



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Knappschaftskrankenhaus Bottrop
Institutionskennzeichen:	260551143
Anschrift:	Osterfelder Straße 157 46242 Bottrop
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2019-0017 KHVN
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche
Gültig vom:	18.07.2019
 bis:	17.07.2022
Zertifiziert seit:	24.08.2004

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	7
1. Patientenorientierung	7
2. Mitarbeiterorientierung	10
3. Sicherheit - Risikomanagement	11
4. Informations- und Kommunikationswesen	15
5. Unternehmensführung	16
6. Qualitätsmanagement	18

Vorwort der KTQ[®]

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

Gesellschafter der KTQ[®] sind die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

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

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

der Einrichtung beziehen.

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

Während der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren[®] gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener

Bereiche der Einrichtung überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der 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 **Knappschaftskrankenhaus Bottrop** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter www.ktq.de abrufbar.

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

F. Wagner

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung

Das Knappschaftskrankenhaus Bottrop hat sich seit seiner Gründung am 1. Juni 1931 zu einem modernen Gesundheitsdienstleister entwickelt. Bauliche Veränderungen und die kontinuierliche Anpassung an neue medizinisch-technische Entwicklungen sowie an die neuesten Erkenntnisse der Medizin und der Pflege ermöglichen die Versorgung der Patienten auf höchstem Niveau.



Das Haus verfügt über 372 Planbetten sowie 12 Betten für die teilstationäre Dialyse. Zur angeschlossenen Neurologischen Rehabilitationsklinik gehören 32 stationäre und 60 ambulante Therapieplätze. Das Knappschaftskrankenhaus nimmt pro Jahr rund 14.100 Patienten stationär auf und erbringt 117.000 Pflegetage. Darüber hinaus werden über 50.000 Fälle ambulant versorgt.

Seit dem 01.10.2012 ist das Knappschaftskrankenhaus Bottrop akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Duisburg-Essen. Medizinstudenten können seit Anfang 2013 in allen neun Fachkliniken ausgebildet werden.

1995 wurde neben dem Krankenhaus das Gesundheitshaus errichtet, das der Gesundheitsvorsorge- und Betreuung dient. An das Gesundheitshaus schließt sich der Gesundheitspark Quellenbusch an, der mit einer Fläche von 10,5 Hektar den Gesundungsprozess bzw. die Gesunderhaltung seiner Besucher unterstützen soll.

Seit dem Start des ersten Integrierten Versorgungsnetzes der Knappschaft in Bottrop mit dem Namen „prosper - Gesund im Verbund“ am 1. Oktober 1999 fungiert das Knappschaftskrankenhaus als Netzkrankenhaus. Die Verzahnung von ambulantem und stationärem Bereich sowie die enge Zusammenarbeit von niedergelassenen Netzärzten und dem Knappschaftskrankenhaus haben zu einer hohen Patientenzufriedenheit geführt.

denheit, mehr Qualität in der medizinischen Versorgung sowie mehr Wirtschaftlichkeit geführt. Die Eröffnung der Neurologischen Rehabilitationsklinik auf dem Gelände des Knappschaftskrankenhauses zum Jahresbeginn 2004 rundet das Modellprojekt der Integrierten Patientenversorgung vom niedergelassenen Arzt* bis zur wohnortnahen Rehabilitation ab.

Die gute Zusammenarbeit mit dem ambulanten Sektor zeigt sich auch durch die Kooperation mit einer Radiologischen Gemeinschaftspraxis* bezüglich der Strahlentherapie (z. B. Linearbeschleuniger). Das im Jahr 2001 errichtete Nephrologische Zentrum Emscher-Lippe umfasst die Nephrologische Klinik des Knappschaftskrankenhauses, das KfH-Dialysezentrum und eine Nephrologische Praxis* und ermöglicht sämtliche ambulante und stationäre Leistungen für nierenkranke Patienten.

Seit 2008 befinden sich sämtliche Ambulanzen des Hauses im „Anbau Nord“, einem neu geschaffenen Untersuchungs- und Behandlungstrakt, in dem eine völlig neu konzipierte Operationsabteilung untergebracht ist.

Im Frühjahr 2018 wurde der neue Anbau West in Betrieb genommen. Auf einer Grundstücksfläche von rund 1.500 qm sind eine neue Krankenhausküche, eine Schlaganfallereinheit (Stroke Unit), zwei weitere Pflegebereiche sowie eine neue Intensivstation entstanden.

Ebenfalls im Frühjahr 2018 wurde das neue Facharztzentrum mit Komfortstationen eröffnet. Auf vier Etagen und einer Gesamtfläche von 4.800 qm entstand auf dem Gelände direkt neben der Zentralen Notaufnahme ein modernes Gebäude für die Strahlentherapie und weitere Facharztpraxen sowie in den oberen Etagen für die beiden Komfortstationen „Prosper und Haniel“ mit Anbindung an das Haupthaus.

Das Knappschaftskrankenhaus Bottrop gehört dem Deutschen Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser an, dessen Ziel es ist, gesundheitsfördernde Konzepte, Werte und Standards in den medizinischen, pflegerischen und organisatorischen Alltag der Krankenhäuser und deren Versorgungsumfeld zu implementieren. 2016 erfolgte zum dritten Mal die Silber-Zertifizierung zum „Rauchfreien Krankenhaus“. Besonderes Augenmerk wird aus diesem Grund auf die Umsetzungsqualität der Standards zur Tabakentwöhnung und zum Schutz vor Tabakrauch gelegt.

Das Knappschaftskrankenhaus Bottrop hat zum 01.01.2014 das Reha-Zentrum prosper von der knappschaftlichen Rentenversicherung als Nebenbetrieb übernommen. Am 01.05.2014 hat das Krankenhaus schließlich als letzter Eigenbetrieb der Knappschaft-Bahn-See einen Rechtsformwechsel vollzogen und agiert seitdem zusammen mit dem Reha-Zentrum prosper als eigenständige Knappschaftskrankenhaus Bottrop GmbH. Die Knappschaft-Bahn-See ist hundertprozentige Gesellschafterin der GmbH.

* Nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

Die KTQ-Kategorien

1. Patientenorientierung

Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das Krankenhaus ist mit allen Verkehrsmitteln sehr gut zu erreichen. Parkplätze stehen in ausreichender Anzahl zur Verfügung. Mehrere Buslinien halten direkt vor dem Krankenhaus u. verbinden Bottrop mit den umliegenden Städten. Patientenbroschüren sowie die Internetadresse "<http://www.kk-bottrop.de>" geben Auskunft über unser Leistungsspektrum. Innerhalb des Krankenhauses ist die Orientierung für Patienten u. Besucher durch ein einheitliches, übersichtliches Wegeleitsystem sichergestellt. In der Eingangshalle stehen kompetente Mitarbeiter für individuelle Fragen zur Verfügung. Der Zugang zu allen Bereichen ist barrierefrei gestaltet. Die Vorbereitung und Durchführung der stationären Behandlung ist u.a. über klinische Behandlungspfade geregelt. Bei geplanten Aufnahmen werden alle Untersuchungstermine aufeinander abgestimmt. Alle Patienten erhalten bei der stationären Aufnahme obligatorisch ein Patientenidentifikationsarmband.

Leitlinien und Standards

Leitlinien, Therapieschemata u. Standards zur Patientenversorgung basieren auf den Vorgaben der Fachgesellschaften. Zur Steigerung der Behandlungsqualität sind rund 140 klinische Behandlungspfade für ca. 50% des Fallspektrums im Einsatz. Alle Behandlungsschemata werden regelmäßig an die medizinische Entwicklung angepasst. In der Integrierten Versorgung des Medizinischen Netzes "prosper - Gesund im Verbund" sind für die optimale Zusammenarbeit der Krankenhausärzte mit den niedergelassenen Ärzten dieses Netzes entsprechende Leitlinien entwickelt worden.

Information und Beteiligung des Patienten

Jedem Patienten werden die entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt u. der Therapieplan festgelegt. Wünsche u. Bedürfnisse des Patienten fließen in diese Planung mit ein. Notwendige Aufklärungsgespräche erfolgen in persönlichem Gespräch u. mit Unterstützung genormter Aufklärungsbögen, bei Bedarf auch mit Übersetzungshelfern / professionellen Dolmetschern und fremdsprachigen Versionen der Aufklärungsbögen, unter Einhaltung der erforderlichen Bedenkzeit. In der ärztlichen Anamnese werden die Risiken unter Beachtung der Vorbefunde erfasst. Patientenverfügungen werden bei der Aufnahme erfragt u. im Behandlungsprozess mitberücksichtigt. Es steht ein umfangreiches Angebot an Informationsmaterial zur Verfügung. Alle Mitarbeiter tragen einen Lichtbildausweis.

Ernährung und Service

Die Ausstattung der Räumlichkeiten ist patientengerecht. Zu jedem Bett gehört ein separates Telefon. TV-Geräte sind gebührenfrei. Die Unterbringung von Begleitpersonen im Krankenhaus ist möglich. Alle Stationsebenen verfügen über zentrale Aufenthalts- und spezielle Kaffeeräume mit Sitzgelegenheit. Zusätzlich steht das Park-Café für Patienten u. Besucher zur Verfügung. Eine ökumenische Kapelle sowie ein islamischer Gebetsraum berücksichtigen das Bedürfnis der Patienten u. Besucher nach einem Raum der Stille u. Spiritualität. Das Krankenhaus bietet Ernährungsberatungen sowie Diabetikerschulungen für Typ I- u. Typ II-Diabetes an. Die Diabetesberatung wird auch in türkischer Sprache durchgeführt. Auf individuelle Essenswünsche sowie religiöse u. kulturelle Aspekte wird durch ein entsprechendes Speisenangebot im Rahmen

der medizinisch indizierten Kostformen Rücksicht genommen. Der Speiseplan beinhaltet täglich mehrere Menüs. Der Austausch einzelner Essenskomponenten ist jederzeit möglich. Zwei neue Komfortstationen für Patienten sind eingerichtet.

Erstdiagnostik und Erstversorgung

Der Aufnahmeprozess orientiert sich individuell an der klinischen Situation der Patienten. Die Notfallversorgung ist durch Fachpersonal jederzeit gewährleistet. Polytraumatisierte Patienten oder vom Rettungsdienst als intensivpflichtig eingestufte Patienten werden direkt in den Schockraum der Zentralambulanz gebracht. Für den Bereich der Stroke Unit existiert ein eigenes Qualitätsmanagement-Handbuch. Die zuständigen Mitarbeiter sind im Schockraummanagement gesondert geschult.

Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung

Allen Kliniken sind allgemeine und Spezialambulanzen angegliedert. Die Sprechstunden sind im Internet auf der Homepage hinterlegt. Die ambulante Patientenversorgung u. die administrative Aufnahme ambulanter Patienten erfolgt fachabteilungsbezogen. Die administrative Aufnahme für ambulante Operationen u. endoskopische Sprechstunden erfolgt zentral am I-Punkt. Alle Fachabteilungen nutzen Vorbefunde. Bei Wiederaufnahme sind aus vorherigen Aufenthalten alte Vorbefunde verfügbar. Es besteht jederzeit Zugang zu den früheren Röntgenbildern über das elektronische Archivierungssystem für Röntgenbilder.

Ambulante Operationen

Die Planung u. Vorbereitung zu ambulanten Operationen erfolgt in den Sprechstunden. Die Patienten erhalten dort Info-Material, die OP-Einverständniserklärung u. den Anästhesiebogen. Für die Ablaufplanung der Eingriffe existieren Standards (Vorbereitungslisten für die ambulanten Eingriffe, Lagerungsstandards etc.). Die grundsätzliche Vorgabe zur Entlassung ist, dass kein ambulanter OP-Patient entlassen wird, ohne dass er vom Anästhesisten u. dem Operateur visitiert wurde. Laparoskopische Operationen werden aufgezeichnet, die Aufzeichnungen stehen für weitere Besprechungen zur Verfügung.

Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung

Art, Umfang, Reihenfolge u. Dringlichkeit der diagnostischen u. therapeutischen Maßnahmen sind in den Behandlungspfaden, Leitlinien u. Standards geregelt. Ein einheitliches digitales Dokumentationssystem stellt den Informationsfluss zwischen den an der Behandlung beteiligten Mitarbeitern sicher. Der behandelnde Arzt ist für die Steuerung des Behandlungsprozesses verantwortlich. Die geplanten Maßnahmen werden zeitnah mit dem Chefarzt/Oberarzt besprochen. Sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Bereich bestehen umfangreiche Zusatzqualifikationen. Die multiprofessionelle Zusammenarbeit wird durch regelmäßige interdisziplinäre Fallbesprechungen u. Umsetzung der klinischen Behandlungspfade sichergestellt. Das Konsilwesen ist vereinheitlicht u. digitalisiert. Es besteht enger Kontakt zu mehreren Selbsthilfegruppen. Für den Patiententransport ist ein Begleitdienst eingerichtet. Die Koordinierung des Patiententransports erfolgt digital durch die Funktionsabteilungen. Bei medizinischem Erfordernis erfolgt die Patientenbegleitung durch die Pflegekräfte.

Therapeutische Prozesse

Die Schmerztherapie ist geregelt. Es erfolgt eine tägliche Schmerzvisite bei OP-Patienten, zudem besteht ein anästhesiologischer Schmerzdienst. Im digitalen Arzneimittelinformationsdienst er-

folgt eine patientenbezogene Erfassung der Medikation. Das Programm warnt bei Kontraindikationen, Wechselwirkungen, Doppelverordnungen, etc. unter Berücksichtigung der Laborwerte. Die Vorbeugung von Komplikationen ist z. T. durch Behandlungspfade geregelt, die Planung prophylaktischer Maßnahmen in der Pflege erfolgt digital. Dadurch wird eine zeitnahe u. umfassende Dokumentation sichergestellt. Es gibt ein systematisches Dekubitus-, Sturz- u. Wundmanagement. Die nationalen Expertenstandards der Pflege finden Anwendung. Die Planung der Mobilisierung ist ebenfalls in den Pfaden in einer eigenen Dimension "Bewegung" festgelegt. Grundsätzlich findet bei allen Patienten eine initiale Erfassung der Mobilität statt.

Operative Prozesse

Die OP-Koordination erfolgt durch das OP-Management. Die Planung der OPs beginnt in den Ambulanzen bei Vorstellung des Patienten u. richtet sich nach Kapazität u. Dringlichkeit. Die OP-Säle sind den operativen Disziplinen anhand eines festen Wochenplans zugeteilt. Die Gesamtkoordination der gemeldeten Operationen erfolgt jeweils am Vortag durch das OP-Management in der OP-Plan-Besprechung mit den Oberärzten der operativen Kliniken. Notfälle werden schnellstmöglich im Tagesprogramm berücksichtigt.

Visite

Die Visitenzeiten sind stationsbezogen festgelegt. Visiten werden mindestens einmal pro Tag durch den Stationsarzt durchgeführt. Die Visitenzeiten für Oberarzt- u. Chefarztvisiten sind ebenfalls geregelt. Allen Rückfragen des Patienten wird ausreichend Zeit eingeräumt. Der Patient erhält alle medizinischen Informationen in einer ihm verständlichen Sprache. Bei Bedarf finden gemeinsame Visiten mit anderen Berufsgruppen, wie z.B. Wundmanagerin, Physiotherapeuten oder Fachleuten aus Sanitätshäusern statt.

Entlassungsprozess

Das Entlassungsmanagement ist gemäß den gesetzlichen Vorgaben schriftlich verbindlich geregelt. Durch klinische Behandlungspfade u. Entlassungsstandards ist eine strukturierte u. systematische Entlassung oder Verlegung in einen anderen Versorgungsbereich sichergestellt. Der nachstationäre Pflege- u. Unterstützungsbedarf der Patienten wird zeitnah zur Aufnahme sowie im Behandlungsverlauf erhoben. Es erfolgt eine möglichst frühe Einbeziehung der Entlassmanager u. des Sozialdienstes mit Abklärung zu Hilfsmitteln, hauswirtschaftlicher Versorgung, Essen auf Rädern, Suche nach geeigneten Einrichtungen, Klärung der Finanzierung, etc. In einem Entlassungsgespräch wird der Patient, auf Wunsch auch zusammen mit den Angehörigen, über weitere Therapiemaßnahmen, Verhaltensregeln u. Medikamenteneinnahme aufgeklärt. Jeder Patient erhält bei der Entlassung einen Arztbrief, in dem alle notwendigen Informationen für den weiterbehandelnden Arzt zusammengefasst sind. Erfolgt eine Verlegung in andere Versorgungseinrichtungen oder begibt sich der Patient in die Obhut eines ambulanten Pflegedienstes, wird ein Pflegeüberleitungsbericht mitgegeben. In dringenden oder besonders schwerwiegenden Fällen werden zusätzlich Telefonate mit dem weiterbehandelnden Arzt, den ambulanten Pflegediensten sowie Alten- und Pflegeheimen geführt. Bei Bedarf werden den Patienten notwendige Verordnungen u. eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausgestellt.

Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung

Begleitzimmer, die speziell auf die Wünsche u. Bedürfnisse von Sterbenden u. ihren Angehörigen ausgerichtet sind, bieten eine angemessene Atmosphäre, um Abschied von einander zu neh-

men. Schmerzfreiheit u. Lebensqualität stehen bei der gemeinsamen Betreuung durch Ärzte u. Pflegekräfte im Vordergrund. Auf Wunsch erfolgt eine intensive Sterbebegleitung durch christliche, muslimische u./oder andere Seelsorger u./oder durch die Hospizgruppe. Mehrere Ärzte u. Pflegekräfte sind in Palliativmedizin bzw. Palliativ Care ausgebildet.

Umgang mit Verstorbenen

Angehörige erhalten die Möglichkeit, von Verstorbenen in einem würdigen Rahmen u. in Ruhe Abschied zu nehmen. Jeder Verstorbene wird individuell unter Respektierung seiner Würde u. Berücksichtigung der religiösen u. kulturellen Vorgaben, bei Wunsch auch unter Einbeziehung der Angehörigen, versorgt. Eine Liste mit Gebräuchen u. Riten nichtchristlicher Weltreligionen dient dem Pflegepersonal als Orientierung. Pflegekräfte, Ärzte u. auch Seelsorger stehen zum Gespräch zur Verfügung. Es gibt das Angebot eines Trauercafés über die Hospizgruppe.

2. Mitarbeiterorientierung

Personalbedarf

Die Planung des Personalbedarfs erfolgt systematisch unter Berücksichtigung des Leistungsspektrums u. -mengen sowie von Wirtschaftlichkeitsberechnungen. Der Stellenplan wird jährlich erstellt. Auslöser für eine Anpassung des Personalbedarfs im laufenden Kalenderjahr sind Änderungen des Leistungsspektrums, die monatlichen Kennzahlen des zentralen Controllings sowie begründete Forderungen der verantwortlichen Abteilungsleiter. Die von uns angestrebte Facharztquote sowie die gewünschte Anzahl an Pflegekräften mit Fachweiterbildungen werden erreicht. Auf Überstunden u. Personalausfälle wird adäquat reagiert.

Personalentwicklung

In den Führungsgrundsätzen sind Aussagen zu Delegation, Motivation, Zusammenarbeit, Förderung, Beurteilung, Entwicklung, Führung u. Verantwortung festgeschrieben. Die systematische Personalentwicklung richtet sich nach Bedarf, Wunsch der Mitarbeiter u. finanzieller Lage. Ein umfassendes Beurteilungssystem ist ebenso Bestandteil wie die Planung der Fort- u. Weiterbildung. Im Rahmen der Beurteilungen finden regelmäßig Mitarbeitergespräche statt. Für alle Bereiche existieren Stellen- bzw. Tätigkeitsbeschreibungen.

Einarbeitung

Das Einarbeitungskonzept neuer Mitarbeiter wurde berufsgruppenübergreifend entwickelt. Es beinhaltet folgende Elemente: Vorbereitung der Arbeitsaufnahme, eine Orientierungsmappe, einen Begrüßungs- u. Einführungstag sowie eine strukturierte Einarbeitungsphase. Für die Dauer der Einarbeitungszeit steht jedem neuen Mitarbeiter ein fester Ansprechpartner zur Seite. Vor Ablauf der Probezeit erfolgt ein strukturiertes Beurteilungsgespräch mit dem Vorgesetzten. Einarbeitungskonzepte mit abteilungs- u. berufsgruppenspezifischen Ausprägungen liegen digital in den Abteilungen vor, sie werden kontinuierlich angepasst.

Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Die Theorie-Praxis-Vernetzung wird durch ein umfassendes Konzept sowie durch einen geregelten Informationsaustausch sichergestellt. Der Stand der Ausbildung wird durch systematische, schriftliche u. praktische Leistungskontrollen überprüft. Der theoretische Unterricht der Krankenpflegeausbildung erfolgt an der Zentralschule des Gesellschafters. Die praktische Ausbildung

erfolgt im Krankenhaus u. wird durch ausgebildete Praxisanleiter auf den Stationen gewährleistet. Für die praktische Ausbildung von Anästhesie-, Operations-, Chirurgisch-technischen-Assistenten u. Gesundheits- u. Krankenpflegern sowie Demenzbegleitern bestehen Kooperationen. Als akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Duisburg-Essen bilden wir systematisch PJ-Studenten aus. Die curriculare Ausbildung der Fachärzte erfolgt entsprechend den Weiterbildungsermächtigungen der einzelnen Kliniken. In der Verwaltung wird die Ausbildung zum Kaufmann im Gesundheitswesen angeboten. Das krankenhausesinterne Jahresfortbildungsprogramm enthält sowohl Pflichtfortbildungen als auch berufsgruppenspezifische u. -übergreifende Fortbildungsangebote. Darüber hinaus wird im Verbund mit dem Träger ein umfangreiches Fort- u. Weiterbildungsprogramm angeboten. Das Angebot richtet sich nach unserem Bedarf u. dem Wunsch oder Interesse der Mitarbeiter. Es existieren Regelungen zur Freistellung u. Kostenübernahme für Fort- u. Weiterbildungen von Mitarbeitern. Das Kernkriterium für die finanzielle Beteiligung u. Freistellung bildet der Grad des betrieblichen Interesses. Wir nutzen digitale Informationssysteme, um den Mitarbeitern rund um die Uhr Zugang zu fachbezogenen Datenbanken, Fachzeitschriften, Fachbüchern sowie Literaturrecherchen zu ermöglichen. Die abteilungseigenen Handbibliotheken sind während der regulären Dienstzeiten zugänglich. Darüber hinaus verfügen alle Bereiche über eine arbeitsplatzbezogene Grundausstattung an Fachliteratur. Für Fort- u. Weiterbildungsveranstaltungen stehen eine Vielzahl von Moderations- u. Präsentationsmedien zur Verfügung. Fortbildungen werden evaluiert.

Arbeitszeiten / Work Life Balance

Die Dienst- u. Einsatzplanung ist für die Mitarbeiter gemäß den gesetzlichen Vorgaben geregelt. Eine Betriebsvereinbarung bildet die Grundlage für die Dienstplanerstellung der einzelnen Abteilungen bzw. Berufsgruppen. Im Krankenhaus kommt eine Software zur Dienstplanerstellung, Personaleinsatzplanung einschließlich Urlaubsplanung sowie Erfassung von Überstunden, Mehrarbeit u. Zeitzuschlägen zum Einsatz. Mitarbeiterwünsche werden im Rahmen der Planung berücksichtigt. Neue Arbeitszeitmodelle werden im Bedarfsfall von der Geschäftsführung mit den Vorgesetzten entwickelt u. mit dem Betriebsrat unter Einhaltung der gesetzlichen u. tarifvertraglichen Vorgaben verabschiedet. Der QZ "Gesundheitsförderndes Krankenhaus" entwickelt Konzepte für Mitarbeiter, z.B. Rückenschulung, Selbstverteidigungskurse, Stressbewältigungsseminare, gesunde Ernährung. Die Betriebsärztin steht allen Mitarbeitern in gesundheitlichen Fragen zur Verfügung.

Ideenmanagement

Ein betriebliches Vorschlagswesen mit Verfahrensanweisung u. ein Leitfaden zur Begutachtung ist die Grundlage für den Umgang mit Mitarbeiterideen. Alle Mitarbeiter können Verbesserungsvorschläge einreichen, die an ein Bewertungs- u. Gratifikationssystem gekoppelt sind. Entsprechend den Kriterien werden Ideen in Form von Wertgutscheinen oder durch finanzielle Vergütung prämiert. Für nicht umgesetzte Ideen erfolgt eine Verlosung von Trostpreisen. Ein etabliertes Beschwerdemanagement regelt den systematischen Umgang mit Beschwerden.

3. Sicherheit - Risikomanagement

Methoden des klinischen Risikomanagements

Zielsetzung des Risikomanagements ist die umfassende Gewährleistung der Patientensicherheit, die Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit u. der Zukunftspotenziale. Die Einhaltung gesetzlicher

Regelungen, wie z.B. Hygienemanagement, Arbeits- und Brandschutz, Fort- u. Weiterbildungen, dienen dazu, Risiken zu vermeiden. Externe Kontrollen bestimmter Risikobereiche, z.B. Arzneimittel u. Wirtschaftlichkeitsprüfungen finden regelmäßig statt. In folgenden Bereichen sind Risikoanalysen bereits ein gelebter Standard: Sturzmanagement, MRSA-Eingangsscreening, Patientenarmbänder, Dekubitus, CIRS (Critical Incident Reporting System), ZSVA (Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung) u. Wundmanagement. Im OP werden das Team-time-Out u. die Sicherheitscheckliste nach WHO eingesetzt. Eine Risikoanalyse der technischen Systeme mit einem entsprechenden Maßnahmenkatalog liegt vor. Es existieren Pläne für nicht-medizinische Notfälle wie Feuer, Bombendrohung, Ausfall der Energieversorgung, Wasserent- u. -versorgung, der Abfallentsorgung, der Versorgung mit medizinischen Gasen, der Telefonanlage, der Speiseversorgung u.a. Bei der Stabsrahmenübung der Krankenhauseinsatzleitung wird die Umsetzung von Handlungsanweisungen geübt. Die Mitarbeiter der technischen Abteilung werden für den Fall des Ausfalls der Ent- bzw. Versorgung des Hauses regelmäßig unterwiesen.

Eigen- und Fremdgefährdung

Es erfolgt eine systematische Risikoerfassung (z.B. Allergien, Dekubitus-, Sturzrisiko) bei jedem Patienten. Alarmkennzeichen im Krankenhausinformationssystem machen auf bestimmte Risiken aufmerksam. Durch bauliche Maßnahmen sowie festgelegte Verfahren ist sichergestellt, dass die Aufsichtspflicht für gefährdete Personengruppen gewährleistet ist. Maßnahmen zur Verhinderung von Eigen- u. Fremdgefährdung werden unter Beachtung von gesetzlichen Vorgaben durchgeführt. Alle Patienten erhalten direkt bei der Aufnahme ein Identifikationsarmband. Die Ausstattung des Krankenhauses beinhaltet barrierefreie Zugänge zum Bad, Niederflurbetten, Einsatz von Hinlaufschutzsystemen in der Altersmedizin u. der Reha. Zusätzlich schützt die OP-Checkliste vor Verwechslungen.

Medizinisches Notfallmanagement

Die Vorgehensweise bei einem medizinischen Notfall ist umfassend geregelt. Durch eine einheitliche Notfallnummer wird ein Reanimationsteam alarmiert. Standardisierte Notfallausrüstungen stehen auf allen Stationen u. Funktionsabteilungen bereit u. werden regelmäßig überprüft. Es finden regelmäßig Pflichtunterweisungen der Mitarbeiter zum Notfallmanagement mit praktischen Reanimationsübungen sowie eine Überprüfung der erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten statt.

Organisation der Hygiene

Der Geschäftsführer trägt die Gesamtverantwortung für die Belange der Hygiene, fachlich der Ärztliche Direktor. Er wird durch einen Krankenhaus-Hygieniker und zwei Hygienefachkräften unterstützt. Zudem gibt es in jeder Abteilung einen Hygienebeauftragten Arzt. Die Hygienekommission als übergeordnetes Kontrollorgan tagt viermal jährlich. Es wird eine hohe Anzahl an Hygienevisiten u. Umgebungsuntersuchungen durchgeführt. In der Küche u. in der Sterilisation sind umfangreiche Hygienekonzepte umgesetzt. Die Teilnahme an Pflichtschulungen/-unterweisungen ist für alle Mitarbeiter mit direktem u. in direktem Patientenkontakt verbindlich. Wir sind mit dem Silberzertifikat der "Aktion saubere Hände" des Robert-Koch-Instituts ausgezeichnet worden.

Hygienerelevante Daten, Infektionsmanagement

Es existiert ein Konzept zur Erfassung u. Nutzung hygienerelevanter Daten. Der Meldeweg für Erkrankungen nach dem Infektionsschutzgesetz entspricht den gesetzlichen Vorgaben. Der Hygi-

enarzt u. die -fachkräfte analysieren täglich alle mikrobiologischen Ergebnisse u. leiten bei Bedarf die entsprechenden Maßnahmen ein. Daten von übergeordnetem Interesse werden an den Ärztlichen Direktor bzw. die Hygienekommission weitergeleitet. Es erfolgt eine Teilnahme an mehreren Vergleichen der Infektionsstatistiken auf Bundesebene. Wir ist Mitinitiator des MRSA-Netzwerkes Boginet in Bottrop. Im Handbuch Hygiene sind sowohl präventive u. Verhaltensmaßnahmen bei Infektionen als auch das Ausbruchmanagement festgelegt. Der Pandemieplan ist Teil des Krankenhausalarmplans. Alle Patienten werden bereits in der Zentralambulanz auf Problemkeime MRSA untersucht. Ein MRGN-Erreger-Screening erfolgt bei Patienten, die im Ausland Kontakt mit dem Gesundheitswesen hatten. Darüber hinaus findet ein Screening der Mitarbeiter in Ausbruchssituationen statt. Aus der Infektionsstatistik werden bei Bedarf Maßnahmen abgeleitet.

Arzneimittel

Die medikamentöse Versorgung ist durchgängig auch außerhalb der regulären Bestell- u. Ausgabetermine durch spezielle Regelungen rund um die Uhr sowie an Wochenenden u. Feiertagen sichergestellt. Angebot u. Umfang der verwendeten Arzneimittel werden durch die Arzneimittelkommission festgelegt u. regelmäßig aktualisiert. Die Anwendung von Arzneimitteln sowie der Umgang mit Nebenwirkungen sind durch verschiedene Richtlinien u.d Standards ebenso geregelt wie die Meldekette u. die Verantwortlichkeiten bei unerwünschten Nebenwirkungen. Bei jedem Patienten erfolgt eine individuelle Arzneimittelanamnese. Die Ärzte werden durch eine Apothekerin bei der Arzneimitteltherapie vor Ort unterstützt. Ein Arzneimittelinformationsprogramm (Inkompatibilitäten, Kontrolle der Interaktionen u. Dosierungen) ist in allen bettenführenden Fachkliniken implementiert. Einmal jährlich erfolgt eine Zytostatika-Schulung der Mitarbeiter. Ein System zur Meldung von Zwischenfällen ist eingeführt (CIRS).

Labor- und Transfusionsmedizin

Die Transfusionskommission überwacht die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben. Für die Vorbereitung u. Durchführung von Bluttransfusionen liegen Verfahrensregelungen vor. Weiterhin gibt es detaillierte Arbeitsanweisungen für das Blutdepot u. das immunhämatologische Labor. Sämtliche transfusionsmedizinischen Daten werden in einer speziellen Software erfasst. Die interne Qualitätskontrolle wird regelmäßig durch den transfusionsverantwortlichen Arzt des Hauses durchgeführt. Alle neuen ärztlichen Mitarbeiter werden gesondert im Transfusionswesen geschult. Verbrauch u. Verfall werden fortlaufend dokumentiert und Transfusionszwischenfälle lückenlos erfasst.

Medizinprodukte

Alle Mitarbeiter, die medizinische Geräte in ihrem Aufgabenbereich bedienen, werden vor der Erstanwendung in die Handhabung durch eine vom Krankenhaus beauftragte Person eingewiesen. Die Medizinprodukte-Verantwortlichen u. -Beauftragten für die einzelnen Bereiche sind benannt. Die Regelungen zur Anwendung von Medizinprodukten sind in einer Verfahrensanweisung festgelegt u. den Mitarbeitern zur Kenntnis gebracht worden. Die Einweisung in Medizinprodukte ist Teil der Einarbeitungskonzepte u. wird dokumentiert.

Arbeitsschutz

Der Arbeitsschutz wird entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen durchgeführt. Zwei Fachkräfte für Arbeitssicherheit werden vorgehalten u. ein Arbeitssicherheitsausschuss sowie ein ei-

gener betriebsärztlicher Dienst sind eingerichtet. Für die Bereiche Gefahrstoff/Biostoff, Abfall, Gefahrgut, Brand- u. Strahlenschutz sind neben den übergeordneten Beauftragten für jeden Bereich beauftragte Personen benannt. Betriebsbegehungen erfolgen regelmäßig nach einem festen Plan. Regelmäßige/jährliche Unterweisungen der Mitarbeiter stellen sicher, dass der Kenntnisstand den aktuellen Anforderungen entspricht.

Brandschutz

Der Brandschutz wird entsprechend den gesetzlichen Regelungen durchgeführt. Alle Bereiche des Hauses sind mit aktuellen Flucht- und Rettungswegplänen ausgestattet, so dass auch ortsfremde Personen sicher die Fluchtwege finden können. Die Überprüfung der Brandschutzmaßnahmen erfolgt durch regelmäßige Begehungen u. Inspektionen der technischen Anlagen durch den Brandschutzbeauftragten. Alle Mitarbeiter sind verpflichtet, an den jährlichen Brandschutzunterweisungen teilzunehmen.

Datenschutz

Es existieren klare Regelungen zur Berücksichtigung des Datenschutzes. Zum einen basieren diese auf der Grundlage des Bundesdatenschutzgesetzes, zum anderen auf Datenschutzrichtlinien, die durch den Gesellschafter vorgegeben sind. Grundsätzlich ist jeder Mitarbeiter in seinem Arbeitsbereich zur Gewährleistung des Datenschutzes verpflichtet. Der Zugriff auf das EDV-System ist durch Passwörter u. differenzierte Zugriffsberechtigungen geregelt. Datenschutzbegehungen werden durchgeführt, eventuelle Abweichungen werden entsprechend behoben.

Umweltschutz

Die ökologische Orientierung ist im Leitbild festgelegt. Zur Umsetzung dieser Vorgabe wird seit 2003 das Umweltmanagementsystem weiterentwickelt. Prozess- u. Verfahrensregelungen sind festgelegt. Eine jährliche Risikoanalyse mit Aussagen zu Optimierungsmöglichkeiten wird durchgeführt. Ein Wassereinspar-, Energiespar- u. Abfallwirtschaftskonzept liegen vor. Bei Beschaffungen werden ökologische Anforderungen, wie Wiederverwendbarkeit u. Recyclingfähigkeit berücksichtigt.

Katastrophenschutz

Ein Krankenhausalarmplan, der die Abläufe für Katastrophenfälle regelt, liegt vor. Darin ist u.a. die Aufnahmeverpflichtung für Notfallpatienten bei Großschadensereignissen geregelt. Die Maßnahmen im Alarmplan ermöglichen eine schnelle Umstrukturierung des Klinikbetriebes mit dem vorhandenen Personal u. eine unverzügliche, automatisierte Alarmierung der dienstfreien Mitarbeiter zur Patientenversorgung. Die Organisation obliegt der Krankenhauseinsatzleitung. Der Plan enthält u.a. Handlungsanweisungen für die Telefonzentrale. Eine Unterweisung der Mitarbeiter der Information u. Telefonzentrale findet jährlich u. bei Bedarf durch den Technischen Leiter u. Brandschutzbeauftragten statt.

Ausfall von Systemen

Die technischen Einrichtungen sind an ein Gebäudeleitsystem angeschlossen, jede relevante Störung an einem System wird sofort gemeldet. Da über die Leittechnik einige tausend Datenpunkte im Sekundentakt abgefragt werden, wird bei den technischen Anlagen eindeutig auf Prävention gesetzt. Daneben sind im Haus alle lebensnotwendigen Systeme redundant ausgeführt, so dass bei einem Ausfall sofort ein Ersatzsystem angefahren wird. Die Notstromaggregate werden mo-

natlich unter Last u. einmal jährlich mit Netzausfall geprüft. Die EDV-Systeme sind gespiegelt u. ein Ausfallkonzept sowie Bereitschaftspläne sind in der Telefonzentrale hinterlegt, in denen geregelt ist, wer beim Ausfall z.B. technischer Geräte, Stromausfall, EDV System informiert u. gerufen werden kann. Die Mitarbeiter der Technik sind zudem zum Aufzugswärter geschult, um eine Personenbefreiung durchführen zu können.

4. Informations- und Kommunikationswesen

Netzwerkstruktur und Datensysteme

Das Krankenhaus ist an das vernetzte EDV-System der Knappschaft Kliniken Service GmbH angeschlossen. Es umfasst ein Krankenhausinformationssystem (KIS), verschiedene funktionsspezifische Informationssysteme u. einen E-Mailservice. Alle berechtigten Mitarbeiter können in unterschiedlichem Umfang zeitlich uneingeschränkt auf das interne Netzwerk zugreifen. Ein umfassendes Ausfallkonzept sichert die erfassten Daten, u.a. sind die EDV-Systeme gespiegelt. Zur Kompetenzerweiterung werden den Mitarbeitern umfangreiche EDV-Schulungen u. - Unterweisungen angeboten. Eine Hotline ist eingerichtet.

Klinische Dokumentation

Jeder Patient erhält zur Identifikation eine Aufnahmeummer. Patientendaten werden digital im KIS erfasst. Die Führung, Dokumentation u. Archivierung von Patientendaten ist durchgängig geregelt. Über das KIS kann ständig auf die elektronischen Patientendaten zugegriffen werden. Computer-, Magnetresonanztomographie- u. Röntgenbefunde sind digital in das KIS eingebunden. Die Dokumentation erfolgt durchgängig von der Aufnahme bis zur Entlassung in einer (zum größten Teil elektronischen) Akte; diese enthält die Vitalwertkurve, Anordnungen, Therapien, Pflegeprozesse, Befunde u. Berichte. Durch systematische Überprüfungen der Dokumentation wird diese fortlaufend verbessert.

Verfügbarkeit und Archivierung

Berechtigte Personen haben Zugriff auf die Patientenakte u. damit auf alle digital erfassten Daten (z.B. Aufnahmedaten, Radiologiebefunde, Arzt- / Entlassungsbriefe), auf die ein zeitlich uneingeschränkter Zugriff möglich ist. Seit dem Jahr 2005 werden die Akten digitalisiert.

Information der Unternehmensleitung

Die Geschäftsführung u. Betriebsleitung informieren sich durch ein systematisches Berichtswesen über Projekte, Entwicklungen, Vorgänge u. Abweichungen in den Krankenhausbereichen. Durch regelmäßige Aktualisierung der Kennzahlen u. Statusberichte der Projektleiter in kurzen Zeitabständen sind eine Früherkennung von Problembereichen u. eine rechtzeitige Intervention gewährleistet. Eine Diskussion der Kennzahlen u. Statusberichte findet in den entsprechenden Gremien statt. Ein regelmäßiger Meinungsaustausch zwischen der Betriebsleitung u. den niedergelassenen Ärzten ist durch das Integrierte Versorgungsnetz "prospere - Gesund im Verbund" gegeben.

Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Die Kommunikationsstruktur ist so aufgebaut, dass Leitungsgremien, interdisziplinäre Kommissionen u. Konferenzen sowie Abteilungs-/Stationsteams ein Netzwerk bilden, das den Informationsaustausch sowohl patientenbezogen als auch organisationsbezogen zwischen den verschiede-

nen Berufsgruppen u. Bereichen sicherstellt. Über aktuelle Besonderheiten wird in den täglichen Besprechungen u. Dienstübergaben sowie durch Rundschreiben u. das Intranet informiert. Schulungen zu den Themen Kommunikation u. Konfliktgespräche sind fester Bestandteil unseres Fortbildungsprogramms. Die Information u. Telefonzentrale befindet sich im Eingangsbereich u. ist rund um die Uhr besetzt. Während der Geschäftszeiten wird sie von zwei Mitarbeitern bedient. Die Aktualität der gewünschten Information wird durch das KIS sowie Regelungen zur Überarbeitung von Telefonlisten u. Dienstplänen sichergestellt. Die Kenntnisse der Mitarbeiter zum Verhalten in Notfällen werden regelmäßig überprüft. Der Arbeitsbereich ist mit allem notwendigen technischen u. elektronischen Equipment ausgestattet. Diskretionszonen sind vorhanden.

5. Unternehmensführung

Philosophie/Leitbild

Das Leitbild wurde in enger Zusammenarbeit mit allen Knappschaftskrankenhäusern u. Reha-Kliniken des Gesellschafters erarbeitet. Mitarbeiter aus unterschiedlichen Berufsgruppen u. Hierarchieebenen haben engagiert mitgewirkt u. die Inhalte entscheidend mitgeprägt. Durch die Veröffentlichung des Leitbildes setzt sich das Krankenhaus selbst einen Maßstab für sein Handeln. Abgeleitet vom zentralen Leitbild wurden berufs- bzw. abteilungsbezogene Leitbilder formuliert sowie ein Leitfaden zum Umgang miteinander erarbeitet. Umfängliche Maßnahmen stellen sicher, dass das Leitbild in der täglichen Arbeit aller Mitarbeiter Beachtung findet u. umgesetzt wird.

Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Das Leitbild u. Grundsätze für Führung u. Zusammenarbeit formulieren die Zusammenarbeit u. den Umgang miteinander u. beschreiben den mitarbeiterorientierten Führungsstil. Die Mitarbeiterorientierung ist im Leitbild als fester Bestandteil integriert. Die Mitarbeiter gestalten in einer Vielzahl von Gremien u. Arbeitsgruppen aktiv den Krankenhausalltag mit. Empfehlungen dieser interdisziplinären u. berufsgruppenübergreifenden Gruppen bilden die Entscheidungsgrundlage für die Betriebsleitung u. Geschäftsführung. Der hierarchieübergreifende Dialog zum Führungsstil in den Teams wird systematisch gefördert u. von der Führung aktiv vorgelebt. Regelmäßige Mitarbeiterbefragungen werden zur Überprüfung der eingeleiteten Maßnahmen genutzt. Abstimmungsgespräche zwischen Betriebsrat u. Betriebsleitung finden regelmäßig statt. Die Bestimmungen des Gleichstellungsgesetzes werden durchgehend umgesetzt. Eine betriebliche Suchtberatung besteht. Schulungen zu den Themen Mobbing u. Korruptionsprävention finden jährlich statt.

Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Ethische Problemstellungen u. Aspekte werden von einem hausinternen Ethikkomitee systematisch berücksichtigt. Patientenfürsprecher, Seelsorger, Pflegekräfte, Ärzte u. Verwaltungsmitarbeiter erarbeiten gemeinsam in diesem Gremium Lösungsvorschläge u. Richtlinien für ethische Konfliktsituationen. Bei Bedarf werden Vertreter anderer Religionen oder Berufsgruppen hinzugezogen. Ethische Fallbesprechungen werden durchgeführt. Die Einführung erfolgte auf allen Stationen mittels Übungsfallbesprechungen. Im Ethikkomitee wurden Empfehlungen zu grundsätzlichen Fragestellungen, z.B. zu den Themen PEG, Patientenverfügung u. Suizidalität erarbeitet.

Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Auf Grundlage eines Konzeptes zur Öffentlichkeitsarbeit wird in Absprache mit der Geschäftsführung jährlich ein Maßnahmenkatalog hierzu erstellt. Die Abteilung koordiniert alle Informationen u. Aktivitäten. Informationen an die Öffentlichkeit erfolgen über regionale Zeitungen, Pressegespräche, Aktionstage, Tage der offenen Tür, Gesundheitstage u.v.m. Es werden in festen Zeiträumen Informationsmedien in Form von Flyern u. Broschüren erstellt u. an niedergelassene Ärzte, Patienten, Mitarbeiter u. andere Interessengruppen weitergegeben. Ein Pressespiegel liegt vor. Die Homepage wird regelmäßig aktualisiert.

Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung

Das Ziel einer engen Vernetzung der ambulanten u. stationären Versorgung wurde durch das Versorgungsmodell "prosper - Gesund im Verbund" u. eine wohnortnahe Reha-Klinik erreicht. Die Entwicklung von sektorenübergreifenden Therapieleitlinien ist ein weiterer Schritt zur optimalen Versorgung. Die strategische Planung des Hauses sowie die Weiterentwicklung der integrierten Versorgung werden in Abstimmung mit der Betriebsleitung, leitenden Mitarbeitern des Hauses u. der Geschäftsführung auf Trägerebene festgelegt. Ergebnis dieser Zielplanung ist die Entwicklung des zukünftigen medizinischen Leistungsspektrums u. die damit verbundene bauliche sowie personelle Zielplanung u. Kooperationen. Es werden ein Finanz- u. Investitionsplan sowie ein Projekt- u. Maßnahmenplan geführt.

Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement

Das kaufmännische Risikomanagement hat zum Ziel, die Unsicherheit von Entscheidungen zu vermindern u. die Zielerreichung zu verbessern. Wir nutzen Instrumente der systematischen Risikoanalysen zur Identifikation von Risiken bei kritischen Infrastrukturen des Krankenhauses (z.B. Energieversorgung, Personal, Informationstechnik). Die Sicherstellung der Kostendeckung durch die entsprechenden Erlöse, Liquiditätssicherung u. rechtzeitige Reaktion auf die Veränderungen der wirtschaftlichen u. gesetzlichen Rahmenbedingungen wird über ein detailliertes Berichtswesen sichergestellt. Regelungen zum Umgang mit Drittmitteln sind festgelegt. Meldekreise z.B. für Haftpflichtfälle, ein umfassendes Projekt- u. Prozessmanagement sowie standardisierte Verfahren u. Prozesse (z.B. Behandlungspfade, Checklisten, Krankenhausalarmplan) sind implementiert. Es liegt eine Compliance-Richtlinie vor, es gibt einen Compliance-Beauftragten. Eine jährliche Prüfung durch die Wirtschaftsprüfer erfolgt.

Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Die Planung der Kooperationen erfolgt in Abstimmung zwischen Betriebsleitung, den Chefarzten u. der Geschäftsführung auf Gesellschafterebene. Gemeinsame Workshops unterstützen den hausinternen Abstimmungsprozess. Ergebnis dieser Zielplanung ist die Entwicklung des zukünftigen medizinischen Leistungsspektrums, z.B. der Ausbau der altersmedizinischen Abteilung, die damit verbundene bauliche sowie personelle Zielplanung u. die damit verbundenen Kooperationen, z.B. die Weiterentwicklung der integrierten Versorgung "prosper". Mitarbeiter des Krankenhauses sind in Hilfsorganisationen organisiert u. fahren in Krisengebiete. Eine systematische Information der Öffentlichkeit über aktuelle Entwicklungen im Krankenhaus u. Veranstaltungen für die breite Öffentlichkeit oder das Fachpublikum erfolgt durch die Abteilung "Allgemeine Verwaltung". Unser Leistungsspektrum ist Krankenhausbroschüren u. der Homepage zu entnehmen. Über medizinische Entwicklungen, Bauvorhaben u. Personalien wird durch vielfältige Medien (z.B. Presse-Infos, Internet, Plakate, Flyer, Broschüren, Anzeigen, Veranstaltungen, Orientie-

rungs- u. Begrüßungsmappen) informiert. Im ärztlichen Bereich erfolgt dies u.a. über den Ärzte-newsletter, über Vorträge u. Workshops sowie die prosper-Netzwerkkonferenz.

Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

Die Gesamtstruktur der Leitungsgremien u. Kommissionen bildet ein Kommunikationsnetzwerk, das die direkte Weitergabe von Informationen untereinander u. an die nächste Hierarchieebene sicherstellt. In allen Gremien ist mindestens ein Mitglied der Betriebsleitung vertreten. Die Betriebsleitung legt Leitungsgremien u. Kommissionen (z.B. Chefarztkonferenz, Hygienekommission, Steuerkreis Qualitätsmanagement), deren Leitung sowie das Aufgabengebiet fest u. koordiniert die Zusammenarbeit. Die Protokolle gehen der Betriebsleitung zu. Durch enge Zusammenarbeit von Betriebsleitung u. Gremien gibt es im Haus eine hohe Informationssicherheit. Über diesen Weg erfolgen die Koordination der Maßnahmen u. die Überprüfung ihrer Effektivität. Geschäftsordnungen der einzelnen Kommissionen liegen vor. Kommunikationsübersichten informieren die Mitarbeiter über existierende Kommissionen, etc. u. deren Aufgaben. Mitarbeiter werden aufgefordert, sich an der Arbeit der Qualitätszirkel, Arbeitsgruppen u. Kommissionen aktiv zu beteiligen sowie Verbesserungsvorschläge einzubringen.

Innovation und Wissensmanagement

Das Verständnis für Changemanagement u. Organisationsentwicklung wird gefördert durch Mitarbeiterfortbildungen u. Informationsveranstaltungen, mit Hilfe unseres umfangreichen Intranets sowie im Rahmen der Einbindung von Mitarbeitern in die Zertifizierungs- u. Veränderungsprozesse. Zu unterschiedlichen Themen werden Projektgruppen eingerichtet. Interne Audits, Begehungen u. Visiten dienen ebenfalls dem innerbetrieblichen Wissensmanagement u. der Ermittlung von Optimierungspotentialen in den Behandlungs- u. Verwaltungsprozessen. Die Mitarbeiter sind grundsätzlich aufgerufen, Verbesserungspotentiale, Ideen u. Wünsche zu äußern. Mitarbeiter, die Innovationen vorgeschlagen haben, werden nach Möglichkeit in deren Umsetzung einbezogen.

6. Qualitätsmanagement

Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Die Entwicklung, Umsetzung u. Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagementsystems geschieht auf der Grundlage eines Konzeptes. Ziel ist die kontinuierliche Verbesserung von Krankenhausstrukturen u. -abläufen im Hinblick auf die Anforderungen u. Bedürfnisse der Kunden. Jeder Mitarbeiter ist dafür zuständig unseren Qualitätsanspruch umzusetzen. Durch Einbeziehung sämtlicher Führungsgremien, der Bereichs-Qualitätsmanagement-Verantwortlichen, der interdisziplinären Qualitätszirkel und Projektgruppen sowie durch die regelmäßige Information der Mitarbeiter wird dieser Anspruch umgesetzt. Dem Geschäftsführer sind die Abteilung Qualitäts- und Risikomanagement sowie eine Projekt-/Prozessmanagerin zugeordnet, die für die Koordination, Information und Unterstützung sämtlicher QM-Projekte verantwortlich sind. Die Lenkung der Projekte und die Weiterentwicklung des QM erfolgen über einen interdisziplinären Steuerkreis, in den die Betriebsleitung integriert ist. Neben der Zertifizierung nach KTQ ® wurde eine Vielzahl von spezifischen Zertifizierungen erfolgreich bestanden, z.B. als Nephrologische Schwerpunkt-klinik DGfN, Bluthochdruck-Zentrum DGfN, Gefäßzentrum DGG, Stroke Unit regional DSG/SDSH, Ambulanz für Ernährungsmedizin BDEM, Kompetenzzentrum für Adipositas- u. metabolische Chirurgie, das DHG-Siegel "Qualitätsgesicherte Hernienchirurgie", das Reha-

Zentrum Prosper nach KTQ ®, das Silberzertifikat "Aktion Saubere Hände", das Silberzertifikat "Rauchfreies Krankenhaus" .

Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung

Das Organisationshandbuch beinhaltet Regelungen für alle Bereiche mit den Führungs-, Kern- u. Unterstützungsprozessen. Für sensible Bereiche gibt es gesonderte Qualitätshandbücher, z.B. für die Zentralsterilisation, das Labor, das Transfusionswesen etc. Prozessdarstellungen mit Kennzahlen sowie Berichtswesen werden kontinuierlich ausgebaut, wie z.B. die OP-Statistik, die Sturzstatistik, Abweichungen von Klinischen Pfaden u.a. Eine Projekt-/Prozessmanagerin ist implementiert. Sie ist für die abteilungsübergreifende Organisation des Prozessmanagements zuständig. Mitarbeiter werden grundsätzlich in die Gestaltung der Prozesse eingebunden. Zu allen Prozessbeschreibungen sind die Verantwortlichkeiten hinterlegt. Alle normativen Regelungen unterliegen innerhalb einer speziellen Software einer automatisierten Dokumentenlenkung.

Patientenbefragung

Wir führen regelmäßig Befragungen für Patienten durch. Ein Benchmark findet mit den anderen Knappschaftskrankenhäusern statt. Zusätzlich finden projekt- u. abteilungsspezifische Befragungen (z.B. zum Essen, in der Diabetologie) statt. Aus den Ergebnissen werden Maßnahmen entwickelt u. deren Umsetzung kontrolliert. Alle Befragungen werden anonym durchgeführt.

Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Einweiserbefragungen erfolgen regelmäßig seit 2003. Die letzte anonyme umfassende Einweiserbefragung fand im Jahr 2015 statt. Es werden alle Einweiser im Umkreis von 25 km u. mit mindestens 5 Einweisungen im Vorjahr angeschrieben. Wesentlichste Plattform für die Ermittlung der Einweiser-Zufriedenheit ist das Integrierte Versorgungsnetz "prosper - Gesund im Verbund". Auf der quartalsweise stattfindenden Netzwerkkonferenz erfolgt regelhaft ein Austausch über die Zufriedenheit mit unseren Prozessen u. Strukturen. In spezifischen Arbeitsgruppen werden sektorenübergreifend Themen der Patientenversorgung bearbeitet. Darüber hinaus findet ein Austausch mit den Nicht-prosper-Ärzten im Ärzteverein Bottrop statt. Pflegeeinrichtungen werden anhand eines Interviewleitfadens telefonisch zeitnah nach Entlassung des Patienten durch das Entlassmanagement befragt.

Mitarbeiterbefragung

Seit 2002 findet alle drei Jahre eine umfangreiche Mitarbeiterbefragung durch ein externes Unternehmen statt. Darüber hinaus garantiert dieses Verfahren die Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit über 150 Krankenhäusern. Zusätzlich werden anlass-/themenbezogene Mitarbeiterbefragungen durchgeführt, z.B. zum Feedback zum Intranet und zur Mitarbeiterzeitung. Die Ergebnisse werden im Intranet veröffentlicht, zusätzlich erfolgen Präsentationen den jeweils betroffenen Arbeitsbereichen.

Beschwerdemanagement:

Lob und Beschwerden von Mitarbeitern, Patienten und weiteren Externen Jederzeit besteht die Möglichkeit über Beschwerdeformulare, im persönlichen Gespräch oder über den Patientenführsprecher Anregungen u. Beschwerden zu äußern. In allen Stationen und Funktionsbereichen hängen gut sichtbar spezielle Briefkästen und Formulare für Anregungen und Beschwerden von Patienten und Angehörigen. Beschwerden u. Anregungen werden systematisch erfasst, ausgewertet u.

auf Verbesserungsmöglichkeiten überprüft. Probleme, die nicht in den Abteilungen gelöst werden können, werden im QM-Steuerkreis bearbeitet. Für die Mitarbeiter besteht ein regelmäßiges Angebot an Schulungen zum Kommunikations- u. Konfliktmanagement, zum Beschwerdemanagement u. zur Stressbewältigung sowie ein Telefontraining für spezifische Bereiche. Neben Patienten haben auch Angehörige, Besucher u. Beschäftigte Gelegenheit, ihre Wünsche, Lob, Anregungen u. Beschwerden zu äußern.

Qualitätsrelevante Daten intern/ externer Verfahren

Um Optimierungspotenziale erkennen u. nutzen zu können, werden qualitätsrelevante Daten systematisch erfasst u. evaluiert. Neben der Dokumentation der bundesweit verpflichtenden Module im Rahmen der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V beteiligen wir uns freiwillig an externen Qualitätssicherungsprojekten für Schlaganfallpatienten, Patienten nach Hernienoperationen, Diabetiker u. Patienten mit Bauchaortenaneurysma, am Hygiene-KISS, der "Aktion Saubere Hände" u. an der Qualitätssicherung in der interventionellen Radiologie. Die Analyse weiterer qualitätsrelevanter abteilungsbezogener Daten erfolgt anhand von Leistungszahlen, Qualitätsindikatoren oder speziell definierter Kennzahlen. Zusätzlich zur externen Qualitätssicherung werden intern qualitätsrelevante Daten erhoben, z.B. in der Hygiene, Dekubitus, Stürze von Patienten. Die Ergebnisse werden hausintern mit den betroffenen Abteilungen kommuniziert. Die Ursachen von Abweichungen werden ermittelt u. führen zu einem veränderten Vorgehen.