

BKB

Bergmannsheil und Kinderklinik Buer GmbH



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Bergmannsheil und Kinderklinik Buer
Institutionskennzeichen:	260551154
Anschrift:	Schernerweg 4 45894 Gelsenkirchen
Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer:	2014-0076 KH
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche
Gültig vom:	13.10.2014
bis:	12.10.2017

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	11
1 Patientenorientierung	12
2 Mitarbeiterorientierung	15
3 Sicherheit	16
4 Informations- und Kommunikationswesen	19
5 Führung	20
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 Bundesebene¹, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) und der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e. V. (HB). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

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

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit,
- das 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.

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

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

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009/2. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet im zweijährigen Turnus den strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass das **Bergmannsheil und Kinderklinik Buer** 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

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

Bergmannsheil und Kinderklinik Buer GmbH

Im Jahr 2002 fusionierte das Bergmannsheil Buer mit der Städtischen Kinderklinik Gelsenkirchen zur Bergmannsheil und Kinderklinik Buer GmbH (BKB). Gesellschafter sind die Stadt Gelsenkirchen (27,5 %) und die Knappschaft Bahn See mit ihrem Hauptsitz in Bochum (72,5%). Die räumliche Zusammenführung der beiden Kliniken erfolgte 2007 mit dem Bau einer neuen Kinder- und Jugendklinik (76 Betten) am Standort des Akutkrankenhauses. Im gleichen Jahr eröffnete auch eine orthopädische Rehaklinik, die *rehaklinik* am Berger See* (120 Betten), als dritter Betriebsteil der BKB. Es besteht eine enge medizinische und therapeutische Verzahnung (Tür-an-Tür-Lösung) zwischen den drei Betriebsteilen. Es wird eine gemeinsame medizinische Infrastruktur genutzt.

Aktuell sind 1033 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der BKB beschäftigt.

Bergmannsheil Buer



Das Bergmannsheil Buer blickt auf eine über 75-jährige Tradition zurück, die von medizinischen Innovationen und der Fürsorge für den Patienten geprägt ist. Eine qualitativ hochwertige Versorgung unserer Patienten ist ein zentraler Punkt unserer Bemühungen und zeichnet unser Handeln aus. Dies zeigt sich vor allem an der ständigen Weiterentwicklung unseres medizinischen Leistungsspektrums. Als wichtigsten Ansprechpartner für unsere Patienten sehen wir unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Das umfassende Qualitätsmanagement, das bereits seit dem Jahr 2001 durch eine Stabsstelle weiterentwickelt wird, schafft Rahmenbedingungen zur

kontinuierlichen Verbesserung der Patientenversorgung, der Mitarbeiterzufriedenheit und der Ablaufoptimierung. So werden beispielsweise im Rahmen von Patientenbefragungen und durch Mitarbeiterbefragungen (zuletzt 2013) unser Vorgehen überprüft und weiter verbessert.

Im Betriebsteil Bergmannsheil Buer werden jährlich rund 12 900 Patienten stationär und 57 000 Patienten ambulant behandelt. Durch die Spezialambulanzen der Fachabteilungen und die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten ist eine optimale Vorbereitung für den stationären Aufenthalt und eine kontinuierliche Nachsorge gegeben. Unser engagierter Sozialdienst leitet Anschlussheilverfahren ein und stellt die Versorgung mit Hilfsmitteln sicher.

Die vollständige und umfangreiche Renovierung aller Stationen wurde 2010 abgeschlossen – wir bieten unseren Patienten eine komfortable und moderne Unterbringung an.

Durch umfangreiche Umbau- und Neubaumaßnahmen hat sich das Gesicht des Medizinstandorts nachhaltig verändert. Zuletzt wurde die Zentrale Notfallambulanz in zwei Phasen vollständig entkernt. Im laufenden Betrieb wurde eine Fläche von 1 000 Quadratmetern vollständig modernisiert. Es entstanden neue Wartebereiche, zehn Untersuchungsräume für Notfallpatienten und zwei Schockräume. Auch der Neubau der interdisziplinären Intensivstation inklusive Weaning-Station und Brandverletztenintensiveinheit gehörte zu den letzten Bauprojekten. Ein ganzer neuer Kliniktrakt für die Fachdisziplin Pneumologie entstand auf dem Dach der orthopädischen Rehaklinik am Berger See.

Um den schnellen Transport unserer Patienten in den Schockraum der Notfallambulanz zu garantieren und so die medizinische Versorgung von Schwer- und Schwerstverletzten zu gewährleisten, ist auch der Neubau eines Hubschrauberlandeplatzes (2014) auf dem Dach der Klinik von großer Bedeutung.

Disziplinen:

Innere Medizin – Kardiologie/ Psychokardiologie

Innere Medizin - Pneumologie

Innere Medizin - Gastroenterologie, Hämatologie/ Onkologie

Allgemein- und Visceralchirurgie

Orthopädie und Unfallchirurgie

Neurochirurgie

Plastische und Ästhetische Chirurgie/ Handchirurgie

Urologie

Anästhesie und Intensivmedizin

Radiologie und Nuklearmedizin

Besonderheiten:

- Regionales Traumazentrum (Zertifizierung 2009, Rezertifizierung 2013)
- Darmzentrum (Zertifizierung 2010, Rezertifizierung 2013)
- Uroonkologisches Zentrum (Zertifizierung 2010, Rezertifizierung 2013)
- Qualifizierte Schmerztherapie (Zertifizierung 2010)
- Ambulantes OP-Zentrum
- Wundtherapiezentrum (seit 2007)
- Etablierung einer Kurzzeitbeobachtungseinheit für internistische Notfallpatienten
- Interdisziplinäre Intensivstation inklusive Weaning-Einheit und Brandverletzten-intensiveinheit
- Angliederung des Notarztwesens für den Gelsenkirchener Norden
- Anbindung der kassenärztlichen Notfallambulanz an die Klinik
- Zertifikat „Klinik für Diabetespatienten geeignet“ (Zertifizierung 2013)
- Institut für Stressmedizin rhein-ruhr
- Versorgungskonzept Demenz
- Ernährungszentrum am Berger See

Integrierte Versorgung:

Die Vernetzung der ambulanten und stationären Versorgung der Patienten erfolgte mit der Errichtung des **Medical Center Bergmannsheil Buer** im Jahr 2005. Niedergelassene Praxen* der unterschiedlichsten Disziplinen, aber auch medizinische Dienstleister* (z.B. Sanitätshaus, Apotheke, Salvea mit seinen Angeboten rund um das Thema Gesundheit, Vitalität, Training und Aktivierung, Ergotherapie, Logopädie) sind hier integriert.

Im April 2006 ging in Gelsenkirchen und Gladbeck das bisher vierte knappschaftliche Gesundheitsnetz der integrierten Versorgung an den Start. Dem Gesundheitsnetz „**prosper Gelsenkirchen/Gladbeck**“ haben sich bislang mehr als 44.000 knappschaftlich und 5000 DAK-

Krankenversicherte aus dem Raum Gelsenkirchen und Gladbeck und über 350 Ärzte des Netzgebietes (Netzärzte) angeschlossen. Das Bergmannsheil Buer ist Partner dieses Gesundheitsnetzes als Netzkrankenhaus.

Kinder- und Jugendklinik Gelsenkirchen



Seit ihrer Gründung 1958 zeichnet sich die Kinder- und Jugendklinik durch eine von Innovationen geprägte Entwicklung aus. Hier weiß man um die Ängste und Sorgen der Familien. Jährlich werden über 4 300 Kinder stationär und rund 23 000 Kinder ambulant von einem kompetenten und motivierten Team aus Ärzten, Kinderkrankenschwestern und Therapeuten betreut. Werden Kinder und Jugendliche im Krankenhaus Bergmannsheil Buer operiert, betreuen wir sie vor und nach dem Eingriff in unserer Klinik. Die bauliche und medizinische Verzahnung zeigt sich optimal in Diagnostik und Therapie. Zur Tradition der Klinik gehört auch die komfortable Unterbringung von Eltern, die bei ihrem kranken Kind bleiben wollen. Ebenso nehmen wir die besonderen Bedürfnisse kranker Jugendlicher ernst und sehen eine altersgerechte Belegung der Patientenzimmer vor bzw. haben spezielle Jugendzimmer gestaltet.

Bei einem längeren Krankenhausaufenthalt werden Schulkinder von den Lehrern der Städtischen Schule für Kranke - in Abstimmung mit der jeweiligen Heimatschule - individuell unterrichtet. In den attraktiven Spielzimmern der Stationen wartet für alle Altersstufen ein vielseitiges

Spielangebot. In der Lesebazille, der Kinder- und Jugendbücherei, stehen Hunderte von Bilder- und Vorlesebücher zur Ausleihe bereit.

Fachabteilungen:

Allgemeine Pädiatrie

Neonatologie mit Kinder-Intensivmedizin

Pädiatrische Psychosomatik, Allergologie, Pneumologie

Neuropädiatrie – Sozialpädiatrisches Zentrum

Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Besonderheiten:

- „Ausgezeichnet für Kinder“ (Gütesiegel seit 2009)
- Qualifizierte Schmerztherapie (Zertifizierung 2010)
- Schreiambulanz (seit 2010)
- Aufnahme in den Projektverbund "gesundes Land Nordrhein-Westfalen"
- Etablierung der kassenärztlichen Kinder-Notfallambulanz
- Trauma-Ambulanz
- Theaterpädagogik
- Bewegungs- und Ernährungskurs „SAFARIKIDS“
- Klinikclowns
- Lesebazille

Die Abteilung für **Allgemeine Pädiatrie** garantiert eine medizinische Versorgung auf hohem Niveau. Das stationäre Behandlungsangebot umfasst das gesamte Leistungsspektrum der Kinderheilkunde - außer der Onkologie. Zu den typischen Krankheitsbildern im Kindesalter, die stationär behandelt werden, zählen u.a. Erkrankungen der Atemwege, der Harnwege und des Magen-Darm-Traktes, Infektionserkrankungen, Schädelprellungen und -frakturen, Fehlbildungen und Verbrennungen.

Überregional bekannt ist die Abteilung für **Pädiatrische Psychosomatik, Allergologie und Pneumologie** durch eine verhaltensmedizinische Ausrichtung bei der Behandlung von Kindern mit psychosomatischen Erkrankungen wie Neurodermitis, Asthma bronchiale und weiteren allergischen Erkrankungen. Das Land NRW hat das seit über 30 Jahren erfolgreiche umgesetzte Therapiekonzept als beispielgebend und zukunftsweisend ausgezeichnet. Hier werden auch an-

dere chronische Störungen (Ess- und Schlafverhaltensstörung bei Säuglingen und Kleinkindern, chronische Bauch- und Kopfschmerzen) therapiert, bei denen eine alleinige organische Störung ausgeschlossen werden konnte.

Kranke Neugeborene und Frühgeborene brauchen eine ganz besondere Betreuung. Die bekommen sie seit über 20 Jahren in der **Abteilung für Neonatologie und Kinderintensivmedizin**. Die Abteilung ist als geburtshilflich-neonatologischer Schwerpunkt im Landeskrankenhausplan ausgewiesen. Rund 450 Kinder werden hier jährlich betreut. Ein Baby-Notarztwagen, der seit 1999 im Einsatz ist, hat das Notarztsystem* für Neugeborene in Gelsenkirchen weiter optimiert. Die Kompetenz der Neonatologen der Kinder- und Jugendklinik Gelsenkirchen wird von vielen Geburtskliniken im Umkreis geschätzt: In Kooperationsverträgen wird die medizinische Versorgung der Neugeborenen in diesen Kliniken durch unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geregelt.

Im **Sozialpädiatrischen Zentrum** kümmern sich Spezialisten unterschiedlicher Berufsgruppen um die Therapie neurologischer Erkrankungen sowie die Förderung behinderter und benachteiligter Kinder aller Altersstufen. Rund 3 500 Kinder werden hier jährlich - meist über einen längeren Zeitraum - behandelt. Die Familie ist in die Behandlung einbezogen und es wird für sie ein Netz aus medizinischen, pädagogischen und psychosozialen Hilfen geknüpft. Insbesondere schwerstbehinderte Patienten werden im Falle einer notwendigen stationären Aufnahme hier in einer familiären und liebevollen Umgebung betreut.

Die **Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie** betreut Kinder mit seelischen Problemen, die Entwicklungshilfen brauchen. Hyperaktivität, Schulverweigerung, Angststörungen und Depressionen sind häufige Ursachen für eine psychiatrische Behandlung. Die Gründe für die Störungen sind vielfältig und individuell. Die Therapie ist ebenfalls familienorientiert.

Trauma-Ambulanz in der Kinder- und Jugendklinik:

2013 wurde eine Traumaambulanz für Kinder errichtet, die Opfer von Gewalttaten wurden. Ziel ist ihnen zeitnah nach dem Erlebnis eine psycho-therapeutische Unterstützung zur Prävention von Traumafolgestörungen anzubieten.

* Nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Jede Fachabteilung plant die elektiven Aufnahmen im Zusammenspiel von Ambulanz und Station auf Basis der vorhandenen Kapazitäten. In der Inneren Medizin übernimmt eine Belegungsmanagerin die Bettenplanung. In der Kinder- und Jugendklinik (KJK) wird die Planung über das zentrale Patientenmanagement koordiniert. Die Aufnahme von Notfällen erfolgt über die interdisziplinäre zentrale Notaufnahme (ZNA) bzw. die Notaufnahme der KJK. Zur Orientierung besteht ein Wegeleitsystem über Schilder, ein Farbleitsystem sowie eine Orientierung über Tiermotive.

1.1.2 Leitlinien

Innerhalb der Fachabteilungen sind die Leitlinien der Fachgesellschaften Basis der Behandlung. Die Klinischen Pfade wurden ebenfalls leitlinienbasiert entwickelt. Neben abteilungsinternen Ablaufvorgaben/Standards besteht für alle Ärzte und Stationsleitungen ein Zugang zum Internet für weitergehende Informationen. Hier besteht auch Zugriffsmöglichkeit auf die Med-Line Datenbank. Über das Intranet stehen die aktuellen AWMF-Leitlinien allen Mitarbeitern zur Verfügung. Hausinterne Standards stehen in Schriftform und im Intranet zur Verfügung.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Die persönliche Ansprache und Hinwendung zum Patienten ist zentraler Bestandteil der Behandlungsführung. Sie wird von allen Mitarbeitern, unter Vorbild der leitenden Mitarbeiter, gelebt. In den täglichen Visiten erfolgt die Erläuterung und Abstimmung der Behandlungsplanung. Ressourcen und Wünsche des Patienten werden grundsätzlich berücksichtigt und dokumentiert. Die Aufklärung über diagnostische Maßnahmen/Operationen erfolgt strukturiert anhand von Aufklärungsformularen, bei Wunsch des Patienten unter Einbeziehung von Angehörigen. Bei Verständigungsproblemen helfen fremdsprachige Mitarbeiter oder Familienangehörige. Es wurde ein umfassendes Versorgungskonzept zum Umgang mit demenzerkrankten Patienten eingeführt.

1.1.4 Service, Essen und Trinken

Die Zimmer sind mit eigenen Nasszellen, Schränken mit eingebautem Wertfach, einer Rufanlage, sowie im Bergmannsheil einer Entertainment-Anlage mit Telefon, Radio, Fernseher und WLAN ausgestattet. In der Kinder- und Jugendklinik stehen Aufenthaltsräume mit Spielsachen und Lesematerial, ein überdachter Freiluftspielplatz, eine Bücherei ("Lesebazille") sowie zahlreiche Spielmöglichkeiten im Außengeländebereich zur Verfügung.

In jedem Zimmer liegt der Speiseplan der aktuellen Woche aus. Der Essenswunsch wird durch eine Menüassistentin erfragt (auch muslimische und vegetarische Kost). Ein auf jeder Station hinterlegter Verpflegungskatalog enthält nähere Informationen zu den Kostformen und speziellen Diäten.

1.1.5 Kooperation

Als externe Kooperationspartner stehen Konsiliarärzte aus den Disziplinen HNO, Gynäkologie, Neurologie, Augenheilkunde, Zahnmedizin, Dermatologie, Diabetologie sowie eine radiologische Gemeinschaftspraxis zur Verfügung. Im Rahmen des Tumor- und des Traumazentrums sowie des Wundtherapiezentrum bestehen Kooperationen, um die interdisziplinäre Patientenversorgung sicherzustellen. Durch die kooperative Zusammenarbeit mit diabetologischen Fachärzten werden Patienten mit Diabetes mellitus umfassend versorgt. Für Patienten mit kardiologischen Beschwerden wurde in Kooperation mit niedergelassenen Kardiologen die Sprechstunde SEKardio eingerichtet. Die Neonatologie unterhält in mehreren Geburtskliniken Außenstellen. Mit den Ärzten der KV-Notfallpraxen (QPG) existiert eine regelmäßige Zusammenarbeit. Niedergelassene Ärzte können Pat. zur Kurzzeitbeobachtung überweisen, wo nach einer Beobachtungszeit der weitere Behandlungsverlauf besprochen wird.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die Notfallaufnahmen der BKB sind jederzeit aufnahmebereit. Erstuntersuchung und Diagnostik sowie ggf. anschließende Maßnahmen erfolgen laut ärztlicher Anordnung. In der Zentralen Notaufnahme (ZNA) des Bergmannsheil stehen ein großer Empfangs- und Wartebereich, ausreichend Untersuchungsräume

sowie zwei Schockräume zur Verfügung, so dass auch jederzeit die Behandlung von polytraumatisierten Patienten gewährleistet ist. Auch die Notaufnahme der Kinder- und Jugendklinik verfügt über eine ausreichende Zahl an Behandlungsräumen, um den Bedarf abdecken zu können. Für Fälle, in denen eine Intensivversorgung notwendig ist, steht die interdisziplinäre Intensivstation zur Verfügung.

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Die ambulante Patientenversorgung z. B. im Rahmen der Notfallambulanzen, der Wiedereinbestellambulanz oder der Ermächtigungsambulanz (Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) und Ambulanzen der Fachabteilungen) verläuft koordiniert unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse und erfolgt in enger Abstimmung mit den niedergelassenen Ärzten. In den Fachabteilungsambulanzen bzw. dem SPZ laufen die Fäden für die vorstationäre, stationäre, nachstationäre und ambulante Betreuung zusammen. Neben einem differenzierten Angebot an Spezialsprechstunden stehen weitere Angebote zu Verfügung: SEKardio-Sprechstunde, Schreiambulanz, Traumaambulanz in der Tagesklinik.

1.3.2 Ambulante Operationen

Die BKB verfügt über ein Ambulantes Operationszentrum, dessen Leitung der Klinik für Anästhesie obliegt. Die Einbestellung und Planung der Patienten incl. Indikationsstellung erfolgt durch die jeweilige Fachabteilung. Die engmaschige Überwachung der operierten Patienten wird durch Mitarbeiter der Anästhesiepflege/Rettungsassistenten und die kurzen Wege zum OP gewährleistet. Die Weiterversorgung und Informationsweiterleitung ist durch eine Betreuung durch die operierende Fachabteilung gewährleistet.

1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Die patientenbezogene Koordination der Diagnostik erfolgt bereits in den Ambulanzen der Fachabteilungen. Die diagnostischen Maßnahmen werden durch den Stationsarzt festgelegt und vom Pflegepersonal mit den entsprechenden Funktionsabteilungen koordiniert und terminiert. Der Behandlungsprozess wird für jeden Patienten individuell durch den Aufnahmearzt/Stationsarzt unter Verantwortung des Oberarztes/ Chefarztes in enger Abstimmung mit der Pflege und weiteren Berufsgruppen (z.B. Physiotherapeuten) festgelegt. Grundlage der Dokumentation sind das Kurvensystem sowie die Pfaddokumente. Die Abstimmung des Behandlungsprozesses erfolgt in den Visiten und Besprechungen.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die persönliche Ansprache und Hinwendung zum Pat. (in der Kinder- und Jugendklinik auch zu den Eltern) ist zentraler Bestandteil der Behandlungsführung. In den täglichen Visiten erfolgt die Erläuterung und Abstimmung der Behandlungsplanung. Ressourcen und Wünsche des Patienten werden grundsätzlich berücksichtigt und dokumentiert. Die Aufklärung über diagnostische Maßnahmen/ Operationen erfolgt strukturiert anhand von Aufklärungsformularen unter Wahrung der Privatsphäre und Einbeziehung der gesetzlich vorgegebenen und medizinischen Aspekte einschließlich Eigenblutspende, bei Wunsch unter Einbeziehung von Angehörigen. In der Kinder- und Jugendklinik findet das Aufklärungsgespräch zusätzlich mit den Eltern statt. Seit 2012 besteht die Möglichkeit, Kardio-MRTs durchzuführen, 2013 wurde ein Herzkatheterlabor eingerichtet.

1.4.3 Operative Verfahren

Die Stellung der Indikation und Planung der Operation obliegt der operierenden Fachabteilung ggf. in Zusammenarbeit mit der Klinik für Anästhesie. Zur präoperativen Vorbereitung sind fachspezifische Standards und Anweisungen vorhanden. Eine OP-Bereitschaft ist über 24 Std. gewährleistet. Die OP-Planungen erfolgen ausschließlich EDV-gestützt. Die OP-Standards werden regelmäßig im Rahmen der Anwendung überprüft und bei Bedarf den neuen Gegebenheiten angepasst. Die erfolgreich absolvierte Schmerz-Zertifizierung dokumentiert die sehr gute Schmerztherapie. Zur Vermeidung von Verwechslungen, erfolgt ein strukturiertes Vorgehen anhand der Sicherheitscheckliste des "Aktionsbündnisses Patientensicherheit".

1.4.4 Visite

Visiten erfolgen in allen Fachabteilungen mindestens einmal täglich durch den Stationsarzt/

diensthabenden Arzt und einer examinierten Pflegekraft. Die Visitenzeiten sind auf den Stationen bekannt und werden den Patienten/Angehörigen bekannt gemacht. Andere Berufsgruppen werden bei Bedarf hinzugezogen. Die Dokumentation erfolgt in der Patientenakte bzw. auf den klinischen Pfaden. Die Ausarbeitung der Visitenanordnungen findet durch das Pflegepersonal/die Stationssekretärin statt. Auf den Intensivstationen erfolgt mehrmals täglich eine Visite. In der Kinder- und Jugendklinik erfolgt bei jedem Patienten, mit Ausnahme der Abteilung für pädiatrische Psychosomatik, eine tägliche Visite.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Die Behandlung des Patienten erfolgt strukturiert und leitlinienorientiert auf Ebene des Facharztstandards in allen Abteilungen des Hauses. Terminabsprachen finden in den jeweiligen Fachabteilungsumbuzanzen statt, die die Kapazitäten für die prä- und poststationäre Behandlung planen. In der Kinder- und Jugendklinik konnte mit Errichtung eines Zentralen-Patienten-Managements die Verzahnung von stationärer und ambulanter Terminierung verbessert werden. Schon während des stationären Aufenthalts können Terminabsprachen zu einem poststationären Kontakt erfolgen, um Patienten die Gewissheit der kontinuierlichen Weiterversorgung geben zu können.

1.5.1 Entlassung

Bereits bei Aufnahme wird die häusliche Versorgungssituation des Pat. vom Pflegepersonal dokumentiert. Die Entlassungsplanung erfolgt frühzeitig im Rahmen der täglichen Visite. Patienten mit einem poststationären Pflege- und Unterstützungsbedarf erhalten ein individuelles Entlassungsmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen, bedarfsgerechten Versorgung. Der Patient und seine Angehörigen werden zeitnah informiert und einbezogen. Benötigte Hilfsmittel werden rezeptiert und ins häusliche Umfeld bzw. auf die Station geliefert. Ärztliche und pflegerische Besonderheiten werden mit dem Patienten/den Angehörigen besprochen und im Arztbrief sowie im Pflegeüberleitungsbogen dokumentiert. Eine Entlassungsmanagerin ist für die Umsetzung des Expertenstandards zuständig.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Bereits bei der Aufnahme wird im Stammbblatt ein möglicherweise auftretender Weiter Versorgungsbedarf dokumentiert. Bei Bedarf wird der Sozialdienst informiert. Die Sozialarbeiterin bespricht mit dem Patienten bzw. den Angehörigen das weitere Vorgehen. In Rücksprache mit dem behandelnden Arzt erfolgt die Terminabstimmung mit der weiter versorgenden Einrichtung. Das Entlassungsmanagement bietet Pflegetrainings am Bett bzw. Angehörigenpflegekurse an. Heil- und Hilfsmittel werden über die Station und die Zusammenarbeit mit den Sanitätshäusern bzw. den Sozialdienst organisiert. Nachstationäre Versorgung sowie die Möglichkeit zur ambulanten Versorgung ergänzen die Möglichkeiten. Von Seiten der Tagesklinik bestehen regelmäßige Kontakte zu den Heimatschulen, Kindergärten und Jugendämtern.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Durch die Einrichtung von Verabschiedungszimmern ist eine Möglichkeit geschaffen worden Sterbende in einem ruhigen Rahmen zu begleiten; Angehörigen wird die Gelegenheit gegeben, Tag und Nacht im Krankenhaus zu bleiben. Die Begleitung erfolgt durch Mitarbeiter und Seelsorger. Individuelle Wünsche der Patienten und Angehörigen werden über die Pflege und Ärzteschaft erfüllt. Religiöse und spirituelle Bedürfnisse werden berücksichtigt. Gottesdienste und Trauerbegleitung werden angeboten. Es werden kontinuierlich interne und externe Fortbildungsmaßnahmen zum Thema "Sterben und Tod" angeboten. In ethischen Krisensituationen stehen Mitglieder des Ethikkomitees als interdisziplinäres Beratungsgremium zur Verfügung.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Für die Versorgung von verstorbenen Kindern und Erwachsenen existiert ein Pflegestandard. Rituelle Waschungen und eine individuelle Zimmergestaltung werden ermöglicht. Das Thema "Tod und Sterben", auch in anderen Religionen, ist Bestandteil der Ausbildung, von Fortbildungen und kann in besonderer Literatur auf den Stationen nachgelesen werden.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Grundlage der Planung ist die Fortschreibung des bisherigen Stellenplanes sowie die Berücksichtigung aktueller Veränderungen. Die Personalbedarfsermittlung und die Bewertung der Leistungsspektren aller Bereiche beruht auf Wirtschaftlichkeitsberechnungen verschiedener Institute, z. B. Deutsche Krankenhausgesellschaft. Die Berechnung des Personalbedarfs erfolgt jährlich im Zusammenhang mit der Aufstellung des Wirtschaftsplans für das nächste Kalenderjahr.

2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Zur systematischen Personalentwicklung werden verschiedene Elemente in unterschiedlichen Ausprägungen angewendet. Hierzu zählen eine strukturierte innerbetriebliche Fortbildung sowie die Möglichkeit zur externen Fort- und Weiterbildung einschließlich eines eigenen Budgets, Richtlinien zur Durchführung regelmäßiger Beurteilungsgespräche sowie Quartalsgespräche des Geschäftsführers. Die Ziele des Hauses werden berücksichtigt. Verantwortlich für die Personalentwicklung sind die Bereichsverantwortlichen in enger Absprache mit dem Personalleiter. Das Haus unterstützt die Teilnahme an berufsbegleitenden Studiengängen. Für den ärztlichen Bereich wird die Facharztweiterbildung gemäß der Weiterbildungsordnung durch jährliche Gespräche begleitet.

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeiter

Die Einarbeitung von Mitarbeitern beinhaltet verschiedene Elemente: Einführungsmappe, Einführungstag und -plan und strukturierte Einarbeitungsphase. Die strukturierte Einarbeitungsphase wird in den Bereichen durchgeführt. Ein schriftlich dokumentiertes durchgehendes Verfahren liegt als Modul in einzelnen Abteilungen vor (z.B. Weißbuch der Urologie, Einarbeitungshandbuch Allgemeinpädiatrie). Zur besseren Strukturierung der Einarbeitung und einer chronologisch sinnvollen Abstimmung der einzelnen Lernziele wurden im Pflege- und Funktionsdienst Einarbeitungspläne entwickelt. Mentoren zur Begleitung der Einarbeitungsphase werden in diesem Plan namentlich benannt. Erst-, Zwischen- und Abschlussgespräch sowie ein Beurteilungsgespräch gegen Ende der Probezeit sind Bestandteil der Einarbeitung.

2.2.3 Ausbildung

Der theoretische Teil der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege findet an der Zentralschule des Trägers statt. Die Auszubildenden in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege werden am Kirchlichen Bildungszentrum für Gesundheitsberufe unterrichtet. Für die Ausbildungsgänge liegen Lehrpläne nach der Ausbildungsverordnung des Landes NRW vor. Verantwortlich für die praktische Ausbildung ist die Pflegedirektion in Kooperation mit freigestellten Praxisanleitern. In den Leitbildern ist die Förderung einer guten Ausbildungsqualität fixiert. Die Inhalte und der Ablauf der praktischen Ausbildung sind in einem Handbuch ausführlich dargestellt.

Im kaufmännischen Bereich werden Kaufleute im Gesundheitswesen ausgebildet (duale Ausbildung).

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Das Konzept zur Innerbetrieblichen Fortbildung (IBF) beinhaltet die Stelle eines IBF-Koordinators, der die Fortbildungsaktivitäten zentral koordiniert und kommuniziert, das Fortbildungsprogramm erstellt und das Controlling übernimmt. Beauftragte der einzelnen Bereiche sind für die Gestaltung des Programms und die Durchführung der Fortbildung mitverantwortlich. Gesetzlich vorgeschriebene Pflichtfortbildungen können über eine Online-Lernplattform absolviert werden. Neben den Pflichtveranstaltungen werden Fortbildungen z.B. zu den Themen Schmerztherapie, Diabetes und Demenz angeboten. Weiterbildungen werden extern angeboten und hausintern ausgeschrieben.

Für den ärztlichen Bereich ist ein "21-Punkte-Programm" für die Fort- und Weiterbildung etabliert.

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Als theoretischer Überbau existieren für jeden Betriebsteil ein Leitbild und gemeinsame Grundsätze für Führung und Zusammenarbeit. Die praktische Umsetzung erfolgt im Alltag in erster Linie durch die Vorbildfunktion der leitenden Mitarbeiter. Vermittelt werden die Grundsätze in persönlichen Gesprächen

und in den regelmäßigen Gesprächen im Rahmen von Gremien und Besprechungen, Leitungssitzungen sowie verschiedene Kommissionen. Mitarbeiter aus unterschiedlichen Berufsgruppen werden in Arbeitsgruppen berufen und somit in strategische Planungen involviert.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Alle Arbeitszeiten für die Organisationseinheiten sind durch Dienstvereinbarungen für alle Dienstarten geregelt und richten sich nach den einschlägigen arbeits- und tarifrechtlichen Vorgaben. Die Einhaltung und Umsetzung liegt im Verantwortungsbereich der jeweiligen Dienstvorgesetzten und wird durch die Personalabteilung kontrolliert. Die Dienstplanung erfolgt über ein Dienstplanprogramm (ClinicPlanner). Im ärztlichen Bereich sowie in den Bereichen OP, Anästhesie, Labor und Radiologie sind EuGH-konforme Dienstzeiten eingeführt. Die Dienst- und Urlaubspangestaltung liegt im Verantwortungsbereich des jeweiligen Fachvorgesetzten. Die privaten und familiären Bedürfnisse der Mitarbeiter finden Berücksichtigung.

2.3.3 Mitarbeiterideen,-wünsche und-beschwerden

Seit Mai 2007 besteht ein Kreatives Ideenmanagement (KIM) mit festgelegter Struktur, die in einer Verfahrensanweisung dokumentiert ist. Neben einem KIM-Koordinator als Ansprechpartner besteht ein KIM-Ausschuss, in dem die oberste Leitungsebene vertreten ist. Bei positivem Bescheid bekommt der Ideengeber ein Sachpräsent sowie einen Zuschuss zum Fortbildungsbudget der Abteilung. Für Mitarbeiterbeschwerden stehen die Geschäftsführung, alle Abteilungsleiter sowie der Betriebsrat/Personalrat jederzeit zur Verfügung.

3 Sicherheit

3.1.1 Arbeitsschutz

Die Sicherstellung der Umsetzung der Pflichten im Arbeitsschutz erfolgt durch den Geschäftsführer, unterstützt durch die Fachkraft für Arbeitssicherheit. Zusätzlich tagt quartalsweise die Arbeitsschutzkommission. Dokumentierte und strukturierte Begehungen der Bereiche zur Arbeitsplatzbeurteilung durch Mitglieder der Arbeitsschutzkommission erfolgen regelmäßig. Arbeitsplatzbeurteilungen mit Gefährdungsanalysen liegen für die Bereiche vor. Regelungen zum Arbeitsschutz sind verbindlich festgelegt.

3.1.2 Brandschutz

Gemäß den Vorgaben der Brandschutzordnung sind anhand eines Brandschutzkonzeptes umfangreiche Baumaßnahmen in Bezug auf den Brandschutz getätigt worden. Als Brandschutzbeauftragter ist der technische Leiter benannt. Im Rahmen von Brandschutzbegehungen werden die Flucht- und Rettungswegpläne regelmäßig kontrolliert und bedarfsweise geändert. Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben werden sowohl Brandmeldeanlage sowie die Löscheinrichtungen regelmäßig überprüft. Die jährliche Brandschutzunterweisung ist für alle Mitarbeiter verpflichtend und kann am PC absolviert werden. Neue Mitarbeiter müssen einmal an einer Präsenzveranstaltung teilnehmen.

3.1.3 Umweltschutz

Im Rahmen der Umweltschutzbestrebungen werden insbesondere die Bereiche Wasser, Strom und Abfall berücksichtigt. Einsparpotenziale werden regelmäßig überprüft und Verbesserungen geplant. Im Rahmen der Neubauten, aber auch bei den Umbauten im Altbestand wurden die gesetzlichen Vorgaben eingehalten und teilweise übertroffen (z.B. Wärmedämmung Fassade Kinder- und Jugendklinik, Einsatz einer innovativen Lichttechnik).

3.1.4 Katastrophenschutz

Gemäß den gesetzlichen Vorgaben des Krankenhausgesetzes zur Mitwirkung im Katastrophenschutz stehen ein Katastrophenschutzplan, der auch den Punkt Aufnahmeverpflichtungen für Notfallpatienten bei Großschadensereignissen beinhaltet, sowie ein Evakuierungsplan im Intranet zur Verfügung. Verantwortlichkeiten sind im Katastrophenschutzplan definiert. Die Aktualisierungen und Veränderungen der vorhandenen Pläne werden gemäß den gesetzlichen Vorgaben der zuständigen

Katastrophenschutzbehörde vorgelegt. Der Katastrophenschutzplan ist ein Bestandteil des internen Fortbildungsprogramms.

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituation

Das geregelte Vorgehen einschließlich der Verantwortlichkeiten bei nichtmedizinischen Notfallsituationen ist im Katastrophenschutz- und Evakuierungsplan geregelt. Die Pläne sind Bestandteil des internen Fortbildungsprogramms und werden regelmäßig aktualisiert. Jede Ebene verfügt über einen Evakuierungscontainer. Bei Stromausfall sorgt das hausinterne Notstromaggregat in allen kritischen Bereichen für eine adäquate Weiterversorgung. Für den Ausfall technischer Einrichtungen gibt es neben der vorsorglichen Wartung und Erneuerung von Anlagenanteilen auch einen Rufdienst der technischen Abteilung. Ein EDV-Rufdienst ist eingerichtet.

3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Die Gewährleistung der Patientensicherheit obliegt im Bereich der Pflegestation und der Funktionsbereiche den Stations- bzw. Behandlungsteams. Maßnahmen zum Schutz der Patienten werden mit dem Betroffenen und ggf. mit den Angehörigen abgestimmt. Abteilungsübergreifende schriftliche Standards/Handlungsanweisungen wurden erarbeitet. Das Vorgehen bei Freiheitsentziehenden Maßnahme bzw. mechanischer Einschränkung der Bewegungsfreiheit sind in einer Verfahrensanweisung festgelegt. Für die Versorgung von Patienten mit Demenz und deren Sicherheit wurde ein Versorgungskonzept entwickelt. Der Expertenstandard Sturzprophylaxe ist vollständig umgesetzt. Im Rahmen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit wird die Sicherheitscheckliste OP-Einschleusung und die Chirurgische-Sicherheits-Checkliste zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen angewandt. In der Kinder- und Jugendklinik wird den besonderen Bedürfnissen von Kindern Rechnung getragen. Sicherungsmaßnahmen (z.B. Steckdosenabsicherung) sind flächendeckend gewährleistet

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Ein medizinisches Notfallmanagement existiert unter Federführung der Chefärzte für Anästhesiologie und der Inneren Medizin/Kardiologie. Bei hausinternen Notfällen wird entsprechend einer Verfahrensanweisung die Versorgung des Patienten eingeleitet. Auf den Stationen gibt es standardisierte Notfallausrüstungen. Im EG und im 3. OG des Bergmannsheil sowie im Wartebereich der Notaufnahme der Kinder- und Jugendklinik steht je ein halbautomatischer Defibrillator zur Verfügung. Bei hausinternen Notfällen wird über die interne Notrufnummer ein Reanimationsteam alarmiert. In der Kinder- und Jugendklinik wird die Intensivstation für Neugeborene/Kinderintensivmedizin in das Notfallmanagement einbezogen. Reanimationsfortbildungen finden im Rahmen eines festgelegten Konzeptes statt.

3.2.3 Hygienemanagement

Die Geschäftsführung schafft im Namen des Trägers die betrieblich-organisatorischen und baulich-funktionellen Voraussetzungen zur Einhaltung der Hygienegrundsätze. Eine Hygienekommission ist eingerichtet, ein externer Krankenhaushygieniker ist zur Beratung in Hygienefragen bestellt. Zwei Hygienefachkräfte und Ärzte für jeden medizinischen Fachbereich stehen als Hygienebeauftragte zur Verfügung. Mitarbeiter des Pflege- und Funktionsdienstes wurden zu Hygienebeauftragten weitergebildet. Zur Überprüfung der Einhaltung der Vorgaben und der Einhaltung der Hygieneverordnung sowie Richtlinien finden regelmäßig Hygieneaudits statt. Aktuelle Hygienepläne sowie eine Merkblattsammlung liegen vor. Alle Mitarbeiter, die im direkten Bezug am und mit Patienten arbeiten müssen an der Pflichtfortbildung Hygiene teilnehmen.

Das HACCP-Konzept ist im Bereich der Küche durchgängig umgesetzt.

3.2.4 Hygienerelevante Daten

Die nach den §§ 6,7, 8 und 9 des Infektionsschutzgesetzes zu meldenden Krankheiten sind allen Ärzten und dem Untersuchungslaboratorium im Hause bekannt. Die Liste der nach § 23 zu erfassenden Krankheiten wird automatisch vom Mikrobiologischen Institut (Hygieneinstitut Gelsenkirchen) erstellt und den Hygienefachkräften und den hygienebeauftragten Ärzten quartalsweise zur Verfügung gestellt. Sie ist regelmäßiger Bestandteil der Hygienekommissionssitzung. Die entsprechenden Meldebögen sind im Intranet hinterlegt.

Kennzahlen liegen durch die Auswertung der Infektionskontrollbögen, der Erfassung nosokomialer Infektionen, der MRSA-Meldungen und der Keimresistenzstatistik und der Beteiligung am Hand-KISS, am

MRSA- und Neo-KISS, am ITS-, BV- und MRE-KISS sowie am CDAD-KISS vor.

3.2.5 Infektionsmanagement

Hygienepläne für die verschiedenen Bereiche werden regelmäßig auf Aktualität und Inhalte überprüft. Routinemäßige Begehungen durch die Hygienefachkraft sowie regelmäßige angemeldete und unangemeldete Begehungen der internen Beauftragten bzw. des Referates Gesundheit der Stadt Gelsenkirchen sichern die genannten Maßnahmen auf Aktualität, Sinnhaftigkeit und Praktikabilität ab. Die Vorgehensweise bei akuten viralen Infektionen z.B. Norovirus ist über ein Ausbruchsmanagement geregelt. Die Hygienefachkraft führt regelmäßige Schulungen zum Umgang mit speziellen Erregern durch. Alle Patienten, die im Bergmannsheil stationär aufgenommen werden, werden mittels eines Nasen-Rachen-Abstriches auf MRSA überprüft. Alle neonatologischen Pat. unter 1500 g werden einem festgelegten Screening unterzogen.

3.2.6 Arzneimittel

Zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Patienten rund um die Uhr existiert ein Versorgungsvertrag mit der Apotheke am Knappschaftskrankenhaus Bochum-Langendreer. Der Vertrag umfasst den stationären und ambulanten Bereich. Verantwortlich für die reibungslose Versorgung der Patienten mit Medikamenten sowie für den organisatorischen Ablauf sind der Apotheker, das Pflegepersonal, die Oberärzte, Chefärzte sowie der Leiter der Medikamentenkommission. Unerwünschte Nebenwirkungen werden in der Medikamentenkommission vorgetragen. Wichtige Regelungen im Umgang mit Arzneimitteln sowie Beschaffung, Lagerung und Entnahme sind in einer Verfahrensweisung festgelegt. Im Intranet bzw. im Krankenhausinformationssystem ist das Arzneimittelprogramm AID hinterlegt.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Ein Qualitätsmanagementsystem aus einmal jährlich durchgeführten Audits, monatlich erstellten Berichten zum Verbrauch von Blut und Blutprodukten sowie zum Stand der Chargendokumentation und regelmäßige Weiterbildungsveranstaltungen ist eingeführt. Eine Transfusionskommission ist eingesetzt. In einer Verfahrensweisung sind Vorgehensweisen zur Vorbereitung und Durchführung von Transfusionen festgelegt, die die sichere Anwendung von Blutprodukten ermöglichen und die Einhaltung der Gesetze, Verordnungen, Richtlinien, Leitlinien und Empfehlungen sicherstellen. Bei OP-Indikationsstellung und Terminierung wird auf die Möglichkeit zur Eigenblutspende hingewiesen. Hausinterne Fortbildungsveranstaltungen zu ausgewählten Themen der Transfusionsmedizin finden in enger Zusammenarbeit mit dem DRK-Blutspendedienst Münster statt.

3.2.8 Medizinprodukte

Es existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten. In einer Dienstanweisung sind Einzelheiten über Zuständigkeiten, Verantwortungsbereiche sowie Regelungen zur Aufbereitung von Medizinprodukten festgelegt, die sich auf die Medizinprodukte-Betreiberverordnung beziehen. Betreiber ist das Krankenhaus in Person des Geschäftsführers, dieser hat die jeweiligen Chefärzte zu Medizinprodukte-Beauftragte benannt. Vom Betreiber beauftragte Personen für die Einweisung sind für jedes Medizinprodukt benannt. Der Beauftragte ist insbesondere für die Überprüfung des Einsatzes und des Zubehörs gemäß der Zweckbestimmung sowie Außerbetriebsetzung mangelhafter Medizinprodukte, die eine Gefährdung darstellen, zuständig.

Die Gerätebücher werden in der technischen Abteilung archiviert. Bedienungsanleitungen finden sich am Gerät bzw. zentral in Ordnern. Messtechnische- und sicherheitstechnische Kontrollen werden jährlich durchgeführt.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Der Aufbau und die geschäftszielbezogene Anpassung der Informationssystemarchitektur ist Bestandteil der strategischen Planung in der Geschäftsführung. Vorrangige Zielsetzung ist hierbei immer eine optimale Unterstützung der Aufbauorganisation und der Prozesse. In der hauseigenen EDV-Abteilung wird in Abstimmung mit den Nutzern die hochwertige IT-Technologie laufend weiterentwickelt und auf dem aktuellen Stand der Technik gehalten. Das EDV-System ist durch ein mehrstufiges Ausfallkonzept gesichert.

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Die Dokumentation der Patientendaten erfolgt einerseits in einem papiergebundenen strukturierten Pflegedokumentationssystem, andererseits EDV-gestützt in der elektronischen Patientenakte (EPA). Berufsgruppenübergreifend wurden klinische Pfade erarbeitet, die einen Bestandteil der Dokumentation darstellen. Die Verantwortlichkeit für die Führung der Patientenakte liegt bei dem jeweiligen behandelnden Arzt sowie dem behandelnden Pflege-/Funktionspersonal. Eine Kontrolle zum Abschluss der papiergebundenen Patientenakte erfolgt durch die Stationssekretärinnen bzw. die Abteilungssekretariate unter Verantwortung des Chefarztes. Die Akten werden digital archiviert.

4.2.2 Verfügbarkeit der Patientendaten

In der elektronischen Patientenakte im Krankenhausinformationssystem, im Bildarchivierungssystem PACS und im elektronischen Archiv können die dort abgelegten Patientendokumente ohne zeitliche Einschränkung mit entsprechender Zugangsberechtigung eingesehen werden. Patientenakten in Papierform sowie ältere Röntgenbilder können innerhalb der Dienstzeit der Archivmitarbeiter angefordert werden. Verantwortlich für die Dokumentation der Akteneingänge sowie -ausgänge sind die Mitarbeiter des Archivs, die diese systematisch erfassen. Die digitalen Archivierungsmöglichkeiten werden systematisch genutzt und weiterentwickelt.

4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Durch die Einbindung der Mitglieder der Betriebsleitung in die Leitungsgremien und Kommissionen ist die Betriebsleitung über Projekte, Entwicklungen, Vorgänge und Abweichungen unmittelbar informiert. Betriebsversammlungen finden regelmäßige statt. Die Betriebsleitung wird regelmäßig vom Controlling über relevante Daten in Kenntnis gesetzt (z. B. Belegung, Kostenträgerrechnung usw.).

4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

Abteilungsintern und abteilungsübergreifend finden zahlreiche strukturierte Besprechungen statt. Quartalsweise kommen themenbezogene Kommissionen zusammen, die strukturiert anhand einer vorgegebenen Tagesordnung anstehende Fragen bearbeiten. Ein Intranet sowie ein monatliches Mitarbeiter-Infoblatt ergänzen zusammen mit der innerbetrieblichen Fortbildung die Informationsweitergabe. Die systematische Information der Öffentlichkeit über aktuelle Themen ist gewährleistet durch: Internet-Homepage, Broschüren, Werbung, Plakationen, Veranstaltungen sowohl für Patienten/Angehörige als auch für die breite Öffentlichkeit und Fachpublikum.

4.4.1 Organisation und Service

An der Telefonzentrale/Pforte als zentrale Auskunftsstelle sind die aktuellen Bereitschaftsdienstpläne, die Telefonlisten einschließlich Funktelefon, die Pläne für nichtmedizinische Notfallsituationen hinterlegt. Durch Anbindung in das Krankenhausinformationssystem kann jederzeit gegenüber berechtigten Personen (Angehörige, Besucher) Auskunft über die Station des Pat. gegeben werden. Die Ambulanzöffnungszeiten sowie die Ansprechpartner sind hinterlegt bzw. bekannt.

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Die Einhaltung des Datenschutzes ist, entsprechend den gesetzlichen Vorschriften, für das gesamte Krankenhaus einheitlich geregelt. Die Maßgaben werden jedem neuen Mitarbeiter sowohl in Schriftform als auch in mündlicher Form vermittelt. Ein Datenschutzbeauftragter ist benannt und auch auf Trägerebene mit eingebunden. Ein Datenschutzkonzept liegt vor. Im Rahmen eines Datenschutzaudit

werden die Umsetzung des Datenschutzkonzepts und die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben überprüft.

5 Führung

5.1.1 Entwicklung eines Leitbildes

Für beide Betriebsteile existieren zentrale Leitbilder. Mitarbeiter aus verschiedenen Hierarchieebenen und Bereichen des Hauses haben engagiert an der Entwicklung mitgewirkt und die Inhalte entscheidend mitgeprägt. Im Leitbild sind das Selbstverständnis, die Ziele und Wertvorstellungen des Unternehmens, seine wesentlichen Aufgaben, Funktionen und Leistungen sowie das Verständnis für Führung, Zusammenarbeit und Personalentwicklung formuliert. Bei allen strategisch bedeutsamen Unternehmensänderungen werden auch die Auswirkungen auf die im Leitbild formulierten Unternehmensgrundsätze überprüft.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Mitarbeiter werden durch die Krankenhausführung aufgefordert, sich an der Arbeit der Projektgruppen, Qualitätszirkel, Arbeitsgruppen und Kommissionen aktiv zu beteiligen sowie Verbesserungsvorschläge einzubringen. Hausinterne Informationen werden über die Gremien/Kommissionen, bedarfsweise über Rundschreiben und das regelmäßig erscheinende Mitarbeiter-Infoblatt weitergegeben. Die Verbesserung von Kommunikation und Transparenz wird in allen Bereichen angestrebt. Betriebliche Angebote sind u.a. das betriebliche Vorschlagswesens (KIM), die Aktion "1000 Leben retten", die Einrichtung einer Kindertagespflege. Zwei Mitglieder des Betriebsrates sind als "Anti-Diskriminierungsbeauftragte" berufen.

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Ein Ethikkomitee gewährleistet die Berücksichtigung ethischer Problemstellungen. Ein strukturiertes Vorgehen einschließlich Ansprechpartner ist in einer Geschäftsordnung verankert. Patienten und Angehörige werden über wesentliche Inhalte durch die Patienteninformationsbroschüre und die Mitarbeiter informiert. Zum besseren Verständnis besonderer Einstellungen und Rituale von fremden Religionen und Kulturen im Umgang mit Krankheit und Tod steht auf jeder Station ein Handbuch zur Verfügung. Ferner finden diese Themen im Programm der innerbetrieblichen Fortbildung regelmäßig Berücksichtigung. Zur Klärung ethischer Fragestellungen besteht die Möglichkeit ein ethisches Konsil zur interdisziplinären und moderierten Beratung anzufordern, um nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen und Handlungsempfehlungen zu formulieren.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Die Ziele des Krankenhauses beziehen sich immer auch auf die im Leitbild festgelegten Unternehmensgrundsätze. Neben der wirtschaftlichen Bestandssicherung haben hierbei die Aspekte Patienten-/Kundenorientierung, Mitarbeiterorientierung und -motivation, hohes Qualitätsbewusstsein und eine ausgeprägte Innovationsfähigkeit eine besondere Bedeutung. Die Zielplanung wird von der Geschäftsführung in Absprache mit den entsprechenden Gremien und dem Träger überprüft und bei Bedarf aktualisiert. Das Ergebnis dieser strukturierten Zielplanung ist die Entwicklung des zukünftigen Leistungsspektrums. Als Teil der Zielplanung werden Qualitätsziele formuliert. Über Chefarztkonferenzen, Stationsleitungssitzungen, Abteilungsleiterrunden, Betriebsversammlungen und das Intranet wird die strategische Zielplanung kommuniziert.

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Kooperationen der BKB sind immer auf die Aspekte Pat.-Nutzen, Erfüllung relevanter Qualitätsindikatoren, Wirtschaftlichkeit, Standortsicherung, regionale Bedeutsamkeit, Nachhaltigkeit und Pflege bestehender produktiver Netzwerke ausgerichtet. Die Bildung von Kooperationen basiert auf verschiedenen bestehenden Netzwerken. Die BKB ist u.a. in das integrierte Versorgungsnetz "prosper", die Kurzzeitbeobachtungseinheit in der zentralen Notaufnahme, das Wundtherapiezentrum, die Kooperation mit den Fallmanagern des Managed Care-Projektes eingebunden. Es bestehen Kooperationen innerhalb der regionalen Netzwerke, u.a. der Weiterbildungsverbund Allgemeinmedizin

Gelsenkirchen-Nord, das MRSA-Netzwerk Gelsenkirchen sowie eine Kooperation zur Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpflegeassistentinnen und -assistenten. Kooperationen auf der fachlichen Ebene bestehen durch die Zentrenbildung im Rahmen des Tumorzentrums, die Etablierung des regionalen Traumazentrums innerhalb des Traumanetzwerkes sowie die Bildung von 3 Außenstellen im Rahmen der neonatologischen Versorgung.

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Die Organisationsstruktur des Krankenhauses ist in Form eines Organigramms unter Benennung der aktuellen Funktionsträger festgelegt. Das Organigramm ist unterteilt in die Bereiche Verwaltungsdienst, Ärztlicher Dienst und Pflegedienst. Nachgeordnete Ebenen sind die Ressortleiter der Verwaltungsbereiche, die Chefärzte und die Stations- und Bereichsleitungen der Pflege. Strukturelle oder personelle Veränderungen werden im Organigramm zeitnah aktualisiert und allen Mitarbeitern bekannt gegeben. Neben dem Organigramm existiert für den Pflege- und Funktionsdienst eine weitere Strukturbeschreibung hinsichtlich der Zuordnung von Zuständigkeiten und Gremienarbeit.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Basis für eine effiziente und effektive Arbeitsweise sind die Geschäftsführungstreffen, die Betriebsleitungssitzungen und der themenbezogene Austausch zu aktuellen Fragestellungen. Aufgaben der einzelnen Betriebsleitungsmitglieder werden präzise formuliert, terminiert und protokolliert. Zur Informationsweitergabe wird ein Standardprotokoll genutzt, in dem die Informationsverantwortlichen, Informationsweg und -termin benannt sind. Mit Hilfe von verschiedenen Gremien und Kommissionen werden die Aufgabenfelder systematisch und vollständig abgedeckt. Eine effektive Arbeitsweise wird durch Geschäftsordnungen sichergestellt.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

In der BKB werden Veränderungs- und Innovationsprozesse auf verschiedenen Wegen angestoßen. Zum einen werden insbesondere strategische Veränderungen durch die Geschäftsführung und den Aufsichtsrat auf den Weg gebracht. Vorschläge zur Verbesserung der Aufbau- und Ablauforganisation sowie der Einführung neuer Instrumente und Methoden werden in den Führungsgremien diskutiert und konzeptionell entwickelt. Die Quartalsgespräche mit Chefärzten und Abteilungsleitern dienen ebenfalls der Entwicklung und Planung neuer Ideen im Rahmen der Behandlungsmethoden und -prozesse. Ferner fließen innovative Ideen aus der Belegschaft über das Kreative Ideenmanagement in den ständigen Verbesserungsprozess mit ein.

5.4.1 Externe Kommunikation

Der Bereich Öffentlichkeitsarbeit/Marketing ist bei der Referentin für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit bzw. beim stellvertretenden Geschäftsführer angesiedelt. Die Informationsmedien richten sich an Patienten, Angehörige, Mitarbeiter, niedergelassene Ärzte, interessierte Fachöffentlichkeit und die breite Öffentlichkeit. Eine systematische Information der Öffentlichkeit über aktuelle Themen ist gewährleistet durch: Anzeigen, Internet-Homepage, Broschüren, Werbung, Plakationen, Veranstaltungen für Patienten/Angehörige, die breite Öffentlichkeit und Fachpublikum. Der Umgang mit der Presse und die Veröffentlichung von sensiblen Informationen sind in einer Dienstanweisung geregelt.

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Ein umfassendes Risikomanagement, welches einer ständigen Weiterentwicklung unterliegt, wurde eingeführt. Zielsetzungen sind die Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen, die Bewältigung von Risiken und Realisierung von Chancen, die Steigerung der Effizienz und Effektivität - insbesondere die Berichterstattung, das Controlling, die strategische und operative Planung, die interne Kommunikation sowie die interne und externe Überwachung. Das Konzept sowie Chancen- und Risikoarten werden in einem Handbuch dargestellt. Zur anonymisierten Meldung von kritischen Ereignissen und Beinahe Schäden wurde ein CIRS (Critical Incident Reporting System) konzipiert und eingeführt.

6 Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation

Die BKB verfügt über ein organisatorisch einheitliches Qualitätsmanagementsystem, das kontinuierlich weiter entwickelt wird. Es gilt für alle Bereiche der BKB. Es ist auf der Grundlage der Anforderungskriterien nach KTQ sowie in einzelnen Bereichen der DIN EN ISO entstanden. Im Mittelpunkt steht die nachhaltige Optimierung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unter Berücksichtigung des PDCA-Zyklus und die Umsetzung von Verbesserungen.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Kern- und Stützprozesse sind mittels Standards, Richtlinien/Leitlinien, Verfahrens- und Dienststanweisungen sowie Geschäftsordnungen geregelt. Diese enthalten u.a. Angaben zur Zielsetzung, Verantwortlichkeiten, zur Struktur sowie zur Prozess- und Ergebnisqualität. Die Vernetzung der Prozesse und die zusammenhängenden Prozessstrukturen finden sich u.a. in den Qualitätsmanagementhandbüchern sowie in der Arbeit der Arbeitsgruppen und Qualitätszirkel wieder. Ein wesentlicher Baustein des klinikinternen Prozessmanagements ist die Entwicklung, Implementierung und Weiterentwicklung der klinischen Behandlungspfade, die hierarchie- und berufsgruppenübergreifend angelegt sind.

6.2.1 Patientenbefragung

Um eine Vergleichbarkeit in den Knappschaftskrankenhäusern zu ermöglichen, wird im Bergmannsheil eine kontinuierliche Patientenbefragung mit zentraler Auswertung über den Träger durchgeführt. Sowohl positive als auch negative Rückmeldungen von Patienten bzw. Angehörigen, Besuchern und sonstigen Personen werden in der Kinder- und Jugendklinik, den Funktionsbereichen sowie den Notaufnahmen über den Feedbackbogen "Ihre Meinung ist uns wichtig" erfragt. 1x jährlich wird in einem festgelegten Zeitraum eine schriftliche Befragung zum Thema Verpflegung sowie an allen Standorten des Tumorzentrums durchgeführt. Die Ergebnisse werden analysiert, über ein strukturiertes Berichtswesen kommuniziert und genutzt, um Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität abzuleiten.

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Neben den fachabteilungsspezifischen Kontakten zu den Einweisern/niedergelassenen Ärzten aus dem beruflichen Alltag heraus sind die regelmäßigen Treffen im Rahmen der Gremien des integrierten Versorgungsnetzes Prosper eine wichtige Kommunikationsplattform. Systematische und strukturierte Kontakte finden im Rahmen der quartalsweise abgehaltenen Qualitätszirkel der Kinderärzte (Kinderärzttestammtisch), des jährlichen Neujahrsempfangs und der Fortbildungsveranstaltungen der Fachabteilungen sowie der Qualitätszirkel Traumazentrum mit der Feuerwehr statt. Einmal jährlich wird eine strukturierte Befragung der Kunden der Zentralen Sterilgutversorgungsabteilung durchgeführt, um die Zufriedenheit mit den Leistungen zu überprüfen.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

2013 wurde die 4. Mitarbeiterbefragung mit externer Unterstützung durchgeführt. Die vorliegenden Ergebnisse wurden in den Bereichen durch Mentoren präsentiert. In den Wochen nach der Ergebnispräsentation hatten die Mitarbeiter aller Bereiche die Gelegenheit, die Ergebnisse zu besprechen und jeweils mindestens 2 Verbesserungsmaßnahmen festzulegen. Diese wurden in einem Maßnahmenplan dokumentiert und im Intranet veröffentlicht. Die Umsetzung der Maßnahmen wird durch das Qualitätsmanagement überprüft und der Plan angepasst.

Zusätzlich wurde 2013 eine Mitarbeiterbefragung zur Messung des Stresslevels durchgeführt, deren Ergebnisse in die laufenden Projekte Personalentwicklung und Betriebliches Gesundheitsmanagement einfließen.

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Den Patienten und Angehörigen stehen 4 Wege offen, Wünsche und Beschwerden zu äußern: Persönliche Ansprache eines Beschäftigten, Gespräch mit dem Patientenführer, Kontaktaufnahme mit dem Qualitätsmanagement, der Pflegedirektion, den ärztl. Direktoren oder dem stellvertretenden Geschäftsführer sowie Ausfüllen des strukturierten Fragebogens. Durch Stationsaushänge sowie im

Aufnahmegespräch wird auf die Möglichkeiten hingewiesen. Die internen Bearbeitungsprozesse und die Verantwortlichen sowohl für die Beschwerdeannahme, die Bearbeitung/Reaktion, die Auswertung sowie das Controlling, das Reporting als auch die Informationsnutzung sind in einem Konzept festgelegt.

6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Bereich werden qualitätsrelevante Daten erhoben und genutzt. Neben Kennzahlen im Bereich der Transfusionsmedizin und der Hygiene gibt es Auswertungen aus dem Bereich der klinischen Behandlungspfade, dem regionalen Traumazentrum und dem kooperativen Tumorzentrum. Verantwortlich für die Erfassung und den Umgang mit Qualitätskennzahlen sowie die Umsetzung der daraus ableitbaren Verbesserungspotentiale sind die leitenden Mitarbeiter der entsprechenden Bereiche. Aus den Kennzahlen ergeben sich die Qualitätsziele der Abteilungen.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Die BKB nimmt an den entsprechenden Modulen der gesetzlich vorgeschriebenen externen Qualitätssicherung gemäß §137 SGB V teil. Die Qualitätssicherung sowie der Vergleich unterschiedlicher Leistungsdaten mit anderen Krankenhäusern sind fester Bestandteil des Qualitätsmanagements. Die Dokumentation erfolgt durch die Ärzte der Fachabteilung. Die Verantwortung für die organisatorischen Abläufe trägt das Qualitätsmanagement zusammen mit dem Leiter EDV. Die Kinder- und Jugendklinik beteiligt sich an der Landeserhebung Neonatologie. Die Ergebnisse werden für konkrete Maßnahmen zur Qualitätsoptimierung genutzt.