



## KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009 für Krankenhäuser

**Krankenhaus:** Knappschaftskrankenhaus Bottrop  
**Institutionskennzeichen:** 260551143  
**Anschrift:** Osterfelder Straße 157, 46242 Bottrop

**im Rahmen einer Vernetzten Zertifizierung mit der Einrichtung**

**Rehabilitationseinrichtung:** Reha-Zentrum prosper  
**Institutionskennzeichen:** 510554965 / 540550028  
**Anschrift:** Osterfelder Str. 157 b, 46242 Bottrop

**Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:** 2013-0065 KHVN  
**durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:** QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Osnabrück

**Gültig vom:** 24.08.2013  
**bis:** 23.08.2016

## **Inhaltsverzeichnis:**

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

## Vorwort der KTQ®

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

Gesellschafter der KTQ® sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene<sup>1</sup>, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) und der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e. V. (HB). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

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

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Führung des Krankenhauses und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

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

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

---

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

der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009. 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 **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](http://www.ktq.de) abrufbar.

**Dr. med. G. Jonitz**

Für die Bundesärztekammer

**S. Wöhrmann**

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

**Dr. med. B. Metzinger, MPH**

Für die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

**A. Westerfellhaus**

Für den Deutschen Pflegerat

**Dr. med. M. Vogt**

Für den Hartmannbund

## *Vorwort der Einrichtung*

Das Knappschaftskrankenhaus wurde am 1. Juni 1931 gegründet und hat sich seitdem 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 bestmögliche Versorgung der Patienten.

Seit dem 1.10.2012 ist das Knappschaftskrankenhaus akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Duisburg-Essen.



Das Haus verfügt über 346 stationäre Betten sowie 12 Plätze für die teilstationäre Dialyse. Zur angeschlossenen neurologischen Rehabilitationsklinik gehören 30 stationäre und 60 ambulant-ganztägige Therapieplätze. Das Knappschaftskrankenhaus behandelt jährlich ca. 13.000 stationäre Patienten und erbringt 112.000 Pflegetage.

Dem Krankenhaus angegliedert ist ein Gesundheitshaus, das der Förderung der allgemeinen Gesundheitsvorsorge und der vorsorgenden medizinischen Betreuung dient. Zum Gesundheitshaus gehört ein über 10 h großer Gesundheitspark, der mit seiner Lauflandschaft und seinen symbolischen Orten zum Spaziergehen und Verweilen einlädt.

1999 wurde das erste Netz der Integrierten Versorgung der Knappschaft in Bottrop mit dem Namen „prosper – gesund im Verbund“ gegründet\*. Das Knappschaftskrankenhaus fungiert als Netzkrankenhaus und ermöglicht durch die enge Zusammenarbeit mit den über 90 niedergelassenen Netzärzten eine höhere Patientenzufriedenheit, mehr Qualität in der medizinischen Versorgung und mehr Wirtschaftlichkeit im prosper-Netz. Die Eröffnung der neurologischen Rehabilitationsklinik auf dem Gelän-

de des Knappschaftskrankenhauses Anfang 2004 vervollständigt die Behandlungskette der Netzversicherten und ermöglicht eine integrierte Patientenversorgung vom niedergelassenen Arzt bis hin zur wohnortnahen Rehabilitation.

Die enge Verzahnung mit dem ambulanten Sektor zeigt sich auch durch die Kooperation mit einer Radiologischen Gemeinschaftspraxis mit Linearbeschleuniger, Strahlentherapie und Kardio-MRT sowie einer Zahnklinik unter dem Dach des Knappschaftskrankenhauses. Das im Jahre 2001 durch die Zusammenlegung der nephrologischen Klinik des Knappschaftskrankenhauses, des KfH-Dialysezentrums und einer nephrologischen Praxis errichtete Nephrologische Zentrum Emscher-Lippe ermöglicht seither, sämtliche ambulante und stationäre Leistungen für nierenkranke Patienten unter einem Dach zu erbringen.

Seit 2008 befinden sich sämtliche Ambulanzen des Hauses im „Anbau Nord“, einem neu geschaffenen Untersuchungs- und Behandlungsbereich, der auch eine völlig neu konzipierte Operationsabteilung beherbergt.

Das Knappschaftskrankenhaus Bottrop gehört dem Deutschen Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGfK e.V.) an, dessen Ziel es ist, gesundheitsfördernde Konzepte, Werte und Standards in den Krankenhäusern zu implementieren. 2011 erfolgte die Silber-Re-Zertifizierung zum Rauchfreien Krankenhaus. Besonderes Augenmerk wird hier auf die Umsetzungsqualität der Standards zur Tabakentwöhnung und zum Schutz vor Tabakrauch gelegt.

Träger des Knappschaftskrankenhauses Bottrop ist die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See mit Sitz in Bochum. In diesem historisch gewachsenen Verbundsystem und als umfassender Anbieter medizinischer Leistungen betreibt die Knappschaft, eine moderne und kundenorientierte gesetzliche Krankenversicherung, mit Nachdruck die Verzahnung aller Sektoren im Gesundheitsbereich.

\* nicht Bestandteil 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. Zwei Buslinien halten direkt vor dem Krankenhaus und 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 und 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 für die meisten Fälle über klinische Behandlungspfade geregelt. Bei geplanten Aufnahmen werden alle Untersuchungstermine aufeinander abgestimmt.

### **Leitlinien**

Leitlinien, Therapieschemata und Standards zur Patientenversorgung basieren auf den Vorgaben der Fachgesellschaften. Zur Steigerung der Behandlungsqualität sind rund 160 klinische Behandlungspfade für 60% des Fallspektrums im Einsatz. Alle Behandlungsschemata werden regelmäßig an die medizinische Entwicklung angepasst. In der integrierten Versorgung "prosper" sind für die optimale Zusammenarbeit der Krankenhausärzte mit den niedergelassenen Prosperärzten Leitlinien entwickelt worden.

### **Information und Beteiligung des Patienten**

Jedem Patienten werden die jeweiligen Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt und für ihn ein individueller Therapieplan festgelegt. Wünsche und Bedürfnisse des Patienten fließen in diese Planung mit ein. Notwendige Aufklärungsgespräche erfolgen im persönlichen Gespräch und mit Unterstützung genormter Aufklärungsbögen (fremdsprachige Versionen, bei Bedarf Einsatz von Übersetzungshelfern) unter Einhaltung der Bedenkzeit.

In der ärztlichen Anamnese werden die Risiken unter Beachtung der Vorbefunde erfasst. Patientenverfügungen werden bei der Aufnahme erfragt und im Behandlungsprozess mit berücksichtigt.

Es steht ein umfangreiches Angebot an Informationsmaterial zur Verfügung. Alle Mitarbeiter tragen ein Namensschild.

### **Service, Essen und Trinken**

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. Die Stationen verfügen über Aufenthalts- und spezielle Kaffeeräume mit Sitzgelegenheit. Zusätzlich steht eine Cafeteria für Patienten und Besucher zur Verfügung. Eine ökumenische Kapelle sowie ein islamischer Gebetsraum berücksichtigen das Bedürfnis der Patienten und Besucher nach einem Raum der Stille und Spiritualität.



Das Krankenhaus bietet Ernährungsberatungen sowie Diabetikerschulungen für Typ I und II an. Die Diabetesberatung wird auch in türkischer Sprache durchgeführt. Auf individuelle Essenswünsche sowie religiöse und kulturelle Aspekte wird durch ein entsprechendes Speiseangebot im Rahmen der medizinisch indizierten Kostform Rücksicht genommen. Der Speiseplan bietet täglich mehrere Menüs. Der Austausch einzelner Essenskomponenten sowie die Berücksichtigung von Sonderwünschen sind jederzeit möglich.

## **Kooperationen**

Die multiprofessionelle Zusammenarbeit wird durch regelmäßige interdisziplinäre Fallbesprechungen und Umsetzung der klinischen Behandlungspfade sichergestellt. Für die Anforderung und Dokumentation von Konsilen existiert ein hauseinheitliches Standardformular. Das Wundmanagement wird ebenfalls über Konsile gesteuert, die Beauftragung der Ernährungsberatung und des Sozialdienstes erfolgt über die digitale Auftragskommunikation. Es besteht ein enger Kontakt zu mehreren Selbsthilfegruppen. Die Koordinierung des Patiententransports erfolgt durch die Pflegekräfte.

## **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 oder auf die Intensivstation gebracht. Für den Bereich Stroke Unit existiert ein eigenes Manual. Die Mitarbeiter sind im Schockraummanagement gesondert geschult.

## **Ambulante Diagnostik und Behandlung**

Allen Kliniken sind Allgemein- und Spezialambulanzen angegliedert. Die Sprechstunden sind auf der Homepage hinterlegt. Personell und räumlich ist die ambulante Patientenversorgung und die administrative Aufnahme eine Einheit.

Alle Fachabteilungen nutzen Vorbefunde. Bei Wiederaufnahme sind aus vorherigen Aufenthalten alte Vorbefunde verfügbar. Es besteht jederzeit Zugang zu alten Röntgenbildern über das PACS.

## **Ambulante Operationen**

Die Planung und Vorbereitung zu ambulanten Operationen erfolgt in den Sprechstunden. Die Patienten erhalten Info-Material, die OP-Einverständniserklärung und 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 und dem Operateur visitiert wurde.

## **Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung**

Art, Umfang, Reihenfolge und Dringlichkeit der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sind in den Behandlungspfaden, Leitlinien und Standards geregelt. Ein ein-

heitliches Dokumentationssystem stellt den Informationsfluss zwischen den an der Behandlung beteiligten Mitarbeitern sicher.

Der behandelnde Arzt ist für die Steuerung des Behandlungsprozesses verantwortlich. In diesem Zeitraum werden die geplanten Maßnahmen zeitnah mit dem Chefarzt/Oberarzt besprochen. Sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Bereich bestehen umfangreiche Zusatzqualifikationen.

### **Therapeutische Prozesse**

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

Im digitalen Arzneimittelinformationsdienst erfolgt 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. Es besteht ein systematisches Dekubitus-, Sturz- und 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 Verfahren**

Die OP-Koordination erfolgt durch das OP-Management. Die Planung der OP's beginnt in den Ambulanzen bei Vorstellung des Patienten und richtet sich nach Kapazität und 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. In einem umfangreichen Projekt konnten die Organisationsabläufe im OP weiter verbessert werden.

### **Visite**

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

### **Teilstationär, Prästationär, Poststationär**

In 14 Pfaden ist der prästationäre Behandlungsprozess abgebildet. Sie entsprechen aktuellen Standards und Leitlinien.

Poststationäre Terminerfordernisse sind ebenfalls in den Pfaden abgebildet. Die Patienten-

ten erhalten einen Termin zur poststationären Behandlung. Diese findet dann in den jeweiligen Ambulanzen statt.

Teilstationäre Patienten werden bei uns z.B. in der Peridialyse und Hämodialyse behandelt.

## **Entlassung**

Durch klinische Behandlungspfade und Entlassungsstandards ist eine strukturierte und systematische Entlassung oder Verlegung in einen anderen Versorgungsbereich sichergestellt. In einem Entlassungsgespräch wird der Patient, auf Wunsch auch zusammen mit den Angehörigen, über weitere Therapiemaßnahmen, Verhaltensregeln und die Medikamenteneinnahme aufgeklärt. Es erfolgt eine möglichst frühe Einbeziehung des Sozialdienstes mit Abklärung zu Hilfsmitteln, hauswirtschaftlicher Versorgung, Essen auf Rädern, Suche nach geeigneten Einrichtungen, Klärung der Finanzierung etc.

## **Kontinuierliche Weiterbetreuung**

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.

## **Umgang mit sterbenden Patienten**

Begleitzimmer, die speziell auf die Wünsche und Bedürfnisse von Sterbenden und ihren Angehörigen ausgerichtet sind, bieten eine angemessene Atmosphäre, um Abschied von einander zu nehmen. Schmerzfreiheit und Lebensqualität stehen bei der gemeinsamen Betreuung durch Ärzte und Pflegekräfte im Vordergrund. Auf Wunsch erfolgt eine intensive Sterbebegleitung durch christliche, muslimische und andere Seelsorger oder durch die Hospizgruppe. Kontakte zu anderen Religionsvertretern oder weitere Unterstützungsdienste können vermittelt werden. Mehrere Ärzte und Pflegekräfte sind in Palliativmedizin bzw. Palliativ Care ausgebildet.

## **Umgang mit Verstorbenen**

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

## **2 Mitarbeiterorientierung**

### **Planung des Personalbedarfs**

Die Planung des Personalbedarfs erfolgt systematisch unter Berücksichtigung des Leistungsspektrums, der Leistungsmengen 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 und Personalausfälle wird adäquat reagiert.

### **Personalentwicklung / Qualifizierung**

In den Führungsgrundsätzen sind Aussagen zu Delegation und Motivation, Zusammenarbeit, Fördern, Beurteilen, Entwickeln sowie Führung und Verantwortung festgeschrieben. Die systematische Personalentwicklung des Knappschaftskrankenhauses richtet sich nach Bedarf, Wunsch der Mitarbeiter und finanzieller Lage. Ein Beurteilungssystem ist ebenso Bestandteil wie die Planung der Fort- und Weiterbildung. Im Rahmen der Beurteilungen finden Mitarbeitergespräche statt.

Für alle Bereiche existieren Stellen- bzw. Tätigkeitsbeschreibungen.

### **Einarbeitung von Mitarbeitern**

Das Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter wurde berufsübergreifend entwickelt. Es beinhaltet folgende Elemente: Vorbereitung der Arbeitsaufnahme, eine Orientierungsmappe für neue Mitarbeiter, einen Begrüßungs- und Einführungstag sowie eine strukturierte Einarbeitungsphase. Für die Dauer der Einarbeitungszeit steht jedem neuen Mitarbeiter ein fester Ansprechpartner (Mentor) zur Seite. Vor Ablauf der Probezeit erfolgt ein strukturiertes Beurteilungsgespräch mit dem Vorgesetzten.

Einarbeitungskonzepte mit abteilungs- und berufsgruppenspezifischen Ausprägungen liegen in den Abteilungen vor, sie werden kontinuierlich angepasst.

### **Ausbildung**

Die Theorie-Praxis-Vernetzung wird durch ein umfassendes Konzept sowie durch einen geregelten Informationsaustausch sichergestellt. Der theoretische Unterricht der Krankenpflegeausbildung erfolgt an der Zentralschule des Trägers. Die praktische Ausbildung erfolgt im Krankenhaus und wird durch 2 freigestellte Praxisanleiter sowie 25 Praxisanleiter auf den Stationen und in den Funktionsbereichen gewährleistet. Der Stand der Ausbildung wird systematisch durch mündliche, schriftliche und praktische Leistungskontrollen überprüft.

### **Fort- und Weiterbildung**

Das krankenhauserne Jahresfortbildungsprogramm enthält sowohl Pflichtfortbildungen als auch berufsgruppenspezifische und berufsgruppenübergreifende Fortbildungsange-

bote der Fachabteilungen. Darüber hinaus wird im Verbund mit dem Träger ein umfangreiches Fort- und Weiterbildungsprogramm angeboten. Das Angebot richtet sich nach dem Bedarf des Krankenhauses und dem Wunsch oder Interesse der Mitarbeiter.

Es existieren Regelungen zur Freistellung und Kostenübernahme für Fort- und Weiterbildungen von Mitarbeitern. Das Kernkriterium für die finanzielle Beteiligung und Freistellung bildet der Grad des betrieblichen Interesses.

Das Krankenhaus nutzt 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- und Weiterbildungsveranstaltungen stehen eine Vielzahl von Moderations- und Präsentationsmedien zur Verfügung.

Alle Fortbildungen werden evaluiert. Bei der Mitarbeiterbefragung wurde die Fort- und Weiterbildung überdurchschnittlich gut bewertet.

### **Mitarbeiterorientierter Führungsstil**

Es bestehen verbindliche Grundsätze zur Führung und zur Zusammenarbeit von Mitarbeitern. Zur Umsetzung werden trügereigene Führungsseminare sowie hausinterne Workshops angeboten. Durch ein systematisches Führungsfeedback in allen Organisationseinheiten wurde der hierarchieübergreifende Austausch verstärkt. Regelmäßige Besprechungen und Konferenzen sowie Arbeitsgruppen fördern die Integration und die Beteiligung der Mitarbeiter an Entscheidungsprozessen.

### **Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit**

Die Arbeitszeiten sind durch Dienstvereinbarungen zwischen Verwaltung und Personalvertretung geregelt. Auf dieser Grundlage werden die Dienstpläne der einzelnen Abteilungen/Berufsgruppen festgelegt. Im Krankenhaus kommt ein elektronisches Dienstplanprogramm zur Dienstplanerstellung, Personaleinsatzplanung und Urlaubsplanung zum Einsatz. Wünsche der Mitarbeiter finden durch unterschiedliche Arbeitszeitmodelle Berücksichtigung.

Das Arbeitszeitgesetz sowie die tarifvertraglichen Anforderungen sind umgesetzt. Im Pflegebereich wurde für alle Stationen in allen Schichten die Mindestbesetzung festgelegt.

### **Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden**

Die Ideen- und Vorschlags-Börse (IVB) ist ein geregeltes Verfahren mit Prüfungs- und Bewertungskriterien sowie Vorgaben für die Berechnung von Geldprämien für Mitarbeitervorschläge. Die Koordination erfolgt durch die IVB-Beauftragte. Nach Prüfung eines Vorschlags durch zwei fachlich kompetente Mitarbeiter entscheidet ein Vorschlagsausschuss über Umsetzung und Prämierung. Für Mitarbeiterbeschwerden gibt es ein strukturiertes Verfahren mit drei Konfliktstufen, das unter Mitwirkung des Personalrats entwickelt wurde.

## 3 Sicherheit

### Arbeitsschutz

Der Arbeitsschutz wird entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen durchgeführt. Ein Arbeitssicherheitsausschuss, eine Bildschirmarbeitsplatzkommission sowie ein eigener betriebsärztlicher Dienst sind eingerichtet. Zwei Sicherheitsfachkräfte, Sicherheitsbeauftragte für die verschiedenen Bereiche sowie Verantwortliche für den Strahlenschutz sind benannt. Betriebsbegehungen finden regelmäßig nach einem festen Plan, Unterweisungen der Mitarbeiter im Arbeits- und Strahlenschutz finden jährlich statt. Der Umgang mit Gefahrstoffen ist geregelt.

### Brandschutz

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

### Umweltschutz

Die ökologische Orientierung des Krankenhauses ist im Leitbild festgelegt. Zur Umsetzung dieser Vorgabe wird seit 2003 das Umweltmanagementsystem weiterentwickelt. Im November 2010 wurde das Krankenhaus zum wiederholten Male als ÖKOPROFIT-Betrieb ausgezeichnet. Im Umweltmanagement-Handbuch sind Prozess- und Verfahrensregelungen für alle Bereiche des betrieblichen Umweltschutzes festgelegt. Die Mitarbeiter werden regelmäßig über das Vorschlagswesen und die Mitarbeiterzeitung in die Arbeit des Umweltmanagementzirkels eingebunden.

Eine jährliche Risikoanalyse mit Aussagen zu Optimierungsmöglichkeiten der verschiedenen Umweltaspekte wird durchgeführt. Ein Wassereinspar-, Energiespar- und Abfallwirtschaftskonzept liegen vor. Bei Beschaffungen werden ökologische Anforderungen wie Wiederverwendbarkeit und Recyclingfähigkeit berücksichtigt.

### Katastrophenschutz

Ein Einsatz- und Alarmplan, der die Abläufe für Katastrophenfälle regelt, liegt vor. Darin ist u.a. die Aufnahmeverpflichtung für Notfallpatienten bei Großschadensereignissen geregelt. Die Maßnahmen im Alarmplan ermöglichen dem Krankenhaus eine schnelle Anpassung des Klinikbetriebes mit dem vorhandenen Personal und eine unverzügliche, automatisierte Alarmierung der dienstfreien Mitarbeiter zur erweiterten Patientenversorgung. Die Organisation obliegt der Krankenhauseinsatzleitung.

Der Plan enthält Handlungsanweisungen für die Telefonzentrale. Eine Unterweisung der Mitarbeiter der Information / Telefonzentrale findet halbjährlich und bei Bedarf durch den Technischen Leiter und Brandschutzbeauftragten statt.

## **Nichtmedizinische Notfallsituationen**

Es existieren Pläne für nicht-medizinische Notfälle wie Feuer, Bombendrohung und Ausfall der Energiever- und entsorgung, der medizinischen Gasversorgung, 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 Ausfall der Ent- bzw. Versorgung des Hauses regelmäßig unterwiesen. Eine Risikomanagementanalyse der technischen Systeme mit einem entsprechenden Maßnahmenkatalog liegt vor.

## **Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung**

Es erfolgt eine systematische Risikoerfassung bei jedem Patienten. Alarmkennzeichen in der EDV machen auf diese Risiken aufmerksam. Durch bauliche Maßnahmen sowie festgelegte Verfahren ist sichergestellt, dass die Aufsichtspflicht für gefährdete Personengruppen gewährleistet ist. Maßnahmen zur Verhinderung von Eigen- und Fremdgefährdung werden unter Beachtung von gesetzlichen Vorgaben durchgeführt. Demente, verwirrte Patienten sowie OP-Patienten erhalten ein Identifikationsarmband. 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 und Funktionsabteilungen bereit und werden regelmäßig überprüft. Es finden regelmäßig Pflichtunterweisungen der Mitarbeiter zum Notfallmanagement mit praktischen Reanimationsübungen sowie eine Überprüfung der erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten statt.

## **Hygienemanagement**

Der Ärztliche Direktor trägt die Gesamtverantwortung für die Belange der Hygiene. Er wird durch einen hygienebeauftragten Arzt und zwei Hygienefachkräfte unterstützt. Die Hygienekommission als übergeordnetes Kontrollorgan tagt mindestens dreimal jährlich. Es wird eine hohe Anzahl an Hygienevisiten und Umgebungsuntersuchungen durchgeführt.

In der Küche und in der Sterilisation sind umfangreiche Hygienekonzepte umgesetzt.

## **Hygienerelevante Daten**

Es existiert ein Konzept zur Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten. Der Meldeweg für Erkrankungen nach dem Infektionsschutzgesetz entspricht intern als auch extern den gesetzlichen Vorgaben. Der hygienebeauftragte Arzt und die Hygienefachkräfte analysieren täglich alle mikrobiologischen Ergebnisse und 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.

Unser Krankenhaus ist Mit-Initiator des MRSA-Netzwerkes "BogiNet" in Bottrop.

## **Infektionsmanagement**

Im Handbuch Hygiene sind sowohl präventive und Verhaltensmaßnahmen bei Infektionen als auch das Ausbruchmanagement festgelegt. Der Pandemieplan ist Teil des Einsatz- und Alarmplans. Patienten aus definierten Risikogruppen werden bereits in der Zentralambulanz gescreent. Darüber hinaus findet ein Screening der Mitarbeiter in Ausbruchssituationen statt.

Aus der Infektions-Statistik werden bei Bedarf Maßnahmen abgeleitet. Das Krankenhaus nimmt seit Jahren an der „Aktion saubere Hände“ teil.

## **Arzneimittel**

Die medikamentöse Versorgung der Patienten ist durchgängig auch außerhalb der regulären Bestell- und Ausgabetermine durch spezielle Regelungen rund um die Uhr sowie an Wochenenden und Feiertagen sichergestellt.

Der Umfang der verwendeten Arzneimittel wird durch die Arzneimittelkommission festgelegt und regelmäßig aktualisiert. Die Anwendung von Arzneimitteln sowie der Umgang mit Nebenwirkungen sind durch verschiedene Richtlinien und Standards ebenso geregelt wie die Meldekette und die Verantwortlichkeiten bei unerwünschten Nebenwirkungen.

Bei jedem Patienten erfolgt eine individuelle Arzneimittelanamnese. Dabei werden die behandelnden Ärzte durch einen Apotheker unterstützt. Ein Arzneimittelinformationsprogramm (Inkompatibilitäten, Kontrolle der Interaktionen und Dosierungen) ist in allen bettenführenden Fachkliniken implementiert. Einmal jährlich erfolgt eine Zytostatika-Schulung der Mitarbeiter. Ein System zur Meldung von Zwischenfällen ist eingeführt (CIRS).

## **Blutkomponenten und Plasmaderivate**

Für die Vorbereitung und Durchführung von Bluttransfusionen liegen Verfahrensregelungen vor. Weiterhin gibt es detaillierte Arbeitsanweisungen für das Blutdepot und das Immunhämatologische Labor. Sämtliche transfusionsmedizinische 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.

## **Medizinprodukte**

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



## **4 Informations- und Kommunikationswesen**

### **Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie**

Das Krankenhaus betreibt ein vernetztes EDV-System, das u.a. ein Krankenhausinformationssystem, verschiedene funktionsspezifische Informationssysteme und einen E-Mailservice beinhaltet. Alle berechtigten Mitarbeiter können in unterschiedlichem Umfang zeitlich uneingeschränkt auf das interne Netzwerk zugreifen. Ein umfassendes EDV-Ausfallkonzept sichert die erfassten Daten. Zur Kompetenzerweiterung werden den Mitarbeitern umfangreiche EDV-Schulungen und Unterweisungen angeboten. Eine Hotline ist eingerichtet.

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

Jeder Patient erhält zur Identifikation eine Aufnahmeummer. Patientendaten werden sowohl handschriftlich in einem einheitlichen Dokumentationssystem als auch digital im Krankenhausinformationssystem erfasst. Die Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten ist durchgängig geregelt. Im ärztlichen und pflegerischen Bereich ist dies durch Dienstanweisungen und im Archivbereich durch ein Archivierungskonzept sowie Vorgaben zur digitalen Archivierung gegeben.

Die Pflegedokumentation und –planung ist auf digitale Dokumentation umgestellt. Das standardisierte Dokumentationssystem, die digitalen Klinischen Pfade und das Krankenhausinformationssystem mit seinen Programmen erlauben kontinuierliche berufsgruppenübergreifende Nutzung der patientenbezogenen Informationen.

### **Verfügbarkeit von Patientendaten**

Die Patientenakten werden anhand eines strukturierten Aktenverwaltungssystems archiviert. Ein zeitlich uneingeschränkter Zugriff auf die Patientendokumentation wird über die digitale Patientenakte sowie das digitale Krankenhausinformations- und Archivierungssystem sichergestellt.

### **Information der Krankenhausleitung**

Die Betriebsleitung informiert sich durch ein systematisches Berichtswesen über Projekte, Entwicklungen, Vorgänge und Abweichungen in den einzelnen Krankenhausbereichen. Durch regelmäßige Aktualisierung der Kennzahlen und Statusberichte der Projektleiter in kurzen Zeitabständen ist eine Früherkennung von Problembereichen und eine rechtzeitige Intervention durch die Betriebsleitung gewährleistet. Eine Diskussion der Kennzahlen und Statusberichte findet in den entsprechenden Gremien statt. Ein regelmäßiger Meinungs-austausch zwischen der Betriebsleitung und den niedergelassenen Ärzten ist durch das prosper Netzwerk gegeben.

### **Informationsweitergabe (intern/extern)**

Die Kommunikationsstruktur des Hauses ist so aufgebaut, dass Leitungsgremien, interdisziplinäre Kommissionen und Konferenzen sowie Abteilungs-/Stationsteams ein Netzwerk bilden, das den Informationsaustausch sowohl patientenbezogen als auch organisationsbezogen zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und Bereichen sicherstellt. Über aktuelle Besonderheiten wird in den täglichen Besprechungen und Dienstübergaben

ben sowie durch Rundschreiben und das Intranet informiert.

Schulungen zum Thema Kommunikation und Konfliktgespräche sind fester Bestandteil unseres Fortbildungsprogramms.

### **Organisation und Service**

Die Information / Telefonzentrale befindet sich im Eingangsbereich des Krankenhauses und ist rund um die Uhr besetzt. Während der Geschäftszeiten wird sie von zwei Mitarbeitern bedient. Die Aktualität der gewünschten Information wird durch das edv-gestützte Krankenhausinformationssystem sowie Regelungen zur Überarbeitung von Telefonlisten und Dienstplänen sichergestellt. Die Kenntnisse der Mitarbeiter zum Verhalten in Notfällen werden regelmäßig überprüft.

Der Arbeitsbereich ist mit allem notwendigen technischen und elektronischen Equipment ausgestattet. Diskretionszonen sind vorhanden.

### **Regelungen zum 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 Träger vorgegeben sind. Grundsätzlich ist jeder Mitarbeiter in seinem Arbeitsbereich zur Gewährleistung des Datenschutzes verpflichtet. Der Zugriff auf das EDV-System ist durch Passwörter und differenzierte Zugriffsberechtigungen geregelt.

Datenschutzbegehungen werden durchgeführt, eventuelle Abweichungen werden entsprechend behoben.

## **5 Führung**

### **Vision, Philosophie und Leitbild**

Das Leitbild wurde in enger Zusammenarbeit mit allen Knappschaftskrankenhäusern und Reha-Kliniken des Trägers erarbeitet. Mitarbeiter aus unterschiedlichen Berufsgruppen und Hierarchieebenen haben engagiert an der Entwicklung des Leitbildes mitgewirkt und 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 und umgesetzt wird.

### **Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen**

Die Mitarbeiter gestalten in einer Vielzahl von Gremien und Arbeitsgruppen aktiv den Krankenhausalltag mit. Empfehlungen dieser interdisziplinären und berufsübergreifenden Gruppen bilden die Entscheidungsgrundlage für die Betriebsleitung. Der hierarchieübergreifende Dialog zum Führungsstil in den Teams wird systematisch gefördert und von der Betriebsleitung aktiv vorgelebt. Regelmäßige Mitarbeiterbefragungen werden zur Überprüfung der eingeleiteten Maßnahmen genutzt. Abstimmungsgespräche zwischen Personalrat und Betriebsleitung finden regelmäßig statt.

Die Bestimmungen des Gleichstellungsgesetzes werden durchgehend umgesetzt. Eine betriebliche Suchtberatung besteht. Schulungen zu den Themen Mobbing und Korruptionsprävention finden jährlich statt.

### **Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse**

Ethische Problemstellungen und Aspekte werden durch ein hausinternes Ethikkomitee systematisch berücksichtigt. Patientenfürsprecher, evangelische und katholische Seelsorger, Pflegekräfte, Ärzte und Verwaltungsmitarbeiter erarbeiten gemeinsam in diesem Gremium Lösungsvorschläge und 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 bezüglich PEG, Patientenverfügung, Suizidalität und Organspende erarbeitet.

### **Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung**

Das Ziel einer engen Vernetzung der ambulanten und stationären Versorgung wurde durch das Versorgungsmodell "prosper - Gesund im Verbund" und 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 zwischen der Betriebsleitung, leitenden Mitarbeitern des Hauses und der Geschäftsführung auf Trägerebene festgelegt. Es wird ein Finanz- und Investitionsplan sowie ein Projekt- und Maßnahmenplan geführt.

## **Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen**

Die Planung der Kooperationen erfolgt in Abstimmung zwischen Betriebsleitung, den Chefärzten und der Geschäftsführung auf Trägerebene. Gemeinsame Workshops unterstützen den hausinternen Abstimmungsprozess. Ergebnis dieser Zielplanung ist die Entwicklung des zukünftigen medizinischen Leistungsspektrums, z.B. Darm-, Gefäßzentrum, die damit verbundene bauliche sowie personelle Zielplanung und die damit verbundenen Kooperationen, z.B. Weiterentwicklung des integrierten Versorgungssystems "prosper".

Auf die Einhaltung von humanen Arbeitsbedingungen wird geachtet. Mitarbeiter des Krankenhauses sind in Hilfsorganisationen organisiert und fahren in Krisengebiete.

## **Festlegung einer Organisationsstruktur**

Die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Betriebsleitung, die sich aus Krankenhausverwaltungsdirektor, Ärztlichem Direktor und Pflegedirektorin zusammensetzt, sind in einer Dienstanweisung für die Knappschaftskrankenhäuser geregelt. Die Organisationsstruktur ist in Form eines Organigramms unter Benennung der aktuellen Funktionsträger festgelegt. Das Organigramm ist unterteilt in die Bereiche Verwaltungsdienst, Ärztlicher Dienst und Pflegedienst. Es wird vierteljährlich aktualisiert.

Alle gesetzlich geforderten Beauftragten/Verantwortlichen sind bestellt. Eine Matrix im Intranet schafft den Überblick über die Führungsgremien sowie Kommissionen und Ausschüsse.

## **Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien**

Die Gesamtstruktur der Leitungsgremien und Kommissionen bildet ein Kommunikationsnetzwerk, das die direkte Weitergabe von Informationen untereinander und an die nächste Hierarchieebene sicherstellt. In allen Gremien ist mindestens ein Mitglied der Betriebsleitung vertreten. Die Arbeit ist durch Geschäftsordnungen geregelt. Effizienz und Effektivität werden durch regelmäßige Zielkontrollen der Betriebsleitung gewährleistet.

Die Arbeitsweise innerhalb der Betriebsleitung ist durch Dienstanweisung des Trägers geregelt. Die Koordination der Arbeit erfolgt in regelmäßigen Betriebsleitungssitzungen. Der Austausch erfolgt auf der Grundlage von Informationsrecht- und -pflicht.

## **Innovation und Wissensmanagement**

Das Verständnis für Changemanagement und Organisationsentwicklung fördern wir in unserem Haus durch Mitarbeiterfortbildungen und Informationsveranstaltungen, mit Hilfe unseres umfangreichen Intranets sowie im Rahmen der Einbindung von Mitarbeitern in die Zertifizierungs- und Veränderungsprozesse.

Zu unterschiedlichen Themen werden Projektgruppen eingerichtet. Interne Audits, Begehungen und Visiten dienen ebenfalls dem innerbetrieblichen Wissensmanagement und der Ermittlung von Optimierungspotentialen in den Behandlungs- und Verwaltungsprozessen.

Die Mitarbeiter sind grundsätzlich aufgerufen, Verbesserungspotentiale, Ideen und Wünsche zu äußern. Mitarbeiter, die Innovationen vorschlagen, werden nach Möglichkeit in

die Umsetzung einbezogen.

### **Externe Kommunikation**

Eine systematische Information der Öffentlichkeit über aktuelle Entwicklungen im Krankenhaus und Veranstaltungen für die breite Öffentlichkeit oder das Fachpublikum erfolgt durch die Abteilung „Allgemeine Verwaltung“. Das Spektrum des Krankenhauses sowie die Ambulanzzeiten sind den Krankenhausbroschüren und der Homepage zu entnehmen. Über medizinische Entwicklungen, Bauvorhaben und Personalia informieren wir durch vielfältige Medien (z.B. Presse-Infos, Internet, Plakate, Flyer, Broschüren, Anzeigen, Veranstaltungen, Orientierungs- und Begrüßungsmappen). Im ärztlichen Bereich erfolgt dies u.a. über den Ärztenewsletter, über Vorträge und Workshops sowie die Netzwerkkonferenz.

### **Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems**

Unser Risikomanagementsystem nutzt Instrumente wie systematische Risikoanalysen (z.B. Sicherheitskonzept Technik, Umweltmanagement, Sturzmanagement-Konzept, IT-Sicherheitskonzept, Risikoanalyse Arzneimittel), ein Fehlermeldesystem (CIRS), definierte Meldekreise für spezielle Bereiche (z. B. Transfusionsreaktionen, Infektionskrankheiten, Schadensfälle), Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz, Fehlerursachenanalyse, Audits, das Beschwerdemanagement, ein umfassendes Projekt- und Prozessmanagement sowie standardisierte Verfahren und Prozesse (z. B. Behandlungspfade, Checklisten, Alarm- und Einsatzplan, Korruptionsprävention).

Die Betriebsleitung informiert sich durch regelmäßig erhobene Kennzahlen über die Situation in allen Bereichen des Krankenhauses. Über relevante Vorkommnisse wird sie zeitnah informiert.

## 6 Qualitätsmanagement

### Organisation

Die Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung eines umfassenden Qualitätsmanagementsystems geschieht auf der Grundlage eines Rahmenkonzeptes. Ziel ist die kontinuierliche Verbesserung von Krankenhausstrukturen und -abläufen an die Anforderungen und Bedürfnisse externer und interner Kunden. Durch Einbeziehung sämtlicher Führungsgremien, der Bereichs-Qualitätsmanagement-Verantwortlichen, interdisziplinäre Qualitätszirkel und Projektgruppen sowie regelmäßige Information der Mitarbeiter wird dieser Anspruch umgesetzt. Dem Krankenhausverwaltungsdirektor sind als Stabstelle eine Qualitätsmanagement-Beauftragte sowie eine Projekt-/Prozessmanagerin zugeordnet, die für die Koordination, Information und Unterstützung sämtlicher QM-Projekte verantwortlich sind. Die Lenkung der Projekte erfolgt über einen interdisziplinären Steuerkreis, in den die Betriebsleitung integriert ist. Die Kompetenzen der Mitarbeiter werden durch Moderations- und Qualitätsmanagementschulungen unterstützt.

Neben der Zertifizierung nach KTQ wurde eine Vielzahl von spezifischen Zertifizierungen erfolgreich bestanden, z.B. Nephrologische Schwerpunktlinik DGfN, Gefäßzentrum DGG, Stroke Unit regional DSG / SDSH, Diabetes-Zentrum: QMKD und stationäre Behandlungseinrichtung Typ 1 und Typ 2 Diabetes nach DDG, Ambulanz für Diabetologie und Ernährungsmedizin BDEM, Reha-Zentrum prosper nach DGNR, Silberzertifikat der „Aktion Saubere Hände“, Silberzertifikat „Rauchfreies Krankenhaus“, ÖKOPROFIT.

### Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Das Organisationshandbuch beinhaltet Regelungen für alle Bereiche mit den Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozessen. Für sensible Bereiche gibt es gesonderte Qualitätshandbücher, z.B. Zentralsterilisation, Labor, Transfusionswesen etc.

Prozessdarstellungen mit Kennzahlen sowie Berichtswesen werden kontinuierlich ausgebaut, wie z.B. OP-Statistik, Sturzstatistik, Abweichungen von Klinischen Pfaden u.a.

Eine Projekt-/Prozessmanagerin ist implementiert. Sie ist für die abteilungsübergreifende Organisation des Prozessmanagements zuständig. Zu allen Prozessbeschreibungen sind die Verantwortlichkeiten geregelt. Alle normativen Regelungen unterliegen innerhalb einer speziellen Software einer automatisierten Dokumentenlenkung.

### Patientenbefragung

Mit Aufbau eines umfassenden Qualitätsmanagements wurden regelmäßige Befragungen als ein Instrument zur Steuerung festgelegt. Seit 2002 finden daher regelmäßig Patientenbefragungen statt. Neben Befragungen durch externe Institute, z.B. im Rahmen des "Klinik-Führer Rhein-Ruhr" oder der Befragung durch die Technikerkrankenkasse, erfolgt seit 2010 eine kontinuierliche Patientenbefragung über den Träger. Zusätzlich finden projektbezogene Befragungen (z.B. Essen, Beschwerdebearbeitung, Diabetes, Darmzentrum) sowohl über Fragebögen als auch über Leitfadeninterviews statt.

Die Ergebnisse der kontinuierlichen Befragung werden quartalsweise über den Träger ausgewertet, ein Vergleich zwischen den 13 Kliniken des Trägers liegt vor. Aus den Ergebnissen werden Maßnahmen entwickelt und deren Umsetzung kontrolliert. Alle Befragungen werden anonym durchgeführt.

## **Befragung externer Einrichtungen**

Einweiserbefragungen erfolgen kontinuierlich seit 2003. Die letzten Einweiserbefragungen erfolgten im Rahmen des "Klinik-Führer Rhein-Ruhr" 2010 sowie Anfang 2013.

Wesentlichste Plattform für die Ermittlung der Einweiser-Zufriedenheit ist das Prospernetzwerk mit derzeit ca. 80 Niedergelassenen (Bottrop, Oberhausen) und ca. 27.000 eingeschriebenen Netzpatienten. Auf der quartalsweise stattfindenden Netzwerkkonferenz erfolgt regelhaft ein Austausch über die Zufriedenheit mit unseren Prozessen und Strukturen. In spezifischen Arbeitsgruppen werden sektorenübergreifend Themen der Patientenversorgung, z.B. Priscus-Liste (potentiell inadäquate Arzneimittel für ältere Menschen) und Schnittstellenprobleme 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 Entlassungsmanagement befragt.

## **Mitarbeiterbefragung**

Seit 2002 findet alle drei Jahre eine umfangreiche Mitarbeiterbefragung mit einem externen Unternehmen statt. Alle Befragungen werden anonym, d.h. grundsätzlich ohne personenbezogene Kennzeichnung der Fragebögen durchgeführt. Darüber hinaus garantiert dieses Verfahren die Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit über 130 Krankenhäusern.

Zusätzlich werden anlass-/themenbezogene Mitarbeiterbefragungen durchgeführt, z.B. zum Bettenmanagement, im Bereich Ethik (Betreuung und Begleitung Sterbender und ihrer Zugehörigen), zur Gesundheitsförderung (Stress), zum Intranet und zur Mitarbeiterzeitung (jährlich). Die Fragebögen dieser spezifischen Befragungen werden jeweils mit der QM-Abteilung abgestimmt. Durchgeführt werden sie z.T. von Mitgliedern der entsprechenden Qualitätszirkel, z.B. Ethikkomitee, Qualitätszirkel Gesundheitsförderung.

Die Ergebnisse der Befragungen werden im Intranet veröffentlicht, zusätzlich erfolgen Präsentationen durch die QM-Abteilung oder bei den spezifischen Befragungen durch die Durchführenden in den jeweils betroffenen Arbeitsbereichen.

## **Umgang mit Wünschen und Beschwerden**

In allen Stationen und Funktionsbereichen hängen gut sichtbar spezielle Briefkästen und Formulare für Anregungen und Beschwerden von Patienten und Angehörigen. Beschwerden und Anregungen werden systematisch erfasst, ausgewertet und auf Verbesserungsmöglichkeiten überprüft. Probleme, die nicht in den Abteilungen gelöst werden können, werden in einem Ausschuss bearbeitet. Der Ausschuss leitet Problemstellungen je nach Thema an bestehende Arbeitsgruppen zur Erarbeitung von Maßnahmen weiter. Die gewonnenen Erkenntnisse fließen mit in die kontinuierliche Verbesserung der Patientenorientierung ein.

Für die Mitarbeiter besteht ein regelmäßiges Angebot an Schulungen zum Kommunikations-/Konfliktmanagement, zum Beschwerdemanagement und zur Stressbewältigung sowie ein Telefontraining für spezifische Bereiche.

## **Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten**

Neben der Dokumentation der bundesweit verpflichtenden Module im Rahmen der externen Qualitätssicherung nach § 137 beteiligt sich das Krankenhaus freiwillig an externen Qualitätssicherungsprojekten für Dialysepatienten, Schlaganfallpatienten, Patienten mit Darmkrebs, Diabetiker und Patienten mit Bauchaortenaneurysma (Gefäßwandaus-sackung der Bauchhauptschlagader) sowie am Hygiene-KISS und der "Aktion Saubere Hände" des Nationalen Referenzzentrums und an der Qualitätssicherung in der interven-tionellen Radiologie. Die Teilnahme der Angiologie am Interventionsregister EMIL der DGA (z.Z. noch in der Entwicklung) ist geplant. Die Analyse weiterer qualitätsrelevanter abteilungsbezogener Daten erfolgt anhand von Leistungszahlen, Qualitätsindikatoren oder speziell definierter Kennzahlen.

## **Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung**

Das Knappschaftskrankenhaus Bottrop nimmt entsprechend den gesetzlichen Vorgaben an der externen vergleichenden Qualitätssicherung teil. Das Verfahren und die Verant-wortlichkeiten für die vollständige und inhaltlich korrekte Übermittlung der Daten sind festgelegt. Die Dokumentationsrate lag in den letzten Jahren immer bei 100%.

Die Jahresauswertungen der BQS werden den Chefärzten und klinikinternen Verantwort-lichen zeitnah durch den Beauftragten für die Externe Qualitätssicherung zur Verfügung gestellt. Die Ergebnisse werden abteilungsintern analysiert und diskutiert. Bei Bedarf werden Optimierungsmaßnahmen eingeleitet.