



**KATHOLISCHE
ST. LUKAS
GESELLSCHAFT**



KTQ®

Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Kath. Krankenhaus Dortmund West	St. Rochus-Hospital	St. Josefs-Hospital Dortmund-Hörde
Institutionskennzeichen:	260590219	260590219	260590208
Anschriften:	Zollernstraße 40 44379 Dortmund	Glückaufstraße 10 44575 Castrop-Rauxel	Wilhelm-Schmidt-Straße 4 44263 Dortmund

**Ist zertifiziert nach KTQ®
mit der Zertifikatnummer:**

2014-0067 KHVB

**durch die von der KTQ-GmbH
zugelassene Zertifizierungsstelle:**

proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft, Frankfurt
am Main

Gültig vom: 12.09.2014
bis: 11.09.2017

Inhaltsverzeichnis:

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	7
1 Patientenorientierung	8
2 Mitarbeiterorientierung	13
3 Sicherheit	15
4 Informations- und Kommunikationswesen	18
5 Führung	20
6 Qualitätsmanagement	23

Vorwort der KTQ®

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

Gesellschafter der KTQ® sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) und der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e. V. (HB). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

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

- Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit,
- das Informations- und Kommunikationswesen,
- die Führung 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.

¹ zu diesen zählen: Verband der Ersatzkassen e. V., AOK-Bundesverband, BKK-Bundesverband, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, 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 **Kath. Krankenhaus Dortmund West, das St. Rochus-Hospital und das St. Josefs-Hospital Dortmund Hörde** 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. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Dr. med. M. Vogt

Für den Hartmannbund

Vorwort der Einrichtung

Mit Herz und Kompetenz



Das Katholische Krankenhaus Dortmund-West, das St. Rochus-Hospital in Castrop-Rauxel, das St.-Josefs-Hospital in Dortmund-Hörde haben sich im August 2004 zusammen mit dem Altenzentrum St. Lambertus* in Castrop-Rauxel unter dem Dach der Katholischen St. Lukas Gesellschaft zusammengeschlossen. Durch den Verbund ist es gelungen, fachliche Kompetenzen in den Bereichen Medizin und Pflege sowie Technik und Verwaltung zu bündeln. Die Folge ist ein breites Angebot medizinischer und pflegerischer Leistungen, das trotz schwieriger Rahmenbedingungen auf stabiler wirtschaftlicher Grundlage erbracht werden kann.

An allen Standorten sind die Kernbereiche Innere Medizin, Chirurgie und Unfallchirurgie vertreten. Frauenheilkunde und Geburtshilfe werden - abgesehen vom Standort Dortmund-West - ebenfalls angeboten. Medizinische Fachbereiche, die an einzelnen Standorten zur Verfügung stehen wie die Urologie und die Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde am St.-Josefs-Hospital, die Orthopädie und Rheumaorthopädie am Katholischen Krankenhaus Dortmund-West sowie die Gefäßchirurgie und die Augenheilkunde am St. Rochus-Hospital komplettieren das Spektrum der Leistungen der Krankenhausgemeinschaft.

Die optimierte Nutzung von Ressourcen ermöglicht es, Freiräume für die medizinische und pflegerische Versorgung zu schaffen und zu nutzen. Die koordinierte Zusammenarbeit einer großen Zahl fachspezifisch ausgebildeter Mitarbeiter gewährleistet eine hohe Qualität in allen Versorgungsbereichen. Auf der Basis christlicher Grundwerte engagieren sich die Mitarbeiter der Katholischen St. Lukas Gesellschaft für eine Betreuung, bei der optimale Versorgung und menschenwürdige Behandlung untrennbar zusammen gehören.

Dokumentierte Qualität

Bedingung für eine optimale Versorgung ist das ständige Bemühen um Qualität in allen Bereichen. Die Einrichtungen der Katholischen St. Lukas Gesellschaft stellen

sich hohen Ansprüchen, nicht nur im medizinischen und technischen Bereich, sondern darüber hinaus insbesondere auch bei der Pflege.

Die Zertifizierung nach dem für alle Krankenhäuser maßgeblichen Standard KTQ[®], dokumentiert den Erfolg bei der Umsetzung der selbstgestellten Qualitätsansprüche. Häuser und Fachgruppen übergreifende Konzepte, die in gemeinsamen Konferenzen erarbeitet werden, führen zu standardisierten Abläufen, die Transparenz, Effizienz und Erfolg sichern.

Darüber hinaus sind die Häuser der Katholischen St. Lukas Gesellschaft Mitglied im Darmzentrum Ruhr, dem ersten in Deutschland zertifizierten Zentrum dieser Art. Weitere Zertifizierungen und Zentrenbildung bestehen oder werden angestrebt für folgende Bereiche:

- Onkologisches Zentrum RUCCC
- Pankreaszentrum
- Diabeteszentrum
- Lokales Traumazentrum
- Brustkrebsbehandlung
- Prostatabehandlung
- Gefäßbehandlung
- Schilddrüsenbehandlung
- Babyfreundliches Krankenhaus

Die Fortbildung unserer Mitarbeiter ist ebenso selbstverständlich wie die ständige Anpassung unseres therapeutischen Angebots an neue Entwicklungen in der Medizin. Den Patienten kommt es insbesondere zugute, wenn für die Abstimmung von Behandlungsmaßnahmen auf eine breite fachliche Kompetenz zugegriffen werden kann.

Über 1.600 Mitarbeiter, über 800 Krankenhausbetten, mehr als 27.000 stationäre Patienten im Jahr.

Die drei Kliniken der Katholischen St. Lukas Gesellschaft mitten im Herzen des Ruhrgebietes, dem größten Ballungsraum in Deutschland, bieten eine kompetente und strikt an modernen Standards ausgerichtete medizinische Versorgung. Die zentrale Lage ermöglicht es, das Angebot der in Deutschland üblichen Behandlungsstandards auch für Patienten aus anderen Nationen zu öffnen.

Die Katholische St. Lukas Gesellschaft unterhält Kontaktbüros in den Ländern, aus denen Patienten zu uns nach Deutschland kommen. Die Patienten werden in Ihrem Heimatland bei den erforderlichen Vorbereitungen und der Reiseorganisation unterstützt.

* Nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

1.1. Rahmenbedingungen der Patientenversorgung

1.1.1. Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das Konzept der Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung ist durch die Einrichtung der ZAD (Zentrale Aufnahme und Diagnostik Abteilung) mit dem Elektivbereich und Notfallbereich implementiert und umgesetzt. Ziel ist es, die Bettenbelegung zu steuern und eine optimale Auslastung der Stationen/Funktionsabteilungen (z. B. OP-Kapazitäten) sicherzustellen. Die Krankenhäuser liegen zentral in Dortmund-Hörde, Dortmund-Kirchlinde und Castrop-Rauxel und sind durch die Ausschilderung innerhalb des Ortes für Patienten, Mitarbeiter und Besucher gut erreichbar. Unmittelbar am Haupteingang befinden sich Parkplätze, u. a. auch für Behinderte und Schwangere. Des Weiteren existieren weitere Parkplätze in unmittelbarer Nähe zu den Krankenhäusern. Zur Information der Patienten und Angehörigen über Erreichbarkeiten, Behandlungsspektrum und Ansprechpartner nutzt die Kath. St. Lukas Gesellschaft das Internet www.lukas-gesellschaft.de, Flyer der Kliniken, Newsletter für die niedergelassenen Ärzte, Informationsveranstaltungen, das Josefino, die Wiege (Elternschule), Kreißsaal Besichtigungen, Öffentlichkeitsarbeiten und die Patientenbroschüre. Über das Internet werden gezielte Patienteninformationen bzw. Leistungsspektren veröffentlicht. Weiterhin gibt es die Internetseiten und Flyer der Zentren wie z. B. Darmzentrum-Ruhr und des Onkologischen Organzentrums (RUCCC).

1.1.2 Leitlinien

Ziel unserer Planung ist die Sicherstellung einer hochwertigen Behandlung durch die Vorgabe von Behandlungs- und Pflegestandards auf der Grundlage aktueller Leitlinien der Fachgesellschaften und der nationalen Expertenstandards in der Pflege. Aus den Leitlinien der Fachgesellschaften wurden medizinische Standards abgeleitet, diese zielen darauf ab, dass Abläufe interdisziplinär geregelt sind und für die Patienten auf der Basis evidenzbasierter Behandlungsmethoden erfolgt.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Die Information und Beteiligung des Patienten erfolgt durch die Aufnahme von Wünschen und Erwartungen des Patienten, Angehörigen oder Eltern, die im Aufnahmegespräch eruiert und dokumentiert, bzw. berücksichtigt und in die Behandlungsplanung mit einbezogen werden. Patienten, Angehörige und Eltern werden über die Behandlungsschritte informiert, das weitere Vorgehen wird mit ihnen abgestimmt. Die Kommunikation mit fremdsprachlichen Patienten erfolgt über Mitarbeiter mit entsprechenden Sprachkenntnissen (Fremdsprachenliste) oder ggf. mit Dolmetscher. Verantwortlich hierfür sind die zuständigen Ärzte und Pflegekräfte der Kliniken.

1.1.4 Service, Essen und Trinken

Ziel unserer Planungen ist es, den Patienten eine möglichst vollwertige, abwechslungsreiche und ausgewogene Kost anzubieten. Entsprechend des Gesundheitszustandes können Mahlzeiten individuell gewählt werden. Im Qualitätsmanagementhandbuch der Küche sind ausführliche Verfahrensanweisungen enthalten, die den Transport und die Zuteilung der Essen auf den Stationen regeln. Die Patientenwün-

sche (z. B. Mittagessen - zwischen 4 Gerichten wählen) werden werktäglich von Hostessen abgefragt. In der Küche sind Diätassistentinnen tätig, die mittels Karten über die Erfordernisse informiert werden. Die Patientenschulungen werden angeboten. Die Zimmer verfügen über kostenloses Fernsehen, WLAN, Radio und Telefon. Eine dezentrale Rufanlage ermöglicht den Patienten eine schnelle Kommunikation mit der Pflege.

1.1.5 Kooperationen

Die Krankenhäuser der Katholischen St. Lukas Gesellschaft sind Teil des Darmzentrums-Ruhr und das St.-Josefs-Hospital außerdem Teil des Onkologischen Organisationszentrums der Ruhr-Universität Bochum. Durch unterschiedliche Kooperationen sind Partner an die Krankenhäuser angebunden, wie z.B. Pathologie, Strahlentherapie, Gastroenterologie, Onkologie, Radiologie. Weitere Kooperationen bestehen in vielfältiger Form.

1.2. Notfallaufnahme

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die Erstdiagnostik und Erstversorgung erfolgt in der interdisziplinären Zentralen Aufnahme und Diagnostik (ZAD) Abteilung, die jederzeit aufnahmebereit ist. Die ZAD ist aufgeteilt in den Bereich der Notfallaufnahme und Elektivbereich. Hier erfolgt der Erstkontakt mit dem aufnehmenden Arzt. Der Notarztwagen steht 24 Stunden an den Standorten einsatzbereit und ist mit Ärzten der St. Lukas Gesellschaft besetzt. Der Chefarzt der Unfallchirurgie hat die Zulassung für Arbeitsunfälle.

1.3. Ambulante Versorgung

1.3.2. Ambulante Diagnostik und Behandlung

Für die Ambulante Versorgung stehen folgende Sprechstunden zur Verfügung: u. a. Kontinenzsprechstunde, Koloproktologische Sprechstunde, Brustsprechstunde, Privatsprechstunden der Chefärzte, Zweitmeinungssprechstunde.

1.3.2. Ambulante Operationen

Die Organisation ambulanter Operationen erfolgt über den ZAD Bereich für die Kliniken Urologie, Chirurgie, Gynäkologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Orthopädie und Innere Medizin analog der stationären Behandlung. Die Durchführung der ambulanten Operation erfolgt über den Zentral-OP/HNO-Eingriffsraum. Im Anschluss an die Operation wird der Patient über den Aufwachraum zur Station zur weiteren Überwachung verlegt. Die Entlassung erfolgt nach Freigabe durch den Operateur bzw. die Mitarbeiter der Anästhesie. Die Vorbereitung und Information der Patienten erfolgt im persönlichen Gespräch. Es kommen standardisierte Aufklärungsbögen zum Einsatz. Ein Flyer für "ambulante Operationen" mit den wesentlichen Informationen ist erstellt.

1.4. Stationäre Versorgung

1.4.1. Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Im Rahmen der stationären Versorgung erfolgt die stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung und es wird der Status des Patienten in einem ärztlichen und pflegerischen Aufnahmegespräch inklusive einer ausführlichen Untersuchung erhoben. Die Aufnahmebefunde werden auf einem einheitlichen standardisierten Aufnahmebogen in die dafür vorgesehenen Rubriken von der Klinik eingetragen. Die Pflegeanamnese erfolgt von der aufnehmenden Pflegekraft auf standardisierten Formularen. Patientinnen, die zur Entbindung in die Kliniken kommen, werden direkt zum Kreißaal geleitet. Hier werden sie von den jeweiligen Hebammen empfangen. HNO-Patienten sowie Patienten der Augenklinik werden bereits beim Belegarzt in der Praxis aufgeklärt. Im Krankenhaus erfolgt in der ZAD die Aufklärung durch die Ärzte der Anästhesieabteilung

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Therapeutische Prozesse dienen zur Steuerung des Behandlungsverlaufs, um dem Patienten eine optimale, zeitnahe und adäquate Behandlung entsprechend den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen zu ermöglichen. Die diagnosebezogene Planung der Therapie beginnt in der ZAD Notfall/Elektiv, der Intensivstation und dem Kreißaal. Fachübergreifende Leitlinien sind etabliert, z. B. Empfehlungen zur Antibiotikatherapie, Transfusionsordnung, Hygienestandards, Wundstandard. Diese werden aktualisiert, dies obliegt den Chefärzten/der Pflegedirektion bzw. entsprechenden Beauftragten. Eine Arbeitsgruppe aus der Pflege setzt sich interdisziplinär zusammen und erarbeitet bzw. überarbeitet die Pflegestandards. Behandlungspfade (z. B. Schenkelhalsfraktur) wurden mit den beteiligten Berufsgruppen erarbeitet. Je nach Diagnose und Zustand wird die Kontaktaufnahme mit Selbsthilfegruppen unterstützt, z. B. Stoma. Postoperativ wird die Schmerztherapie durch die Mitarbeiter der Anästhesie sichergestellt. Ein Schmerzkonzept liegt vor.

1.4.3 Operative Verfahren

Die Planung der operativen Verfahren erfolgt durch den Facharzt im Vorfeld der Operation. Im Rahmen der prästationären Untersuchung und vor Durchführung der Operation wird die Indikation im Rahmen der Tagesbesprechung der Chirurgie, Urologie, Anästhesie bzw. der Gynäkologie sowie Orthopädie nochmals überprüft. Für häufige Eingriffe ist die OP-Vorbereitung standardisiert. Eine Checkliste zur OP-Vorbereitung ist implementiert. Schriftliche Anweisungen zur Vorbereitung liegen von den Kliniken vor. Für die Anästhesie werden Standards für die Narkosearten in schriftlicher Form vorgehalten. Transfusionsrelevante Untersuchungen sind für bestimmte Eingriffe standardmäßig vorgesehen. Die postoperative Überwachung erfolgt für die Patienten im Aufwachraum durch examiniertes Personal. Eine Verlegung auf Station erfolgt erst, nachdem der Arzt den Patienten gesehen hat. Im OP-Statut ist vorgegeben, dass bei allen Komplikationen im Aufwachraum unverzüglich der Operateur zu informieren ist.

1.4.4. Visite

Ziel der täglich durchgeführten Visite bei den Patienten ist die Koordination und Überprüfung des Behandlungsablaufes bzw. Behandlungserfolges. Hierbei werden mit dem Patienten Untersuchungsergebnisse besprochen und weitere Behandlungsmaßnahmen erörtert. Eine werktägliche Visite erfolgt für jeden Patienten durch den zuständigen Stationsarzt. Oberarzt bzw. Chefarztvisiten erfolgen ein- bis zweimal wöchentlich.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Die prä- und poststationäre Versorgung erfolgt in der St. Lukas Gesellschaft in der ZAD. Hierdurch ist die Abstimmung zwischen den Kliniken und Berufsgruppen gegeben. Z. B. erfolgt die Zuordnung unklarer Diagnosen interdisziplinär in der ZAD (wenn nicht alle Zweifel ausgeräumt werden, erfolgt auch im stationären Bereich eine interdisziplinäre Beurteilung).

1.5. Übergang in andere Bereiche

1.5.1 Entlassung

Ziel ist eine frühzeitige Entlassung zu planen, um eine umfassende Information des Patienten zum poststationären Verlauf und eine reibungslose Weiterversorgung sicherzustellen. Für die gegebenenfalls erforderliche Abstimmung mit anderen weiterversorgenden Einrichtungen (Pflegeeinrichtungen, Rehabilitationseinrichtungen, Einrichtungen zur Anschlussheilbehandlung) ist die Sozialarbeit und Pflegeüberleitung zuständig, sich abzustimmen und gegenseitig zu vertreten. Die Weiterversorgung mit Medikamenten wird sichergestellt, z. B. wenn wegen Wochenende oder Feiertagen keine Möglichkeit zur Beschaffung dringender Medikation durch den Patienten möglich ist.

1.5.2. Kontinuierliche Weiterbetreuung

Zur frühzeitigen Abklärung des kontinuierlichen Weiterversorgungsbedarfs wird die Einschätzung des Bedarfs für eine Einbindung der Klinischen Sozialarbeit bzw. Pflegeüberleitung bereits bei der pflegerischen Aufnahme abgefragt bzw. geprüft. Die Koordination der Zusammenarbeit z. B. mit Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen liegt in der Zuständigkeit von Sozialdienst und Pflegeüberleitung. Hierzu bestehen direkte Kontakte zu Ansprechpartnern in den kooperierenden Einrichtungen.

1.6 Sterben und Tod

1.6.1. Umgang mit sterbenden Patienten

Patienten soll ein friedvolles, schmerzfreies und würdevolles Sterben ermöglicht werden. Neben der medizinisch-pflegerischen Versorgung soll auch eine spirituell-seelsorgerische Begleitung gewährleistet werden. Auf Wunsch begleitet die ökumenische Seelsorge Sterbende und Trauernde. In der St. Lukas Gesellschaft stehen Ärzte mit palliativmedizinischer Zusatzbezeichnung sowie Pflegekräfte mit Palliativ-Care-Weiterbildung für die Versorgung von Patienten und bei Bedarf zur fachlichen Unterstützung ihrer Kollegen zur Verfügung.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

In unseren Ablaufbeschreibungen zum Umgang mit Sterben und Tod ist es unser Ziel in einer ungestörten Atmosphäre das Abschiednehmen von Verstorbenen in unserem Krankenhaus zu ermöglichen. Die Würde des Menschen ist bis über den Tod hinaus zu wahren. Hierauf ist unser Handeln ausgerichtet. Ein Konzept zum Umgang mit Tot- und Fehlgeburten liegt vor. Geeignete Räumlichkeiten für die Aufbewahrung der Verstorbenen sind vorhanden. Es existiert eine Prosektur mit entsprechenden Kühlmöglichkeiten, dort befindet sich auch der Abschiedsraum.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1 Personalplanung

2.1.1. Planung des Personalbedarfs

Auf der Grundlage von festgelegten Leistungszahlen und finanziellen Rahmenbedingungen wird für die Abteilungen die Personalplanung erstellt. Die geplanten Personalkosten sind Bestandteil des Wirtschaftsplans, der jährlich erstellt und vom Verwaltungsrat genehmigt wird. Eine Änderung des Leistungsspektrums kann eine Anpassung der Planung erfordern. Die Neubesetzung von Stellen ist durch interne und externe Stellenausschreibungen geregelt.

2.2. Personalentwicklung

2.2.1. Personalentwicklung/Qualifizierung

Wichtige Instrumente sind die Mitarbeitergespräche und die kontinuierliche Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter. Wünsche von Mitarbeitern zur Personalentwicklung werden in Projekten bzw. gesetzlichen Anforderungen entsprechend des Bedarfs analysiert und fließen in die Zielvereinbarungen ein bzw. werden direkt geplant. Fachärzte beteiligen sich an der gesetzlich vorgegebenen Qualifikationserhebung anhand von Fortbildungspunkten. Der Ärztliche Direktor überwacht den Qualifikationserhalt der Fachärzte.

2.2.2. Einarbeitung von Mitarbeitern

Unser Ziel ist es, die Mitarbeiter schnell und umfassend in die relevanten Arbeitsabläufe zu integrieren. Hauspezifische Fachkompetenzen sollen vermittelt werden, um die Sicherheit von Mitarbeitern und Patienten zu gewährleisten. Berufsgruppen- und abteilungsspezifisch sind Zeitziele für den Einarbeitungsprozess definiert. Neue Mitarbeiter werden gemäß dem allgemeinen Einarbeitungskonzept unter Nutzung von Checklisten eingearbeitet. Die Einarbeitung in der Pflege (Stationsleitfaden/Checklisten) und die Einarbeitung neuer Ärzte erfolgen zusätzlich nach dem Weiterbildungscurriculum. Ansonsten erfolgt die individuelle fachliche Einarbeitung unter Verantwortung des jeweiligen Vorgesetzten..

2.2.3 Ausbildung

Die Ausbildung und Qualifikation sowie die Förderung und Motivation der Mitarbeiter nimmt eine zentrale Stellung in unserer Kultur ein. Als Modellschule des Landes Nordrhein-Westfalen hat die Schule die vorbereitende, empfehlende Richtlinie des Landes umgesetzt. Im Haus werden regelmäßig Mitarbeiter zur Fachkrankenschwester für Endoskopie, Intensivpflege, Anästhesie, Onkologische Pflege und OP weitergebildet. Die Weiterbildung findet in Zusammenarbeit mit einer zugelassenen Weiterbildungsstätte statt. Die Kath. St. Lukas Gesellschaft stellt pro Jahr zwei Ausbildungsplätze für den Beruf Kauffrau/-mann im Gesundheitswesen zur Verfügung.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Ziel ist, durch gezielte Qualifizierungsmaßnahmen den Mitarbeiter umfangreiches Fachwissen durch Fort- und Weiterbildungen, aktuelle Informationen, Fähigkeiten, Fertigkeiten zu vermitteln. Die Zielsetzung erfolgt u. a. in der Balanced Scorecard. Bestimmte Fortbildungen, wie zum Beispiel Durchführung von Wiederbelebungsmaßnahmen, sind verpflichtend. Im Rahmen des jährlich zu erstellenden Wirtschaftsplanes wird ein Fort- und Weiterbildungsbudget festgelegt. Ziel ist hierbei, alle Berufsgruppen zu berücksichtigen. Neben der Freistellung mit Lohnfortzahlung und der Übernahme der Fortbildungskosten werden auch Übernachtungskosten, Parkgebühren und Fahrtkosten nach individueller Absprache übernommen.

2.3. Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

2.3.1. Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Die Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern ergibt sich u. a. aus den Leitbildern und den Führungsgrundsätzen für katholische Krankenhäuser. Wir arbeiten als Team partnerschaftlich, vertrauensvoll und fair zusammen. Teamarbeit, Flexibilität und Kreativität werden gefördert durch die Mitarbeit aller Berufsgruppen und Hierarchieebenen an Projekten.

2.3.2. Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Die Grundlage für die Dienstvereinbarung zur Arbeitszeitregelung im Rahmen der mobilen Arbeitszeit sind die tariflichen Bestimmungen und das gültige Arbeitszeitgesetz. Hierbei werden besondere Versorgungserfordernisse und soweit möglich Wünsche der Mitarbeiter berücksichtigt. Arbeitszeiten werden EDV-gestützt in einem Dienstplanprogramm geplant und dokumentiert. Zum Auffangen von Personalengpässen helfen sich die Krankenhäuser der Katholischen St. Lukas Gesellschaft untereinander aus. Die Anforderungen des neuen Arbeitszeitgesetzes und die EuGH-Rechtsprechung zum Bereitschaftsdienst sowie die internen Regelungen in Anlehnung an die tariflichen Anforderungen sind flächendeckend (in allen Berufsgruppen) umgesetzt. Auch mit den Mitarbeitervertretungen sind die Arbeitszeiten abgestimmt.

2.3.3. Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Unser Ziel ist es, mit Mitarbeiterideen, -wünschen und -beschwerden offen umzugehen. Hierzu ist ein Verbesserungs- und Vorschlagswesen eingerichtet. Nach Prüfung der Vorschläge auf Sinnhaftigkeit und Umsetzbarkeit wird über die Durchführung entschieden. Positiv beurteilte Vorschläge werden umgesetzt und prämiert. Außerdem stehen den Mitarbeitern im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems Möglichkeiten offen, sich zu beteiligen, z. B. in Projekten. Anmerkungen und Probleme können offen geäußert werden, hierzu steht auch ein Formular im Intranet zur Verfügung. Das weitere Vorgehen ist immer abhängig vom jeweiligen Einzelfall.

3 Sicherheit

3.1. Schutz- und Sicherheitssysteme

3.1.1 Arbeitsschutz

Das Ziel unserer Maßnahmen zum Arbeitsschutz ist das Verhindern von Arbeitsunfällen und Berufserkrankungen durch verschiedene Schutz- und Sicherheitssysteme. Zur Wahrnehmung des Arbeitsschutzes ist ein Arbeitssicherheitsausschuss eingerichtet. Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Sicherheitsbeauftragte und Betriebsärzte stehen zur Verfügung, führen regelmäßig Begehungen durch, prüfen die Umsetzung notwendiger Veränderungen und bieten Schulungen an. Das Vorgehen bei Berufsunfallmeldungen ist geregelt. Die Betriebsärzte führen die nach Berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen notwendigen Personaluntersuchungen durch.

3.1.2. Brandschutz

Für die Gesellschaft sind ein Brandschutzbeauftragter sowie Vertretungen benannt, um die Vorgaben des Brandschutzes zu überwachen und zu kontrollieren. Sie verfügen über die notwendige Sachkunde. Die Brandschutzkonzepte wurden in Zusammenarbeit mit der örtlichen Feuerwehr erarbeitet. Im Krankenhausbereich sind Flucht- und Rettungswegpläne vorhanden, auf denen auch die Lage der Hydranten gekennzeichnet ist. Die Mitarbeiter nehmen an einer praktischen Brandschutzübung sowie einer theoretischen Unterweisung teil. Den Mitarbeiterinnen der Telefonzentrale liegt eine Ablaufbeschreibung vor, wie die Alarmierung der Feuerwehr und Krankenhausleitung zu erfolgen hat.

3.1.3 Umweltschutz

Unser Ziel in Bezug auf den Umweltschutz ist die Einsparung von Wasser und Energie sowie die Reduzierung von Abfallmengen. Soweit möglich bevorzugen wir Mehrwegartikel und achten auf die verpackungsarme Anlieferung von Materialien sowie die Recyclingfähigkeit. Es findet eine Trennung der Müllarten statt. Maßnahmen zur Wasser- und Energieeinsparung sind umgesetzt. Zur Überwachung der Abfalltrennung ist ein Abfallbeauftragter benannt.

3.1.4 Katastrophenschutz

Für hausinterne nichtmedizinische Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz sind Notfallpläne vorhanden, welche den Mitarbeitern zur Verfügung stehen und überprüft werden. Die Aufgaben des Empfangs, des Technischen Dienstes, des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes und des Verwaltungs- und Wirtschaftsdienstes sowie die notwendigen Meldewege sind in diesen Plänen festgelegt, so dass eine schnelle Alarmierung gewährleistet ist. Bei Stromausfall steht in jedem Haus ein Notstromaggregat zur Verfügung, das wöchentlich überprüft wird.

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituation

Nichtmedizinische Notfallsituationen und das geplante Vorgehen bei Eintreten dieser Situationen sind im Katastropheneinsatzplan der Katholischen Lukas-Gesellschaft

beschrieben. Für den Katastropheneinsatzplan ist der Katastrophenbeauftragte/Technische Leiter bzgl. Erstellung und Aktualisierung verantwortlich.

3.2. Patientensicherheit

3.2.1. Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Unser Ziel ist die Gewährleistung der Patientensicherheit in den Bereichen des Krankenhauses. Dies betrifft insbesondere Neugeborene, Kinder und Patienten mit geistiger und körperlicher Beeinträchtigung. Die Begleitung und Beaufsichtigung gefährdeter Personen ist durch entsprechendes Fachpersonal gesichert. Sicherheitsmängel werden durch das Pflegepersonal und die Mitarbeiter der Technik gemeldet. Eltern können auch nachts bei ihren Kindern bleiben. Die Neugeborenenzimmer sind ständig besetzt und können nur durch Berechtigte geöffnet werden.

3.2.2. Medizinisches Notfallmanagement

Unsere Ziele in Bezug auf das medizinische Notfallmanagement sind das koordinierte Vorgehen bei medizinischen Notfällen und ein frühzeitiges Einleiten der Wiederbelebungsmaßnahmen. Dazu sind in allen Häusern Notfallteams etabliert und Regelungen getroffen, die dies gewährleisten. Die Meldewege sind festgelegt und den Mitarbeitern bekannt. Für Mitarbeiter finden regelmäßige Schulungen zur Wiederbelebung statt. Auf den Stationen sind Notfallausrüstungen vorhanden, die monatlich überprüft werden.

3.2.3. Hygienemanagement

Die Hygieneverantwortlichen Ärzte der Krankenhäuser sind die ärztlichen Direktoren. Sie werden bei ihren Aufgaben des Hygienemanagements durch Hygienebeauftragte Ärzte, Hygienefachkräfte, einen externen Krankenhaushygieniker und durch eine Hygienekommission unterstützt. Die Hygienekommissionen treffen sich regelmäßig zum Erfahrungsaustausch und beschließen ggf. neue Maßnahmen. Hygienefachkräfte sind für die Erstellung und Aktualisierung von Hygieneplänen und Standards zuständig. Durch Begehungen und Kontrollen wird die Einhaltung der Vorgaben sowie die durchgeführten Maßnahmen überprüft. Jährlich finden Überprüfungen durch das Gesundheitsamt statt.

3.2.4. Hygienerelevante Daten

Die Hygienefachkraft, unterstützt durch einen hygienebeauftragten Arzt, ist für die Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten zuständig. Weitere wichtige Daten werden auch durch ein mikrobiologisches Institut zur Verfügung gestellt. In der Hygienekommission werden die Daten besprochen, bewertet und soweit notwendig daraus konkrete Maßnahmen abgeleitet, um einen hohen Hygienestandard der Häuser zu gewährleisten. Auch hierbei werden wir durch einen externen Krankenhaushygieniker unterstützt.

3.2.5 Infektionsmanagement

Zur Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen sind Hygienepläne und Anweisungen vorhanden. Im Handbuch sind Regelungen zum Infektionsmanagement bei akuten Infektionen, z. B. für das Verhalten bei Noroviren, MRSA usw. festgelegt. Die hygienesichernden Maßnahmen werden durch die Hygienekommission festgelegt und basieren auf den Empfehlungen des Robert-Koch Institutes. Die Mitarbeiter werden durch regelmäßige Schulungen der Hygienefachkraft in die Maßnahmen eingewiesen. Durch die Hygienefachkraft erfolgt auch die Überprüfung der Einhaltung der Maßnahmen durch Begehungen und hygienische Untersuchungen z. B. in Bezug auf die korrekte Durchführung der Händedesinfektion. Im Bereich der Sterilisation sind Anweisungen zur Vorgehensweise vorhanden. Das Vorgehen wird lückenlos dokumentiert. Die Umsetzung eines Konzeptes in der Küche, welches vor allem die Temperatur, Haltbarkeit und Lagerung von Speisen überwacht, wird angewandt.

3.2.6 Arzneimittel

Unser Ziel ist die lückenlose und zeitnahe Versorgung der Stationen mit Arzneimitteln, Blut- und Medizinprodukten. Die Bereitstellung von Arzneimitteln ist durch die Zentralapotheke der St. Lukas Gesellschaft gesichert. Die Blutkonserven werden vom Blutspendeinstitut Klinikum Dortmund bezogen. Die Zentralapotheke mit Rufbereitschaftsdienst sichert eine zügige Versorgung mit Arzneimitteln zu jeder Zeit. Regelmäßig benötigte Medikamente sind ausreichend auf den Stationen vorrätig. Die Medikamente werden vorschriftsmäßig gelagert. Medikamente werden vom Arzt angeordnet und von examiniertem Personal gerichtet und ausgegeben. Der Umgang mit Zytostatika und Betäubungsmitteln ist durch Anweisungen bzw. Vorgaben nach dem Betäubungsmittelgesetz geregelt.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Die Beschaffung, Anwendung und Dokumentation von Blutprodukten sind geregelt. Eine Transfusionskommission ist eingerichtet. In den Kliniken sind Transfusionsbeauftragte benannt. Die Dokumentation der Anwendung von Blutprodukten wird patientenbezogen und produktbezogen durchgeführt. Zur Qualitätssicherung werden jährlich Kontrollen durchgeführt und die Ergebnisse an eine externe Auswertungsstelle geschickt. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis Hämotherapie des Blutspendeinstitutes.

3.2.8 Medizinprodukte

Für die Beschaffung, Inbetriebnahme, Anwendung und Überprüfung von technischen Medizinprodukten liegen gesetzliche Regelungen vor, die beachtet werden. Zur Wahrnehmung der Aufgaben sind Medizintechniker vorhanden. Teilweise werden die Prüfungen auch durch zugelassene Firmen durchgeführt. Für jede Fachabteilung ist ein Gerätebeauftragter benannt, der für die Einweisung der Anwender zuständig ist. Die Einweisungen werden dokumentiert. In Bezug auf den Umgang mit Sterilgut werden die Vorgaben des Robert-Koch-Institutes eingehalten.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1. Informations- und Kommunikationstechnologie

4.1.1. Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Unser Ziel ist es, die permanente Verfügbarkeit aller relevanten Daten im EDV-System sicherzustellen. Die Bereiche sind per Computer an das EDV-System angeschlossen. Über Standleitungen sind die Einrichtungen der Krankenhausgesellschaft miteinander verbunden. Den Zugang zu bestimmten Programmen und Daten haben nur Mitarbeiter, die eine entsprechende Berechtigung erhalten haben. Hierdurch ist der Datenschutz gewährleistet. Um dem Verlust von Daten vorzubeugen, sind Maßnahmen zur Datensicherung und Maßnahmen zum Schutz vor Computerviren umgesetzt.

4.2. Patientendaten

4.2.1. Regelungen zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Die Schritte des Behandlungsprozesses der Patienten werden vom behandelnden Arzt und der Pflegekraft in einer Patientenakte dokumentiert. Das Dokumentationssystem wird berufsgruppenübergreifend genutzt. Die Führung, Dokumentation und Archivierung erfolgt nach vorgegebenen Regelungen. Um einen schnellen Zugriff zu gewährleisten, werden die Akten im Anschluss an die Behandlung digitalisiert. Nachfolgende Befunde werden dem Dokumentationssystem zugefügt. Regelmäßig werden Überprüfungen der Patientendokumentation vorgenommen. In der Patientendokumentation werden zeitnah pflegerische Maßnahmen sowie die Anordnungen, die Medikation, die Diagnostik, die Therapie und der Verlauf aus pflegerischer und ärztlicher Sicht dokumentiert. Die Patientendokumentation wird zu Untersuchungen mitgegeben. Auf Befunde kann jederzeit über die EDV durch berechtigte Personen zugegriffen werden. Den Zugriff auf Akten, die im Archiv gelagert sind, regelt die Archivordnung.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Der uneingeschränkte Zugriff auf alle gegenwärtige und vergangene Patientendaten ist für berechtigte Mitarbeiter jederzeit durch die Möglichkeit der Aktenanforderung aus dem Archiv sowie durch die Einsicht in digitalisierte Akten möglich. Dabei werden gesetzlichen Vorschriften, insbesondere die des Datenschutzes beachtet.

4.3. Informationsmanagement

4.3.1. Informationen der Krankenhausleitung

Zur Information der Krankenhausführung existiert ein umfangreiches internes und externes Berichtswesen welches eine zeitnahe Intervention der Klinikleitung sicherstellt. Die Informationsweitergabe erfolgt im Rahmen der Regelkommunikation. Leitungsgremien und Kommissionen arbeiten auf Grundlage einer Geschäftsordnung. Melde- und Berichtswesen spezieller Bereiche verfügen über eine strukturierte Informationsweitergabe an die Krankenhausleitung.

4.3.2. Informationsweitergabe (intern/extern)

Unser Ziel ist es, wichtige Informationen möglichst schnell an die Mitarbeiter weiterzugeben. Es finden regelmäßige Besprechungen statt, die sowohl abteilungsintern, interdisziplinär, berufsgruppenübergreifend als auch hierarchieübergreifend durchgeführt werden. Derartige Besprechungen finden in den pflegerischen, ärztlichen und administrativen Bereichen statt. Des Weiteren stehen zur Weitergabe von Informationen das Intranet, Sitzungsprotokolle, Rundschreiben, Aushänge und die monatliche Mitarbeiterinformation zur Verfügung.

4.4. Telefonzentrale und Empfang

4.4.1. Organisation und Service

Die Informationen befinden sich in den Eingangsbereichen der Krankenhäuser. Die Besetzung ist ganztägig gewährleistet. Der Information stehen notwendige Informationen (z. B. Patientenliste, Telefonanlage, Notfallpläne, Rufdienstpläne usw.) zur Verfügung. Durch langjährige Erfahrungen, Schulungen und Weiterbildungen sowie Informationen aus den Abteilungen sind die Mitarbeiter in der Lage, die Anfragen an die berechtigten Ansprechpartner weiterzuleiten sowie administrative Arbeiten qualifiziert auszuführen.

4.5. Datenschutz

4.5.1. Regelungen zum Datenschutz

Unser Ziel in Bezug auf den Datenschutz ist, dass die Erfassung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten so erfolgt, dass niemand in seinem Recht beeinträchtigt wird, selbst über die Verwendung und Weitergabe seiner Daten zu bestimmen. Zur Überprüfung und Umsetzung des Datenschutzes sind zwei betriebliche Datenschutzbeauftragte benannt, die in Absprache mit der Geschäftsführung entsprechende Vorgaben herausgegeben. Neue Mitarbeiter werden über den Datenschutz informiert und müssen eine entsprechende Verpflichtungserklärung unterschreiben.

5 Führung

5.1. Unternehmensphilosophie und -kultur

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Die Katholische St. Lukas-Gesellschaft wird geprägt durch die Gedanken der katholischen Soziallehre. Der Leitspruch (Vision) "Mit Herz und Kompetenz" fasst dieses in wenigen Worten zusammen. Mit Hilfe unserer Kompetenz streben wir eine führende Stellung in vielen Gebieten an, wie z. B. Arzneimitteltherapiesicherheit, Einarbeitung neuer Mitarbeiter oder auch die onkologische Versorgung. Realisierbar ist dies nur mit wirtschaftlichem Erfolg. Die Entwicklung der strategischen Ziele erfolgt gemeinsam mit den Führungskräften auf mehrtägigen Strategiemeetings. In unseren Leitbildern sind auch grundlegende Aussagen zur Unternehmensphilosophie für alle Berufsgruppen zusammenfassend dargestellt.

5.1.2 Durchführungen vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Basis für vertrauensfördernde Maßnahmen ist eine aktuelle und vorausschauende Informationspolitik der Geschäftsführung über Entwicklungen und Vorgänge im Krankenhaus sowie strategische Zielsetzungen. Dies geschieht über Rundschreiben, Intranet, Mitarbeiterversammlungen, Mitarbeiterinfobriefe und Betriebsfeste. Mitarbeiter werden zudem in Projekt-/Arbeitsgruppen in Planungsprozesse eingebunden.

5.1.3. Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Ethische Probleme werden in der Lukas Gesellschaft in den Behandlungsteams unter Hinzuziehung von Ethik-Moderatoren besprochen. Dabei geht es um die individuelle Erörterung des Falles unter Berücksichtigung medizinischer Möglichkeiten, des Patientenwunsches und christlichen Wertevorstellungen.

5.2. Strategie und Zielplanung

5.2.1. Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Die Strategie und Zielplanung der Kath. St. Lukas Gesellschaft basiert u. a. auf der Balanced Scorecard, die als Führungsinstrument der Zielplanung dient. Die strategischen Ziele werden auf den alle zwei Jahre stattfindenden Strategiemeetings erarbeitet und festgelegt. Aus der strategischen Zielplanung wurde von der Geschäftsführung mit dem Controlling ein Finanz- und Wirtschaftsplan inkl. Investitionsvorhaben für das Folgejahr erstellt. Dieser wird vom Verwaltungsrat verabschiedet. Für die Erreichung der strategischen Ziele werden Projekte und Maßnahmen durch die Klinikleitung initiiert und überwacht. Die Kommunikation der Ziele und Planungen wird über die Sitzungen und Besprechungen sichergestellt. Die Geschäftsführung informiert die Mitarbeiter über die wesentlichen Inhalte der Zielplanung auf einer Mitarbeiterversammlung oder über den Mitarbeiterinfobrief.

5.2.2. Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Erstes Ziel für unsere Gesellschaft ist die Optimierung der stationären Patientenversorgung, die auch durch den Ausbau von Kooperationen und somit Erschließung von Spezialwissen sichergestellt wird. Gleichzeitig werden Ressourcen gebündelt. Im medizinischen Bereich gibt es Kooperationen mit mehreren Konsiliarärzten und Kliniken. Auch wurden mehrere Praxen an den Kliniken angesiedelt, um das Leistungsangebot auszuweiten bzw. aufeinander abzustimmen. Kulturelle und soziale Veranstaltungen finden statt. Es finden mehrmals jährlich Bilder-/ Kunstausstellungen statt. Die Verbindungen zu allgemeinbildenden Schulen und auch Kindergärten bestehen, indem Führungen angeboten und Praktika ermöglicht werden. Der Verzicht auf den Ausbau ambulanter Leistungen stärkt das Vertrauen zu unseren Kooperationspartnern und führt zu einer Win-Win-Situation für beide Seiten. Grundsätzlich müssen Kooperationen für beide Seiten von Nutzen sein.

5.3. Organisationsentwicklung

5.3.1 Festlegung der Organisationsstruktur

Die Kath. St. Lukas Gesellschaft ist ein Verbund bestehend aus 3 Krankenhäusern und einem Altenzentrum. Zwei Geschäftsführer tragen die Gesamtverantwortung für die Einrichtungen. Jede dieser Einrichtungen hat eine Betriebsleitung, die aus Ärztlichem Direktor, Pflegedirektorium und einem kfm. Geschäftsführer bzw. Verwaltungsdirektor bestehen. Jedes der Betriebsleitungsmitglieder trägt die Verantwortung für seinen Bereich. Die Aufgabenbereiche der beiden Geschäftsführer sind anhand eines Geschäftsverteilungsplanes zugeordnet. Es existiert in jedem Krankenhaus ein Organigramm. Hier sind alle Abteilungen der Krankenhäuser dargestellt, die aktuellen Funktionsträger sind namentlich benannt.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Die Führungsgremien sind durch Geschäftsordnungen geregelt, z. B.: Hygienekommission, Arbeitsschutzausschuss, Arzneimittelkommission, Laborkommission, Transfusionskommission. Diese Gremien dienen dazu, zeitnahe Entscheidungen zu treffen und aktuelle Fragen zu klären. Ergebnisse werden protokolliert und deren Umsetzung in weiteren Besprechungen überprüft. Nachgeordnete Bereiche werden über Beschlüsse und Maßnahmen über das Besprechungswesen informiert.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

Innovationen sind erforderlich, um im Wettbewerb Vorteile zu erlangen. Daher wird großer Wert darauf gelegt, neue Ideen zu kreieren, zu sammeln, zu bewerten und bei zu erwartenden Chancen umzusetzen. Mitarbeiter der Kath. St. Lukas Gesellschaft wurden in den vergangenen Jahren durch Projektmanagementschulungen zur Partizipation am Organisationsentwicklungsprozess besonders gefördert. Bei Projekten werden möglichst geschulte Mitarbeiter eingebunden. Es ist uns zudem wichtig, dass unsere Mitarbeiter ihre Ideen zur Verbesserung unserer Arbeit einbringen können. Hierzu haben wir ein ausführliches Besprechungs- und Informationswesen implementiert. Die Gesellschaft fördert den Zugriff auf aktuelle Informationen der Wissenschaft. Nicht nur die Zusammenarbeit mit der Ruhruniversität Bochum, sondern auch die Nutzung aktueller Literatur und des Internets stehen dabei im Vordergrund.

5.4. Marketing

5.4.1 Externe Kommunikation

Ziel der Kath. St. Lukas Gesellschaft und des Trägers ist es, die interessierte Öffentlichkeit systematisch durch vielfältige Maßnahmen über die Arbeit der Krankenhäuser und der Gesellschaft zu informieren und eine hohe und positive Wahrnehmung des Krankenhauses bei allen beteiligten Personen und Institutionen durch ein effektives Marketing sicherzustellen. Dies geschieht u. a. in Verbindung mit einer externen Werbeagentur und externen Koordinator für Öffentlichkeitsarbeit. Diese erstellen einmal jährlich einen Maßnahmenkatalog in Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung, Pflegedirektorium und den Chefärzten. Im Rahmen der externen Kommunikation informieren sie die Öffentlichkeit auf vielfältige Weise: Homepage/national und international, Quartalsweise Newsletter für niedergelassene Ärzte und andere Interessierte, ca. 15 VIP-Veranstaltungen pro Jahr für besondere Gruppen z. B. Kirchenvorstände, Rotary, Lions, Gewerbevereine, Altherrenzirkel, Kreishandwerkerschaft, Ärztevereine, Leitungen von Altenheimen, Bezirksvertretungen, usw. mit Vortrag zur Krankenhausentwicklung, Begehung des Hauses und mehrgängigen Abendessen, Events wie Grundsteinlegungen, Chefarztwechsel, Einweihungen etc. , "Tag der offenen Tür", des "offenen OP's", Darmtag - mit Besichtigung der Diagnostik, zusätzlich 2x jährlich "Tag der offenen Tür" im „Josefino“ u.v.m.

5.5 Risikomanagement

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Ein Risikomanagement befindet sich im Aufbau. Die Fehlerkultur lässt einen offenen angstfreien Umgang mit Fehlern zu. Zur Meldung von (Beinahe-)Zwischenfälle kann das CIRS der Ärztekammern NRW genutzt werden. Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen sind eingerichtet. Zur Patientensicherheit werden die Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit beachtet. Team-Time-Out ist umgesetzt so wie einzelne Projekte wie z.B. Arzneimitteltherapiesicherheit sind bereits initiiert.

6 Qualitätsmanagement

6.1. Qualitätsmanagementsystem

6.1.1. Organisation

In der Krankenhausgesellschaft ist ein Qualitätsmanagementsystem etabliert, welches alle Krankenhausbereiche umfasst und in das System integriert. Gesamtverantwortlich für das Qualitätsmanagementsystem ist die Geschäftsführung. Sie wird hierbei durch ein Steuerungs- und Koordinierungsorgan unterstützt. Für die Umsetzung sind die Qualitätsmanagementbeauftragten sowie die Mitglieder des QM-Teams zuständig. Die Qualitätsmanagementbeauftragten berichten regelmäßig der Geschäftsführung.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Die Prozesse sind in verschiedenen Handbüchern, Anweisungen und Standards beschrieben. Hierdurch ist gewährleistet, dass sie geplant, überwacht, gesteuert und kontinuierlich verbessert werden. Maßnahmen werden anhand von Checklisten und statistischen Erhebungen durchgeführt und ausgewertet. Für unterschiedliche Bereiche existieren Ablaufbeschreibungen anhand derer die Arbeitsabläufe transparent gemacht werden. Ein medizinisches Controlling übernimmt die Auswertung von Kennzahlen, z. B. Dekubitus und nosokomiale Infektionen. Ferner führen wir interne Audits und Begehungen durch.

6.2 Befragungen

6.2.1. Patientenbefragungen

Wir halten Patientenbefragungen für wichtige Instrumente, um Feedback unserer Patientinnen und Patienten zu den erbrachten Leistungen zu erhalten und die Patientenversorgung kontinuierlich zu verbessern. Kontinuierlich führen wir eine Patientenbefragung durch. Zudem erfolgen Stichtagbefragungen, zum Beispiel in der Küche. Die Befragungsergebnisse werden zwischen den Krankenhäusern verglichen. Weiterhin befragen wir jährlich die Patienten des Onkologischen Zentrums und vergleichen das Ergebnis mit den anderen Kliniken. Weitere Befragungen finden für die Bereiche Diabetes und Geburtshilfe statt.

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Im Jahr 2011 wurde eine Befragung externer Einrichtungen, wie z. B. von niedergelassenen einweisenden Ärzten durch ein externes Institut durchgeführt. Weiterhin wurden Kooperationspartner der Pflege und der Rettungsdienste befragt. Die Ergebnisse der Auswertungen der Befragungen werden übergreifend sowie in den einzelnen Abteilungen erörtert und Verbesserungsmaßnahmen daraus abgeleitet.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Eine Mitarbeiterbefragung fand im Jahr 2014 zur gesundheitsfördernden Maßnahmen statt. Die Ergebnisse wurden den Mitarbeitern vorgestellt. Weiterhin finden regelmäßig anlassbezogene Befragung im Rahmen der Zielvorgaben statt.

6.3. Beschwerdemanagement

6.3.1. Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Auf Anregungen oder Beschwerden von Patienten wird eingegangen, um diese im Sinne der ständigen Verbesserung zu nutzen und somit unsere Vorgehensweise an die Bedürfnisse der Patienten anzupassen. Außerdem ist ein zentral strukturiertes Beschwerdemanagement eingerichtet. Beschwerden und Wünsche werden ernst genommen und zeitnah in angemessener Weise bearbeitet sowie durch die Krankenhausleitung bewertet, um Verbesserungsmaßnahmen daraus abzuleiten.

6.4. Qualitätsrelevante Daten

6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Die Erhebung und Nutzung qualitätsrelevanter Daten stellt sicher, dass die gesetzlichen Anforderungen erfüllt und darüber hinaus Indikatoren betrachtet werden, anhand derer wir konkrete Maßnahmen zur Verbesserung ableiten können. Die gesammelten Daten werden in der EDV erfasst und über das Controlling verarbeitet, ausgewertet und den verschiedenen Gremien zur Verfügung gestellt. Die Ergebnisse der Auswertungen werden dazu genutzt, Auffälligkeiten zu entdecken und Verbesserungspotentiale abzuleiten.

6.4.2. Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Die Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung ist gesetzlich vorgegeben und wird sehr ernst genommen. Modulverantwortliche sind in jeder Fachabteilung bestimmt und sorgen für eine vollständige und ordnungsgemäße Erfassung der Daten und Übermittlung an die zentrale Auswertungsstelle. Die Krankenhäuser haben alle die geforderte Dokumentationsrate erfüllt. Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung werden dem Klinikum in elektronischer Form zur Verfügung gestellt. Die Auswertungen stellen den Erreichungsgrad von Qualitätszielen anhand von Indikatoren dar, die für vorgegebene therapeutische Maßnahmen bzw. Krankheitsbilder festgelegt sind. Auffälligkeiten führen zu Ursachenanalysen und in der Folge zur Durchführung von qualitätssteigernden Verbesserungsmaßnahmen.