

Katholisches Klinikum Bochum®



Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen

## KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

<b>Krankenhaus:</b>	St. Josef- und St. Elisabeth-Hospital gGmbH Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum
<b>Institutionskennzeichen:</b>	260590071
<b>Anschrift:</b>	Gudrunstraße 56    Bleichstraße 15    Im Vogelsang 5-11 44791 Bochum    44787 Bochum    45527 Hattingen
<b>Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:</b>	2017-0001 KHVB
<b>durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:</b>	WIESO CERT GmbH, Köln
<b>Gültig vom:</b>	16.12.2016
<b>bis:</b>	15.12.2019

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>III</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b>	<b>5</b>
<b>Die KTQ-Kriterien</b>	<b>6</b>
1. Patientenorientierung	13
2. Mitarbeiterorientierung	19
3. Sicherheit	22
4. Informations- und Kommunikationswesen	26
5. Führung	28
6. Qualitätsmanagement	32

## Vorwort der KTQ®

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

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

Die Verfahrensinhalte, insbesondere der KTQ-Katalog, wurde hierarchie-, und berufsgruppen-übergreifend 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.

---

<sup>1</sup> 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<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.

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

Wir freuen uns, dass das **St. Josef-Hospital**, das **St. Elisabeth-Hospital** und die **Klinik Blankenstein** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter [www.ktq.de](http://www.ktq.de) abrufbar.

**Dr. med. G. Jonitz**

Für die Bundesärztekammer

**S. Wöhrmann**

Für die Verbände der Kranken- und  
Pflegekassen auf Bundesebene

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

Für die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

**A. Westerfellhaus**

Für den Deutschen Pflegerat

## Vorwort der Einrichtung

### St. Josef- und St. Elisabeth-Hospital gGmbH - Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

um unser Qualitätsmanagement transparent zu gestalten, trafen wir bereits 2002 die Entscheidung, unser Krankenhaus nach dem KTQ-Verfahren (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) zertifizieren zu lassen. Im Dezember 2004 erhielten wir erstmals die KTQ-Zertifizierungsurkunde.

Der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht ist der fünfte Bericht der St. Josef- und St. Elisabeth-Hospital gGmbH und beruht auf den Daten des Jahres 2015. Mit der Veröffentlichung dieses Qualitätsberichtes verlängern wir unsere Zertifizierung um weitere drei Jahre bis Ende 2019. Die Ergebnisse der Selbstbewertungen und die Ergebnisse der kontinuierlichen Patientenbefragung zeigen uns erneut, dass wir auf dem richtigen Weg sind.

### Struktur und Leistungsspektrum

In der Holdinggesellschaft, Katholisches Klinikum Bochum gGmbH (KKB), bilden unsere Krankenhäuser die tragende Säule. Die St. Josef- und St. Elisabeth-Hospital gGmbH - Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum - zählt zu den traditionsreichsten und fortschrittlichsten Krankenhäusern in Bochum. Die Häuser, zu denen auch das St. Maria-Hilf-Krankenhaus in Bochum-Gerthe\*, die Klinik Blankenstein in Hattingen und das Marienhospital Wattenscheid\* gehören, werden als ein Krankenhaus mit fünf Betriebsteilen unter o. g. Namen geführt. Als katholisches Universitätsklinikum halten wir folgende medizinische Hauptabteilungen vor:

#### Betriebsstätte St. Josef-Hospital (JH) - KTQ zertifiziert

- Klinik für allgemeine Innere Medizin (Medizinische Klinik I)
  - Abteilung für Diabetologie und gastrointestinale Endokrinologie
  - Abteilung für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin
- Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin
- Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
- Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie
- Klinik für Gefäßchirurgie
- Klinik für Kardiologie (Medizinische Klinik II)
- Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
- Klinik für Neurologie
- Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
  - Abteilung Unfallchirurgie
- Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie
- Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie und Nuklearmedizin



## Betriebsstätte St. Elisabeth-Hospital (EH) - KTQ zertifiziert

- Klinik für Innere Medizin (Medizinische Klinik III)
- Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
  - Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie
- Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
- Abteilung für Neonatologie
- Abteilung für Rheumaorthopädie
- Abteilung für Radiologie
- Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin



## Betriebsstätte St. Maria-Hilf-Krankenhaus (MHK)\*

- Venenzentrum



## Betriebsstätte Klinik Blankenstein (BLST) - KTQ zertifiziert

- Klinik für Naturheilkunde
- Klinik für Orthopädische Schmerztherapie
- Abteilung für Rheumatologie
- Klinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie



## Betriebsstätte Marien-Hospital Wattenscheid (MHWAT)\* - ISO zertifiziert

- Akutgeriatrie
- Rehabilitation
- Tagesklinik



\* Nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

## Mitarbeiter und Bildungseinrichtungen

Etwa 4100 Mitarbeiter betreuen die Patienten der im Krankenhausplan des Landes NRW mit 1398 Betten dimensionierten Häuser.

Es ist sichergestellt, dass neueste Behandlungsmethoden und Geräte in allen Fachrichtungen eine zeitgemäße Diagnostik und Therapie erlauben. Die Einrichtung fühlt sich der Ausbildung von Medizinstudenten und der Weiterbildung von Ärzten besonders verpflichtet.

Unter dem Dach unserer Bildungseinrichtung BIGEST sind wir praktische Ausbildungsstätte mit den staatlich anerkannten Schulen für:

- Gesundheits- und Krankenpflege / Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
- Hebammen
- Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten
- Physiotherapie

Weitere Ausbildungsplätze werden im Bereich der Verwaltung bereitgestellt. Insgesamt bietet unsere Einrichtung jährlich 359 Ausbildungsplätze an.

Wir zählen zu den größten Arbeitgebern und Ausbildungsstätten Bochums.

## Zentrenbildung und Spezialisierungen

Über die medizinischen Zentren gewährleisten wir unseren Patienten eine Behandlung auf hohem spezialisiertem Niveau:

- Ruhr-Universität Comprehensive Cancer Center (RUCCC)
  - Darmzentrum Ruhr
  - Pankreaszentrum
  - Hauttumorzentrum
  - Kopf- / Halszentrum
- Mukoviszidose- Zentrum
- Chochleaimplantationszentrum
- Chorea-Huntington-Zentrum-NRW
- Wundzentrum
- Diabetes- Behandlungszentrum (Typ 1 und 2)
- Dermatologisches Laserzentrum
- Parkinson- und Multiple-Sklerose-Zentrum
- Perinatalzentrum Level 1
- Sehnenzentrum
- Traumazentrum
- Zentrum für Sexuelle Gesundheit
- Sozialmedizinische Nachsorge (Bunter Kreis)
- Angehörigenschule
- Überregionale Stroke-Unit
- Geriatrie-Siegel Marien-Hospital Wattenscheid
- Venenzentrum
- Endoprothetikzentrum
- Chest Pain Unit (Deutsche Krankenhaus Gesellschaft)
- Brustschmerzambulanz St. Elisabeth-Hospital
- Brustschmerzambulanz Klinik Blankenstein
- Ausgezeichnet für Kinder



- Allergie Centrum Ruhr
- Zentrum für Rheumatologie und Autoimmunerkrankungen
- Zentrum für seltene Erkrankungen Ruhr

## Kooperationen

Vielfältige Kooperationen tragen zur Abrundung und Erweiterung unseres Angebots bei, zum Beispiel:

- Kooperation der Klinik für Kardiologie / Medizinische Klinik II mit dem Berufsgenossenschaftlichen Krankenhaus Bergmannsheil Bochum
- Kooperation der „RuhrSportReha Bochum“ mit dem VfL Bochum
- Kooperation mit der Stiftung „Kinderzentrum Ruhrgebiet“
- Kooperation mit der Ev. Fachhochschule Bochum
- Kooperation mit der Hochschule für Gesundheit Bochum
- Kooperation mit dem Labor des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe
- JosefCarrée, das angeschlossene Medizinische Versorgungszentrum
- Kooperation mit hauseigenem ambulanten Pflegedienst
- RUCCC - trägerübergreifendes onkologisches Zentrum
- Kooperationen mit Sanitätshäusern
- Kooperationen mit Selbsthilfe-Gruppen (z. B. Kehlkopflose)
- Kooperation in der Palliativmedizin mit dem Palliativnetz Bochum, Wünsche Wagen des Arbeiter-Samariter-Bundes NRW und Hospizen
- Kooperation der Pädiatrie mit KV Notfallpraxis in der Kinderklinik
- Sozialpädiatrisches Zentrum mit fachärztlicher psychologischer, heilpädagogischer, ergo- und physiotherapeutischer Betreuung
- Neurologie, neu aufgestelltes Mitglied im Kompetenznetzwerk Parkinson
- Kooperation Alterstraumazentrum (Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie) mit der Essener Klinik

## Herausragende Projekte

Die kontinuierliche Anpassung unseres Krankenhauses an die sich wandelnden Bedürfnisse und Anforderungen unserer internen und externen Kunden ist unser höchstes Ziel. Dies findet unter anderem Ausdruck in einer Vielzahl von Projekten und Aktivitäten.

- Ökoprot mit abschließender Zertifizierung
- Arbeitsgruppe „Sicherheit im Krankenhaus“/ Gremium „Sicherheit im KKB“
- Einführung eines Notfallkoordinators in der Zentralen Notaufnahme
- Verleihung des Qualitätspreises für die Projekte:
  - Bunter Kreis
  - Optimierung der Qualität in der klinischen Forschung durch den Aufbau einer Organisation und Infrastruktur
  - Multifaktorielles Konzept zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit akutem Schlaganfall
- Weiterentwicklung der Klinik Blankenstein zur Spezialklinik
- Eröffnung der Palliativstation
- Überarbeitung Sozial-ethischer Leitfäden



- Überprüfung der Organisation und Abläufe auf Verwaltungsebene durch Unternehmensberatung
- Kinderärztinnen engagieren sich in der Flüchtlingsversorgung
- E-Learning Projekt mit Pioniercharakter mit dem Titel „HNOnline“
- Einführung und Umsetzung des Corporate Design-Handbuchs
- Transfusionswesen
- Expertenstandard Mobilisation
- Hilfen für fremdsprachige Patienten
- Wertsachenmanagement
- Sicherheitskonzept in der EDV
- Eine Vielzahl an Neu- und Umbaumaßnahmen
- Überprüfung der Verwaltungsstrukturen durch Unternehmensberatung
- Kinderchirurg im Kinder-Ambulanz-Zentrum

Im Krankenhaus sind folgende ausgewählte Projekte des Qualitätsmanagements im Berichtszeitraum durchgeführt worden:

- Strukturelles Risikomanagement (RM)
  - Risikomanagement-Handbuch
  - Beschreibung der Aufbau- und Ablaufstruktur im KKB
  - Technisches Handout
  - Teilnahme an der deutschlandweiten Befragung zum Einführungsstand des klinischen Risikomanagements des Instituts für Patientensicherheit mit Abschlussbericht
- Einführung regelmäßiger Risiko- Audits , unter Beteiligung der Pflegedienstleitung, Hygiene-Abteilung, der Servicegesellschaft und des Qualitätsmanagements
- Evaluation Patientenarmbänder
- Überarbeitung Beschwerdemanagement und Patientenbefragung
  - Pilotprojekt Hospital Check
  - Entwicklung und Einführung eines Fragebogens zur kontinuierlichen Patientenbefragung
  - Quartalsauswertungen und Jahresauswertungen
  - Unterstützung durch 3 Patientenfürsprecher
- Überarbeitung der Qualitätsziele
- Regelmäßige QS-Forum
- Arbeitsgruppe „Sicherheit im KKB“:
  - Externer Wachdienst für eine Betriebsstätte
  - Aufstockung der Präsenzzeiten des Schließdienstes in einer 2. Betriebsstätte
  - Handlungsleitfaden „Gewalt und aggressives Verhalten am Arbeitsplatz“
  - Dokumentationsmatrix für Interne Vorfälle
  - regelhaftes Angebot von Deeskalationstrainings: Selbstbehauptung für Frauen, Zivilcourage, Verbale gewaltfreie Kommunikation – Deeskalation
  - Kooperationsangebot der LWL Klinik zur Teilnahme von 10 Mitarbeitern des KKBs / Jahr an den dort angebotenen Deeskalationstrainings
  - Vorort-Beratungen durch die Kripo Bochum zur Diebstahl- und Gewaltprävention
  - Technische Maßnahmen zur Diebstahlprävention (Austausch von Schlössern, verbesserte Diebstahlsicherung an Türen, Anbringen von Alarmanlagen etc.)

- Weiterentwicklung der Dienstvereinbarung Kameraüberwachung
- Umsetzung der Aktion „Stopp dem Diebstahl“ (Anbringen von Diebstahlpräventionsaufklebern in allen Patientenschränken, Aushänge auf allen Stationen zur Diebstahlprävention)
- Verteilung von Panicalarm-Geräten
- Anschaffung von DECT-Telefon mit Notrufoption
- Einführung Critical Incident Reporting System (CIRS) Gremium und CIRS Konzept
- Überarbeitung Patientenfixierung
- Forschungsprojekt Leitbild „Innere Leitbilder von Akteuren im Krankenhaus in Medizin und Pflege“

## Qualitätsmanagement

Im Jahr 2001 fand in unseren Kliniken eine erste Selbstbewertung nach dem europaweit anerkannten EFQM-Modell statt. Seither haben wir unsere Strukturen, Leistungsprozesse und Ergebnisse kritisch unter die Lupe genommen. Nach dem Motto „Das Bessere schlägt das Gute“ wurde dabei eine große Zahl von Verbesserungsmöglichkeiten entdeckt. Darüber hinaus ergaben Befragungen unserer Patienten, der zuweisenden Ärzte und der Mitarbeiter weitere Verbesserungsideen. Viele Projekte und Maßnahmen wurden daraufhin gestartet, umgesetzt und überprüft. Ergebnis ist ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess, denn nur die Gesundheitseinrichtungen, die zur Veränderung bereit und in der Lage sind, werden den wachsenden Ansprüchen der Patienten/Kunden und ihrer Partner gerecht.

## Geschichte und Leitbild

Die St. Josef- und St. Elisabeth-Hospital gGmbH - Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum mit fünf Betriebsteilen, kann auf eine mehr als 160-jährige Krankenhaustradition und Erfahrung zurückblicken. Als katholisches Universitätsklinikum geben wir ein doppeltes Versprechen: Wir stehen für eine interdisziplinäre Spitzenmedizin nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen und wir erforschen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Wir haben Teil an dem caritativen Auftrag der Kirche und sind ein Ort christlicher Glaubenspraxis, an dem Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verschiedener religiöser Überzeugungen tätig sind. Unsere Dienste stehen Menschen aller Weltanschauungen und religiösen Überzeugungen offen.

Wir stehen für herausragende Medizin und gelebte christliche Nächstenliebe. Gerade heute, wo medizinisch vieles machbar ist, erhält die Frage nach der ethisch-moralischen Grundlage unseres Handelns ein großes Gewicht. Mit Hilfe von sozialetischen Leitfäden, dem Ethikkommission und dem Ethikkomitee unterstützen wir unsere Mitarbeiter und Führungskräfte sowie Patienten und Angehörige in ihrer Verantwortung, Entscheidungen zu treffen.

Unsere Mitarbeiter und Führungskräfte haben gemeinsam ein Leitbild entwickelt, das in der Zeit von 2010-2013 geprüft, überarbeitet und fortgeschrieben wurde. Im Leitbild sind unser Selbstverständnis und unsere Werteorientierung formuliert.

Es ist Richtschnur für unser Handeln und enthält Aussagen zu folgenden Themen:

- Wir handeln nach unserem christlichen Verständnis von Menschenwürde
- Wissenschaft und Humanität in der Medizin gehören für uns zusammen
- Wir stehen für Patientenzufriedenheit und ständige Verbesserung der Patientenver-

- sorgung
- Sicherung und Weiterentwicklung von Qualität haben für uns hohe Priorität
  - Wir stehen für Mitarbeiterzufriedenheit
  - Wir stehen für Dialog
  - Unser Wissen, unsere Haltung unser Menschenbild geben wir gerne weiter
  - Unternehmerisches Handeln und unser christliches Ethos stehen im Einklang Führung und Leitung bewegt sich in einem Spannungsfeld zwischen Menschen, Aufgaben und unserem christlichen Menschenbild
  - Wir sind Pfeiler und Kooperationspartner im Gesundheitswesen

Auf Grundlage des Leitbildes und der Instrumente des Qualitätsmanagements haben wir Qualitätsziele, Maßnahmen und Messkriterien zu den Qualitätszielen entwickelt, an denen wir den Umsetzungsgrad des Leitbildes messen können. Natürlich haben wir noch nicht alle Ziele erreicht. Wir befinden uns auf dem Weg der ständigen Verbesserung. Dabei nehmen wir die Rückmeldungen unserer Patienten und anderer Kundengruppen, wie sie z. B. in Befragungen oder im Rahmen unseres Beschwerdemanagementsystems geäußert werden, sehr ernst.

### **Ansprechpartner**

Qualitätsmanagement  
Katholisches Klinikum Bochum  
Bleichstraße 15  
44787 Bochum  
Telefon: 0234 / 509-8899  
Telefax: 0234 / 509-8323  
E-Mail: [qm@klinikum-bochum.de](mailto:qm@klinikum-bochum.de)

# **Die KTQ-Kriterien**

**beschrieben von der**

**St. Josef- und St. Elisabeth- Hospital gGmbH,**

**Kliniken der Ruhr-Universität**

**Bochum**

## **1. Patientenorientierung**

### **1.1. Rahmenbedingungen der Patientenversorgung**

#### **1.1.1. Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung**

Ein gesteuerter Prozess zur Aufnahme der Patienten wird durchgeführt. Die Patienten-Aufnahme, zentral und dezentral ist in einer Verfahrensanweisung standortbezogen strukturiert. Darüber hinaus gibt es ein zentrales Patienten-Management. Auf der CaréeStation findet der Aufnahmeprozess durch Service-Mitarbeiter statt. Notfallaufnahmen finden in Ambulanzen, im Kreißsaal und den Intensivstationen statt. An allen Betriebsteilen gibt es Parkplätze. Vor den Haupteingängen gibt es Haltemöglichkeiten, Behinderten-, Kurzzeitpark- sowie rabattfähige Storchenparkplätze. Die Betriebsteile sind über wichtige Zufahrtstraßen gut mit dem ÖPNV zu erreichen. Die Anbindung an das überregionale Straßennetz über die BAB 40, 43 ist gegeben. Die Betriebsteile sind im Stadtgebiet ausgeschildert. Das Wegeleitsystem im St. Josef-Hospital arbeitet mit Farben für die Gebäudekennung und Buchstaben für die Häuserbezeichnungen. Mitarbeiter der Pforten sind darin geschult, den Patienten die nötige Orientierung zu verschaffen. Eine neue Verfahrensanweisung regelt das Aufnahmeverfahren ausländischer Patientengruppen. Ein International Office wird in 2016 implementiert.

#### **1.1.2. Leitlinien**

Richtlinien, Leitlinien und Expertenstandards sind die Grundlage für ärztliches, pflegerisches und therapeutisches Handeln und werden unter Berücksichtigung aktueller Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften entwickelt. Sie sorgen für Sicherheit bei der Behandlung unserer Patienten. Für die wichtigsten pflegerischen Maßnahmen liegen Pflegestandards vor. Verschiedene Expertenstandards sind eingeführt, aktuell wird an dem Expertenstandard Mobilität gearbeitet. Fortbildungen, Fallbesprechungen und Konferenzen sorgen dafür, dass die Mitarbeiter immer auf dem aktuellen Stand sind. Der Infotransfer des Expertenwissens erfolgt über habilitierte Ärzte die neben akademischer Lehrtätigkeit, wissenschaftlicher Arbeit, auch entsprechendes Expertenwissen durch Beteiligung an entsprechenden nationalen- und internationalen Leitlinien und Therapieleitfäden vermitteln.

#### **1.1.3. Information und Beteiligung des Patienten**

Eine möglichst umfangreiche Information der Patienten und Angehörigen unterstützt den Genesungsprozess. Deshalb beziehen wir Patienten und Angehörige aktiv in die Behandlungsplanung ein. Hierbei respektieren wir, sofern mit dem Gesetz vereinbar, individuelle Bedürfnisse und religiöse Wünsche. Für fremdsprachige Patienten stehen Dolmetscher zur Verfügung. Zusätzlich besteht das Angebot mehrsprachiger Anamnesebögen sowie Tip-Doc Bücher als Übersetzungshilfen für Patienten in Notfallbereichen. Ein internationales Office wurde in 2016 eingeführt.

Unser Leitfaden „Der muslimische Patient im Krankenhaus“ hilft den Mitarbeitern im angemessenen Umgang mit der großen Gruppe muslimischer Patienten. Durch die neu gestaltete und überarbeitete Homepage stehen eine Vielzahl an Informationen für Patienten und andere Interessierte zur Verfügung.

#### **1.1.4. Service, Essen und Trinken**

Bei der Produktion der Speisen gelten ernährungswissenschaftliche Empfehlungen für die Gemeinschaftsverpflegung gemäß den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE). Dabei werden regionale und saisonale Gerichte bevorzugt. Kundenorientierung und Berücksichtigung individueller Wünsche erfolgt mit der Speisewunsch Erfassung über Menüassistentinnen bzw. im Wahlleistungsbereich über das Service-Personal. Wöchentlich wechselnder Menüplan. Die Essenszeiten sind mit den Abläufen in den Kliniken abgestimmt. Diätassistentinnen sind für die Zusammenstellung und Zubereitung von Diätkostformen verantwortlich. Mineralwasser steht den Patienten kostenfrei zur Verfügung. Es gibt einen Arbeitskreis Speiserversorgung unter Beteiligung der Geschäftsführung, der Küchenleitung, einer Diätassistentin und der Stabsstelle Unternehmensentwicklung & Organisation. In einem Pilotprojekt wird die Möglichkeit der Nachbestellung von warmen Essen sowie Lunchpaketen in Teilbereichen getestet.

#### **1.1.5. Kooperationen**

Die gute Kooperation aller an der Patientenversorgung Beteiligten ist Voraussetzung für den Behandlungserfolg. Eine Vielzahl von regelmäßigen Besprechungen und Übergaben innerhalb und zwischen den Berufsgruppen fördert die Kooperation. Darüber hinaus finden fachübergreifende Fallbesprechungen statt. Das KKB ist Teil eines trägerübergreifenden onkologischen Zentrums. Daneben stehen wir eng mit einer Vielzahl von Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen in Verbindung, um die Betreuung unserer Patienten über den stationären Aufenthalt hinaus zu ermöglichen. Darüber hinaus können Ärzte aller Fachrichtungen in allen Kliniken jederzeit über das Konsilwesen angefordert und somit schnell in die fachübergreifende Behandlung eines Patienten eingebunden werden. Im JosefCarrée befindet sich eine Notfallpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe.

### **1.2. Notfallaufnahme**

#### **1.2.1. Erstdiagnostik und Erstversorgung**

Das Krankenhaus ist in den Rettungsstellenplan der Feuerwehr aufgenommen. Es besteht ein direkter Kontakt mit der Leitstelle. Dringliche Fälle werden durch den Rettungsdienst vorab angekündigt. In 2016 ist ein Notfallkoordinator in der Zentralenotfallaufnahme des St. Josef-Hospital eingeführt worden. Die Wartebereiche der Zentralenotfallaufnahme sind neu organisiert worden. Es gibt spezielle Wartezonen z. B. für den Rettungsdienst an der Liegendanfahrt, um eine kontrollierte Registrierung der Notfallpatienten zu gewährleisten. In der Notfallaufnahme des St. Josef-Hospital werden die Patienten über die Manchester Triage eingeschätzt. Der aufnehmende Arzt legt vorläufige Diagnosen, die initiale Therapie und diagnostische Maßnahmen fest. Der Facharztstandard sowie der Einsatz examinierter Pflegekräfte gewährleisten eine fachlich adäquate Versor-

KTQ®-Qualitätsbericht

St. Josef- und St. Elisabeth-Hospital gGmbH, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum

Seite 14 von 34

gung von Notfallpatienten.

### **1.3. Ambulante Versorgung**

#### **1.3.1. Ambulante Diagnostik und Behandlung**

Ambulante Patienten werden in unserem Klinikum zeitnah und fachlich kompetent versorgt. Hierfür sind Abläufe und Verantwortlichkeiten in den verschiedenen Fachambulanzen geregelt. Es gibt eine Vielzahl von Fach-, Spezial- und Institutsambulanzen mit entsprechenden Angeboten, wie z. B. Notfallambulanz, Kinder- und Allergieambulanz. Die Versorgung von Notfallpatienten ist rund um die Uhr gewährleistet. Um Wartezeiten gering zu halten, planen wir die Termine EDV-gestützt über unser Krankenhausinformationssystem. Die Informationsweiterleitung an niedergelassene Ärzte bzw. weiterbehandelnde Kliniken geschieht anhand von Arztbriefen. Im St. Josef-Hospital wurde in 2016 eine Aufnahmestation eingerichtet. In der Kinderklinik ist eine Kinderarzt-Notfallpraxis eingeführt worden.

#### **1.3.2. Ambulante Operationen**

Die Organisation der ambulanten Operationen erfolgt über die Fachambulanzen oder wie z. B. in der HNO-Klinik durch das Zentrale Patientenmanagement. Alle Patienten werden vor der OP in den Ambulanzen vorstellig. Hierbei erfolgt eine ärztliche Untersuchung und Indikationsstellung durch einen Facharzt. Im Rahmen der Voruntersuchung werden Vorbefunde und Risiken evaluiert und bei Bedarf Sonderuntersuchungen veranlasst. Die Aufklärung zur OP erfolgt durch die Ärzte der Fachklinik. Bei sämtlichen ambulanten Eingriffen wird der Facharzt-Standard gewährleistet. Leitlinien in der Prämedikationsambulanz sind als fachübergreifende Verfahrensanweisungen in allen Bereichen vorhanden.

### **1.4. Stationäre Versorgung**

#### **1.4.1. Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung**

Wissenschaftlich fundierte medizinische Leitlinien und erprobte Pflegestandards sind die Grundlage für die individuelle Behandlung der Patienten. Chef- und Oberärzte überwachen die korrekte Durchführung im Rahmen von Visiten und Besprechungen. Bei Bedarf werden Spezialisten anderer Fachrichtungen zu Rate gezogen. Jede Anordnung wird in der Patientenakte dokumentiert. Unter Anleitung von Experten der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin wird die Schmerztherapie interdisziplinär durchgeführt. Im Endoprothesenzentrum liegen neue Schmerzkonzepte für Erwachsene und Kinder ab 3 Monaten vor. Es finden eine Vielzahl an interdisziplinären Fallbesprechungen statt, wie z.B. beim Bunten Kreis, in der Strahlentherapie und regelmäßige Tumorkonferenzen. Besonders dringende Untersuchungen werden bevorzugt ausgeführt. Laborbefunde sind über die EDV abrufbar. Bei problematischen Untersuchungsergebnissen erfolgt zusätzlich eine telefonische Mitteilung durch die untersuchende Einrichtung.



## 1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die individuelle Behandlungsplanung erfolgt bei Aufnahme des Patienten auf Grundlage der Einweisungs- und Erstdiagnose unter Einbeziehung eigener und externer Vorbefunde. Behandlungspläne orientieren sich an den medizinischen Leitlinien der Fachgesellschaften. Der Facharztstandard ist gewährleistet. In den Fachkliniken wie z. B. in der Anästhesie sind Behandlungsstandards beschrieben und im Intranet hinterlegt, wie z. B. Beatmungs-, Prämedikationsstandard. Leitliniengeführte und evidenzbasierte Medizin sowie Therapiekonzepte sind Bestandteil der regelmäßigen ärztlichen Fortbildung. Expertenstandards sind Gegenstand kontinuierlicher problemorientierter Fortbildungen. Das KKB ist bestrebt stetige Neuerungen in der Behandlung einzuführen, wie z. B. das neue Herzkatheter-Messlabor, das Institut für Kinderradiologie mit kinderfreundlichem Magnetresonanztomograph sowie fortwährender Wechsel von Komponenten der Laborstraße im Zentrallabor.

### 1.4.2. Operative Verfahren

OP-Koordinatoren kümmern sich hauptamtlich um den reibungslosen Ablauf der OP-Organisation. Sie koordinieren die OP-Säle, die Personalressourcen und die Eingriffe der verschiedenen Fachdisziplinen in den OP-Bereichen. Im OP-Rahmenkonzept werden Daten wie Wechselzeiten und Auslastung vierteljährlich ausgewertet. Daraus werden kontinuierlich Verbesserungen abgeleitet. Notfälle werden in das laufende OP-Programm integriert. Patientensicherheitsstandards sind dem KKB ein besonderes Anliegen, daher finden kontinuierliche Verbesserungen statt, wie z.B. die Weiterentwicklung der Checklisten Patiententransfer zum OP“ oder Weiterentwicklungspotentiale im TTO (Team-Time Out) Bereich.

### 1.4.3. Visite

Es findet eine sukzessive Einführung von festen Visitenzeiten in den Kliniken statt. Dies ist über eine Verfahrensweisung geregelt. In einem Pilotprojekt stehen den Patienten der Medizinischen Klinik III „Flyer zur Visite“ als Unterstützung zur Verfügung. Überwiegend finden die Visiten am Vormittag statt. Werktags findet in allen Kliniken mindestens eine Visite statt. Im St. Elisabeth-Hospital ist das CCOT (Critical Care Outreach Team) Management eingeführt, das bei Verlegung von Langzeit-Intensiv-Patienten den Mitarbeitern auf der Station Unterstützung bietet. Ausführlichere Beratungsgespräche werden in Einzelterminen außerhalb der Visite geführt. Die an der Visite Beteiligten stellen sich vor. Die Informationen übermitteln wir in einer für unsere Patienten verständlichen Sprache. Zusammen mit dem Patienten erfolgen die Besprechung des bisherigen Behandlungsverlaufes und die Planung weiterer diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen.

### 1.4.4. Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Die teil-, prä- und poststationäre Behandlung richtet sich analog zur stationären Versorgung nach den Leitlinien der Fachgesellschaften sowie den klinikspezifischen Behandlungsstandards. Von fast allen Abteilungen werden prästationär Behandlungstermine angeboten. In den Pfaden werden teil-, prä- und poststationär Leistungen regelhaft mit ab-

gebildet, wie z. B. bereits in den Pfaden der Chirurgie. Die HNO z. B. hält Tumor-Nachsorge, HNO Sprechstunden sowie für plastische Operationen und vorstationär Diagnostik vor. In der Geburtshilfe werden neben der Geburtenplanung, auch nachstationäre und post-operative Behandlungen durchgeführt. Ernährungsberatung wird auch ambulant angeboten. Der Bunte Kreis führt sozialpädiatrische Nachsorge durch.

## **1.5. Übergang in andere Bereiche**

### **1.5.1. Entlassung**

Wir möchten den Aufenthalt der Patienten nicht unnötig verlängern, deshalb beginnt bei uns der Entlassungsprozess mit der Aufnahme. Mit unseren Pflegeüberleitungsbögen tragen wir dazu bei, dass unsere Patienten auch nach der Entlassung gut versorgt sind. In Entlassungsgesprächen erhalten unsere Patienten alle Informationen für die weiteren Schritte und Verhaltensregeln. Zu vielen Erkrankungen informieren wir die Patienten zusätzlich mit Hilfe von Broschüren. Der Sozialdienst und das Entlassmanagement unterstützen die Patienten dabei, die nachstationäre Versorgung zu organisieren. Die Familiäre Pflege führt Netzwerktreffen durch unter Einbeziehen von Sozialdienst und Entlassmanagement zur Optimierung der Zusammenarbeit und zum Erfahrungsaustausch. Rückmeldungen der externen Kooperationspartner der Nachsorge werden in die Regelkommunikation von Entlassmanagement und Sozialdienst integriert und für Änderungen und Anpassungen genutzt

### **1.5.2. Kontinuierliche Weiterbetreuung**

Mit unserem Pflegeüberleitungskonzept ist die kontinuierliche Weiterbetreuung der pflegebedürftigen Patienten gewährleistet. Übernehmende Pflegeeinrichtungen informieren wir durch den pflegerischen Verlegungsbericht. Innerhalb des Hauses finden beim Wechsel des Betreuungsteams Übergabegespräche mit einem Pflegeüberleitungsbogen statt. Durch die Fusion mit dem Marien-Hospital Wattenscheid können unsere geriatrischen Patienten sowohl die Akutgeriatrie sowie die Rehabilitationseinrichtungen nutzen. Wir pflegen den Kontakt zu weiterbetreuenden Einrichtungen und Selbsthilfegruppen u. a. durch Fortbildungsangebote. Wenn eine Wiedervorstellung in unseren Spezialambulanzen notwendig ist, erhalten unsere Patienten bereits bei der Entlassung einen Termin. Die Patienten erhalten bei ihrer Entlassung einen Arztbrief, in dem alle zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Informationen enthalten sind. Fehlende Befunde werden nachgereicht.

## **1.6. Sterben und Tod**

### **1.6.1. Umgang mit sterbenden Patienten**

Als christliches Krankenhaus sehen wir uns in einer besonderen Verantwortung für die Betreuung sterbender Patienten. Grundlagen unseres Handelns sind u. a. in den Leitfäden „Sterben und Tod im Krankenhaus“ sowie „Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht“ niedergelegt. Kulturelle und religiöse Besonderheiten werden berücksichtigt, für muslimische Patienten gibt es einen speziellen Leitfaden. Eine ausreichende Schmerz-

therapie und die Ausschöpfung palliativmedizinischer Möglichkeiten stehen im Vordergrund. Hierzu ist in 2016 eine neue Palliativstation mit 7 Betten im St. Josef-Hospital eröffnet worden. Es besteht eine enge Kooperation mit dem Wünschewagen des ASB (Arbeiter-Samariter Bund) NRW. Zusätzlich sind neue Ethikbeauftragte und -moderatoren ausgebildet worden. Mitglieder des Ethikkomitees sind aktiv am überregionalen Palliativkongress Ruhr beteiligt. Angehörige können jederzeit beim sterbenden Patienten sein. Eine gemeinsame Unterbringung ist möglich. Eine enge Zusammenarbeit besteht mit dem Hospiz St. Hildegard in Bochum. Pflegedienst, ärztlicher Dienst und Seelsorge kooperieren in besonderer Weise.

### **1.6.2. Umgang mit Verstorbenen**

Der respektvolle Umgang mit Verstorbenen und die angemessene Begleitung der Angehörigen gehören zu unserer Grundhaltung und sind im Leitfaden „Sterben und Tod im Krankenhaus“ schriftlich niedergelegt. In speziellen Richtlinien wird der Umgang mit Tot- und Fehlgeburten beschrieben. Den Angehörigen geben wir die Möglichkeit in einem würdigen Rahmen Abschied zu nehmen. Dabei berücksichtigen wir auch die Rituale anderer Religionen. In jedem Betriebsteil sind Abschiedsräume vorhanden. Die Mitarbeiter der Seelsorge sind rund um die Uhr für Patienten und Angehörige da. In regelmäßigen Abständen werden Abschiedsgottesdienste für alle Verstorbenen und deren Angehörige veranstaltet. Wir pflegen Kontakte zu ausgewiesenen Kindertrauerbegleitungen.

## **2. Mitarbeiterorientierung**

### **2.1. Personalplanung**

#### **2.1.1. Planung des Personalbedarfs**

Die qualifizierte Behandlung und Versorgung unserer Patienten leiten uns bei der Personalplanung. Die Personalbedarfsplanung basiert auf Leistungsparametern. Es gibt ein festgelegtes, bereichsbezogenes Personalkostenbudget für definierte Leistungsgrößen, welches bei Veränderungen (Leistung, strukturelle Veränderung, Prozess-Modifikation, medizintechnische Neuerungen) angepasst wird. Bei überdurchschnittlicher Fluktuation in bestimmten Bereichen, werden die Ursachen dafür analysiert. Im Bedarfsfall werden besondere Angebote wie z. B. Konfliktmanagement vorgehalten. Unser Betriebliches Gesundheitsmanagement entwickelt sich stetig weiter und führt zahlreiche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Arbeitssicherheit und Mitarbeiter-Zufriedenheit (Ergonomie am Arbeitsplatz, Sport- und Fitnessförderung, Maßnahmen zum Stressabbau und seelischer Entspannung, Gesundheitsveranstaltungen, Einschätzung psychischer Belastungssituationen, Arbeitsplatzanalysen) durch.

### **2.2. Personalentwicklung**

#### **2.2.1. Personalentwicklung/Qualifizierung**

Die dynamische Entwicklung unseres Krankenhauses erfordert die ständige Weiterqualifikation von Mitarbeitern und Führungskräften. Deshalb arbeiten wir mit einem systematischen Personalentwicklungskonzept, in dem u. a. das Personalauswahlverfahren, die Einarbeitung, das System der Fort- und Weiterbildung und das Feedbacksystem beschrieben sind. Die Vorgesetzten führen mit ihren Mitarbeitern ein persönliches Jahresgespräch, in dem Ziele vereinbart und dokumentiert werden. Interprofessionelle Führungskräftelehrgänge werden angeboten. Seit der letzten Zertifizierung wurde im Bereich der Personalentwicklung besonders das Konzept Nachwuchsförderung und Mitarbeiter-Rekrutierung weiterentwickelt. Über verschiedene Projekte wie z. B. Flexicare 50+(Das Projekt entwickelt, erprobt und evaluiert neue online-gestützte Qualifizierungswege für Pflegefachkräfte der Altersgruppe 50+. Dadurch sollen sich diese trotz hoher Arbeitsbelastung und eines wachsenden Kostendrucks weiterbilden können.) oder Englischkurse können sich unsere Mitarbeiter weiterqualifizieren.

#### **2.2.2. Einarbeitung von Mitarbeitern**

Die systematische Einarbeitung neuer Mitarbeiter stellt eine gleichbleibend gute Qualität der Patientenversorgung sicher. Neue Mitarbeiter werden regelhaft in einer Einführungsveranstaltung beginnend in unserer Kapelle, mit einem Erinnerungsgeschenk, begrüßt. In der Einführungsveranstaltung erhalten sie eine Vielzahl an Informationen und nützliche Giveaways, wie z. B. Hygienebeutel für Uhren und Schmuck. Neue Mitarbeiter werden auf Grundlage eines erprobten Einarbeitungskonzepts eingearbeitet. Sie erhalten eine Bezugsperson für die ersten Wochen. Gespräche in festen Intervallen fördern den Lernpro-

zess und dienen der Überprüfung des Einarbeitungsfortschritts. Checklisten und arbeitsplatzbezogene Informationshandbücher gewährleisten, dass der neue Mitarbeiter über die für seine Aufgabe notwendigen Informationen verfügt.

### **2.2.3. Ausbildung**

Unter dem BIGEST (Bildungsinstitut für Gesundheitsfachberufe der St. Elisabeth-Stiftung) sind die Schulen für Gesundheitsfachberufe angegliedert (Gesundheits- und Kranken- und Kinderkrankenpflegeschule, Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten, Hebammenschule und Schule für Physiotherapie). Die enge Verknüpfung von Theorie und Praxis ist die Basis einer fundierten Ausbildung. Deshalb werden unsere Schüler in den Pflege- und Gesundheitsberufen nach dem Konzept des problemorientierten Lernens unterrichtet. Zusätzlich gewährleisten pflegepädagogisch qualifizierte Mentoren und 207 Praxisanleiter die korrekte Anwendung in der täglichen Praxis. Ein Regelkommunikationssystem zwischen Schulleitungen und Pflegedirektion unterstützt die Vernetzung. Des Weiteren stehen praktische Ausbildungsplätze zum Kaufmann im Gesundheitswesen und Gebäudereiniger zur Verfügung und eine Kooperation mit der Hochschule für Gesundheit. Die praktische Ausbildung der Medizinstudenten ist über das Bochumer Modell und eine neue Stabsstelle „Forschung und Drittmittel“ gesichert.

### **2.2.4. Fort- und Weiterbildung**

Damit unsere Mitarbeiter die Patienten nach aktuellen Erkenntnissen untersuchen, behandeln und pflegen, bilden sie sich kontinuierlich fort. Dazu steht ihnen u. a. das eigene Fort- und Weiterbildungsinstitut mit einem kostenfreien Jahresprogramm zur Verfügung. Neben den vorgehaltenen Angeboten zu Fach- und Führungsthemen besuchen Mitarbeiter auch externe Seminare, Kongresse und Tagungen. Vor allem in den Jahresgesprächen werden der individuelle Fort- und Weiterbildungsbedarf eines Mitarbeiters ermittelt und entsprechende Maßnahmen geplant. In der Fort- und Weiterbildung wird der Lernerfolg mit Hilfe von Seminartransferebögen und Teilnehmerfragebögen überprüft. Die Mitarbeiter haben die Möglichkeit auch unabhängig vom Fortbildungsprogramm, außerordentliche, aktuell notwendige, Fortbildungen anzuregen. Die Ideen werden aufgenommen und sukzessive integriert.

## **2.3. Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern**

### **2.3.1. Mitarbeiterorientierter Führungsstil**

Motivierte Mitarbeiter, die sich für unsere Patienten, Angehörigen und zuweisenden Ärzte engagieren, sind unsere wichtigste Ressource. Im Leitbild des KKBs sind deshalb Erwartungen an unsere Führungskräfte, wie z. B. ein wertschätzender und partnerschaftlicher Führungsstil, formuliert. Führungskräfte werden für ihre Führungsaufgabe in Lehrgängen, Trainings und Seminaren qualifiziert. Sie sind zur Führung von Jahresgesprächen mit ihren Mitarbeitern angehalten. Im Rahmen von Strategie- und Jahreskonferenzen und themenbezogenen Foren werden qualifizierte Mitarbeiter in die strategischen Planungen der Geschäftsführung in Entscheidungsprozesse einbezogen. In Mitarbeiterbefragungen wird die Umsetzung des mitarbeiterorientierten Führungsstils überprüft und Maßnahmen werden

abgeleitet.

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

Die Arbeitszeitregelungen richten sich nach den gesetzlichen und tarifvertraglichen Bestimmungen und werden vom Versorgungsauftrag des KKBs bzw. einzelner Bereiche, den Qualitäts- und Leistungsansprüchen sowie den Mitarbeiterbedarfen geleitet. Ziel ist es, die Schnittmenge aller Einflussfaktoren mit unterschiedlichen Arbeitszeitmodellen zu bedienen. Generell ist der jeweilige Vorgesetzte für die Einhaltung der Arbeitszeitregelung verantwortlich. In vielen Bereichen wird die Arbeitszeit elektronisch erfasst und ausgewertet. Insbesondere ist es uns ein Anliegen, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie durch Überarbeitung der Arbeitszeitmodelle in ausgewählten patientennahen Berufsgruppen die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit und Vereinheitlichung der Betriebszeiten weiter zu verbessern.

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

Wir möchten, dass sich unsere Mitarbeiter aktiv mit Ideen, Verbesserungsvorschlägen oder sachlicher Kritik einbringen, damit unsere Leistungen für die Patienten noch besser werden. Im Managementhandbuch steht allen Mitarbeitern das sogenannte „Ideenblatt“ zur Verfügung. Ziel ist es, mit Hilfe des Ideenblatts, das Know-how der Mitarbeiter generieren und nutzen und somit Schwachstellen erkennen und ggf. verbessern zu können. Gleichzeitig soll die Motivation der Mitarbeiter und die Identifikation mit dem Krankenhaus erhöht werden. Das Vorschlagswesen ist als Teil eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses konzipiert, das eine Unternehmenskultur zum Ziel hat, in der jeder Mitarbeiter aktiv an der Erarbeitung und Durchführung von Verbesserungsmaßnahmen mitwirkt. Für besonders innovative Qualitätsverbesserungsprojekte wird alle 2 Jahre ein Qualitätspreis für Mitarbeiter ausgeschrieben.

### **3. Sicherheit**

#### **3.1. Schutz- und Sicherheitssysteme**

##### **3.1.1. Arbeitsschutz**

Die Umsetzung unseres „Arbeitssicherheitskonzeptes“ verhindert Arbeitsunfälle und vermeidet Berufsunfähigkeit. Das Konzept beinhaltet Verfahren und Verhaltensregeln z. B. für Stichverletzungen oder den Umgang mit Gefahrstoffen. Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Sicherheitsbeauftragte und der Arbeitssicherheitsausschuss überwachen die Einhaltung der Schutzbestimmungen. Sicherheitsmängel werden zeitnah behoben. Der betriebsärztliche Dienst führt regelmäßige Untersuchungen der Mitarbeiter durch. Es werden regelmäßige Gefährdungsbeurteilungen und Arbeitsplatzanalysen durchgeführt. Unseren Mitarbeitern steht eine Arbeitssicherheitsseite im Intranet mit vielfältigen Informationen z. B. zum Umgang mit Verletzungen zur Verfügung.

##### **3.1.2. Brandschutz**

Es gibt ein Brandschutzkonzept, das die Mitarbeiter im Qualitätsmanagement-Handbuch im Intranet einsehen können. Flucht- und Rettungspläne hängen aus und werden aktualisiert. Schulungen und Übungen vermitteln den Mitarbeitern Sicherheit für den Notfall. In der Brandschau festgestellte Mängel werden zeitnah abgestellt. Brandschutzübungen mit der Feuerwehr finden regelmäßig statt. Ein Alarmierungsserver für Störmeldungen und Brände ist installiert. Alarmierungswege sind aktuell überarbeitet worden. Es gibt eine DECT Telefonanlage.

##### **3.1.3. Umweltschutz**

Wir nehmen unsere besondere Verantwortung für die Umwelt als Teil der Schöpfung wahr. Der Energie- und Wasserverbrauch sowie die Abfallmenge wird überprüft. Maßnahmen zur Reduzierung werden durchgeführt. Das KKB hat das Projekt Ökoprofit mit dem erfolgreichen Abschluss „Ökologisches Projekt für integrierte Umwelttechnik“ mit ÖKOPROFIT-Zertifikat abgeschlossen. Das Projekt hat z. B. durch Umstellung verschiedener Papierdrucke erreicht, dass pro Jahr über 3 Mio. Blatt Papier eingespart werden. In der Klinik Blankenstein ist ein Blockkraftwerk neu installiert. Zur Minderung von Emissionen halten wir die technischen Anlagen auf dem neuesten Stand. Die Einkaufskommission hat Richtlinien zum umweltfreundlichen Einkauf entwickelt.



### **3.1.4. Katastrophenschutz**

Es gibt eine Dienstvereinbarung wie im Falle einer Katastrophe vorgegangen wird. In den Alarmplänen finden sich für die wichtigsten Akteure Handlungsanweisungen. Pläne für den internen und externen Alarmfall liegen vor. Die Alarmpläne werden regelmäßig aktualisiert und sind im Intranet veröffentlicht. Es ist ein neues Konzept zur Krisenkommunikation erstellt worden.

### **3.1.5. Nichtmedizinische Notfallsituationen**

Pläne für den Ausfall der Sterilisationsabteilung, Zentralküche, Strom, Wasser, Wärme, Kälte, Medienversorgung, Telefon, DECT-Telefone und Alarmierung liegen vor und werden ständig aktualisiert. Es besteht ein Rufbereitschaftsdienst der Technik. Alle Techniker sind entsprechend geschult. Standardisierte Verfahrensanweisungen befinden sich im Gefahrenmanagementsystem. Für jede Störung ist eine Handlungsanweisung für die Mitarbeiter vorhanden. Es besteht ein Rufdienst der EDV. Mit einzelnen Firmen (EDV, Großgeräte) sind 24h-Service-Dienste vereinbart. Die Mitarbeiter der Telefonzentralen wissen, wie sie sich in Alarmfällen verhalten müssen. Sie verfügen über die aktuellen Telefon-Nummern von diensthabenden Mitarbeitern, sind über längere Abwesenheitszeiten informiert und können Auskunft geben.

## **3.2. Patientensicherheit**

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

Patienten, die sich selbst gefährden könnten, werden vom Pflegedienst auf den Stationen besonders beobachtet. Sie sind in Zimmern nahe dem Dienstzimmer untergebracht. In einzelnen Fällen werden sie zur Überwachung auf die Intensivstation verlegt. Die HNO z. B. hat kindersichere Türen. Für gefährdete Patienten existieren Standards, z. B. Fixierungsstandard bzw. die Dienstanweisung „Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen“, Standard zur „Abholung von Kindern“, Sturz- und Dekubitusprophylaxenstandard sowie sozialethische Leitfäden, wie z. B. der Leitfaden für den Umgang mit Suizidgefährdeten oder der Leitfaden „Umgang mit verloren gegangenen Patienten“.

Flächendeckend sind Patientenarmbänder eingeführt. Zur Patienten- und Arbeitssicherheit ist eine Arbeitsgruppe „Sicherheit im KKB“ gegründet worden, die sich mit allen sicherheitsrelevanten Themen beschäftigt.

### **3.2.2. Medizinisches Notfallmanagement**

Für die Sicherheit unserer Patienten bei medizinischen Notfällen sorgt das Notfallkonzept, in dem eine einheitliche Vorgehensweise festgelegt ist. Gekennzeichnete Notfallpunkte gewährleisten schnelles Handeln auch an dezentralen Punkten. Laien-Defibrillatoren sind an allen zentralen Punkten installiert. Reanimationsschulungen sind Pflichtfortbildungen. Nach einem Notfalleinsatz werden Reanimationsprotokolle geführt. Im St. Josef-Hospital ist ein Notfallkoordinator eingeführt. Für Notärzte im Einsatz besteht bei einem Kindernotfall die Möglichkeit einen Kinderarzt der Kinderklinik hinzuzurufen. Die Notfallausrüstung wird nach jedem Einsatz und in regelmäßigen Abständen durch die Apotheke überprüft.

### **3.2.3. Hygienemanagement**

Eine Hygienekommission ist eingerichtet, ihre Aufgaben sind in einer Geschäftsordnung geregelt. Mit unserem Hygieneplan regeln wir den Schutz unserer Patienten vor im Krankenhaus erworbenen Infektionen. Dort sind u. a. Hygiene- und Desinfektionspläne, Verantwortlichkeiten sowie das Meldewesen beschrieben. Der Hygieneplan ist auf den Stationen als Handbuch verfügbar und im Intranet einsehbar. Die Hygienefachkräfte überprüfen die Einhaltung der Hygieneplanung vor Ort. Die Hygienekommission überwacht regelmäßig Infektionsstatistiken, Meldungen und die Ergebnisse von Begehungen und leitet gegebenenfalls Maßnahmen ein, wie z. B. die sukzessive Anschaffung von selbstüberwachenden Kühlschränken. Die Mitarbeiter werden beraten und geschult. Wir führen Interne Audits mit der Hygieneabteilung durch unter Beteiligung der Pflegedirektion und der Servicegesellschaft. Seit 2014 nimmt das KKB an der Modellregion Hygiene Ruhrgebiet, inklusive Begehungen und Beratung von externen Hygienefachkräften im Sinne des kollegialen Austausches teil.

### **3.2.4. Hygienerelevante Daten**

Die Hygieneabteilung überwacht die Einhaltung der Richtlinien und Empfehlungen und unterstützt die Kliniken und Bereiche bei der Umsetzung. Es werden Statistiken über die gemeldeten resistenten Keime erstellt. Bei Auffälligkeiten gibt es eine direkte Rückmeldung an die Kliniken. Die Hygiene nimmt offiziell an den Modulen ITS-, NEO-, Hand-, CDAD- und MRSA-KISS teil, deren Daten ausgewertet werden. In der Krankenhausküche werden die in der Lebensmittelverordnung festgelegten Hygienestandards umgesetzt. Die moderne Zentralsterilisation erfüllt die derzeit gültigen Qualitätsstandards auf hohem Niveau. Es finden umfangreiche Qualifikationsmaßnahmen für Hygienebeauftragte Mitarbeiter im Pflegedienst und Arztendienst und in Funktionsbereichen als Multiplikatoren, um die Umsetzung hygienischer Maßnahmen statt.

### **3.2.5. Infektionsmanagement**

Wir schützen unsere Patienten und Mitarbeiter vor Infektionserregern, in dem der Umgang mit infizierten Patienten durch Handlungsanweisungen im Hygieneplan klar geregelt ist. Die Mitarbeiter der Hygieneabteilung informieren sich und andere regelmäßig über neue Entwicklungen. Risikobereiche werden mindestens jährlich durch die Hygienefachkräfte überprüft. Die Ergebnisse der Überprüfung und der Begehungen des Gesundheitsamtes werden in der Hygienekommission beraten, die Maßnahmen zur Behebung der Mängel veranlasst. Ein strukturiertes MRE (Multi resistente Erreger) Aufnahmescreening ist eingeführt. Das KKB hat an der Aktion Saubere Hände teilgenommen und das Silber Zertifikat erhalten. Der Leitfaden zum Umgang mit hochkontagiösen Erkrankungen wurde eingeführt. Für pflegerische Tätigkeiten mit infektiösen Patienten wurden neue Pflegewagen angeschafft. Im Rahmen des Tages der Händehygiene ist das Thema Mobiltelefone bearbeitet worden.

### **3.2.6. Arzneimittel**

Die Versorgung unserer Patienten mit Arzneimitteln wird durch die hauseigene Zentralapotheke in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission und dem Einkauf gewährleistet.

Unter der Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse legt die Arzneimittelkommission die Arzneimittelliste fest. 2 Apotheker stehen für die Notfall- und Wochenendversorgung auf Abruf bereit. Die Lagerhaltung auf den Stationen wird regelmäßig durch die Apotheke überprüft.

Die Apotheke ist Ausbildungsstätte für Klinische Pharmazie und bereits nach DIN EN ISO 9001:2008 rezertifiziert. Ein neues Zytostatika-Labor in der Apotheke gewährt mehr Sicherheit. Ab 2016 wurde eine 2. Apothekerin eingestellt, um zukünftig die Leitung des strategischen Einkaufs und der Zentralapotheke zu übernehmen. Ziel ist z. B. die Implementierung eines Kommissionierungssystems und die Pharmazeutische Aufnahme und Anamnese.

### **3.2.7. Blutkomponenten und Plasmaderivate**

Für Patienten, die Blut oder Blutprodukte erhalten, haben wir mit dem Qualitätsmanagementhandbuch „Transfusionsmedizin“ einen einheitlichen Qualitätsstandard festgelegt. Dort ist u. a. geregelt, wie und durch wen Blut und Blutprodukte angefordert werden, wie die Aufklärung erfolgt und wie und durch wen eine Transfusion durchgeführt wird. Jede Anwendung von Blut und Blutprodukten wird nachvollziehbar dokumentiert. Mitarbeiter werden zum Transfusionswesen regelmäßig geschult. Für neue patientennahe Mitarbeiter ist das Transfusionswesen Pflichtfortbildung. Allen Mitarbeitern steht ein Leitfaden Transfusion für die Kitletasche zur Verfügung. Weitere Regelungen bzw. Standards gibt es u. a. im Labor. Die Lagerung von Konserven in den Blutdepots ist umstrukturiert worden in Satellitendepots. Die Aufklärungspraxis zur Transfusionsgabe ist im KKB vereinheitlicht. Es finden regelmäßige Transfusionsaudits statt.

### **3.2.8. Medizinprodukte**

Die „Dienstanweisung über Zuständigkeiten und Verantwortungsbereiche nach Maßgabe des Medizinproduktegesetzes sowie zugehöriger Verordnungen beim Einsatz von Medizinprodukten“ regelt das Betreiben, Anwenden, Aufbereiten und Instandhalten von Medizinprodukten im KKB. Sie legt Pflichten, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten der beim Einsatz von Medizinprodukten beteiligten Personenkreise fest. Der Meldeweg für Vorkommnisse und Beinahe-Vorkommnisse mit Medizinprodukten ist beschrieben. Für alle Bereiche sind Medizinproduktebeauftragte benannt.

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

### **4.1. Informations- und Kommunikationstechnologie**

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

Zur Unterstützung der effektiven und effizienten Patientenversorgung nutzen wir ein vernetztes Krankenhausinformationssystem, an das sämtliche medizinischen und administrativen Bereiche angeschlossen sind. Eine Servicehotline und Intranet-Meldewege wurden definiert und eingeführt. Sicherungssysteme schützen die Daten bzw. sorgen für den Datenausfall vor. Die Dienstvereinbarung IT-Sicherheitsmanagement reduziert die Angreifbarkeit von außen. Im hauseigenen Bildungsinstitut finden regelmäßig EDV-Schulungen und -Einweisungen statt. Es gibt einen runderneuerten Intranetauftritt. Im Intranet ist das Managementhandbuch integriert und dort stehen den Mitarbeitern alle relevanten Informationen zur Verfügung.

### **4.2. Patientendaten**

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

Die Patientendokumentation wird von allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen kontinuierlich zur Informationsweitergabe genutzt. Der Umgang mit den Daten unserer Patienten ist mit einer Dienstanweisung und im Datenschutzhandbuch geregelt. Für die rasche Verfügbarkeit der Daten sorgt unser elektronisches Krankenhausinformationssystem mit Zugriffsberechtigungen der Mitarbeiter. Bei Veränderungen im Dokumentationssystem werden die Mitarbeiter aktuell geschult. In der Pflege ist das Dokumentationssystem Pflichtfortbildung für neue Mitarbeiter. Die pflegerischen Abteilungs- und Stationsleitungen ermitteln durch Stichproben auf den Stationen die Qualität der Dokumentation. Der Datenschutzbeauftragte wird bei Auffälligkeiten in Datenschutzfragen informiert.

#### **4.2.2. Verfügbarkeit von Patientendaten**

Die für die Behandlung und Pflege unserer Patienten notwendigen Informationen sind über das System der elektronischen Patientenakte jederzeit zugänglich. Dies gilt auch für Befunde aus früheren Aufenthalten in unseren Häusern. Alle davor angelegten Akten sind in den dezentralen Archiven unserer Kliniken im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungspflicht für die dazu Berechtigten einsehbar. Die Abteilung Medizin-Technik und EDV wurden zur besseren Kommunikation, Organisation zusammen gelegt. Die Flächendeckende Einführung von PACS (Picture Archiving and Communication System) wurde umgesetzt. Zur Datensicherung und zum Back-Up wurde ein neues Konzept entwickelt.

### **4.3. Informationsmanagement**

#### **4.3.1. Information der Krankenhausleitung**

In Strategiekonferenzen mit der Geschäftsführung wird die Zielplanung besprochen. Die Füh-

rungsgremien im Krankenhaus benötigen den Sachverstand der nachgeordneten Ebenen für ihre Entscheidungen. Ein angemessenes und neu überarbeitetes Regelkommunikationssystem stellt den Informationsfluss sicher. Die Controlling-Abteilung informiert über die wichtigsten Kenngrößen mit einem monatlichen Bericht sowie mit einem DRG-Bericht. Ergebnisse von Befragungen, aus dem Beschwerde- und dem Risikomanagement sowie Critical Incident Reporting System werden an die Führungsgremien zurückgemeldet.

#### **4.3.2. Informationsweitergabe (intern und extern)**

Unsere Kommunikationsstruktur fördert den Informationsfluss und den Austausch aller für die Genesung unserer Patienten Verantwortlichen. Die Abteilung Unternehmenskommunikation wurde umstrukturiert und neu organisiert. Es ist eine neue Stabsstelle „Marketing und Fundraising“ initiiert worden. Das Intranet wird zunehmend für die Informationsweitergabe genutzt. Der interne Medienkoordinator ist Ansprechpartner für alle relevanten Intranetfragen. In interdisziplinären Konferenzen wird das Wissen der Experten aus verschiedenen Fachrichtungen zusammengeführt und so die Behandlung optimiert. Ein Pflegeüberleitungsbogen informiert weiterbetreuende Einrichtungen über den aktuellen Pflegestatus des Patienten.

#### **4.4. Telefonzentrale und Empfang**

##### **4.4.1. Organisation und Service**

Die zentralen Auskunftsstellen (Pforten) unserer Einrichtungen sind für viele Patienten und Besucher die erste Anlaufstelle und deshalb 24 Stunden ansprechbar und auskunftsbereit. Die dort eingesetzten Mitarbeiter wurden für ihre Aufgabe speziell geschult. Über das Krankenhausinformationssystem haben sie Zugriff auf alle wesentlichen Informationen. Bei der Erteilung von Auskünften werden die Datenschutzbestimmungen berücksichtigt. Den Pfortenmitarbeitern liegen tagesaktuelle Telefonlisten der diensthabenden Mitarbeiter vor.

#### **4.5. Datenschutz**

##### **4.5.1. Regelungen zum Datenschutz**

Mit den Daten unserer Patienten gehen wir verantwortlich um. Die Datenschutzbestimmungen werden eingehalten. Eine Dienstanweisung regelt den sorgfältigen Umgang mit den Krankenakten. Über ein spezielles Zugriffssystem und Passwörter wird der Zugang Unberechtigter auf die elektronisch gespeicherten Daten verhindert. Durch die Möglichkeit eines „Versiegeln“ kann im Krankenhausinformationssystem der Zugriff auf Mitarbeiter- und Patientendaten besser überwacht werden, ohne dass es zu einem eingeschränkten Zugriff auf die Patientenakte kommt. Im Rahmen ihrer Einarbeitung werden die Mitarbeiter besonders auf die Datenschutzbestimmungen hingewiesen. Datenschutz ist eine Pflichtfortbildung für neue Mitarbeiter. Der Datenschutzbeauftragte überwacht den Umgang mit Patientendaten und erstellt einen jährlichen Datenschutzbericht.

## **5. Führung**

### **5.1. Unternehmensphilosophie und -kultur**

#### **5.1.1. Vision, Philosophie und Leitbild**

Bei der Behandlung und Versorgung unserer Patienten leiten uns die Grundsätze des Leitbildes, das im Juni 2003 nach einer zweijährigen Entwicklungsphase verabschiedet wurde. Mit dem Leitbild wird die Tradition eines katholischen Krankenhauses mit dem Anspruch eines modernen Universitätsklinikums verbunden. Die Leitbildentwicklung fand als offener Prozess unter Beteiligung vieler Mitarbeiter statt. 10 Jahre nach Einführung des Leitbildes fand ein Workshop zur Leitbild-Prüfung unter Einbeziehung aller bereits vorhandenen Qualitätsziele und Analogien zur Qualitätspolitik statt. Im Prozess der Überarbeitung wurde das Leitbild fortgeschrieben sowie Qualitätsziele und Messkriterien entwickelt. Das überprüfte, überarbeitete und fortgeschriebene Leitbild wurde allen Mitarbeitern übergeben und am Tag des Klinikums vorgestellt. Es fanden Workshops statt, in denen die Mitarbeiter das Leitbild, das eigene Verständnis des Leitbildes und das Leitbild im Unternehmen diskutieren konnten. Zwischen 2013 und 2016 entstand eine Publikation „Vom Leitbild zur gelebten Organisationskultur“ in Zusammenarbeit mit einem Diplom Theologen der Katholischen Hochschule NRW sowie ein Forschungsprojekt zu unserem Leitbild „Innere Leitbilder von Akteuren im Krankenhaus in Medizin und Pflege“.

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

In unserem Leitbild heißt es: Unsere Führungskräfte schaffen ein Klima des Vertrauens und kultivieren eine gute Arbeitsatmosphäre. Die Leitbildentwicklung war eine wichtige vertrauensbildende Maßnahme. Jahresgespräche und persönliche Gespräche zwischen Führungskräften und Mitarbeitern sind die Basis für gegenseitiges Vertrauen. Die Mitarbeitervertretung ist in wichtige Projekte einbezogen. Zwischen der Mitarbeitervertretung und der Geschäftsführung finden regelmäßig Gespräche statt. Den Mitarbeitern wird eine Vielzahl an Veranstaltungen und Festen wie z. B. Sommerfeste, Weihnachtsfeiern, Firmenlauf und andere Subventionen angeboten. Die Arbeitsgruppe „Sicherheit im KKB“ beschäftigt sich mit allen sicherheitsrelevanten Themen und gewährleistet Mitarbeitern, Patienten und Angehörigen eine größtmögliche Sicherheit. Ein betriebliches Gesundheitsmanagement sorgt für leistungsgeminderte Mitarbeiter und bietet Präventionsgespräche und Arbeitsplatzanalysen sowie Gesundheitsprävention.

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

Mit den durch den wissenschaftlichen Fortschritt ständig wachsenden Möglichkeiten der Medizin nimmt die Zahl der ethischen Probleme im Krankenhaus und zur Unterstützung von Patienten, Angehörigen, Ärzten und Pflegepersonal haben wir ein Ethikkomitee eingerichtet. In ethischen Fallbesprechungen können sie sich beraten lassen. Eine Vielzahl von sozial-ethischen Leitfäden, Veranstaltungen und Schulungen zu ethischen Themen und Fragestellungen helfen den Mitarbeitern angemessen mit ethischen Fragestellungen umzugehen. Ein überarbeiteter Leitfaden „Umgang mit Patientenverfügungen“ und „Umgang mit Zeugen Je-



hovas“ gibt den Mitarbeitern Hilfestellung zum Thema. Die Teilnahme an einem dreiteiligen Modullehrgang „Christliches Ethos und interkulturelle Kompetenz“ mit den Modulen: pflege- und medizinethische Entscheidungsprozesse, die Begegnung mit Kollegen und Patienten mit anderen religiösen oder kulturellen Hintergründen und die Entwicklung einer würdevollen Sterbe- und Trauerkultur im Krankenhaus wurde den Mitarbeitern ermöglicht. Ebenfalls unterstützen uns drei Patientenfürsprecher in den jeweiligen Betriebsteilen.

## **5.2. Strategie und Zielplanung**

### **5.2.1. Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung**

Basierend auf den Intentionen der Gründer der St. Elisabeth-Stiftung erfolgt auch heute die Ausrichtung und Zielsetzung für das KKB. In Zielvereinbarungsgesprächen werden die Fach- und Führungskräfte in die Zielentwicklung eingebunden. Aus dem Leitbild heraus wurden Führungsgrundsätze entwickelt. Kooperationen mit anderen Krankenhäusern sichern den Standort und tragen zur Erweiterung des Leistungsangebots für unsere Patienten bei. Aus der Zielplanung heraus haben zwischen 2013 und 2016 eine Vielzahl an Neu- und Umbaumaßnahmen stattgefunden, wie z. B. der Umbau der interdisziplinären Intensivstation im St. Elisabeth-Hospital, eine neue Palliativstation im St. Josef-Hospital und der Umbau der Klinik Blankenstein zu einer Spezialklinik.

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

Das wachstumsorientierte KKB stellt höchste Ansprüche an seine Kooperationen. Sie müssen neben wirtschaftlichen Aspekten, auch ethisch-moralisch den Werten des KKBs entsprechen. Gleichzeitig müssen sie wirtschaftlich gesund sein, Patienten-Interessen stärken und Synergien schaffen. Dabei sind koordinierte Behandlungsabläufe und Qualitätskriterien der Versorgung von großer Bedeutung. Die partnerschaftlichen Verträge müssen folgenden Kriterien entsprechen: Standortsicherung, Ausbau des universitären Charakters, Verbesserung der Wirtschaftlichkeit, Erweiterung des Versorgungsangebotes, Gewinnung neuer Kunden, Vereinbarkeit mit dem Gesamtkonzept, Partner auf lokaler Ebene. Kooperationen werden gepflegt und kontinuierlich ausgebaut, wie z. B. der Umzug des Zentrums für sexuelle Gesundheit als WIR (Walk in Ruhr) in das St Elisabeth-Hospital in neue Räumen unter Beteiligung der interdisziplinären immunologischen Ambulanz, der Dermatologie, Aids Hilfe Bochum, Gesundheitsamt Bochum, Pro familia, Rosa Strippe, Madonna oder die Kooperation in der Palliativmedizin mit dem Palliativnetz Bochum, Wünsche Wagen des ASB (Arbeiter-Samariter Bund) NRW und Hospizen.

## **5.3. Organisationsentwicklung**

### **5.3.1. Festlegung einer Organisationsstruktur**

Im Managementhandbuch ist die Organisationsstruktur beschrieben. Oberstes Ziel neuer Strukturen sind effiziente und schnelle Entscheidungsprozesse im gesamten Unternehmen. Ein Geschäfts-Verteilungsplan und eine Geschäftsordnung regeln die Zuständigkeiten der Geschäftsführung. Das Organigramm des KKBs wird bedarfsorientiert aktualisiert, wenn



Veränderungen in der Aufbauorganisation und in den Funktionen eintreten. Im Organigramm sind alle Funktionen benannt. Externe können sich über die Homepage des KKBs informieren ebenso über die Patienten-Mappe, die bei Aufnahme ausgehändigt wird und über Infobroschüren und Flyer. Über die klinikeigenen Homepageauftritte sind Ansprechpartner für Patienten, Angehörige, Mitarbeiter und externen Partner themenspezifisch benannt. Eine neue Stabsstelle „Unternehmensentwicklung und Organisation“ ist eingeführt worden.

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

In der Geschäftsführung regelt der Geschäftsverteilungsplan die Aufgabenverteilung und die Kompetenzen. Es wurde nach den zahlreichen Fusionen der vergangenen Jahre eine Unternehmensberatung beauftragt, die Organisation und Abläufe auf der Verwaltungsebene zu analysieren, Verbesserungsmöglichkeiten aufzuzeigen und das Unternehmen auch für die Zukunft gut aufzustellen. Regelmäßige Besprechungen in den Leitungsgremien (Geschäftsführung, Bereichsleiterkonferenz, Konferenzen der Klinikdirektoren, der Stations- und Bereichsleitungen) stellen die Kommunikation in beide Richtungen (horizontal und vertikal) sicher. Über Beschlusskontrollen mit Hilfe der Protokolle wird die Umsetzung von Maßnahmen in den nachgeordneten Leitungsebenen überprüft. Die Leitungsgremien und Kommissionen des Krankenhauses tagen in festgesetzten Zyklen. Die Effektivität der Besprechungen wird durch Tagesordnungen, Protokolle und Maßnahmenpläne zur Ergebnissicherung gewährleistet. Geschäftsordnungen regeln die Zuständigkeiten und Arbeitsweise der Gremien. Die Zusammensetzung der Kommissionen und Gremien sowie relevante Ergebnisse werden den Mitarbeitern über verschiedene Medien, z. B. über das Intranet und das hauseigene Mitarbeitermagazin „Impuls“ und am Tag des Klinikums bekannt gemacht.

### **5.3.3. Innovation und Wissensmanagement**

Innovationen und Veränderungen werden im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses fortlaufend, häufig in Pilotprojekten, vorgenommen. Grundlage hierzu sind häufig strategische Zielsetzungen, Erfahrungen und Erkenntnisse oder Kennzahlenanalysen. Je nach Thematik werden Innovationen auf unterschiedlichen hierarchischen Ebenen und mit Unterstützung von Fachexperten geplant und durchgeführt. Es wird ein Verantwortlicher bestimmt, der die Projektplanung durchführt und strukturiert umsetzt. Das Projektcontrolling wird durch eine neue Stabsstelle „Unternehmensentwicklung und Organisation“ übergreifend gemonitort. Der Veränderungsprozess im KKB geht über die reine Veränderung hinaus: Basierend auf einem systemischen Ansatz werden die organisationalen Rahmenbedingungen ebenso berücksichtigt und angepasst, wie auch die Einbeziehung der Mitarbeiter erfolgt. Transparenz der Entscheidungen sowie eine gute Info- und Kommunikationspolitik sind unabdingbar. Ziel ist, dass der Wandel von allen mitgetragen wird. Für alle Mitarbeiter, aber insbesondere Führungskräfte, sind Veränderungen selbstverständlich. Das Unternehmen muss sich weiterentwickeln, um sich den verändernden externen Strukturen (Markt, Wettbewerber, Kunden, Gesetze etc.) anzupassen, intern noch leistungsstärker zu werden und die eigenen strategischen Zielsetzungen zu erfüllen. Eine Innovation ist z. B. das Projekt Ökoprot mit abschließender Zertifizierung, das neben anderen ökologischen Aspekten dem KKB durch Umstellung verschiedener Papierdruckversionen ca. 3 Millionen Blatt Papier einspart.

## **5.4. Marketing**

### **5.4.1. Externe Kommunikation**

Auf der Grundlage eines Kommunikationskonzeptes informieren wir die Öffentlichkeit über Neuerungen, besondere Ereignisse und Fachthemen. Bei der Medienarbeit wird die Geschäftsführung durch die neu organisierte Abteilung Unternehmenskommunikation unterstützt. Die einzelnen Kliniken nehmen eine wichtige Rolle bei der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit wahr. Sie führen u. a. Informationsveranstaltungen, Patientenseminare, Pressegespräche, Interviews und Kongresse durch. Mit unserem Internetauftritt erhalten Interessierte einen guten Überblick über das Leistungsspektrum der einzelnen Kliniken. Es gibt neue Imagefilme zu Krankheitsbildern, wie z. B. in der Naturheilkunde. Das KKB pflegt ein Corporate Design Handbuch, das Gestaltungsrichtlinien und Informationen rund um Präsentation und Medienarbeit im KKB enthält. Die neue Stabsstelle Marketing und Fundraising unterstützt die externe Kommunikation.

## **5.5. Risikomanagement**

### **5.5.1. Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems**

Das KKB hat ein ganzheitliches Risikomanagement mit Unterstützung einer Software-Lösung eingeführt und über die Software strukturiert. Das Risikomanagement spiegelt sich in zentraler und dezentraler Risikomanagement-Struktur wieder. Neben dem Hauptverantwortlichen für den Risikomanagement-Prozess wurden Risikomanager ernannt (klinisch und betrieblich) und abteilungsspezifische Risikoverantwortliche sowie Risikomanagement-Beauftragte bestellt. Die Überwachung des gesamten Risikomanagement-Prozess wird über eine Risikomanagement-Lenkungsrunde sichergestellt. Zum Risikomanagement liegen ein Handbuch, die Beschreibung der Aufbau- und Ablaufstruktur und ein technisches Handout vor. Das Klinische Risikomanagement findet in verschiedenen Bereichen bereits seit Jahren Anwendung. Hier zu nennen sind z. B. das CIRS (Critical Incident Reporting System) sowie das strukturierte Beschwerdemanagement, welche über Konzeptebenen geregelt und umgesetzt werden. Darüber hinaus finden neben Fremdbewertungen (regelmäßig Risikoaudits im Rahmen von KTQ, onkologischen Zentren, Haftpflichtversicherer, etc.) interne Audits in allen Bereichen statt. Es sind z. B. flächendeckend Patientenarmbänder eingeführt. Es finden monatliche Reportings durch das Kosten- und Medizincontrolling bezüglich der Leistungsentwicklung für die Gremienarbeit statt, außerdem für quartalsweise Budgetkonferenzen mit den Klinikdirektoren. Die vielzähligen Informationen gelangen über die Regelkommunikationsstrukturen in die jeweiligen Bereiche.

## **6. Qualitätsmanagement**

### **6.1. Qualitätsmanagementsystem**

#### **6.1.1. Organisation**

Mit unserem Qualitätsmanagementsystem sichern und verbessern wir kontinuierlich die Leistungen für unsere Patienten. Die Organisation des Qualitätsmanagements ist in unserem Konzept „Qualitäts- und Leistungsstellenmanagement“ beschrieben. Das Qualitätsmanagement ist zentral und dezentral organisiert. Eine große Zahl von Mitarbeitern und Führungskräften wurden als Qualitätsbeauftragte für die Wahrnehmung von Aufgaben im Qualitätsmanagement qualifiziert. Über die Qualitätsmanagements-Koordinierungsrunde (zentrales Qualitätsmanagement und der Pflegedirektion) werden monatlich und bei Bedarf in kürzeren Abständen alle qualitätsrelevanten Themen behandelt und Maßnahmen abgeleitet. Im Multiplikatorensystem werden über die Qualitätsbeauftragten die nachgeordneten Mitarbeiter informiert. Die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements orientiert sich an aktuellen Themen wie z. B. die Einführung eines strukturierten Risikomanagements. Die Durchführung von Qualitätsprojekten ist vom schriftlichen Projektauftrag bis zum Projektabschluss geregelt.

#### **6.1.2. Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung**

Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität haben für uns hohe Priorität. Das Qualitätsmanagement ist dem ökonomischen Geschäftsführer unterstellt. Qualitätsbeauftragte in den Kliniken und Bereichen übernehmen ebenfalls Aufgaben im Qualitätsmanagement. Orientiert am EFQM (European Foundation of Quality Management) und am KTQ-Modell wurde ein krankenhausweites Qualitätsmanagementsystem aufgebaut. Regelmäßige Selbstbewertungen decken Schwachstellen auf, die unter anderen mit Qualitätsverbesserungsprojekten in Angriff genommen werden. Ebenfalls finden regelmäßige Interne Audits unter Beteiligung des Qualitätsmanagements, der Pflegedirektion, der Hygiene und der Servicegesellschaft statt.

## **6.2. Befragungen**

### **6.2.1. Patientenbefragung**

Das KKB hat schon im Jahre 2004 ein strukturiertes Meinungsmanagement eingeführt, um die Patientenzufriedenheit zu erhöhen. Zum Ablauf gehörten schon damals verschiedene Rückmeldemöglichkeiten für die Patienten wie der Rückmeldebogen „Ihre Meinung ist uns wichtig“. Zusätzlich wurden in dreijährigen Abständen externe Patientenbefragungen durchgeführt. Aufgrund der Evaluation der unterschiedlichen Befragungsmethoden hat sich das KKB entschlossen die unterschiedlichen Befragungsmethoden zusammenzuführen und auf eine durchgehend kontinuierliche Patientenbefragung umzustellen. Es ist ein neuer Bogen „Ihre Meinung ist uns wichtig“ entwickelt und als kontinuierliche Patientenbefragung eingeführt worden. Es finden Quartalsauswertungen und Jahresauswertungen statt. Die Ergebnisse werden im Intranet veröffentlicht und in verschiedensten Gremien, wie z. B. Qualitätsbeauftragten-Foren vorgestellt. Maßnahmen werden abgeleitet. Darüber hinaus werden im

Rahmen der Tumor-Zentren der Klinik weitere Patienten-Befragungen vom Qualitätsmanagement durchgeführt und ausgewertet.

### **6.2.2. Befragung externer Einrichtungen**

Eine regelmäßige Befragung ist durch die Rahmenbedingungen der Tumorzentren gewährleistet. Im Rahmen der Zuweiserbefragungen wurde Bedarf eines intensiveren Austauschs zwischen Klinik und den Niedergelassenen ermittelt. Zur Intensivierung der Kontakte zu den Zuweisern wurden in den letzten Jahren zahlreiche Weiterbildungsveranstaltungen, insbesondere im Rahmen der Tumorzentren, angeboten. Maßnahmen, wie z. B. die Verbesserung der Außendarstellung wurden durch die Einrichtung einer überarbeiteten Klinikhomepage umgesetzt. Die Rücklaufquoten konnten erhöht werden. Ein Zuweiserkonzept wurde in 2016 erstellt.

### **6.2.3. Mitarbeiterbefragung**

Mitarbeiterbefragungen werden regelmäßig durchgeführt. Die Fragebögen werden unter Beteiligung der Mitarbeitervertretung abgestimmt. Zur Befragung werden schriftliche, evaluierte Fragebögen genutzt. Um valide Ergebnisse zu erzielen, ist ein möglichst hoher Rücklauf notwendig. Dies wird durch breite Informationen unterstützt. Die Mitarbeiter-Befragungen werden als Baustein für eine nachhaltige Personalpolitik und als Teil der strategischen Zielsetzungen, insbesondere über interne Benchmarkpotenziale mit genutzt. Die Mitarbeiterbefragungen sollen Stärken und Verbesserungspotentiale aus Sicht der Befragten aufzeigen und Grundlage von Maßnahmenableitungen sein. Die Ergebnisse und daraus abgeleitete Maßnahmen werden bereichsbezogen zurück gemeldet, in den internen Medien kommuniziert und stehen dauerhaft im Intranet.

## **6.3. Beschwerdemanagement**

### **6.3.1. Umgang mit Wünschen und Beschwerden**

Unser Ziel sind zufriedene Patienten. Falls es während des Aufenthalts Anlässe zu Beschwerden gegeben hat, ist es uns wichtig, diese zu kennen. Das „Konzept Beschwerdemanagement“, regelt den Umgang mit Wünschen und Beschwerden von Patienten und Angehörigen, es wurde bereits 2004 entwickelt. Das vorrangige Ziel des systematischen und aktiven Beschwerdemanagements ist es, dass Patienten und Angehörige ihre Meinung innerhalb des Krankenhauses zum Ausdruck bringen und dass das Unternehmen darauf reagieren kann. Bestandteile des Konzeptes: Der Weg einer Beschwerde, die Reaktionsmöglichkeiten und der Zeitraum innerhalb dem geantwortet wird, Schulungen für die Mitarbeiter, Sammlung und Auswertung der Beschwerden, Rückmeldung der Ergebnisse. Neben den direkten Schulungen zum Thema gibt es Seminarangebote. Jeder Mitarbeiter ist verpflichtet Beschwerden anzunehmen, weiterzuleiten oder den Kontakt zum Beschwerdemanagement herzustellen. Kein Beschwerdeführer wird mit seiner Beschwerde alleingelassen. Zusätzlich wird das Qualitätsmanagement durch 3 Patientenfürsprecher in den Betriebsteilen unterstützt. Die Patien-

tenförsprecher sind eingebunden und haben einen aktiven Part in der Beschwerdebearbeitung.

## **6.4. Qualitätsrelevante Daten**

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

Für die interne Qualitätssicherung wurden Messgrößen formuliert und stetig weiterentwickelt. Mit regelmäßigen Selbstbewertungen und Befragungen wird die Erfüllung der unterschiedlichen Anforderungen überprüft. Problemorientierte Qualitätszirkel und Konferenzen zu bestimmten kritischen Messgrößen sind eingeföhrt. Die Auswertung qualitätsrelevanter Daten bildet ein wichtiges Frühwarnsystem für Qualitätsmängel. Sie dient außerdem der Evaluation qualitätsverbessernder Maßnahmen. Zusätzlich zu den gesetzlich vorgeschriebenen Daten werden interne Daten gesammelt und ausgewertet. Dazu gehören auch die im Rahmen von wissenschaftlichen Arbeiten erhobenen Daten. Die Ergebnisse der Auswertung werden an die Verantwortlichen zurückgemeldet. Bei Bedarf werden Ursachen für Mängel erforscht und Verbesserungen eingeleitet. Es finden regelmäßige QS- und DRG Foren statt.

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

Durch die Teilnahme an der extern vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V sind alle Bereiche an der Qualitätssicherung beteiligt. Die Erfassung qualitätsrelevanter Daten nach §135 SGBV erfolgt direkt im Krankenhausinformationssystem sowie in zwei weiteren Subsystemen. Die in den Subsystemen erforderlichen Stammdaten werden aus dem Krankenhausinformationssystem über eine Schnittstelle übernommen. Freiwillig nehmen wir im Rahmen der Zertifizierung unserer überregionalen Stroke-Unit seit mehreren Jahren an der Erfassung der Schlaganfälle über die Projektgruppe des Epidemiologischen Instituts Münster teil. Das Qualitätsmanagement überwacht die Vollständigkeit der Datenerfassung und schult bei Bedarf die Mitarbeiter. Durch dieses engmaschige Netz wird eine hohe Dokumentationsrate erreicht. Die Fachabteilungen analysieren die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung und leiten diese Analysen an den Geschäftsföhrer und die Leitung des Qualitätsmanagements und Medizincontrollings weiter. Bei Auffälligkeiten werden Gespräche geföhrt, Maßnahmenkataloge erstellt und umgesetzt. Es findet ein qualitativer monatlicher Report nach Betriebsteilen aus dem Qualitätssicherungs-Monitor an alle Qualitätssicherungsbeauftragten statt.