

## KTQ - QUALITÄTSBERICHT

**Krankenhaus: Rheinische Kliniken Bedburg-Hau**

**Institutionskennzeichen: 260510962**

**Anschrift: Bahnstr. 6  
47551 Bedburg-Hau**

**Ist zertifiziert nach KTQ<sup>®</sup> mit der Zertifikatnummer: 2008 – 0068 K**

**durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle:**

**LGA InterCert GmbH Zertifizierungsstelle**

**Datum der Ausstellung: 03.07.2008**

**Gültigkeitsdauer: 02.07.2011**

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Vorwort der KTQ<sup>®</sup></b>	<b>3</b>
<b>Einleitung</b>	<b>5</b>
<b>Die KTQ-Kriterien beschrieben vom Rheinische Kliniken Bedburg-Hau</b>	<b>7</b>
1 Patientenorientierung im Krankenhaus	7
3 Sicherheit im Krankenhaus	17
4 Informationswesen	22
5 Krankenhausführung	25
6 Qualitätsmanagement	29

## Vorwort der KTQ®

Die KTQ-Zertifizierung ist ein krankenhausspezifisches Zertifizierungsverfahren, das getragen wird von der Bundesärztekammer (BÄK), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Deutschen Pflegerat (DPR) und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherungen<sup>1</sup>. Darüber hinaus wurde der Hartmannbund - Verband der Ärzte Deutschlands e. V. (HB) - mit Beginn des Routinebetriebes im „Niedergelassenen Bereich“ ebenfalls Gesellschafter der KTQ- GmbH. 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 wurden ausschließlich von Krankenhauspraktikern entwickelt und erprobt.**

Mit diesem Zertifizierungsverfahren bietet die KTQ® den Krankenhäusern ein Instrument an, mit dem sie die **Qualität ihrer Leistungen durch die Zertifizierung und den zu veröffentlichenden KTQ-Qualitätsbericht nach außen transparent darstellen können.**

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen und von Krankenhauspraktikern entwickelten Kriterien, die sich auf die **Patientenorientierung, die Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit im Krankenhaus, das Informationswesen, die Krankenhausführung und das Qualitätsmanagement** 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 Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den Visitoren gezielt hinterfragt und durch Begehungen einzelner

---

<sup>1</sup> Zu diesen zählen: der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., der AOK-Bundesverband, der BKK Bundesverband, der IKK-Bundesverband, der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Bundesknappschaft, die See-Krankenkasse.

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

Mit dem KTQ-Qualitätsbericht werden umfangreiche, durch die Fremdbewertung validierte Informationen über das betreffende Krankenhaus in standardisierter Form veröffentlicht.

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet die individuelle Einleitung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Beschreibung der insgesamt 72 Kriterien des KTQ-Kataloges. 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 Krankenhaus Rheinische Kliniken Bedburg-Hau mit diesem Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen - einen umfassenden Überblick hinsichtlich seines Leistungsspektrums, seiner Leistungsfähigkeit und seines Qualitätsmanagements vermitteln kann.

Der Qualitätsbericht ist auch auf der KTQ-Homepage unter [www.ktq.de](http://www.ktq.de) abrufbar.

Dr. G. Jonitz  
Für die Bundesärztekammer

H.-Theo Riegel  
Für die Spitzen-  
verbände der Krankenkassen

Dr. M. Walger  
Für die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

M.-L. Müller  
Für den Deutschen Pflegerat

## Einleitung

Die Rheinischen Kliniken Bedburg-Hau sind eine von neun psychiatrischen Kliniken des Landschaftsverbandes Rheinland. Sie sind eine der größten Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen zur Behandlung, Betreuung und Pflege psychisch und neurologisch erkrankter Menschen.



Als Fachkrankenhaus sind die Rheinischen Kliniken Bedburg-Hau Bestandteil der durch die Krankenhausplanung des Landes Nordrhein-Westfalen festgelegten regionalen und gemeindenahen psychiatrischen Versorgungsstrukturen.

Entsprechend diesem Versorgungsauftrag betreiben die Rheinischen Kliniken Bedburg-Hau die zur Sicherstellung der Versorgung erforderlichen Krankenhauseinrichtungen. Darüber hinaus sind sie am Aufbau umfassender Verbundsysteme in ihrem Versorgungsbereich mit dem Ziel einer engen Verzahnung beteiligt.



In verschiedenen Fachabteilungen werden ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgungsformen angeboten. Die Behandlungsangebote der Rheinischen Kliniken Bedburg-Hau richten sich an Erwachsene, Jugendliche und Kinder mit psychischen Störungen. Neben der ambulanten, teilstationären und stationären psychiatrischen Versorgung in den psychiatrischen Fachabteilungen verfügen die Rheinischen Kliniken Bedburg-Hau über eine neurologische Fachabteilung.

Besonders gesicherte Abteilungen des Fachbereichs Forensische Psychiatrie dienen der Behandlung psychisch erkrankter und suchtkrankter Straftäter.



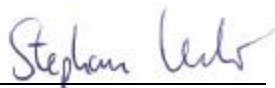
Für Menschen mit chronischen psychischen Störungen gibt es besondere Hilfe- und Betreuungsangebote der sozialen Rehabilitation. Vor allem alte pflegebedürftige Menschen mit psychischen Erkrankungen und Störungen werden im Psychiatrischen Pflegeheim betreut.

Bedburg-Hau, 18.06.2008

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Marie Brill  
Ärztliche  
Direktorin

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Jack Kreutz  
Fachbereichsleiter  
Forensik

  
\_\_\_\_\_  
Christa Kreuzhof  
Pflegedirektorin

  
\_\_\_\_\_  
Stephan Lahr  
Kaufmännischer  
Direktor

## Die KTQ-Kriterien beschrieben von den Rheinische Kliniken Bedburg-Hau

### 1 Patientenorientierung im Krankenhaus

#### 1.1 Vorfeld der stationären Versorgung und Aufnahme

Die Organisation im Vorfeld der stationären Aufnahme erfolgt patientenorientiert.

##### 1.1.1 Die Vorbereitungen einer stationären Behandlung sind patientenorientiert

Das Krankenhaus gewährleistet im Vorfeld der stationären Versorgung eine an den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Angehörigen orientierte Organisation und Gestaltung.

Im Vorfeld des Aufenthaltes können sich unsere Patienten und ihre Angehörigen über unsere Leistungen umfassend informieren. Hierzu stehen ihnen die vorstationären Spezialsprechstunden, unsere Internetseite und verschiedene Flyer zur Verfügung. Zusätzlich erhalten unsere Patienten im Vorgespräch eine Informationsmappe. Sowohl mit privaten als auch öffentlichen Verkehrsmittel sind wir gut zu erreichen. Auf den zuführenden Straßen sind die Anfahrtswege detailliert ausgeschildert. Auf dem gesamten Klinikgelände stehen ausreichend kostenlose Parkplätze zur Verfügung

##### 1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

Innerhalb des Krankenhauses ist die Orientierung für Patienten und Besucher sichergestellt.

Um unseren Patienten und Besuchern auf dem Gelände eine schnelle und einfache Orientierung zu ermöglichen, wurde ein systematisches und verständliches Wegeleitkonzept entwickelt. Alle Außen- und Innenbereiche werden neu beschildert. An der Zentrale die rund um die Uhr besetzt ist, sind Übersichtspläne erhältlich. Die Mitarbeiter der Zentrale unterstützen die Patienten und Besucher gerne bei der Orientierung auf dem Gelände. Bei der Aufnahme begleiten die Mitarbeiter des Aufnahmezentrums die Patienten auf Wunsch gerne auf die Station.

##### 1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

Die Aufnahme erfolgt koordiniert unter Berücksichtigung der Bedürfnisse von Patienten nach Information, angemessener Betreuung und Ausstattung.

Die administrative Aufnahme unserer Patienten erfolgt über das zentrale Aufnahmezentrum und die Aufnahmestationen der Fachabteilungen. Im Aufnahmezentrum ist ein ansprechend gestalteter Warteraum mit ausreichend Sitzplätzen eingerichtet. Die Mitarbeiter des Aufnahmezentrums begleiten den Patienten auf Wunsch auf die Station. Auf der Station wird ein pflegerisches und ärztliches Aufnahmegespräch mit dem Patienten geführt. In diesem wird der Patient noch einmal umfangreich über den Aufenthalt informiert. Weitere Informationen liegen in Ordnern auf der Station bereit.

#### 1.1.4 Ambulante Patientenversorgung

Die ambulante Patientenversorgung z. B. im Rahmen der Notfallambulanz, (Psych.: der psychiatrischen Institutsambulanz), der Wiedereinbestellungsambulanz oder der Ermächtigungsambulanz (Uni.: Spezialambulanzen) verläuft koordiniert unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse.

Über Flyer und das Internet können sich Patienten über unsere Leistungen und Angebote der ambulanten Patientenversorgung sowie die jeweiligen Ansprechpartner informieren. Termine werden in den Ambulanzen und Tageskliniken durch das Pflegepersonal vergeben. Das qualifizierte Personal der Ambulanzen stellt die Versorgung auf hohem Niveau sicher. Das Team der Ambulanz besteht aus Ärzten, Psychologen, Pflegekräften und Therapeuten. Gemeinsame Teambesprechungen zwischen dem Personal der Ambulanzen und Stationen ermöglichen den gezielten Informationsaustausch.

#### 1.2 Ersteinschätzung und Planung der Behandlung

Eine umfassende Befunderhebung jedes Patienten ermöglicht eine patientenorientierte Behandlungsplanung.

##### 1.2.1 Ersteinschätzung

Für jeden Patienten wird ein körperlicher, seelischer und sozialer Status erhoben, der die Grundlage für die weitere Behandlung darstellt.

Für jeden Patienten wird eine individuelle Behandlungsplanung auf Basis seiner besonderen Bedürfnisse erstellt. Die ärztliche und pflegerische Ersteinschätzung erfolgt mittels einheitlicher Formulare. Auf diese Weise stellen wir sicher, dass alle wichtigen Daten erfasst werden. Neben dem Krankheitsverlauf werden gezielt die Fähigkeiten und Lebensumstände abgefragt. In die Behandlungsplanung fließen auch die Erwartungen des Patienten mit ein. Alle Aufnahmegespräche werden im geschlossenen Untersuchungszimmer durchgeführt, so dass die Intimsphäre gewahrt wird.

##### 1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

Vorbefunde werden soweit wie möglich genutzt und zwischen dem betreuenden Personal ausgetauscht.

Vorbefunde sind bei der Planung der Behandlung in unserer Klinik von großer Bedeutung. Bereits im Vorgespräch informieren wir die Patienten, welche Vorbefunde zur stationären Aufnahme mitgebracht werden sollen. Andernfalls werden Vorbefunde beim Hausarzt angefordert. Die Vorbefunde werden in die Patientenakte integriert und stehen allen an der Behandlung Beteiligten zur Verfügung. Informationen aus früheren Aufenthalten und ambulanten Behandlungen stehen über das elektronische klinikeigene Informationssystem zur Verfügung.



### 1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

Für jeden Patienten wird der umfassende Behandlungsprozess unter Benennung der Behandlungsziele festgelegt.

Für jeden Patienten stellen wir einen individuellen Behandlungsplan mit diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen auf. An der Behandlungsplanung beteiligen sich alle wichtigen Berufsgruppen: Ärzte, Psychologen, Pflegekräfte, Therapeuten und der Sozialdienst. Den Erfolg und die Aktualität des Plans überprüft das Behandlungsteam täglich in gemeinsamen Besprechungen und regelmäßigen Visiten. Bei Bedarf erfolgt eine Anpassung. Im Intranet stehen alle relevanten Informationen den an der Behandlung beteiligten Personen jederzeit zur Verfügung.

### 1.2.4 Integration von Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Um die Wünsche und Erwartungen unserer Patienten in die Behandlungsplanung mit einzubeziehen, informieren wir den Patienten über alle Behandlungsschritte ausführlich. Dabei werden auch die Angehörigen und Betreuer bei Wunsch in die Behandlung mit einbezogen. Zusätzlich zu den Aufklärungsgesprächen informieren wir unsere Patienten in Flyern, die in verschiedenen Sprachen vorliegen. Bei der Planung und Durchführung der Behandlung berücksichtigen wir zudem die religiösen und kulturellen Besonderheiten.

## 1.3 Durchführung der Patientenversorgung

Die Behandlung und Pflege jedes Patienten erfolgt in koordinierter Weise gemäß professioneller Standards, um bestmögliche Behandlungsergebnisse zu erzielen.

### 1.3.1 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung

Die Behandlung und Pflege jedes Patienten wird umfassend, zeitgerecht und entsprechend professioneller Standards durchgeführt.

Für uns ist es besonders wichtig, die Patienten nach anerkannten professionellen Standards zu behandeln und zu pflegen. Bei der Behandlung berücksichtigen wir stets den aktuellen Stand der Wissenschaft. Über die Qualifikation unserer Mitarbeiter und regelmäßige Fortbildungen können wir die hochwertige Behandlung sicherstellen. Als Grundlage für die Behandlung liegen standardisierte und bewährte Behandlungskonzepte vor, die regelmäßig angepasst werden. Zudem überprüfen wir die Zufriedenheit der Patienten in regelmäßigen Patientenbefragungen.

### 1.3.2 Anwendung von Leitlinien

Der Patientenversorgung werden Leitlinien mit, wo möglich, Evidenzbezug zugrunde gelegt.

Durch den systematischen Einsatz von Leitlinien und Pflegestandards stellen wir die bestmögliche Behandlung der Patienten sicher. Bei uns kommen regelmäßig überarbeitete, interne Leitlinien und Pflegestandards zum Einsatz. Diese orientieren sich an den Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften. Den Mitarbeitern sind diese zu jeder Zeit über das Intranet zugänglich. Die Anpassung der Leitlinien und Pflegestandards erfolgt durch den Chefarzt und die Pflegedienstleitung. Bei neuen Pflegestandards werden die Mitarbeiter umfassend geschult.

### 1.3.3 Patientenorientierung während der Behandlung

Der Patient wird in alle durchzuführenden Behandlungsschritte und Maßnahmen der Versorgung einbezogen und seine Umgebung ist patientenorientiert gestaltet.

Für uns ist es besonders wichtig, dass unsere Patienten sich bei uns wohlfühlen. Vor Untersuchungen und Behandlungsmaßnahmen erfolgt eine umfassende, patientenorientierte Aufklärung der Patienten. Alle Mitarbeiter tragen Namensschilder und stellen sich den Patienten und Angehörigen vor. Die Zimmer sind entsprechend der Bedürfnisse der Patienten ausgestattet. Für unsere Patienten stehen zahlreiche Räumlichkeiten, beispielsweise Besucherräume, die Patientenbibliothek, das Patientencafé und der Entspannungsraum zur Verfügung.

### 1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

Bei der Verpflegung werden die Erfordernisse, Bedürfnisse und Wünsche der Patienten berücksichtigt.

Wir servieren unseren Patienten eine abwechslungsreiche, gesunde und wohlschmeckende Kost. Die Zubereitung der Speisen erfolgt in der klinikeigenen Küche. Bei Bedarf kann die Zusammenstellung des Essens gemeinsam mit einer Diätassistentin erfolgen. Auf Allergien und Unverträglichkeiten nehmen wir Rücksicht. Die Patienten können zwischen vier Vollkostmenüs wählen. Auch beim Frühstück und Abendessen bieten wir eine Auswahl an verschiedenen Speisen an. Religiöse und kulturelle Besonderheiten (z.B. muslimische Kost) werden bei unserem Speiseangebot berücksichtigt.

### 1.3.5 Koordinierung der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Durch eine gezielte, patientenorientierte Koordination der Behandlungsmaßnahmen stellen wir sicher, dass es zu keinen Verzögerungen im Behandlungsprozess kommt. Alle im Rahmen der Diagnostik erhobenen Befunde werden schnell und sicher dokumentiert. Einheitliche Anforderungsbögen garantieren, dass die Informationen und Untersuchungsergebnisse zeitnah übermittelt werden. Verschiedene Mitarbeitergruppen begleiten die Patienten innerhalb des Hauses zu den Untersuchungen. Dabei werden die speziellen Bedürfnisse der Patienten (z.B. Rollstuhl) berücksichtigt.

### 1.3.6 Koordinierung der Behandlung: OP-Koordination

Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.

Es werden keine Operationen im Hause durchgeführt.

### 1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

Die Behandlung des Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Patientenversorgung.

Regelmäßige Besprechungen ermöglichen einen kontinuierlichen und umfassenden Informationsaustausch zwischen allen an der Behandlung des Patienten Beteiligten. Hierzu zählen wöchentliche Teamsitzungen, Supervisionen und Behandlungsplanungskonferenzen. In den regelmäßigen Fallbesprechungen erörtern Mitarbeiter verschiedener Fachbereiche und Berufsgruppen die einzelnen Behandlungsfälle. Bei Bedarf ziehen die Ärzte für weitere Untersuchungen externe, niedergelassene Konsilärzte hinzu.

### 1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

Die Visitierung des Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Patientenversorgung.

In den regelmäßigen Visiten überprüfen wir den Zustand des Patienten, besprechen den Verlauf der Behandlung und informieren den Patienten über die Behandlung. Mehrmals wöchentlich erfolgen Visiten durch den Stationsarzt und die Pflegekräfte. Zudem nehmen an den Visiten verschiedene Therapeuten, z.B. Sport- und Ergotherapeuten teil. Besonders wichtig ist für uns stets die Wahrung der Intimsphäre der Patienten bei den Visiten. Über die Visitenzeiten werden die Patienten und Angehörigen über Aushänge und das Pflegepersonal informiert.

#### 1.4 Übergang des Patienten in andere Versorgungsbereiche

Die kontinuierliche Weiterversorgung des Patienten in anderen Versorgungsbereichen erfolgt professionell und koordiniert gesteuert unter Integration des Patienten.

##### 1.4.1 Entlassung und Verlegung

Der Übergang in andere Versorgungsbereiche erfolgt strukturiert und systematisch unter Integration und Information des Patienten und ggf. seiner Angehörigen.

Durch eine frühzeitige Planung der Entlassung stellen wir sicher, dass die Patienten ausreichend informiert sind und der Übergang in andere Versorgungsbereiche problemlos erfolgt. In das Entlassungsgespräch durch ärztliche und pflegerische Mitarbeiter werden auf Wunsch des Patienten auch Angehörige und Betreuer eingebunden. Im Entlassungsgespräch informieren wir die Patienten umfassend über den Behandlungsverlauf, therapeutische Empfehlungen und Medikamente. Unser Sozialdienst unterstützt die Patienten bei der Entlassung.

##### 1.4.2 Bereitstellung kompletter Informationen zum Zeitpunkt des Überganges des Patienten in einen anderen Versorgungsbereich (Entlassung / Verlegung u. a.)

Das Krankenhaus sichert eine lückenlose Information für die Weiterbehandlung oder Nachsorge des Patienten.

Damit unsere Patienten lückenlos in anderen Versorgungsbereichen weiterbehandelt werden können, stellen wir am Tag der Entlassung neben dem Kurzarztbrief weitere Informationen (z.B. Medikamentenübersicht) zur Verfügung. Der endgültige, detaillierte Entlassungsbericht wird dem weiterbehandelnden Arzt kurz nach der Entlassung zugestellt. Im Entlassungsgespräch überprüft der behandelnde Arzt, ob der Patient alle für die Weiterbehandlung relevanten Informationen erhalten und verstanden hat. Der Arzt kann in diesem Rahmen gezielt auf Rückfragen des Patienten eingehen.

##### 1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

Vom Krankenhaus wird eine kontinuierliche Weiterbetreuung des Patienten durch Kooperation mit den weiterbetreuenden Einrichtungen bzw. Personen sichergestellt.

Durch die kontinuierliche Weiterbetreuung unserer Patienten möchten wir den Behandlungserfolg langfristig sichern. Daher haben wir ein Netzwerk aus einweisenden und nachbehandelnden Ärzten, stationären Einrichtungen und Beratungsstellen aufgebaut. Dazu zählen Selbsthilfegruppen, ambulante Pflegedienste und stationäre Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen. Niedergelassene Ärzte werden in Fortbildungsveranstaltungen, bei Besuchen und mittels Flyer über das Angebot unserer Klinik informiert. Zudem können unsere Patienten von uns ambulant weiterbetreut werden.

## 2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

### 2.1 Planung des Personals

Durch die Personalplanung ist die kontinuierliche Bereitstellung einer angemessenen Anzahl an qualifizierten Mitarbeitern gesichert.

#### 2.1.1 Planung des Personalbedarfes

Die Planung des Personalbedarfes umfasst die Bereitstellung einer angemessenen Zahl an entsprechend qualifizierten Mitarbeitern.

Um eine hochwertige Behandlung und Betreuung für unsere Patienten sicherzustellen, ist für uns die Gewinnung von qualifizierten Mitarbeitern von großer Bedeutung. Als Grundlage für die Personalbedarfsermittlung dienen der Stellenplan, aktuelle Leistungskennzahlen sowie verschiedene gesetzliche Verordnungen. Das Personalbudget wird regelmäßig anhand der aktuellen Leistungskennzahlen so angepasst, dass jederzeit ausreichend qualifiziertes Personal im Rahmen der wirtschaftlichen Möglichkeiten zur Verfügung steht.

### 2.2 Personalentwicklung

Die Personalentwicklung des Krankenhauses orientiert sich an den Bedürfnissen des Hauses und der Mitarbeiter.

#### 2.2.1 Systematische Personalentwicklung

Das Krankenhaus betreibt eine systematische Personalentwicklung.

Wir setzen unsere Mitarbeiter entsprechend ihren Qualifikationen und Fähigkeiten in unserer Klinik optimal ein und bieten ihnen langfristige Entwicklungsperspektiven. Es erfolgen bei uns regelmäßige Mitarbeitergespräche zwischen dem direkten Vorgesetzten und Mitarbeiter. Neben der Leistungsbeurteilung und individuellen Weiterentwicklung des Mitarbeiters werden in diesen insbesondere die Fort- und Weiterbildung thematisiert. Die Wünsche der Mitarbeiter fließen in die Gestaltung des Jahresprogramms der innerbetrieblichen Fortbildung ein.

#### 2.2.2 Festlegung der Qualifikation

Das Krankenhaus stellt sicher, dass Wissensstand, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiter den Anforderungen der Aufgabe (Verantwortlichkeiten) entsprechen.

Für die verschiedenen Tätigkeitsbereiche liegen Aufgabenbeschreibungen vor, in denen die Anforderungen und die Aufgaben beschrieben werden. Diese werden regelmäßig überprüft und aktualisiert. In Arbeitsproben und den Mitarbeitergesprächen wird kontinuierlich überprüft, dass die Mitarbeiter für die Erfüllung der Aufgaben ausreichend qualifiziert sind. Die regelmäßigen Fort- und Weiterbildungen stellen sicher, dass die Mitarbeiter in der täglichen Arbeit immer den neusten Stand der Wissenschaft berücksichtigen.

### 2.2.3 Fort- und Weiterbildung

Das Krankenhaus sorgt für eine systematische Fort- und Weiterbildung, die sowohl an den Bedürfnissen der Mitarbeiter als auch des Krankenhauses ausgerichtet ist.

Im Leitbild ist die Verantwortung unseres Hauses für eine systematische Aus-, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter und Auszubildenden verankert. Wir möchten unseren Mitarbeitern die persönliche und fachliche Weiterentwicklung ermöglichen. Das Jahresfortbildungsprogramm beinhaltet alle Fort- und Weiterbildungen für die Mitarbeiter. Neben gesetzlichen Vorgaben und betrieblichen Erfordernissen werden in diesem insbesondere die Wünsche der Mitarbeiter berücksichtigt. Monatlich werden die Mitarbeiter per E-Mail über Fortbildungsveranstaltungen informiert.

### 2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Wir möchten, dass sich unsere Mitarbeiter ausreichend persönlich und zum betrieblichen Nutzen weiterbilden können. Daher stellen wir ein Budget für Fort- und Weiterbildungen zur Verfügung, das jährlich den aktuellen Bedingungen angepasst wird. Die Finanzierung der Fort- und Weiterbildung erfolgt bedarfsorientiert. Der Bedarf und die Wünsche der Mitarbeiter werden in den Mitarbeitergesprächen erhoben und individuell mit dem einzelnen Mitarbeiter abgestimmt. Für die Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen werden die Mitarbeiter vom Dienst freigestellt.

### 2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

Für Mitarbeiter sind angemessene Fort- und Weiterbildungsmedien zeitlich uneingeschränkt verfügbar.

Unseren Mitarbeitern steht ein umfangreiches Angebot an Fort- und Weiterbildungsmedien zur Verfügung. Dadurch ermöglichen wir, dass die Mitarbeiter sich eigenständig und individuell weiterbilden und auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft bleiben. In den verschiedenen Bibliotheken steht ein umfangreiches Angebot an Fachliteratur zur Verfügung. Auf allen Stationen befindet sich ein PC, der jedem Mitarbeiter den Zugriff auf das Internet und Intranet ermöglicht. Ebenso ist die Buchung der modern ausgestatteten Tagungs- und Fortbildungsräume jederzeit möglich.

## 2.2.6 Sicherstellung des Lernerfolges in angegliederten Ausbildungsstätten

Angegliederte Ausbildungsstätten leisten eine Theorie-Praxis-Vernetzung und bereiten Mitarbeiter angemessen auf ihre Tätigkeiten im Rahmen der Patientenversorgung vor.

Um die Auszubildenden angemessen auf die Tätigkeiten in der Patientenversorgung vorzubereiten, ist eine gezielte und grundlegende Ausbildung wichtig. An unser Haus ist eine Krankenpflegeschule angegliedert. Jährlich nehmen wir in dieser 28 Auszubildende auf. Um eine enge Vernetzung zwischen Theorie und Praxis sicherzustellen, finden wöchentlich Besprechungen zwischen der Schulleitung und unserer Pflegedirektorin statt. In allen Ausbildungsbereichen stehen den Schülern ausgebildete Praxisanleiter als Betreuer zur Verfügung.

## 2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

Mitarbeiterinteressen werden angemessen bei der Führung des Krankenhauses berücksichtigt.

### 2.3.1 Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles

Im Krankenhaus wird ein festgelegter und einheitlicher Führungsstil praktiziert, der die Bedürfnisse der Mitarbeiter berücksichtigt.

Die Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstils ist fest in unserem Leitbild verankert. Die regelmäßig geführten Mitarbeitergespräche sind ein wichtiges Instrument des mitarbeiterorientierten Führungsstils. Dieses wird nach den Grundsätzen "partnerschaftlich führen", "Zusammenarbeit fördern" und "Verantwortung delegieren" geführt. Entsprechend ihrer Fähigkeiten und Qualifikationen sind Mitarbeiter im gesamten Klinikum in Qualitätsmanagementprojekte und andere wichtige Projekte, z.B. den Klinikumbau, eingebunden.

### 2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Die Arbeitszeiten orientieren sich an den tariflichen und rechtlichen Vorgaben. Die Mitarbeiter der Verwaltung und Ärzte haben feste Arbeitszeiten, in allen anderen Bereichen wird monatlich eine Dienstplanung erstellt. Wir ermöglichen unseren Mitarbeitern unterschiedliche Arbeitszeitmodelle, beispielsweise individuelle Teilzeitverträge, Stellenteilung und Altersteilzeit. Die Arbeitszeiten der Mitarbeiter und gegebenenfalls anfallende Überstunden werden in allen Bereichen erfasst und überprüft. Überstunden werden mit Freizeit ausgeglichen oder ausbezahlt.

### 2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Damit unsere neuen Mitarbeiter sich fachlich und sozial in ihrem neuen Arbeitsumfeld sicher und wohl fühlen, legen wir großen Wert auf eine umfassende Einarbeitung. Für alle Abteilungen und Berufsgruppen gibt es ein Einarbeitungskonzept. Am ersten Arbeitstag erhält jeder neue Mitarbeiter zudem eine umfangreiche Einführungsmappe, die alle wichtigen Informationen enthält. In der Einarbeitungsphase wird ihm ein Pate als Ansprechpartner zur Seite gestellt. Rückmeldung zu den Arbeitsleistungen erhalten neue Mitarbeiter in den Probezeitgesprächen mit ihren Vorgesetzten.

### 2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zum Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden.

Unsere Mitarbeiter sollen die Möglichkeit haben, ihre Ideen und Verbesserungsvorschläge einbringen zu können. Zu diesem Zweck haben wir ein betriebliches Vorschlagswesen eingeführt. In regelmäßigen Treffen stimmt ein Bewertungsteam über die Vorschläge ab. Erfolgreich umgesetzte Vorschläge werden finanziell vergütet. Für Beschwerden steht unseren Mitarbeitern ein Meckerkasten zur Verfügung, für den die Mitarbeiter des Qualitätsmanagements verantwortlich sind. Darüber hinaus können sich die Mitarbeiter an den direkten Vorgesetzten und den Personalrat wenden.



### 3 Sicherheit im Krankenhaus

#### 3.1 Gewährleistung einer sicheren Umgebung

Das Krankenhaus gewährleistet eine sichere Umgebung für die Patientenversorgung.

##### 3.1.1 Verfahren zum Arbeitsschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum Arbeitsschutz angewandt, das insbesondere Sicherheitsaspekte am Arbeitsplatz, bei Mitarbeitern, im Umgang mit Gefahrstoffen und zum Strahlenschutz berücksichtigt.

Der Arbeitsschutz wird in unserer Klinik durch die Betriebsärzte und die Fachkraft für Arbeitssicherheit sichergestellt. Unsere Mitarbeiter werden umfassend und regelmäßig zu allen wichtigen Themen des Arbeitsschutzes geschult. Darüber hinaus haben die Mitarbeiter jederzeit Zugriff auf das Intranet, wo weitere wichtige Informationen und Dokumente zum Arbeitsschutz vorhanden sind. In den allen Bereichen werden Arbeitsplatzbegehungen durchgeführt. Ebenso erfolgen in regelmäßigen Abständen Überprüfungen der technischen Anlagen.

##### 3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

In allen Bereichen unserer Klinik haben wir umfangreiche Vorkehrungen für die schnelle Bewältigung eines Brandes getroffen. Überall sind Pläne zu den Flucht- und Rettungswegen ausgehängt. Diese werden bei den Begehungen des Brandschutzbeauftragten kontinuierlich überprüft und gegebenenfalls aktualisiert. Regelmäßige Brandschutzschulungen und Brandschutzübungen stellen sicher, dass unsere Mitarbeiter im Brandfall geeignete Erstmaßnahmen einleiten können. Zudem ist die Hausfeuerwehr im Ereignisfall sofort einsatzbereit.

##### 3.1.3 Verfahren zur Regelung von hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung bei hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz angewandt.

Im Fall von Katastrophen ist eine zielgerichtete Vorgehensweise unerlässlich, um Gefahren für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter mit geeigneten Maßnahmen abzuwehren. Für Gefahrensituationen haben wir einen ausführlichen Alarm- und Einsatzplan erstellt, der im Intranet allen Mitarbeitern jederzeit zugänglich ist. Die Mitarbeiter sind umfassend über die Vorgehensweise bei Katastrophen informiert und geschult. Bei Rückfragen stehen ihnen qualifizierte Ansprechpartner zur Verfügung.

### 3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Medizinische Notfälle können in unserer Klinik zügig behandelt werden. Verantwortlich für das Notfallmanagement ist die Ärztliche Direktorin. In vielen Bereichen gibt es standardisierte Notfallausrüstungen, die monatlich von ausgebildeten Pflegekräften überprüft werden. Alle Mitarbeiter können jederzeit auf die Notfallausrüstungen zugreifen. Mehrmals jährlich bieten wir Schulungen zum Notfallmanagement für alle Mitarbeiter an. So stellen wir sicher, dass unsere Mitarbeiter in Notfällen eine rasche Erstversorgung leisten können.

### 3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

Für den Patienten wird eine sichere unmittelbare Umgebung gewährleistet und Maßnahmen zur Sicherung vor Eigen- und Fremdgefährdung umgesetzt.

Wir möchten eine sichere Versorgung aller Patienten rund um die Uhr gewährleisten. Patientengruppen, die für sich selbst und andere ein Sicherheitsrisiko darstellen, werden in besonderem Maße beaufsichtigt. Die individuelle Behandlungsplanung stellt sicher, dass alle Patienten ihrer Situation entsprechend angemessen betreut und versorgt werden. Auf der Kinder- und Jugendstation sind durch Fenster- und Türsicherungen besondere Sicherheitsvorkehrungen getroffen. In allen Fällen wird stets sorgsam zwischen Schutz und Wahrung der persönlichen Freiheit abgewogen.

## 3.2 Hygiene

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

### 3.2.1 Organisation der Hygiene

Für Belange der Hygiene ist sowohl die personelle Verantwortung als auch das Verfahren der Umsetzung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen krankenhausesweit geregelt.

Durch eine klare Struktur und Organisation der Hygiene gewährleisten wir einen hohen Hygienestandard. Verantwortlich für die Hygiene sind unsere Ärztliche Direktorin und die Hygienefachkräfte. Verschiedene Dokumente wie der Hygieneordner sind in allen Bereichen und im Intranet hinterlegt, so dass die Mitarbeiter jederzeit Zugriff darauf haben. Jährlich werden die Mitarbeiter zudem zu unterschiedlichen hygienebezogenen Themen geschult. Den hohen Hygienestandard stellen wir auch über kontinuierliche Begehungen und Überprüfungen durch die Hygienefachkräfte sicher.

### 3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

Für die Analyse hygienerelevanter Bereiche wie auch die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen werden krankenhausesweit hygienerelevante Daten erfasst.

Die kontinuierliche Erhebung hygienerelevanter Daten ermöglicht uns, gezielt Informationen über Infektionen und Erreger zu erhalten. Meldepflichtige Informationen erfassen und melden wir unmittelbar. Bei Vorkommnissen beurteilt die Hygienefachkraft die Situation direkt vor Ort und leitet umgehend Maßnahmen ein. In regelmäßigen Sitzungen der Hygienekommission, die sich aus Mitarbeitern verschiedener Berufsgruppen zusammensetzt, werden die Statistiken besprochen. Dabei werden auch Maßnahmen abgeleitet, wie wir unseren hohen Hygienestandard halten können.

### 3.2.3 Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen

Hygienesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Um einen kontinuierlich hohen Hygienestandard sicherzustellen, haben wir umfangreiche hygienesichernde Maßnahmen getroffen. Die Hygieneunterweisung für neue Mitarbeiter und die kontinuierlichen Schulungen und Fortbildungen für unsere Mitarbeiter erhöhen die Kompetenzen im Bereich der Hygiene. Zur Vertiefung der Kenntnisse steht unseren Mitarbeitern umfangreiches Informationsmaterial auf den Stationen und im Intranet zur Verfügung. Begehungen der Hygienefachkräfte in allen Stationen gewährleisten zudem einen hohen Hygienestandard.

### 3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.

Unser Hygieneplan berücksichtigt die Krankenhaushygieneverordnung des Landes NRW. Regelmäßig durchgeführte Hygienebegehungen und Untersuchungen stellen die Einhaltung der Hygienerichtlinien sicher. In der Küche wird das HACCP-Konzept umgesetzt und regelmäßig durch die örtliche Gesundheitsbehörde überprüft. Die Mitarbeiter der Küche werden zur Umsetzung des HACCP-Konzepts durch die Hygienefachkräfte geschult. Den Umgang, die Lagerung und die Handhabung von Arzneimitteln überprüfen die Mitarbeiter der Apotheke in allen Stationen kontinuierlich.

### 3.3 Bereitstellung von Materialien

Vom Krankenhaus werden die für die Patientenversorgung benötigten Materialien auch unter Beachtung ökologischer Aspekte bereitgestellt.

#### 3.3.1 Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregelter Verfahren zur Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten.

Standardisierte Abläufe stellen eine sichere, zeitnahe und qualitativ hochwertige Belieferung von Arzneimitteln und Medizinprodukten in allen Bereichen unserer Klinik sicher. Die Bereitstellung der Arzneimittel erfolgt über die Apotheke. Bei Bedarf können jederzeit Arzneimittel angefordert werden. Im Intranet sind für die Mitarbeiter Listen zur Bestellung verfügbar. Diese werden täglich aktualisiert. Eine rasche Zustellung der Anforderungen wird durch den Fuhrpark, die Hol- und Bringdienste oder die persönliche Zustellung durch die Apotheke gewährleistet.

#### 3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregelter Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Um die adäquate Behandlung unserer Patienten sicherzustellen, legen wir großen Wert auf eine sichere Anwendung der Arzneimittel. Auf allen Stationen werden die wichtigsten Arzneimittel in ausreichender Menge bevorratet. Umfangreiche Informationen sind für alle Mitarbeiter online über die Apothekenliste und Fachdatenbanken jederzeit verfügbar. In halbjährlichen Stationsbegehungen einer Apothekerin wird die sachgerechte Lagerung der Arzneimittel sichergestellt. Für Bestellungen und Rückfragen sind die Mitarbeiter der Apotheke rund um die Uhr erreichbar.

#### 3.3.3 Anwendung von Blut und Blutprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregelter Verfahren zur Anwendung von Blut und Blutprodukten.

Bei den Blutprodukten handelt es sich in der Klinik ausschließlich um Immunglobuline vom Menschen. Der Umfang des Einsatzes ist sehr gering. Die geregelte Vorgehensweise bei Verabreichung von Blutprodukten ist im Intranet und in der Online-Apothekenliste für alle zugänglich hinterlegt. Die patientenbezogene Chargendokumentation wird zentral in der Klinikapotheke durchgeführt.

### 3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Um den ordnungsgemäßen Umgang mit Medizinprodukten sicherstellen, bedienen bei uns nur eingewiesene Mitarbeiter die Geräte. In jeder Abteilung sind Verantwortliche für die Medizinprodukte benannt. Neue Mitarbeiter werden in die Benutzung der Geräte fachmännisch eingewiesen. Zusätzlich liegen auf allen Stationen umfangreiche Informationen zur Benutzung der Geräte aus. Eine externe Fachfirma ist für die Instandhaltung und Prüfung der Medizinprodukte verantwortlich. Die Wartung der Geräte wird ordnungsgemäß vom Hersteller durchgeführt.

### 3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Der verantwortungsbewusste Einsatz der natürlichen Ressourcen ist ein wichtiges Ziel für uns. Daher sind wir seit 2001 nach EMAS zertifiziert. Gemäß der Verordnung von EMAS haben wir Umweltleitlinien erlassen, an denen wir unser Handeln ausrichten. In unserem Umweltmanagementhandbuch sind alle wichtigen Informationen für die Mitarbeiter dargestellt. Weitere Informationen sind im Intranet und allen Stationen für die Mitarbeiter verfügbar. Neben einer strikten Abfalltrennung legen wir besonders großen Wert auf Wasser- und Energieeinsparungen.

## 4 Informationswesen

### 4.1 Umgang mit Patientendaten

Im Krankenhaus existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die Erfassung, Dokumentation und Verfügbarkeit von Patientendaten sicherstellt.

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

Eine hausinterne Regelung zur Führung und Dokumentation von Patientendaten liegt vor und findet Berücksichtigung.

Die Patientendokumentation enthält alle wichtigen Informationen zum aktuellen Zustand unserer Patienten. Für eine umfassende und adäquate sowie einheitliche Dokumentation haben wir berufsgruppenübergreifend klare Vorgaben gemacht, wie wann durch wen zu dokumentieren ist. Eine umfassende Dokumentation in der EDV soll eine zeitnahe Verfügbarkeit sicherstellen, auf allen Stationen haben alle Mitglieder des Behandlungsteams personalisierten Zugriff auf unser Krankenhausinformationssystem. Die Dokumentation in der Forensik folgt den gesetzlichen Grundlagen.

#### 4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

Vom Krankenhaus wird eine vollständige, verständliche, korrekte, nachvollziehbare und zeitnahe Dokumentation von Patientendaten gewährleistet.

Um die Regelungen für die Dokumentation in der Praxis umzusetzen, sind umfassende EDV-Zugriffe auf unser Krankenhausinformationssystem (KIS) für jeden Mitarbeiter gemäß seiner Berechtigung gegeben. Von der Aufnahme über Visitenergebnisse bis hin zur Entlassung werden alle wesentlichen Schritte in Diagnostik und Therapie von allen Berufsgruppen im Behandlungsteam in der EDV dokumentiert. Eine systematische Überprüfung der Pflege- und ärztlichen Dokumentation soll die Einhaltung der internen und gesetzlichen Vorgaben sicherstellen und kontinuierlich verbessern.

#### 4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren, um den zeitlich uneingeschränkten Zugriff auf die Patientendokumentation zu gewährleisten.

Dadurch, dass wir schon seit mehreren Jahren eine EDV-gestützte Dokumentation nutzen und weiter ausbauen, ist sichergestellt, dass die relevanten Informationen über jeden Patienten den berechtigten Mitarbeitern kurzfristig und zu jeder Zeit zur Verfügung stehen. Sollten die Behandelnden aus anderen Klinikbereichen auf Informationen zugreifen müssen, gibt es hierzu separate Logins, die überprüft werden. Zudem gibt es für restliche Papierakten ein zentrales Archiv, aus dem Mitarbeiter ältere oder andere Akten anfordern können.

## 4.2 Informationsweiterleitung

Im Krankenhaus existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die adäquate Weiterleitung von Informationen gewährleistet.

### 4.2.1 Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Bereichen

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Informationsweitergabe innerhalb und zwischen verschiedenen Krankenhausbereichen.

Um eine funktionierende Kommunikation und Information zwischen den verschiedenen Bereichen und Berufsgruppen der Klinik sicherzustellen, gibt es eine Besprechungsübersicht, aus der alle wichtigen Besprechungen mit Teilnehmern, Sitzungsturnus, Inhalten, Protokollpflicht etc. hervorgehen. Viele Konferenzen und Besprechungen dienen einem umfassenden und berufsgruppenübergreifenden Austausch zwischen den Mitgliedern des Behandlungsteams. Zudem gibt es die Möglichkeit, wichtige Informationen per Rundschreiben oder E-Mail an alle Mitarbeiter zu kommunizieren.

### 4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

Zentrale Auskunftsstellen im Krankenhaus werden mit Hilfe einer geregelten Informationsweiterleitung kontinuierlich auf einem aktuellen Informationsstand gehalten.

Unter Wahrung des Datenschutzes sollen Patienten, Mitarbeiter, Besucher und Angehörige schnell, freundlich und kompetent die Auskünfte erhalten, die sie suchen. Unsere zentrale Auskunftsstelle ist die Zentrale die auch die Telefonzentrale darstellt. Sie ist rund um die Uhr besetzt. An der Zentrale laufen alle wichtigen Informationen zusammen, die Mitarbeiter haben Einsicht in die aktuelle Belegung, die aktuellen Dienstpläne in der Klinik sowie z.B. auf das aktuelle Telefonverzeichnis. Zudem sind sie in der Gesprächsführung und dem richtigen Verhalten in Notfällen geschult.

### 4.2.3 Information der Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Unsere Öffentlichkeitsarbeit soll die positive Wahrnehmung der Klinik in der Öffentlichkeit sicherstellen und über Neuigkeiten, Aktuelles und Wichtiges informieren. Hierzu gibt es eine Stabsstelle Öffentlichkeitsarbeit, deren Mitarbeiterin der Ärztlichen Direktion unterstellt ist. Neben den vielen Veranstaltungen pro Jahr gehört zu den Aufgaben der Öffentlichkeitsarbeit auch das Verfassen von Pressemeldungen, Broschüren, Internettexten oder auch die Erstellung eines monatlichen Pressespiegels für die Betriebsleitung und die Leitungskonferenz der zweiten Leitungsebene.

#### 4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

Daten und Informationen insbesondere von Patienten werden im Krankenhaus durch verschiedene Maßnahmen geschützt.

Damit wir unseren gesetzlichen Verpflichtungen zum Datenschutz nachkommen, gibt es einen Datenschutzbeauftragten, der z.B. die Mitarbeiter unterweist und schult. Er führt mehrmals jährlich in allen Bereichen Begehungen zur Überprüfung der Einhaltung der geltenden Regelungen durch. Die Mitarbeiter haben auf Grundlage eines Berechtigungskonzepts je nach Tätigkeit Zugriff auf die verschiedenen Daten der Patientenversorgung. Daten werden ausschließlich bei Vorliegen einer unterschriebenen Einverständniserklärung des Patienten an z.B. den Hausarzt weitergegeben.

#### 4.3 Nutzung einer Informationstechnologie

Im Rahmen der Patientenversorgung wird Informationstechnologie eingesetzt, um die Effektivität und Effizienz zu erhöhen.

##### 4.3.1 Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie

Die Voraussetzung für eine umfassende und effektive Nutzung der unterstützenden Informationstechnologie wurde geschaffen.

Ein funktionierendes EDV-System ist unerlässlich für die Steuerung der Patientenversorgung und eine vollständige Patientendokumentation. Unser Krankenhausinformationssystem ist besonders weit entwickelt und unterstützt die Mitglieder des Behandlungsteams. Alle Bereiche sind an das EDV-System angeschlossen. Schulungen und Einweisungen erfolgen für neue Mitarbeiter sowie für alle Mitarbeiter bei neuer Soft- und Hardware. Eine rund um die Uhr verfügbare Hotline in der Klinik sorgt dafür, dass Mitarbeiter bei Problemen schnell Unterstützung und Beratung erhalten.



## 5 Krankenhausführung

### 5.1 Entwicklung eines Leitbildes

Das Krankenhaus entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.

#### 5.1.1 Entwicklung eines Leitbildes

Das Krankenhaus entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.

Ziel unseres Leitbildes ist es, eine einheitliche Philosophie für das Handeln aller Mitarbeiter zu bieten und dieses auch Patienten und weiteren Gruppen nach außen zu kommunizieren. Das Leitbild wurde mit Führungskräften aller Berufsgruppen erarbeitet und dient darüber hinaus auch einem Pflegeleitbild bzw. dem Leitbild der Kinder- und Jugendpsychiatrie als Grundlage. Es ist im Intranet und im Internet veröffentlicht. Um bestimmte Entwicklungen der Klinik auch im Leitbild wieder zu finden, wird es regelmäßig von den Führungskräften überprüft und ggf. aktualisiert.

### 5.2 Zielplanung

Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und steuert die Umsetzung der festgelegten Ziele.

#### 5.2.1 Entwicklung einer Zielplanung

Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und nutzt diese für die Steuerung seiner Handlungen.

Um die Klinik weiterzuentwickeln und langfristig auch die Behandlungsqualität zu sichern, wurde 2006 eine "Strategie 2011" entwickelt und sich an einem strategischen Rahmen unseres Trägers orientiert. Die Strategie wurde von den Führungskräften der Klinik auf einer Klausurtagung definiert. Um die Inhalte auch umzusetzen, wurden jeweils konkrete Maßnahmen und Projekte abgeleitet und durch die Mitarbeiter der Klinik bereits auch umgesetzt. Jährlich wird die Strategie auf der Klausurtagung aller Führungskräfte hinsichtlich ihrer Aktualität überprüft und ggf. auch ergänzt.

#### 5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

Die aktuelle Organisationsstruktur des Krankenhauses ist festgelegt unter Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten.

Damit die Verantwortungsbereiche der Klinik inhaltlich und personell abgegrenzt und nachvollziehbar sind, wurde ein Organigramm erstellt, aus dem die Organisation hervorgeht. Das Organigramm ist über das Intranet und das Internet einsehbar und somit transparent. Wichtiger Bestandteil der Arbeitsorganisation ist auch das Projektmanagement, das klar geregelt ist. Projekte werden laufend überwacht, um sicherzustellen, dass sie umgesetzt werden können. Projekte in 2007 waren z.B. die Öffentlichkeitsarbeit, die Organisation der Hygiene oder der Neubau unserer Forensik.

### 5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

Die Krankenhausleitung entwickelt einen Finanz- und Investitionsplan und übernimmt die Verantwortung für dessen Umsetzung.

Für die langfristige Existenzsicherung ist eine klare Finanz- und Investitionsplanung erforderlich. Jährliche Wirtschaftspläne geben den Budgetverantwortlichen den Rahmen für ihre Arbeit vor. Eine interne Budgetierung stellt sicher, dass die verantwortlichen Leitungskräfte in diesem Rahmen eigenständig arbeiten und planen können. Um auch die übrigen Mitarbeiter in die ökonomische Verantwortung einzubeziehen, stellen wir z.B. über Preislisten der Apotheke Transparenz her. Die Stabsstelle Controlling stellt den Budgetverantwortlichen monatliche Auswertungen zu.

### 5.3 Sicherstellung einer effektiven und effizienten Krankenhausführung

Das Krankenhaus wird effektiv und effizient geführt mit dem Ziel der Sicherstellung der Patientenversorgung.

#### 5.3.1 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Leitungsgremien und Kommissionen

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise von Leitungsgremien und Kommissionen, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.

Damit in den Leitungsgremien und Kommissionen der Klinik schnell die richtigen Entscheidungen getroffen werden, gibt es hierzu klare Regelungen bei der Arbeitsweise, z.B. über Geschäftsordnungen. Die Mitarbeiter können über eine Tabelle einsehen, wer der Ansprechpartner für die jeweiligen Gremien ist. Zur Erhöhung der Transparenz werden teilweise Protokolle von Sitzungen veröffentlicht, die Leitungskräfte kommunizieren diese in Besprechungen oder per E-Mail an alle Mitarbeiter. Für effektive Sitzungen sorgen Tagesordnungen, Protokolle und ein Wiedervorlagesystem.

#### 5.3.2 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.

Auch innerhalb der Krankenhausführung sind die Verantwortlichkeiten über eine Betriebsatzung klar geregelt, die Betriebsleitung trifft sich wöchentlich in protokollierten Besprechungen, zu denen per Tagesordnung eingeladen wird. Hierbei informieren sich die Mitglieder über Vorgänge in Ihren Zuständigkeitsbereichen. Die öffentlichen Teile der Sitzungsprotokolle werden den Mitgliedern der zweiten Leitungsebene zugänglich gemacht. Aufträge, die die Betriebsleitung vergibt, werden durch die Sekretariate bzw. die Assistenzen bzgl. ihrer Umsetzung überprüft.

### 5.3.3 Information der Krankenhausführung

Die Krankenhausleitung wird regelmäßig über Entwicklungen und Vorgänge im Krankenhaus informiert und nutzt diese Informationen zur Einleitung verbessernder Maßnahmen.

Damit die Betriebsleitung schnell die richtigen Entscheidungen treffen kann, benötigt sie umfassende und adäquate Informationen. Daher ist für wichtige Vorgänge in der Klinik ein Berichtswesen etabliert, z.B. über die monatlichen Berichte des Controllings. Für die Meldung unvorhersehbarer Ereignisse gibt es ebenfalls klare Meldewege und Verantwortlichkeiten. Die Informationen an die Betriebsleitung umfassen auch ein Qualitätskennzahlensystem zu den Themen Hygiene, Beschwerde- und Qualitätsmanagement. Die Bewertung der Daten erfolgt durch die Betriebsleitung.

### 5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

Die Krankenhausführung fördert durch geeignete Maßnahmen das gegenseitige Vertrauen und den gegenseitigen Respekt gegenüber allen Mitarbeitern.

Die Zufriedenheit und die Motivation unserer Mitarbeiter soll durch verschiedene vertrauensfördernde Maßnahmen gesichert und gesteigert werden. Somit soll auch die hohe Qualität der Arbeit unserer Mitarbeiter wert geschätzt werden. Neben einer vertrauensvollen Zusammenarbeit mit dem Personalrat gibt es zahlreiche Beispiele: mehrmals jährliche Mitarbeiterfeste, Betriebssportgruppen, Betriebsausflüge, Apotheken- und Gärtnereieinkauf oder etwa Supervisionen. Der Personalrat und einzelne Mitarbeiter sind in die Organisation viele dieser Angebote eingebunden.

## 5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben

Rechte und Ansprüche von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen werden krankenhaushausweit respektiert und berücksichtigt.

### 5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

Im Krankenhaus werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt.

Bei ethischen Fragestellungen sollen sowohl die Mitarbeiter als auch Patienten, Angehörige und Betreuer kompetente Beratung und Begleitung erfahren. Hierzu ist die Einrichtung eines Ethikkomitees geplant. In regelmäßigen oder bedarfsweisen Sitzungen werden Ärzte, Seelsorge, Ombudsfrau der Klinik, Pflegekräfte, evtl. ein Richter und das Qualitätsmanagement sich mit ausgewählten oder vorgeschlagenen Themen auseinandersetzen. Über den Ethikrat informieren Flyer, Aushänge oder Berichte in der Klinikzeitung. Protokolle der Sitzungen werden anonymisiert ins Intranet gestellt.

#### 5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

Im Krankenhaus werden Bedürfnisse sterbender Patienten und ihrer Angehörigen systematisch berücksichtigt.

Wir berücksichtigen die Bedürfnisse sterbender Patienten und deren Angehörigen berücksichtigen. Hierfür sind unsere Mitarbeiter z.B. über die Aus- oder die Fortbildung entsprechend qualifiziert. Auf Wunsch kann jederzeit die Seelsorge zur Begleitung hinzugezogen werden. Zudem wird eine umfassende Schmerztherapie, eine angemessene letzte Lebensphase der sterbenden Patienten gewährleisten. Spezielle Bedürfnisse wie Ruhe, geeignete Räumlichkeiten sowie die individuelle Gestaltung des Zimmers mit Bildern, Musik etc. werden besonders beachtet.

#### 5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

Im Krankenhaus gibt es Regelungen zum adäquaten Umgang mit Verstorbenen und deren Angehörigen.

Bei verstorbenen Patienten ist es für den würdevollen Abschied wichtig, Bedürfnisse der Angehörigen sowie die kulturellen und religiösen Besonderheiten zu berücksichtigen. Hierzu gibt es einen Standard "Versorgung Verstorbener", den die Schüler der Krankenpflegeschule mit der Schulleitung in einer Projektarbeit entwickelt haben. Verstorbene Patienten können auf dem Zimmer verbleiben, bis die Angehörigen Abschied nehmen können. Auf die Unterstützung und die Begleitung durch die Seelsorge wird hingewiesen, ggf. wird sie einbezogen.

## 6 Qualitätsmanagement

### 6.1 Umfassendes Qualitätsmanagement

Die Krankenhausführung stellt sicher, dass alle Krankenhausbereiche in die Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements eingebunden sind.

#### 6.1.1 Einbindung aller Krankenhausbereiche in das Qualitätsmanagement

Die Krankenhausführung ist verantwortlich für die Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements.

Für den Aufbau und die Weiterentwicklung unseres Qualitätsmanagements haben wir ein Konzept entwickelt, das die Inhalte und Schwerpunkte der Qualitätsarbeit aufzeigt. Wir haben von der Betriebsleitung freigegebene Qualitätsziele, die auch der zweiten Leitungsebene und allen Mitarbeitern kommuniziert sind. Führungskräfte sind in viele Projekte eingebunden und werden monatlich von der Stabsstelle informiert. Zudem haben alle Führungskräfte spezielle Qualitätsmanagementschulungen durchlaufen. Mitarbeiter besuchen regelmäßig Fortbildungen zum Qualitätsmanagement.

#### 6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

Das Krankenhaus entwickelt, vermittelt und setzt Maßnahmen zur Erreichung von Qualitätszielen um.

In unserer Qualitätspolitik sind die 5 Eckpfeiler unserer Qualitätsarbeit dargestellt. Für jeden Eckpfeiler (z.B. hochwertige Patientenversorgung, hohe Mitarbeiterorientierung und Sicherheit etc.) haben wir Qualitätsziele abgeleitet und hierzu Maßnahmen oder Projekte initiiert. Einige der Ziele werden mit dem Qualitätskennzahlensystem oder durch Begehungen überprüft und von der Betriebsleitung bewertet. Die mind. jährliche Überprüfung der Qualitätsziele dienen der kontinuierlichen Weiterentwicklung unserer Qualitätsarbeit.

### 6.2 Qualitätsmanagementsystem

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

#### 6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Um alle Bereiche in das Qualitätsmanagement einzubinden, wurde bei der Betriebsleitung eine Stabsstelle geschaffen, die sich aus 5 Mitarbeitern aus den verschiedenen Bereichen (Forensik, Krankenhaus, Verwaltung, Pflegeheim und Soziale Reha) zusammensetzt. Es liegt ein Organigramm dieser Stabsstelle sowie eine Aufgabenbeschreibung des Qualitätsmanagements vor. Zu den Aufgaben gehören u.a. das Projektmanagement oder Schulungen. Zudem trifft sich gem. einer Geschäftsordnung monatlich der berufsgruppenübergreifend zusammengesetzte Qualitätslenkungsausschuss.

## 6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

Im Krankenhaus werden regelmäßig und systematisch Methoden der internen Qualitätssicherung angewandt.

Um das hohe Qualitätsniveau in der Klinik nachweisbar zu überprüfen und zu sichern, wenden wir verschiedene Methoden an. Hierzu gehören u.a. Qualitätskennzahlen (z. B. Isolierungen, Patientenstürze, Dauer der Arztbriefschreibung oder Fehlalarme) umfassende Begehungen/ Audits zu verschiedenen Themen aber auch Fallsupervisionen, Fallbesprechungen oder der Gefahrenabwehrplan der Klinik. Die Hygiene wertet zudem z.B. meldepflichtige Infektionen aus. Die Ergebnisse werden immer zu Verbesserungen genutzt, z.B. neue Pflegestandards oder diverse Schulungen.

## 6.3 Sammlung und Analyse qualitätsrelevanter Daten

Qualitätsrelevante Daten werden systematisch erhoben, analysiert und zu qualitätsverbessernden Maßnahmen genutzt.

### 6.3.1 Sammlung qualitätsrelevanter Daten

Über die gesetzlich vorgeschriebene externe Qualitätssicherung hinaus werden qualitätsrelevante Daten systematisch erhoben und analysiert.

In der Klinik werden viele Daten erhoben, mit denen sich systematisch auch die Qualität überprüfen lässt. Wir haben ein umfassendes Qualitätskennzahlensystem oder etwa Begehungen zu verschiedenen Themen wie z.B. Arbeitssicherheit, Hygiene, Arzneimitteln, Umweltschutz. Die Daten werden ausgewertet und dienen bei erkannten Problemen als Anlass für Verbesserungsmaßnahmen oder -projekte. Die psychiatriespezifische Basisdokumentation enthält Parameter, die in der Klinik zu Verbesserungszwecken (z.B. unser Migrationsprojekt) ausgewertet werden.

### 6.3.2 Nutzung von Befragungen

Regelmäßig durchgeführte Patienten- und Mitarbeiterbefragungen sowie Befragungen niedergelassener Ärzte werden als Instrument zur Erfassung von Patienten- und Mitarbeiterbedürfnissen und zur Verbesserung der Patientenversorgung genutzt.

Die in der Klinik durchgeführten Befragungen von Patienten, Angehörigen oder Eltern sowie von Mitarbeitern sind ein wichtiges Instrument zur Identifikation von Bedürfnissen und Verbesserungspotenzialen. Die Durchführung erfolgt auch aus Datenschutzgründen durch ein externes Institut. Die Ergebnisse werden der Betriebs- und den Abteilungsleitungen vorgestellt und in den Bereichen zwischen allen betreffenden Mitarbeitern besprochen. Hieraus resultierten in der Vergangenheit z.B. die Einführung einer Übersetzerliste oder die Umstellung der Essenszubereitung.

### 6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Die Beschwerden unserer Patienten sind uns wichtig, um Hinweise für Verbesserungen zu bekommen und sind schnell zu bearbeiten. Beschwerden können verschiedene Wege nehmen: mündliche Äußerungen, schriftlich, z.B. an die Ombudsfrau. Beschwerden werden von der Assistenz der ärztlichen Direktion erfasst, ausgewertet, ggf. an die zuständigen Mitglieder der Betriebsleitung weitergeleitet. Beschwerden haben zuletzt u.a. zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Patienten, Angehörigen und Arzt, sowie zur Neuregelung der Besuchszeiten und zur Reparatur von Geräten, geführt.

### 6.4 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Die Daten der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V werden systematisch erhoben und die Auswertungen zu qualitätsverbessernden Maßnahmen genutzt.

#### 6.4.1 Beteiligung an der externen Qualitätssicherung

Das Krankenhaus beteiligt sich an den gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung.

Um unseren gesetzlichen Verpflichtungen bei der externen Qualitätssicherung nachzukommen, haben wir einen Filter in unser Krankenhausinformationssystem installiert, der die Mitarbeiter der Pflege darauf hinweist, wann die Erfassung vorzunehmen ist. Das Büro Pflegewissenschaften wertet die Daten monatlich aus und weist die Bereiche auf Unvollständigkeiten oder inhaltliche Auffälligkeiten hin. Die Ergebnisse werden verschlüsselt an die Auswertungsstelle gesendet, die die Daten in NRW- und im Bundesschnitt vergleicht.

#### 6.4.2 Umgang mit den Ergebnissen der externen Qualitätssicherung

Das Krankenhaus analysiert systematisch die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung und legt ggf. notwendige Konsequenzen fest.

Es liegen zurzeit noch keine Ergebnisse zur externen Qualitätssicherung vor.