



**KATHOLISCHE  
ST. LUKAS  
GESELLSCHAFT**



**KTQ®**

Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen

## **KTQ-QUALITÄTSBERICHT**

zum KTQ-Katalog 2015 für Krankenhäuser

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

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

2017-0041 KHVB

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

proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft,  
Frankfurt am Main

**Gültig vom:**

12.09.2017

**bis:**

11.09.2020

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b>	<b>5</b>
<b>Die KTQ-Kategorien</b>	<b>7</b>
1 Patientenorientierung	8
2 Mitarbeiterorientierung	11
3 Sicherheit - Risikomanagement	13
4 Informations- und Kommunikationswesen	16
5 Unternehmensführung	18
6 Qualitätsmanagement	21

## 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 Bundesebene<sup>1</sup>, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR)). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

Mit dem freiwilligen Zertifizierungsverfahren und dem damit verbundenen KTQ-Qualitätsbericht bietet die KTQ® 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 - Risikomanagement
- das Informations- und Kommunikationswesen,
- die Unternehmensführung und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

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

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

---

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

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

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

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

Wir freuen uns, dass das **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

## 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 Orthopädie-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, die Plastische Chirurgie 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

Endoprothetikzentrum

Lokales Traumazentrum

Prostatazentrum

Brustkrebsbehandlung

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 30.000 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

KTQ:

## 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 eingerichtet 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](http://www.lukas-gesellschaft.de)), Flyer der Kliniken, Newsletter für die niedergelassenen Ärzte, Informationsveranstaltungen, das Josefino, die Wiege (Elternschule), Kreißaal 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).

## Leitlinien und Standards

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 wissenschaftlich anerkannter Behandlungsmethoden erfolgt.

## 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 ergründet 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 einem Dolmetscher. Verantwortlich hierfür sind die zuständigen Ärzte und Pflegekräfte der Kliniken.

## Ernährung und Service

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 Patientenwünsche (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 Rufanlage ermöglicht den Patienten eine schnelle Kommunikation mit der Pflege.

## **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 Notfallfallaufnahme und den Bereich geplanter (elektiver) Krankenhausaufnahmen oder -behandlungen. Hier erfolgt der Erstkontakt mit dem aufnehmenden Arzt. Der Notarztwagen steht 24 Stunden an den Standorten einsatzbereit und ist mit Ärzten der Kath. St. Lukas Gesellschaft besetzt. Der Chefarzt der Unfallchirurgie hat die Zulassung zur Behandlung von Arbeitsunfällen.

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

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

Die vor- und nachstationäre Versorgung erfolgt in der Kath. 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).

## **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 vorhanden.

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

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 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.

## **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 und Wundstandard. Diese werden regelmäßig aktualisiert, dies obliegt den Chefarzten/ 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. Nach einer Operation wird die Schmerztherapie durch die Mitarbeiter der Anästhesie sichergestellt. Ein Schmerzkonzept liegt vor.

## **Operative Prozesse**

Die Planung der operativen Verfahren erfolgt durch Fachärzte im Vorfeld der Operation. Im Rahmen der vorstationären Untersuchung und vor Durchführung der Operation wird die Notwendigkeit zur Operation 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 vorhanden. 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 examinierter 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.

## **Visite**

Ziel der 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.

## **Entlassungsprozess**

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

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

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 Kath. 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.

## **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 Raum zur

Lagerung von Verstorbenen mit geeigneten Kühlmöglichkeiten, dort befindet sich auch der Abschiedsraum.

## 2 Mitarbeiterorientierung

KTQ:

### **Personalbedarf**

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 Stellenausschreibungen geregelt.

### **Personalentwicklung**

Wichtige Instrumente sind die Mitarbeitergespräche und die kontinuierliche Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter. Wünsche von Mitarbeitern zur Personalentwicklung werden beachtet. Fachärzte bilden sich regelmäßig fort und führen eine Nachweis über die notwendigen Schulungsmaßnahmen. Der Ärztliche Direktor überwacht die Qualifikation der Fachärzte.

### **Einarbeitung**

Unser Ziel ist es, die Mitarbeiter schnell und umfassend in die relevanten Arbeitsabläufe einzuarbeiten. Hausspezifische 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 den gesetzlichen Vorgaben. Ansonsten erfolgt die individuelle fachliche Einarbeitung unter Verantwortung des jeweiligen Vorgesetzten.

### **Ausbildung, Fort- und Weiterbildung**

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 den 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.

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

## **Arbeitszeiten / Work Life Balance**

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 Kath. St. Lukas Gesellschaft untereinander aus. Die Anforderungen des neuen Arbeitszeitgesetzes und die europäischen 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.

## **Ideenmanagement**

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 z. B. an Projekten zu beteiligen. 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 - Risikomanagement

KTQ:

### Methoden des klinischen Risikomanagements

Ein gesetzeskonformes Risikomanagement ist eingerichtet. Die Fehlerkultur lässt einen offenen angstfreien Umgang mit Fehlern zu. Zur Meldung von Zwischenfällen und Beinahe-Zwischenfällen kann ein spezielles Meldesystem (CIRS) genutzt werden. Erkrankungs- und Sterblichkeitskonferenzen sind eingerichtet und dienen zur Verbesserung der Behandlung. Zur Patientensicherheit werden die Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit beachtet. Neben Patientenarmbänder zur sicheren Erkennung der Patienten wurden Maßnahmen zum sicheren Umgang mit Arzneimitteln umgesetzt.

### 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.

### Medizinisches Notfallmanagement

Unsere Ziele in Bezug auf das medizinische Notfallmanagement sind das geregelte 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.

### Organisation der Hygiene

Die Hygieneverantwortlichen Ärzte der Krankenhäuser sind die Ärztlichen Direktoren. Sie werden bei ihren Aufgaben des Hygienemanagements durch Hygienebeauftragte Ärzte, Hygienefachkräfte, einen externen Krankenhaushygieniker, Hygienebeauftragte Pflegenden 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 werden die Einhaltung der Vorgaben sowie die durchgeführten Maßnahmen überprüft. Jährlich finden Überprüfungen durch das Gesundheitsamt statt.

### Hygienerelevante Daten, Infektionsmanagement

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.

Zur Planung und Durchführung hygiesichernder Maßnahmen sind Hygienepläne und Anweisungen vorhanden. Im Handbuch sind Regelungen zum Umgang bei Infektionen festgelegt. Die hygiesichernden 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.

## **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 Kath. 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 qualifiziertem Pflegepersonal gerichtet und ausgegeben. Der Umgang mit Krebsmedikamenten (Zytostatika) und Betäubungsmitteln ist geregelt.

## **Labor- und Transfusionsmedizin**

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.

## **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 sterilen Materialien werden die Vorgaben des Robert-Koch-Institutes eingehalten.

## **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.

## **Brandschutz**

Für die Krankenhäuser der Kath. St. Lukas Gesellschaft sind ein Brandschutzbeauftragter sowie Vertreter benannt, um die Vorgaben des Brandschutzes zu überwachen. 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 Mitarbeitern der Telefonzentrale liegt eine Ablaufbeschreibung vor, wie die Alarmierung der Feuerwehr und Krankenhausleitung zu erfolgen hat.

## **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.

## **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. Blockheizkraftwerke werden an allen Standorten betrieben.

## **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.

## **Ausfall von Systemen**

Nichtmedizinische Notfallsituationen und das geplante Vorgehen bei Eintreten dieser Situationen sind in den Notfallplänen der Kath. St. Lukas Gesellschaft beschrieben. Für die Notfallpläne ist der Katastrophenbeauftragte/ Technische Leiter bzgl. Erstellung und Aktualisierung verantwortlich. Geregelt ist der längere Ausfall der Wasserversorgung, der Wärmeversorgung, Stromausfall und der Telefonanlage. Rufdienste des technischen Dienstes und der EDV zur Bewältigung dieser Notfallsituationen sind eingerichtet. Ausfallkonzepte für die EDV und die Sterilisation sind vorhanden. Bei Stromausfall steht in jedem Haus ein Notstromaggregat zur Verfügung, das wöchentlich überprüft wird.

## 4 Informations- und Kommunikationswesen

KTQ:

### **Netzwerkstruktur und Datensysteme**

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.

### **Klinische Dokumentation**

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.

### **Verfügbarkeit und Archivierung**

Der Zugriff auf alle gegenwärtigen und vergangenen Patientendaten ist für berechtigte Mitarbeiter 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.

### **Information der Unternehmensleitung**

Zur Information der Krankenhausführung existiert ein umfangreiches internes und externes Berichtswesen welches ein zeitnahes Reagieren 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.

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

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.

Informationsstellen für Patienten und Angehörige 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, Anfragen an die berechtigten Ansprechpartner weiterzuleiten sowie Verwaltungsarbeiten qualifiziert auszuführen.

## 5 Unternehmensführung

KTQ:

### **Philosophie/Leitbild**

Die Kath. 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 dargestellt.

### **Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen**

Die Sicherstellung der Einbeziehung 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.

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.

### **Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung**

Ethische Probleme werden in der Kath. St. 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. Ein Ethikkomitee ist eingerichtet, welches unter anderem die ethischen Fallbesprechungen steuert.

### **Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement**

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 dem 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 wie 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 usw. , „Tag der offenen Tür“, des „offenen OP´s“, Vorsorgetag – mit Besichtigung der Diagnostik, zusätzlich zwei mal jährlich „Tag der offenen Tür“ in „Josefino“ und „Wiege“.

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

Die Strategie und Zielplanung der Kath. St. Lukas Gesellschaft basiert u. a. auf einem speziellen Führungsinstrument, der Balanced Scorecard. Die strategischen Ziele werden auf den alle zwei Jahre stattfindenden Strategiemeetings erarbeitet und festgelegt. Aus der strategischen Zielplanung wird von der Geschäftsführung ein Finanz- und Wirtschaftsplan inklusive Investitionsvorhaben für das Folgejahr erstellt. Dieser wird vom Verwaltungsrat verabschiedet. Für die Erreichung der strategischen Ziele werden Projekte und Maßnahmen durch die Klinikleitung eingeleitet 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.

## **Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement**

Wirtschaftliches Handeln wird über aussagekräftige Planungen und regelmäßige Abgleiche der Ist-Entwicklung mit der Soll-Entwicklung wirtschaftlicher Kennziffern gefördert. Das Frühwarnsystem und die erforderliche Berichterstattung an den Verwaltungsrat werden jährlich durch den Wirtschaftsprüfer überprüft. Das kaufmännische Risikomanagement ist entsprechend der gesetzlichen Vorgaben aufgebaut.

## **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. Die Krankenhäuser der Kath. St. Lukas Gesellschaft sind Teil des Darmzentrums-Ruhr und das St.-Josefs-Hospital und außerdem Teil des Onkologischen Organzentrums der Ruhr-Universität Bochum. Durch unterschiedliche Kooperationen sind Partner an die Krankenhäuser angebunden, wie z.B. Pathologie, Strahlentherapie, Gastroenterologie, Onkologie, Radiologie. Im medizinischen Bereich gibt es außerdem 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 für beide Seiten vorteilhaften Situation für beide Seiten. Grundsätzlich müssen Kooperationen für beide Seiten von Nutzen sein.

## **Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien**

Die Kath. St. Lukas Gesellschaft ist ein Verbund bestehend aus drei Krankenhäusern und einem Altenzentrum. Die Geschäftsführung trägt die Gesamtverantwortung für die Einrichtungen. Jede der Kliniken hat eine Betriebsleitung, die aus Ärztlichem Direktor, Pflegedirektorium und einem kaufmännischem Geschäftsführer bzw. Verwaltungsdirektor bestehen. Jedes der Betriebsleitungsmitglieder trägt die Verantwortung für seinen Bereich. Es existiert in jedem Krankenhaus ein Organigramm. Hier sind alle Abteilungen der Krankenhäuser dargestellt. Die aktuellen Funktionsträger sind namentlich benannt. 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.

## **Innovation und Wissensmanagement**

Innovationen sind erforderlich, um im Wettbewerb Vorteile zu erlangen. Daher wird großer Wert darauf gelegt, neue Ideen hervorzubringen, zu sammeln, zu bewerten und bei zu erwartenden Chancen umzusetzen. Mitarbeiter der Kath. St. Lukas Gesellschaft wurden in den vergangenen Jahren durch Projektmanagementschulungen zur Teilhabe 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.

## 6 Qualitätsmanagement

KTQ:

### **Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements**

In der Kath. St. Lukas Gesellschaft ist ein Qualitätsmanagementsystem (QM-Team) vorhanden, welches alle Krankenhausbereiche umfasst und in das System einbindet. 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.

### **Vernetzung, Prozessgestaltung und -Optimierung**

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. Eine Vielzahl medizinischer und nichtmedizinischer Kennzahlen werden regelmäßig einer Analyse unterzogen (z. B. Druckgeschwüre, in Krankenhaus erworbene Infektionen). Ferner führen wir konkrete Überprüfungen von Prozessen (interne Audits) und Begehungen durch.

### **Patientenbefragung**

Wir halten Patientenbefragungen für wichtige Instrumente, um Rückmeldungen 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.

### **Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen**

Einweisende Ärzte wurden im Rahmen der Zentren (Onkologisches Zentrum, Endoprothetikzentrum) befragt. 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.

### **Mitarbeiterbefragung**

Eine Mitarbeiterbefragung fand im Jahr 2014 zu gesundheitsfördernden Maßnahmen statt. Die Ergebnisse wurden den Mitarbeitern vorgestellt und Maßnahmen wurde abgeleitet. In 2017 wurde eine Befragung zur Zufriedenheit der Mitarbeiter mit der Innerbetrieblichen Fortbildung durchgeführt. Weiterhin finden regelmäßig anlassbezogene Befragungen im Rahmen der Zielvorgaben statt.

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

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.

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

Die Erhebung und Nutzung qualitätsrelevanter Daten stellt sicher, dass die gesetzlichen Anforderungen erfüllt werden und darüber hinaus konkrete Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet werden. Die gesammelten Daten werden in der EDV erfasst, verarbeitet, ausgewertet und den verschiedenen Gremien zur Verfügung gestellt. Die Ergebnisse der Auswertungen werden dazu genutzt, Auffälligkeiten zu entdecken und Verbesserungspotentiale abzuleiten.

Die Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung ist gesetzlich vorgegeben und wird sehr ernst genommen. Verantwortliche 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 geforderten Dokumentationspflichten erfüllt. Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung werden den Einrichtungen in elektronischer Form zur Verfügung gestellt. Die Auswertungen spiegeln den Erreichungsgrad von Qualitätszielen wider, die für vorgegebene therapeutische Maßnahmen bzw. Krankheitsbilder festgelegt sind. Auffälligkeiten führen zu Ursachenanalysen und in der Folge zur Durchführung von qualitätssteigernden Verbesserungsmaßnahmen.