



# **KTQ-QUALITÄTSBERICHT**

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

<b>Krankenhaus:</b>	Klinikum Gütersloh
<b>Institutionskennzeichen:</b>	260570113
<b>Anschrift:</b>	Reckenberger Str. 19 33332 Gütersloh
<b>Ist zertifiziert nach KTQ<sup>®</sup> mit der Zertifikatnummer:</b>	2021-0050 KH
<b>durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:</b>	SAMA Cert GmbH, Stuttgart
<b>Gültig vom:</b>	16.04.2021
<b>          bis:</b>	15.04.2024
<b>Zertifiziert seit:</b>	16.04.2009

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b>	<b>5</b>
<b>Die KTQ-Kategorien</b>	<b>6</b>
1. Patientenorientierung	7
2. Mitarbeiterorientierung	11
3. Sicherheit - Risikomanagement	13
4. Informations- und Kommunikationswesen	16
5. Unternehmensführung	17
6. Qualitätsmanagement	19

## 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.

Im Beirat der KTQ® sind die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) vertreten.

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

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

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- Sicherheit - Risikomanagement,
- das Informations- und Kommunikationswesen,
- die Unternehmensführung und
- das Qualitätsmanagement
- 

der Einrichtung beziehen.

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

Während der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren<sup>®</sup> gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft.

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

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

Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet einen strukturierten Qualitätsbericht nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 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 die Klinikum Gütersloh gGmbH 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. B. Metzinger, MPH**

Für die Deutsche Krankenhausgesellschaft

**PD Dr. med. Peter Bobbert**

Für die Bundesärztekammer

**F. Wagner**

Für den Deutschen Pflegerat

## Vorwort der Einrichtung



Die Klinikum Gütersloh gGmbH ist als regionales Schwerpunktkrankenhaus das größte Akut-Krankenhaus im Kreis Gütersloh (410 Betten). Dabei werden jährlich etwa 19.000 Patientinnen und Patienten stationär behandelt. Durch ambulante Operationen, die Institutsambulanz des Krankenhauses und die ambulanten Ermächtigungen der Chefarzte sowie ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)\* werden außerdem etwa 34.000 Patienten jährlich ambulant versorgt.

Das Wohl und die Genesung unserer Patienten sind unsere oberste Priorität. Dafür setzen wir uns täglich mit der bestmöglichen Qualität in der medizinischen Diagnostik und Therapie und mit umfassender pflegerischer Versorgung ein.

Qualität ist für uns nicht nur theoretischer Anspruch, sie bildet die Grundlage unseres Handelns. Qualitätsverbesserung in Struktur, Prozess und Ergebnis ist somit ständige Aufgabe aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Dies bestätigt auch die erfolgreiche Re-Zertifizierung nach KTQ im Herbst 2021 ([www.ktq.de](http://www.ktq.de)).

Mit diesem Qualitätsbericht möchten wir der interessierten Öffentlichkeit, Patienten, Angehörigen, einweisenden Ärzten und Krankenkassen einen Einblick in unsere Leistungen und Qualitäten bieten.

Weitergehende Informationen finden Sie auf unserer Internetseite (<https://www.klinikum-guetersloh.de/>) sowie in dem gesetzlichen Qualitätsbericht.



M. Beste  
Geschäftsführerin



PD Dr. M. Kapischke  
Ärztlicher Direktor



A. Eickhoff  
Pflegedirektorin



A. Tyzak  
Kauf. Direktor

\* Nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

# Die KTQ-Kategorien

## 1. Patientenorientierung

### 1.1.2 Leitlinien und Standards

Die Entscheidungen für Diagnostik und Therapie in unserem Klinikum erfolgen auf der Grundlage der aktuellen Leitlinien der verschiedenen medizinischen Fachgesellschaften. Auf diesen basieren zudem die klinikinternen Leitlinien, Pfade und Pfadkurven der Fachabteilungen. In der Pflege wurden nationale Expertenstandards in hausinterne Pflegestandards integriert. Das Dokumentenmanagementsystem Nexus Curator wird zur Sicherstellung der Aktualisierung, Lenkung und Auffindbarkeit der Dokumente eingesetzt. Fallbezogen werden interdisziplinäre Besprechungen (z.B. M&M-Konferenzen, Tumorboards) durchgeführt.

### 1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Ziel ist es, Patienten über alle relevanten Schritte der Behandlung und Angebote der Klinik zu informieren und an Entscheidungen zum Behandlungsprozess zu beteiligen. Um eine gute Information und Beteiligung unserer Patienten zu gewährleisten, haben wir Regelungen zur Wahrung der Patientenrechte schriftlich festgelegt. Die Information über diagnostische oder therapeutische Maßnahmen erfolgt in täglichen Gesprächen (Visiten oder Einzelgespräche). Auf Wunsch unserer Patienten werden ihre Angehörigen in die Behandlung einbezogen. Bei Bedarf können Dolmetscher eingesetzt werden. Zudem stehen standardisierte Aufklärungsbögen in den verschiedenen Fremdsprachen zur Verfügung. Bei unheilbaren Erkrankungen liegen uns die Bedürfnisse und Wünsche unserer Patienten besonders am Herzen, daher haben wir das Ethikkomitee gegründet. Zudem werden vorliegende Patientenverfügungen im Behandlungsprozess berücksichtigt. Vor großen Eingriffen kann der Patient eine Vollmacht ausfüllen, in der er eine Vertrauensperson als Ansprechpartner benennt. Bei Bedarf können unsere Patienten sowie ihre Angehörigen die Seelsorge oder den psychoonkologischen Dienst in Anspruch nehmen. Um unseren Patienten auch nach ihrem Klinikaufenthalt Ansprechpartner zur Seite stellen zu können, arbeiten wir eng mit verschiedenen Selbsthilfegruppen zusammen.

### 1.1.4 Ernährung und Service

Das Klinikum Gütersloh hat einen überwiegend hochwertigen Ausstattungsstandard für die Patientenzimmer und die spezifischen Räumlichkeiten für Patienten, Angehörige und Besucher. Wir bieten Rückzugsmöglichkeiten, wie z.B. Aufenthaltsräume, teilweise mit Balkon, eine Cafeteria mit Terrasse inkl. WLAN, einen Platz für Internetzugang, einen Abschiedsraum, den muslimischen Gebetsraum und eine Bücherei. Unsere Patienten haben die Möglichkeit, für alle drei Mahlzeitengruppen, zwischen verschiedenen Komponenten oder Menüs zu wählen. Qualifizierte Diätassistentinnen stehen für eine Beratung zur Verfügung. Unsere Küche ist durch die Gütegemeinschaft Ernährungskompetenz (GEK) mit einem RAL-Gütezeichen zertifiziert – und dies sehr erfolgreich: In den letzten fünf Jahren konnten die externen Audits der GEK jeweils mit Höchstbewertung abgeschlossen werden.

### *1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung*

Die Notfallaufnahme findet im Klinikum Gütersloh strukturiert statt. In der ZNA stehen genügend Untersuchungsräume und ein Schockraum zur Verfügung. Hier werden alle chirurgischen und internistischen Notfälle behandelt. Die gynäkologischen Notfälle werden in einer eigenen Ambulanz behandelt. Eine BG-Zulassung ist für die Unfallchirurgie und die Plastische, Ästhetische und Handchirurgie vorhanden, ebenso wie die Zulassung für das Verletztenartenverfahren. Die Unfallchirurgie ist Mitglied des Traumanetzwerkes und als regionales Traumazentrum zertifiziert. Im internistischen Bereich der ZNA ist die Chest Pain Unit (CPU) nach DGK (Deutsche Gesellschaft für Kardiologie) ebenfalls zertifiziert. Für Notfallpatienten werden neben OP-Kapazitäten auch eine ausreichende Anzahl an Betten vorgehalten. Die ZNA ist 24 Stunden an 7 Tagen in der Woche aufnahmebereit. Dort und in der Fachambulanz findet die Notfallbetreuung der uns anvertrauten Patienten statt. Hier werden umfassende patientenorientierte Informationen in der ärztlichen Anamnese erhoben. Auf Wunsch integrieren wir Angehörige in den Aufnahme- und Behandlungsprozess.

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

Die Planung des ambulanten Leistungsspektrums (inkl. spezialisierter Angebote) erfolgt durch die Chefarzte in Abstimmung mit der Geschäftsführung. Das Angebot an ambulanten Leistungen findet sich in allen Kliniken wieder. Eine Übersicht über das ambulante Leistungsangebot bietet neben dem Internetauftritt das klinikbezogene Informationsmaterial, Flyer und Broschüren, inkl. der Sprechstundenzeiten mit den entsprechenden Ansprechpartnern und Indikationen. Die Terminvergabe zur ambulanten Versorgung erfolgt über das jeweilige Sekretariat. Die Dokumentation erfolgt in dem Krankenhausinformationssystem Orbis, ergänzt durch Verlaufsbögen, die wichtige Ereignisse dokumentieren. Jeder Patient erhält nach erfolgter Behandlung einen Kurzarztbrief zur Information an den weiterbehandelnden Arzt. Die ambulanten Behandlungen im Rahmen des berufsgenossenschaftlichen Behandlungsverfahrens erfolgen in festen BG Sprechstunden.

### *1.3.2 Ambulante Operationen*

Ambulante Operationen und Interventionen werden in allen operativen Fachabteilungen sowie in der Gastroenterologie, der Pneumologie und der Kardiologie durchgeführt. Die Durchführung der Operationen sowie Interventionen erfolgt weitgehend in dem ambulanten Klinikeigenen OP-Zentrum im Ärztehaus, sowie im Herzkatheterlabor und in der Endoskopie / Pneumologie. In Ausnahmefällen werden die ambulanten Operationen im Zentral-OP durchgeführt. Für die chirurgischen Fachabteilungen erfolgt die Terminkoordination und Vorbereitung der Patienten inklusive der Voruntersuchungen, der Indikationsstellung und der OP-Terminvergabe in unserer Zentralen Patientenaufnahme (ZPA). Der behandelnde Arzt führt zudem die Abschlussentlassungsuntersuchung des Patienten durch und plant mit ihm die Weiterbehandlung und Nachsorge.

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

Die Behandlung unserer Patienten beginnt mit der medizinischen und pflegerischen Anamnese, der entsprechenden Erhebung des körperlichen Befundes und einem Aufnahmegespräch. Die Koordination der erforderlichen Diagnostik oder Therapie erfolgt nach ärztlichen Vorgaben und Dringlichkeit. Die Behand-



lungen richten sich nach den geltenden und aktuellen Leitlinien und den etablierten Behandlungspfaden. Bei Bedarf werden im Verlauf der Behandlung zusätzliche Berufsgruppen eingeschaltet, bzw. adäquate Maßnahmen eingeleitet. Im Rahmen der Visitengespräche wird der Patient über vorliegende Befunde aufgeklärt; ggf. finden weitere Gespräche unter vier Augen oder auf Wunsch des Patienten zusammen mit Angehörigen statt.

#### *1.4.2 Therapeutische Prozesse*

Die Therapie planen wir individuell anhand der Aufnahme- bzw. Verdachtsdiagnose, der Anamnese und der klinischen Befunde. Die Behandlungsplanung obliegt dem aufnehmenden Arzt in Absprache mit dem zuständigen Ober- bzw. Chefarzt. Die Steuerung des Behandlungsprozesses erfolgt im Rahmen der Visiten sowie der verschiedenen Dienstbesprechungen. Zudem sind Behandlungs- und Pflegestandards in den jeweiligen Kliniken definiert. Bei Bedarf wird die Physiotherapie ebenso wie die Diabetesberatung, die Logopädie, die Stomaberatung, das Psychoonkologische Team oder das Wundmanagement in die Therapie mit einbezogen. Sofern ein poststationärer Bedarf vorliegt, wird das Pflegeüberleitungsteam bereits zu Beginn des Aufenthaltes zur Entlassungsplanung hinzugezogen. In wöchentlichen stattfindenden Tumorkonferenzen wird interdisziplinär über die bestmögliche Therapie der betroffenen Patienten beraten. Die Verordnung von Medikamenten erfolgt über Therapiestandards und wird durch die hauseigene Apotheke rund um die Uhr gesichert. Fachärzte sind jederzeit in allen Abteilungen vor Ort oder in Rufbereitschaft. Die Schmerztherapie/ Tumorschmerztherapie wird nach standardisierten Vorgaben durchgeführt. Darüber hinaus gibt es, beispielsweise zur speziellen Schmerztherapie die Möglichkeit, durch die Anästhesie einen Schmerzkatheter legen zu lassen.

#### *1.4.3 Operative Prozesse*

Die Operationsbereitschaft ist 24h gewährleistet. Die Indikationsstellung für eine Operation erfolgt in unseren Spezialsprechstunden der jeweiligen Fachabteilungen und in den prästationären elektiven Sprechstunden nach Einweisung durch die niedergelassenen Ärzte. Auf Wunsch werden die Angehörigen involviert. Zudem erhalten unsere Patienten umfassendes Informationsmaterial, wie zum Beispiel standardisierte Vorbereitungsschemata. Im Rahmen der Anästhesiesprechstunde wird jeder Patient untersucht und auf den folgenden Eingriff vorbereitet. Um die größtmögliche Sicherheit vor Eingriffsverwechslungen gewährleisten zu können, werden verschiedene Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit e.V. umgesetzt.

#### *1.4.4 Visite*

Auf jeder Station findet einmal pro Werktag in einem definierten Zeitfenster eine Visite von Arzt und Pflege statt. Je nach Schwerpunkt der Abteilung ist der Sozialdienst, die Psychoonkologin oder die Physiotherapie regelhaft in die Visiten einbezogen. Während der Visiten werden die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen bewertet und bei Bedarf wird der Behandlungsplan angepasst. Auf einigen Stationen erfolgt die pflegerische Übergabe am Bett. Onkologische Pflegevisiten werden auf den entsprechenden Stationen geplant.

### *1.5.1 Entlassungsprozess*

Die Entlassungsplanung ist abhängig vom diagnostischen und therapeutischen Verlauf und damit Bestandteil der täglichen Visiten. Der Entlassungstermin wird vom behandelnden Arzt in Absprache mit den anderen beteiligten Berufsgruppen an der Behandlung orientiert festgelegt und in der Visite mit dem Patienten und gegebenenfalls mit den Angehörigen besprochen. Bei einem poststationären Versorgungsbedarf wird dies an unsere Überleitungskraft gemeldet, welche Rücksprache mit dem Patienten, bzw. den Angehörigen hält. Unsere Patienten werden in der Regel bis 11:00 Uhr mit dem vorläufigen oder endgültigen Arztbrief entlassen. Bei Bedarf nimmt der behandelnde Arzt zusätzlich telefonischen Kontakt mit dem Haus- bzw. Facharzt auf. Die an der Versorgung Beteiligten führen ein Entlassungsgespräch mit dem Patienten, bieten bei Bedarf Schulungen (z.B. Umgang mit Geräten, Rund um die Ernährung, Mobilität und Hilfsmittel) an und stellen erforderliche Heil- und Hilfsmittel zur Verfügung.

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

Die adäquate Versorgung sterbender Patienten hat im Klinikum einen hohen Stellenwert. Angehörige werden grundsätzlich insbesondere aber für sterbende Patienten als wichtige Stütze begriffen, entsprechend großzügig werden die Besuchsmöglichkeiten geregelt. Im Einzelfall wird auch die Möglichkeit der nächtlichen Begleitung gewährt. Bei der Betreuung Sterbender steht eine professionelle medizinisch-pflegerische Begleitung, die auf eine Verbesserung des subjektiven Befindens abzielt, im Mittelpunkt. Sterbende Patienten werden, wo immer möglich in ein Einzelzimmer gelegt, um für Angehörige auf Wunsch eine kontinuierliche Begleitung realisieren zu können. In dieser Phase berücksichtigen wir zudem besonders stark die kulturellen und religiösen Wünsche unserer Patienten und ihrer Angehörigen. Für ethische Fragestellungen ist ein Ethikkomitee etabliert.

Das Klinikum hat eine Palliativstation, diese ist in besonderer Weise auf die Bedürfnisse von Patienten mit begrenzter Lebenserwartung und solchen in der Sterbephase spezialisiert. Über den Hospizverein gibt es eine enge Verbindung zu dem Palliativnetzwerk, zu den ambulanten Hospizdiensten sowie zum hiesigen stationären Hospiz. Das Angebot theologischer oder seelsorgerlicher Begleitung kann ggf. auch nachts über den Bereitschaftsdienst des externen katholischen Pfarrers oder unserer evangelischen Pfarrerin gewährleistet werden. Alle Stationen im Klinikum können den palliativmedizinischen Konsiliardienst anfordern, wenn Unterstützung bei der Begleitung der betroffenen Menschen notwendig ist.

### *1.6.2 Umgang mit Verstorbenen*

Beim Umgang mit Verstorbenen stehen die Angehörigen im Mittelpunkt. Dabei liegt uns die Berücksichtigung individueller sowie kultureller/religiöser Wünsche am Herzen. Angehörigen wird die Möglichkeit eingeräumt, sich zunächst so viel Zeit zu nehmen, wie sie benötigen und sich nach eigenem Wunsch an der Versorgung des Toten zu beteiligen. Mit den unterschiedlichen Trauerreaktionen wird empathisch und professionell umgegangen. Auf Wunsch werden Gespräche mit dem Arzt, der Seelsorge oder religiöser Begleitung ermöglicht. Sollten Angehörige verspätet eintreffen hat das Klinikum einen Abschiedsraum. Hier ist ebenfalls ein Platz für rituelle Waschungen für muslimische Patienten eingerichtet. Der besonderen Situation von Tot- und Fehlgeburten wird mit den Festlegungen zur "Glücklosen Schwangerschaft" Rechnung getragen. Es gibt eine Sternenkindermappe, in der verschiedene Broschüren für Eltern zu-

sammengestellt sind. Erinnerungen wie Fotos, Fuß- oder Handabdrücke werden für die Eltern bereitgehalten.

## **2. Mitarbeiterorientierung**

### *2.1.1 Personalbedarf*

Der quantitative und qualitative Personalbedarf ist im Stellenplan des Klinikums geplant. Grundsätzlich erfolgt die Fortschreibung in jährlichen Abständen zusammen mit dem Wirtschaftsplan. Die Berechnung erfolgt in Abhängigkeit des jeweiligen Aufgabenbereiches anhand verschiedener Kennzahlen. Die jeweiligen Kennzahlen werden ermittelt und im Clinotel-Krankenhausverbund mit anderen Einrichtungen verglichen.

### *2.1.2 Personalentwicklung*

Die Personalentwicklung wird maßgeblich durch die Ziele des Klinikums vorgegeben, wie z.B. die Weiterbildungsordnung der Ärzte und die Wünsche der Mitarbeitenden. Die Mitarbeitenden haben die Möglichkeit über das vorliegende Konzept die operative Umsetzung der Entwicklungsmaßnahmen einzusehen. Unsere MitarbeiterInnen werden so eingesetzt, dass ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten möglichst gut mit den Anforderungen des Arbeitsplatzes übereinstimmen. Die organisatorische Einbindung aller Stellen ist im Organigramm dargestellt. Die Qualifikationsanforderung für eine bestimmte Stelle ist in der jeweiligen Stellenbeschreibung festgelegt. In den strukturierten Mitarbeiter-Gesprächen wird mit den Führungskräften und Mitarbeitenden jährlich der (Weiter-) Qualifizierungsbedarf und die Qualifizierungswünsche der Mitarbeitenden besprochen. Das Ergebnis findet seinen Niederschlag in der bereichsbezogenen Planung eines internen Wissenstransfers sowie einer teambezogenen oder individuellen Fort- oder Weiterbildung. Grundsätze zur Mitarbeiter-Führung und zum Führungsstil sind in unserem Leitbild verankert: „Wir fördern die Selbstständigkeit und Kreativität unserer Beschäftigten durch Übertragung von Verantwortung in klar definierten Arbeitsbereichen.“

### *2.1.3 Einarbeitung*

Unsere Leitlinie "Einarbeitung" legt den Rahmen für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter aller Berufsgruppen und Bereiche fest. Zur Anleitung und Unterstützung der neuen Mitarbeiter wird ein Mentor auf der Station benannt. Zudem liegen in den einzelnen Bereichen Konzepte zur fachlichen Einarbeitung vor. Mit der Einstellungszusage erhalten alle Mitarbeiter eine allgemeine Informationsbroschüre über das Klinikum.

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

Das Klinikum ist Mitgesellschafter der Zentralen Akademie für Berufe im Gesundheitswesen (ZAB) und bildet verschiedene Berufsbilder aus. Folgende Ausbildungsgänge werden angeboten: Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Gesundheits- und Krankenpflegeassistent/in, Operationstechnischer Assistent/in (OTA), Dualer Bachelor-Studiengang (B.Sc.) »Gesundheits- und Krankenpflege« mit integrierter Berufsausbildung. Die theoretische Ausbildung erfolgt durch die Lehrer und Dozenten der ZAB. Das Klinikum stellt für jeden Ausbildungsberuf geeignete praktische Einsatzfelder zur Verfügung. Für die praktische

Ausbildung stehen den Schülern freigestellte Praxisanleiter zur Verfügung. Zusätzlich gibt es auf jeder Station und in jedem Bereich mindestens einen Praxisanleiter mit Weiterbildung. Die Praxiseinsätze werden durch Jahrespläne und Lernziele vereinbart. In Vor-, Zwischen- und Abschlussgesprächen werden die Lernerfolge reflektiert. Das Klinikum Gütersloh beteiligt sich als Akademisches Lehrkrankenhaus der Westfälischen Wilhelms Universität Münster an der Ausbildung der Studierenden im Praktischen Jahr. Eigens dafür ist ein Ausbildungscurriculum erstellt. Für die Facharztausbildung ist die interne Struktur der Weiterbildung festgelegt. Interne Fort- und Weiterbildungsangebote werden über das Intranet kommuniziert. Ein umfangreiches Angebot an Fachliteratur liegt vor. Weiterhin bildet das Klinikum den Beruf "Kaufrau/Kaufmann im Gesundheitswesen" aus.

#### *2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance*

Es gibt bereichsweise Arbeitszeitregelungen. In den zugrundeliegenden Modellen finden sich alle denkbaren Varianten wieder (Gleitzeit, Schichtarbeit, Wechselschichtarbeit, zeitversetzte Dienste etc.). Alle Arbeitszeitregelungen gehen konform mit den gesetzlichen und tarifrechtlichen Normen. Zur Umsetzung der tarifrechtlich möglichen Höchstarbeitszeit bei der Leistung von Bereitschaftsdiensten wurde eine Betriebsvereinbarung (BV) geschlossen. Nach der BV erhält der Betriebsrat die Dienstpläne des Pflege- und Funktionsdienstes vorab zur Prüfung. In allen Bereichen und Berufsgruppen haben die Mitarbeiter die Möglichkeit ihren Dienstplan über sogenannte "Wunschpläne" mitzugestalten. Die Urlaubsplanung erfolgt für jede Abteilung individuell. Bei der Planung werden die Mitarbeiterwünsche und die betrieblichen Erfordernisse berücksichtigt.

#### *2.1.6 Ideenmanagement*

Im Klinikum ist ein Vorschlagswesen etabliert. Ziel ist es, das vorhandene Potential der Mitarbeiter an Wissen, Erfahrungen, Kenntnissen auch über den eigenen Tätigkeitsbereich hinaus zu nutzen und die Identifikation mit dem Unternehmen zu fördern. Hierdurch soll auch verdeutlicht werden, dass alle Mitarbeitervorschläge ernst genommen, auf ihre Umsetzungsmöglichkeit geprüft und durch entsprechende Prämierung spürbar honoriert werden.

### 3. Sicherheit - Risikomanagement

#### 3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements

Das Management möglicher Risiken ist in einem Konzept strukturiert geregelt. Ziel unseres umfassenden Risikomanagements ist es, rechtzeitig über drohende betriebswirtschaftliche sowie medizinische Schäden informiert zu werden und somit u.a. die Patientensicherheit und die betriebswirtschaftliche Sicherheit zu erhöhen.

In unserem Krankenhaus werden zum Thema Patientensicherheit verschiedenen Maßnahmen durchgeführt wie z.B.:

- Hygienesichernde Maßnahmen (z.B. MRSA Screening)
- Vermeidung von Stürzen und Dekubitus
- Arzneimittelsicherheit
- Sicherer Einsatz von Medizinprodukten
- Umsetzung der Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (Patientenidentifikationsarmbänder, OP-Checkliste, Team-time-out, CIRS)
- Vorgaben zum Umgang mit medizinischen und nicht-medizinischen Notfallsituationen
- Arbeitssicherheit
- Brandschutz
- CIRS (Ziel: Sicherheitskultur ohne Angst vor Sanktionen)
- Durchführung von Risikoaudits
- Mortalitäts - und Morbiditätskonferenzen
- Beschwerdemanagement
- Befragungen der Klinik dienen auch der Identifikation von Risiken
- Beteiligung an einem krankenhausübergreifenden Fehlermeldesystem (CIRS-NRW)
- Begehungen vom Hygieneteam, der Arbeitssicherheit, der Apotheke, dem QM usw.

#### 3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung

Dem Schutz der Patienten vor möglichen Gesundheitsschädigungen wird durch verschiedene Regelungen und Maßnahmen Rechnung getragen. So wurden u.a. Patienten-Sicherheitsarmbänder eingeführt und als Mitglied im Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. sind die geltenden Empfehlungen, wie z.B. zu der Eingriffsverwechslung umgesetzt. In der ärztlichen und pflegerischen Anamnese wird der Versorgungsbedarf (einschließlich Sicherheit) des Patienten erhoben und unterstützende Maßnahmen geplant.

Ein CIRS (Critical Incident Reporting System) ist etabliert. Aktuelle Fälle und Fälle aus den externen Bineahefehlerinformationssystemen werden per Intranet und in diversen Gremien kommuniziert. Um Stürzen und dem Dekubitus präventiv zu begegnen, sind umfassende Maßnahmen, basierend auf dem jeweiligen Expertenstandard, etabliert.

### *3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement*

Ein strukturiertes Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement sowie ein Notfallteam sind im Klinikum etabliert. Alle Stationen sind mit einem standardisiert bestückten Notfallkoffer ausgestattet. Auf Grundlage der aktuellen Richtlinien finden regelmäßige Schulungen der Mitarbeiter patientenversorgender Bereiche statt.

### *3.1.4 Organisation der Hygiene*

Die Hygieneorganisation ist nach KRINKO, IfSG und der Hygieneverordnung NRW geregelt. Die Gesamtverantwortung obliegt dem Ärztlichen Direktor. Wir beschäftigen neben einer Ärztin für Krankenhaushygiene auch qualifizierte Hygienefachkräfte. Das Team wird durch einen klinikinternen Infektiologen unterstützt. Eine Hygienekommission ist etabliert und durch eine Geschäftsordnung geregelt. Qualifizierte Hygienebeauftragte Ärzte und Pflegekräfte sind für alle Bereiche, Stationen und Abteilungen benannt. Hygienebegehungen werden, mit Hilfe von angepassten Checklisten, in allen Bereichen einmal jährlich durchgeführt. Neben den internen Qualitätsmaßnahmen finden externe Begehungen durch das Gesundheitsamt und die Bezirksregierung statt. Der Hygieneplan ist für alle Mitarbeiter verbindlich und findet sich im hausinternen Dokumentenmanagementsystem.

### *3.1.5 Hygienerrelevante Daten, Infektionsmanagement*

Die Erfassung von hygienerlevanten Daten gibt frühzeitig einen Hinweis auf evtl. Resistenzprobleme oder Anhäufungen von Krankenhausinfektionen. Die Ergebnisse werden in der Hygienekommission sowie in den verschiedenen Gremien diskutiert und es erfolgt eine Ableitung entsprechender Maßnahmen.

Ausbruchssituationen innerhalb des Klinikums sind Outbreakmanagement geregelt. Die Regeln werden fortlaufend an die Pandemiebedingungen angepasst. Hygienerrelevante Meldungen werden von der Hygienefachkraft an das Kreisgesundheitsamt gegeben. Für die kontinuierliche Weiterentwicklung und Qualitätsverbesserungen beteiligen wir uns an einigen KISS-Modulen des nationalen Referenzzentrums, an der Aktion Saubere Hände, an Vergleichen über den Clinotelverbund, an der Aktion "Keine Keime", am Hygiene Arbeitskreis Bielefeld/Gütersloh und hat zudem das MRE-Siegel.

### *3.1.6 Arzneimittel*

Die hauseigene Apotheke hält einen Arzneimittelvorrat für mindestens 14 Tage und einen Vorrat für ausgewählte Medizinprodukte für eine Woche vor. Die Ausgabe und das Bestellwesen sind bzgl. der Zuständigkeiten einschließlich der Vertretungsregelung im Qualitätsmanagement-Handbuch der Apotheke klar definiert. Im Klinikum ist ein internes Critical-Incident-Reporting-System etabliert, welches vor allem im Bereich ähnlich klingender („Sound-alike“) oder ähnlich aussehender Medikamente („Look-alike“) durch die Apotheke unterstützt wird.

### *3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin*

Die Regelungen und Maßnahmen zur Transfusionsmedizin sind im Transfusionshandbuch hinterlegt. Der Transfusionsverantwortliche schult in regelmäßigen Abständen die Mitarbeiter entsprechend den jeweiligen transfusionsmedizinischen Erfordernissen. Die Aufklärung des Patienten erfolgt unter Berücksichtigung der produktspezifischen Risiken, durch den behandelnden Arzt. Bei planbaren Eingriffen mit einer in

Betracht kommenden Bluttransfusion wird der Patient auch auf die Möglichkeit der Eigenblutspende hingewiesen. Jede Transfusion ist patienten- und chargenbezogen dokumentiert, so dass sowohl eine patienten- als auch eine produktbezogene Rückverfolgung möglich ist.

### *3.1.8 Medizinprodukte*

In allen Bereichen sind die Mitarbeitenden durch eine Einweisung dazu qualifiziert, mit den geprüften Medizinprodukten zu arbeiten. Verantwortlich für den Zustand der Medizingeräte ist der Betreiber. Die Überwachung des Zustandes der Medizingeräte ist an die Abteilung Medizinische Physik/Medizintechnik delegiert. Es liegen verbindliche Regelungen zur Aufbereitung von Medizinprodukten und für den Umgang mit Sterilgut vor.

### *3.2.1 Arbeitsschutz*

Der Arbeitsschutz im Klinikum ist entsprechend der gesetzlichen Anforderungen geregelt. Die betriebsärztliche Betreuung der Mitarbeiter ist geregelt. Vorgaben aus der Strahlenschutz- und Röntgenverordnung werden durch bestellte Beauftragte und die Abteilung Medizinische Physik/Medizintechnik umgesetzt. Schulungen finden nach Schwerpunkt (z.B. Hygiene, Arbeitssicherheit, Umgang Zytostatika) für die verschiedenen Bereiche regelhaft statt. Gefährdungsbeurteilungen und Betriebsanweisungen wurden für alle Bereiche erstellt und unterliegen einer ständigen Überarbeitung.

### *3.2.2 Brandschutz*

Grundlage des Brandschutzes ist die mit der Feuerwehr abgestimmte klinikeigene Brandschutzordnung. Auf ihrer Basis werden die Mitarbeiter geschult. In den Brandschutz-Schulungen werden u.a. Sammelplätze, das Verhalten im Brandfall, Flucht- und Rettungswege sowie eine Feuerlöschübung thematisiert. Flucht- und Rettungswegepläne hängen in allen Abteilungen aus. Der Brandschutzbeauftragte führt kontinuierlich Brandschutzbegehungen durch und ist verantwortlich für das Freihalten von Rettungswegen und -flächen für die Feuerwehr. Er wird in dieser Tätigkeit von speziell geschulten Ersthelfern unterstützt. Die Wirksamkeit der Brandschutzmaßnahmen werden in praktischen Notfallübungen einschließlich der Evakuierung überprüft.

### *3.2.3 Datenschutz*

Der Patient wird über Art, Zweck und Umfang der Erhebung und Speicherung seiner Daten im Aufnahmeantrag unterrichtet. Jeder Mitarbeiter verpflichtet sich bei der Einstellung zur Einhaltung der Datenschutzbestimmungen, entsprechende Unterweisungen werden durchgeführt. Eine Datenschutzbeauftragte ist schriftlich bestellt. Die Datenschutzbeauftragte wirkt insbesondere auf die Einhaltung des Datenschutzes hin und dient als Ansprechperson für alle Mitarbeiter in datenschutzrelevanten Fragen. Die Regelungen zum Datenschutz sind in einem umfassenden Datenschutzhandbuch hinterlegt und für alle Mitarbeiter im Intranet/ Curator einsehbar.

### *3.2.4 Umweltschutz*

Das Klinikum bekennt sich zu einem gewissenhaften und effizienten Umgang mit den vorhandenen Ressourcen. Unser Ziel ist die kontinuierliche Verbesserung des Umweltschutzes. Daher motivieren wir unsere Beschäftigten und Kooperationspartner zu umweltbewusstem Denken und Handeln. Die Maßnahmen

werden von einem Umweltmanagementbeauftragten koordiniert. Die Aktivitäten werden unterstützend von einem Ausschuss mit Beteiligung der Geschäftsführung koordiniert. Umweltziele und Umweltprogramme sind Gegenstand des jährlichen Umweltberichtes. Der anfallende Abfall wird gemäß den gesetzlichen Vorschriften getrennt. Bei Verbrauchsmaterialien wird nach Möglichkeit auf Mehrwegverwendungen, Rücknahme der Verpackung oder Recyclingfähigkeit geachtet. Im Rahmen von Baumaßnahmen werden energiesparende Technologien favorisiert, sofern diese wirtschaftlich vertretbar sind.

### *3.2.5 Katastrophenschutz*

Das Klinikum ist in die Katastrophenschutzplanung des Landes einbezogen. Alle notwendigen Vorgehensweisen und Zuständigkeiten bei internen oder externen Notfallsituationen sind im klinikinternen Alarm- und Einsatzplan beschrieben. Eine Einsatzleitung ist benannt.

### *3.2.6 Ausfall von Systemen*

Ziel ist es, in nicht medizinischen Notfallsituationen gemäß den internen Vorgaben zu reagieren, um die Sicherheit aller sich im Krankenhaus befindenden Personen zu jedem Zeitpunkt zu gewährleisten. Die Störungen der Wasserversorgung, Dampferzeugung, Wärmeerzeugung, Gasversorgung, Telefonanlage, medizinischen Gasen und der Stromversorgung zu beheben obliegt der Betriebstechnik. Technische Einrichtungen werden über die Betriebstechnik überwacht. Für einen Ausfall der Stromversorgung steht ein Notstromaggregat zur Verfügung, welches die Versorgung des gesamten medizinischen Bereiches übernehmen kann. Ein Bereitschaftsdienst ist 24h vorhanden.

## **4. Informations- und Kommunikationswesen**

### *4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme*

Das umfassend ausgebaute KIS wird in allen Bereichen des Klinikums zur effektiven Steuerung der Patientenversorgung, der Dokumentation und der innerbetrieblichen Kommunikation genutzt. Die Planungen der Krankenhausleitung und der IT-Abteilung sehen den kontinuierlichen Ausbau des IT-Systems vor, in der die Verknüpfung möglichst vieler Subsysteme realisiert wird. Ziel ist die Etablierung einer vollständigen elektronischen Patientenakte (EPA).

### *4.2.1 Klinische Dokumentation*

Es findet eine elektronische Dokumentation während des Aufenthaltes statt. In dieser werden Befunde, Berichte und sonstige Untersuchungsergebnisse gespeichert und sind im Rahmen der Berechtigungen für die Mitarbeiter zugänglich. Neben der elektronischen Dokumentation der meisten Untersuchungen und Befunde erfolgt eine Aufzeichnung in schriftlicher Form in einer Papierakte. Nach Abschluss der Behandlung wird die Akte nach den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen archiviert.

### *4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung*

Ziel ist es, einen zeitnahen Zugriff auf die vollständige Akte eines Patienten für berechtigte Mitarbeiter sicherzustellen. Der Zugriff auf elektronische Patientendaten ist im Rahmen eines detaillierten Rollenkon-



zeptes durch die EDV geregelt. Jeder Mitarbeitende erhält die Berechtigung, die für die entsprechende Tätigkeit benötigt wird. Konventionelle Papierakten werden durch das Archiv bereitgestellt. Auch die Bereitstellung außerhalb der Arbeitszeiten der Archivmitarbeiter ist geregelt, so dass eine 24-stündige Verfügbarkeit jederzeit gewährleistet ist.

#### *4.3.1 Information der Unternehmensleitung*

Ziel der Information der Krankenhausleitung ist es, eine möglichst gute Informationsbasis für Entscheidungen zu gewährleisten. Hierzu erhält sie regelmäßig detaillierte Berichte und Statistiken. Über besondere Vorkommnisse, die eine schnelle Reaktion erfordern, wird die Krankenhausleitung direkt informiert. In allen Gremien und Kommissionen sowie in den meisten Arbeitsgruppen ist mindestens ein Mitglied der Krankenhausleitung beteiligt. Mitarbeiter werden schriftlich und in Informationsveranstaltungen der Geschäftsführung über aktuelle Themen unterrichtet.

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

Die Information/Telefonzentrale/Empfang/Aufnahme ist die Kommunikationszentrale für das gesamte Klinikum. Für die Telefonzentrale und den Empfang/Aufnahme ist eine kontinuierliche Besetzung über 24 Stunden gewährleistet. Für Patienten und Besucher stehen ein Wartebereich mit Sitzgelegenheiten, Getränke- und Süßigkeitenautomaten und Telefonzellen zur Verfügung. Rollstühle und Gepäckwagen stehen jederzeit zur Benutzung bereit. Im Eingangsbereich und im angrenzenden Treppenhaus finden wechselnde Bilderausstellungen lokaler Künstler statt. Die Cafeteria schließt direkt an den Eingangsbereich an und bietet weitere Sitzgelegenheiten sowie eine große Auswahl an Speisen und Getränken.

## **5. Unternehmensführung**

### *5.1.1 Philosophie/Leitbild*

Eine klare Vision, Unternehmensidentität und gemeinsame Werte bilden die Orientierungsgrundlage für unser Handeln. Unser Leitbild bietet Orientierung nach innen und außen. Zudem wurden für einige Unternehmensbereiche spezielle Leitbilder entwickelt, die der besonderen Zielsetzung dieser Abteilungen gerecht werden. Das Leitbild bildet zudem die Grundlage für unsere Führungsgrundsätze. Eine klare Vision, Unternehmensidentität und gemeinsame Werte bilden die Orientierungsgrundlage für unser Handeln. Diese Vision, das Klinikum Gütersloh zum Spitzenversorger im Kreis Gütersloh und in Ostwestfalen-Lippe zu entwickeln war dann auch die Grundlage für die Erarbeitung einer neuen Corporate Identity (CI) und eines neuen Corporate Designs (CD).

### *5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen*

Auf Grundlage des Leitbildes wird ein kooperativer Führungsstil mit wertschätzendem, respektvollem und ehrlichem Umgang mit nachgeordneten Mitarbeitern praktiziert, der Selbstständigkeit und Delegation von Verantwortung fördert. Ein wesentliches Instrument zur Umsetzung dieses Ziels ist das jährliche Mitarbei-

ter- Gespräch entsprechend der Leitlinie. Die aktive Beteiligung der Mitarbeiter an Entwicklungen des Klinikums erfolgt über die Beteiligung in Projekt- und Arbeitsgruppen, im Rahmen der verschiedenen Gremien und über Befragungen und deren Umsetzungen. Informationen werden im Klinikum auf allen Ebenen und über alle Berufsgruppen hinweg transparent kommuniziert.

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

Die ganzheitliche Versorgung der uns anvertrauten Patienten steht im Mittelpunkt unserer Bemühungen. Um den spirituellen, ethischen und seelsorglichen Bedürfnissen unserer Patienten gerecht werden zu können, sind am Klinikum evangelische und katholische Seelsorger tätig. Das Klinikum hat für die muslimischen Patienten einen Gebetsraum eingerichtet und segnen lassen. Bei Bedarf wird ein Kontakt mit einem muslimischen Seelsorger, Dolmetscher oder Sozialberater vermittelt. Ebenso wird eine enge Verbindung zum Hospiz- und Palliativverein Gütersloh und zum Palliativnetzwerk im Kreis Gütersloh gepflegt. Wir verfolgen das Ziel, die ethische Kompetenz der Beschäftigten zu fördern, indem ethische Beratungen für Mitarbeiter, Patienten und Angehörige bei konkreten Problemstellungen angeboten werden. Ein Ethikkomitee ist im Klinikum etabliert.

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

Grundlage ist das Konzept für Marketing- und Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen des Unternehmenskonzepts. Das Konzept beinhaltet die langfristige Kommunikations- und Marketingstrategie, ausgerichtet an den Zielen des Klinikums. Ein Marketing und -Veranstaltungskalender wird jährlich vorausgeplant. Alle Kliniken und Mitarbeiter können Vorschläge für Pressearbeit und Informationsveranstaltungen einbringen. In einem eventuellen Krisenfall erfolgt die Kommunikation gemäß den Regelungen im hauseigenen Krisenkommunikationsplan.

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

Auf Grundlage des Leitbildes und der Qualitätspolitik werden die übergeordnete Unternehmensziele entwickelt. Die mittel- und langfristige Strategieplanung wird durch die Geschäftsführung gemeinsam mit der Betriebsleitung und den Chefarzten im Rahmen eines jährlichen Strategieworkshops, an dem auch wichtige Kooperationspartner oder Aufsichtsratsmitglieder teilnehmen, diskutiert und erarbeitet. Das Klinikum Gütersloh verfügt über ein ausgefeiltes Führungsinformationssystem mit ökonomischen Kennzahlen sowie qualitätsrelevanten Daten.

#### *5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement*

Ein kaufmännisches Risikomanagementsystem mit den Zielen Identifikation, Bewertung und Abwendung ökonomischer Risiken sowie Steigerung der Wirtschaftlichkeit ist eingerichtet. Hierfür ist ein umfassendes Berichtswesen eingerichtet, welches in einem abteilungsbezogenen Führungsinformationssystem den verantwortlichen Bereichen zur Verfügung gestellt wird. Das hauseigene Berichtswesen wird durch monatliche Reportings vom Clinotel-Krankenhausverbund ergänzt.

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

Das Klinikum, als gemeinnütziges Krankenhaus, nimmt durch die Teilnahme an bzw. die Durchführung von verschiedenen Aktivitäten seine gesellschaftliche Verantwortung wahr. Beispiele hierfür sind Medizin-

vorträge, Angebote von Reanimationskursen, die Unterstützung von Selbsthilfegruppen, die Zusammenarbeit mit Schulen im Rahmen der Berufsfindung und Angebote der Gesundheitsprävention. Die Kooperation mit starken Partnern, die die Leistungen des Klinikums verstärken, erweitern, ergänzen und unterstützen (z.B. Konsiliarärzte, Kooperationen im Rahmen des Onkologischen Zentrums) ist für uns sehr wichtig.

#### *5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien*

Die Organisationsstruktur des Hauses einschließlich Verantwortlichkeiten und Zuständigkeitsbereichen ist in einem Organigramm festgelegt. Die Verantwortlichkeiten sind in Arbeits- und Dienstverträgen sowie Stellenbeschreibungen geregelt. Die Kommunikation der Gremienarbeit erfolgt über das Protokollwesen. Zusätzlich werden die wesentlichen Informationen im Intranet, in Mitarbeiterversammlungen bzw. Informationsschreiben, in der Mitarbeiterzeitung und dem Mitarbeiterinfobrief kommuniziert. In der Klinik ist ein Beauftragtenwesen für die gesetzlichen Anforderungen etabliert. Die Liste des Beauftragtenwesens ist im Intranet verfügbar.

#### *5.3.2 Innovation und Wissensmanagement*

Die Planung von ständigen Verbesserungsmaßnahmen, um eine qualitativ hochwertige Versorgung zu erzielen, spiegelt sich u.a. in den Unternehmenszielen wider. Veränderungen und Innovationen werden, soweit sie das gesamte Klinikum oder Fachkliniken betreffen, im Rahmen des Strategieworkshops oder der Betriebsleitung und der Chefarztrunde vorgestellt, diskutiert, ggf. ausführlich geprüft und beschlossen oder verworfen. Mitarbeiter können insbesondere über die Beteiligung in Projektgruppen und Qualitätszirkeln Anregungen zur Weiterentwicklung des Unternehmens einbringen.

## **6. Qualitätsmanagement**

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

Im Klinikum ist ein umfassendes Qualitätsmanagement (QM) eingerichtet. Dies umfasst die Beteiligung aller Abteilungen an dem QM u.a. durch die Benennung von Qualitätsbeauftragten, welche in enger Abstimmung mit den QM-Koordinatorinnen das QM-System kontinuierlich weiterentwickeln. Zudem wird die Weiterentwicklung des QM-Systems durch die Beteiligung des QMs an den verschiedenen Gremien des Klinikums gewährleistet. Allen Mitarbeitern steht die Teilnahme an den verschiedenen QM-Projekten offen. Die Mitarbeiter werden u.a. im Rahmen der verschiedenen Besprechungen, über das Intranet, Mitarbeiterinfobriefe, die Mitarbeiterzeitung sowie dem QM-Infoletter über die Aktivitäten im QM informiert. Die Qualitätspolitik und hausweite Ziele definieren das Qualitätsverständnis, die Organisation des QM, eingesetzte Instrumente sowie Grundsätze zur Qualitätszielplanung, Information und Zertifizierung für das Gesamthaus und das Onkologische Zentrum sowie ATZ (Alters Trauma Zentrum).

#### *6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung*

Ziel ist es, zur Erfüllung der Anforderungen und Erwartungen der Patienten, Einweiser, Mitarbeiter und weiteren externen und internen Partnern geeignete Strukturen für ein umfassendes Prozessmanagement zu schaffen. Insbesondere sollen Instrumente zur Prozessidentifikation, Prozessdokumentation und –

gestaltung sowie Prozessanalyse und -optimierung eingesetzt werden. Strukturen und Abläufe werden in Form von Verfahrensanweisungen, Prozessbeschreibungen, Behandlungspfaden, Standards und Leitlinien definiert. Um die Behandlung unserer Patienten sowie die Zusammenarbeit mit angrenzenden Einrichtungen fortwährend zu verbessern, stellen wir unsere Prozesse im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses regelmäßig auf den Prüfstand. Dabei sind bei der Erarbeitung der o.g. Regelungen sowie der Überprüfung grundsätzlich alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen involviert.

#### *6.2.1 Patientenbefragung*

Im Mittelpunkt unseres täglichen Handelns steht der Patient, dessen Zufriedenheit für uns einen hohen Stellenwert hat. Daher führen wir im Klinikum Gütersloh folgende Patientenbefragungen durchgeführt:

- Allgemeine kontinuierliche Patientenbefragung „Ihre Meinung ist uns wichtig“ (Beschwerdemanagement).
- Spezifische Patientenbefragungen in den Organzentren (PEQ).
- Kontinuierliche Patientenbefragung über den Clinotel-Verbund in Zusammenarbeit mit dem Institut anaquestra

Diese Befragungen zeigen uns Stärken aber auch Verbesserungspotentiale in unserer Betreuung auf. Basierend auf den Ergebnissen werden anschließend Maßnahmen initiiert, die wir im Verlauf bzgl. ihrer Wirksamkeit evaluieren. Bei Bedarf finden zudem partielle Befragungen oder Wartezeiterhebungen statt. Des Weiteren ermöglicht unser Beschwerdemanagement die Rückmeldung von Beschwerden, Lob oder Verbesserungsideen.

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

Um die Zufriedenheit unserer Einweiser zu ermitteln, führen wir in regelmäßigen Rhythmus eine Einweiserbefragung durch, welche uns Aufschlüsse über Verbesserungspotentiale und Stärken gibt. Anschließend werden hieraus Maßnahmen abgeleitet, die wir im Verlauf evaluieren. Zudem können unsere Einweiser im Rahmen der Organzentren Verbesserungsvorschläge einreichen.

#### *6.2.3 Mitarbeiterbefragung*

Die Zufriedenheit unserer Mitarbeiter wirkt zumindest mittelbar auf die von uns angestrebte hochwertige Patientenbetreuung. Wir befragen unsere Mitarbeiter deshalb im dreijährlichen Rhythmus. Hier werden Stärken und Verbesserungspotentiale deutlich. Letzteren begegnen wir mit abgeleiteten Maßnahmen. Mitarbeiter haben auch die Möglichkeit ihre Ideen und Vorschläge über das Vorschlagswesen einzubringen.

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

Für Beschwerden stehen den Mitarbeitern die unmittelbaren und weiteren Vorgesetzten sowie die Mitglieder der Krankenhausleitung zur Verfügung. Daneben gibt es den Weg über den Betriebsrat als Vertretung der Mitarbeiter. Die Mitarbeiterbefragungen bietet neben dem Fragebogen auch die Möglichkeit von Freitextrückmeldungen.

Beschwerden sehen wir am Klinikum als Chance zur Verbesserung unserer Qualität an. Daher haben wir ein strukturiertes Beschwerdemanagement, welches Patienten, Angehörigen, Besuchern, niedergelassenen Ärzten, anderen Kliniken sowie sonstigen Partnern die Möglichkeit gibt, Kritik, aber auch Lob anzu-

bringen, etabliert. Dabei hat das systematische Beschwerdemanagement die Aufgabe, erkannte Fehler und möglichst viele Unzufriedenheitsfaktoren zu erfassen, sie rasch zu beseitigen und aus ihnen zu lernen. Darüber hinaus sollen wertvolle Impulse für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess beigetragen und eine "offene Beschwerdekultur" entwickelt werden. Für den Fall, dass sich unsere Patienten an eine externe und unabhängige Patientenbeschwerdestelle wenden möchten, können sie sich an die Mitarbeitenden der Bürgerinformation Gesundheit und Selbsthilfekontakt (BiGS) Gütersloh wenden, die diese Funktion für das Klinikum übernehmen.

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

Neben den Daten der verpflichtenden externen Qualitätssicherung werden im Klinikum Gütersloh vielfältige qualitätsrelevante Daten erhoben und bewertet: Die Ergebnisse der Qualitätssicherung werden zur Überprüfung der Behandlungsqualität und Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen sowie zur Bestimmung der Wettbewerbsposition des Klinikums genutzt. Eine umfassende interne und externe Transparenz wird durch einen offenen Umgang mit Qualitätsdaten sowie der Teilnahme an QSR (Qualitätssicherung aus Routinedaten) innerhalb des Clinotel-Krankenhausverbundes und durch die Veröffentlichungen des Qualitätsberichtes gefördert. Damit erfüllen wir die zunehmende Forderung nach Transparenz durch Patienten, Patientenorganisationen, Politik und Gesellschaft, Kostenträger und Versicherte. Wir nutzen die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung, um Abweichungen in der Ergebnisqualität der dokumentierten medizinischen und pflegerischen Leistungen zu identifizieren, Verbesserungspotenziale zu erkennen und das Bewusstsein für medizinische und pflegerische Ergebnisqualität weiter zu fördern.