der Betriebsleitung oder den Abteilungen anhand der gesammelten qualitätsrelevanten Daten konkret formuliert. Die Maßnahmen zur Erreichung werden in den entsprechenden Gremien in Prozesse überführt um eine Prozessoptimierung zu erreichen.

Die Sammlung qualitätsrelevanter Daten entsprechend §137 SGB V ist gewährleistet. Die Datenerhebung geschieht EDV gestützt mit anschließender Weiterleitung an die auswertenden Stellen, z. B. Qualitätssicherung-NRW der Ärztekammer Westfalen-Lippe.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Die gesetzlichen Vorgaben zur externen Qualitätssicherung werden von uns erfüllt. Zusätzlich findet ein Vergleich und Benchmarking der Ergebnisse auf Clinotelverbundsebene mit anderen Krankenhäusern im gesamten Bundesgebiet statt.

Die Ergebnisse werden im Clinotel Jahrbuch für Qualitätssicherung bzw. ab 2016 auf der Homepage von Clinotel in einem weit größeren als dem gesetzlich geforderten Umfang dargestellt.