



# KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

<b>Krankenhaus:</b>	<b>Marienkrankenhaus Schwerte</b>	
	inkl. dem Standort Schützenstraße	
<b>Institutionskennzeichen:</b>	260591517	560591528
<b>Anschrift:</b>	Goethestraße 19	Schützenstraße 9
	58239 Schwerte	58239 Schwerte

**Ist zertifiziert nach KTQ<sup>®</sup>**  
**mit der Zertifikatnummer:** 2019-0030 KHVB  
**durch die von der KTQ-GmbH**  
**zugelassene Zertifizierungsstelle:** LGA Intercert GmbH, Nürnberg

**Gültig vom:** 16.11.2019  
**bis:** 15.11.2022

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b>	<b>5</b>
<b>Die KTQ-Kategorien</b>	<b>8</b>
1. Patientenorientierung	9
2. Mitarbeiterorientierung	13
3. Sicherheit - Risikomanagement	15
4. Informations- und Kommunikationswesen	18
5. Unternehmensführung	20
6. Qualitätsmanagement	23

## Vorwort der KTQ<sup>®</sup>

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.

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

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

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

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

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

der Einrichtung beziehen.

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

Während der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren<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 § 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 **Marienkrankenhaus Schwerte** 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

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

Für die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

**F. Wagner**

Für den Deutschen Pflegerat

## Vorwort der Einrichtung

### Geschichte des Krankenhauses

Als 1866 in Schwerte die Cholera ausbrach, wandte sich die katholische Gemeinde der Stadt mit einem Hilferuf an das Mutterhaus der Franziskanerinnen in Salzkotten. Kurze Zeit später trafen 2 Schwestern in der Gemeinde ein und mit ihnen begann 1868 die Geschichte des Marienkrankenhauses. Zunächst beschränkten sich die Ordensschwestern auf die ambulante Krankenpflege bevor im Jahr 1869 der erste Patient im Marienkrankenhaus aufgenommen wurde. 1881 wurde der Grundstein für das neue Krankenhaus gelegt. Die Jahre bis 1960 waren geprägt durch viele An- und Umbauten. Dem Geschick von Pfarrer Wilhelm Stelzner hat das Krankenhaus seinen jetzigen Bau zu verdanken.



Das Krankenhaus 1906/1907 (l.), nach dem Umbau 1923-1926 und während der Erweiterung 2006.

Im Laufe der über 100-jährigen Geschichte des Krankenhauses entstand durch umfangreiche Modernisierungsmaßnahmen und Erweiterungsbauten eine gelungene Verbindung von moderner Funktionalität und persönlicher Atmosphäre.

Aus der Geschichte unseres Krankenhauses leitet sich die Verbundenheit mit der katholischen Kirchengemeinde ab. Sie ist zugleich Ausdruck unserer Identität, der wir uns verpflichtet wissen. Wir orientieren uns an dem Gebot der christlichen Nächstenliebe. Darum sind uns die Seelsorge im Krankenhaus sowie die christlichen Werte im Umgang mit den Patienten und untereinander ein Anliegen. Die Mitarbeiter und besonders die Führungskräfte sind gehalten, dass Leben unseres Hauses aus christlichem Geist heraus mit zu prägen.

## Krankenhausleitung



Standort: Goethestr. 19  
58239 Schwerte



Standort: Schützenstr. 9  
58239 Schwerte

An der Spitze des Marienkrankenhauses steht die Gesellschafterversammlung mit allen an der gem. GmbH beteiligten Institutionen und Personen – in der Regel Vertreter der Katholischen Kirchengemeinde. Die Versammlung wählt den Verwaltungsrat, der den Geschäftsführer Jürgen Beyer an der Spitze kontrolliert.

Die Ärztliche Leitung (PD Dr. Thomas W. Spahn), die Pflegedienstleitung (Jens Honert) und die Verwaltungsleitung (Patrick Kruscha) bilden gemeinsam die Betriebsleitung der Klinik. Die Geschäftsleitung Monika Hilsmann leitet zudem das Marienkrankenhaus am Standort Schützenstraße. Darunter gliedern sich Stabstellen und die einzelnen Fachbereiche.

Träger der Marienkrankenhaus Schwerte gem. GmbH ist die Katholischen Kirchengemeinde Schwerte. Am 1. August 2014 hat die Gesellschaft ebenfalls die Trägerschaft des Evangelischen Krankenhauses Schwerte übernommen. Somit verfügt die Klinik über zwei Standorte mit den jeweiligen Bezeichnungen „Marienkrankenhaus Schwerte – Goethestraße“ und „Marienkrankenhaus Schwerte – Schützenstraße“.

Mit fast 1000 Beschäftigten ist das Marienkrankenhaus Schwerte der größte Arbeitgeber in der Stadt. Im Jahr werden an beiden Standorten rund 20.000 Patienten umfassend betreut – technisch auf höchstem Niveau, medizinisch kompetent und serviceorientiert.

Die Menschen sollen sich im familiären Umfeld des Marienkrankenhauses wie "willkommene Gäste" fühlen. Um zum gewünschten Ergebnis zu gelangen, sind Regeln notwendig, die in einem Leitbild bindend für alle formuliert sind. Das Leitbild drückt unsere gemeinsamen Überzeugungen und Werte aus; es soll helfen, die Grundsätze unseres Handelns nach innen und nach außen zu vertreten, sie näher zu verstehen und zu verinnerlichen. Es beschreibt Visionen und Ideale, die Orientierung bieten und helfen, Prioritäten zu setzen.

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben das Ziel, zur Versorgung von Patienten und Patientinnen bei medizinischen, therapeutischen, diagnostischen und konservativen Behandlungen in allen Bereichen des Krankenhauses eine qualitativ hochwertige Arbeit entsprechend den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen und nach dem Gebot der christlichen Nächstenliebe zu leisten und somit eine fürsorgliche, dem Patienten zugewandte, kompetente und wirtschaftlich sichere Krankenhausorganisation zu sein. Im Mittelpunkt unseres Denkens und Handelns steht der Mensch, in seiner Individualität als Einheit von Leib, Seele und Geist. Das Leitbild unseres Krankenhauses ist dabei maßgebend für die gemeinsame Arbeit, sowohl für den Umgang mit den Patienten als auch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter untereinander und unseren Umgang mit der Gesellschaft und der Umwelt.





# Die KTQ-Kategorien



## 1. Patientenorientierung

### 1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Die Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung ist patientenorientiert und strukturiert. Gewährleistet wird dies durch die enge Zusammenarbeit der Fachdisziplinen, dem Bettenmanagement und der Zentralen Aufnahme. Die beschriebenen Prozessabläufe stellen die Bedürfnisse der Patienten und ihrer Angehörigen in den Mittelpunkt. Die Patienten erhalten umfassende schriftliche und mündliche Informationen zum stationären Aufenthalt, zum Krankheitsbild sowie allgemeine Hinweise durch die Patienteninformationsmappe. Die Abteilungen und Gebäudetrakte sind durch eine Beschilderung gekennzeichnet. Patienten und Besucher erhalten von den Mitarbeitern des zentral gelegenen Empfangs Auskunft zur Orientierung im Krankenhaus. Einzelne Bereiche (Ambulanzen, Funktionsabteilungen, stationäre Aufnahmen etc.) sind im Wegeleitsystem gesondert ausgewiesen. Ein Patientenbegleitedienst bestehend aus dem Hol- und Bringendienst bietet persönliche Hilfe zur Orientierung und Begleitung im Haus und zum Transport von Gepäck etc. an.

### 1.1.2 Leitlinien und Standards

Um die Durchführung einer hochwertigen und hohen Qualität der Versorgung zu garantieren, sind die therapeutischen Prozesse in Form von Standards und hausinterne Behandlungspfade hinterlegt, die für jeden Mitarbeiter bindend sind. Wir handeln nach christlich-humanistischen Prinzipien auf dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Technik. Gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse sind bei der Behandlung der Patienten maßgebend. Jede Fachabteilung richtet sich nach den Empfehlungen und Leitlinien, die hausintern als Behandlungspfade formuliert worden sind. Im Qualitätsmanagementhandbuch sind sämtliche Regularien hinterlegt und von den Mitarbeitern am Computer einsehbar. Die prozessorientierte Behandlung nach Leitlinien wird in regelmäßigen ärztlichen Besprechungsroutinen kommuniziert. Vermittelt werden zudem die Inhalte in regelmäßig stattfindenden Abteilungs- und Teamtreffen sowie in innerbetrieblichen Fortbildungsveranstaltungen. Die Festlegung des Behandlungsprozesses geschieht in Rücksprache mit Fachkollegen, unter Einbeziehung des Patienten und unter Berücksichtigung standardisierter Diagnostik- und Therapiepfade und nach Facharztstandard. Behandlungsform und -alternativen werden in täglichen Abteilungsbesprechungen diskutiert mit dem Ziel, den Patienten so erfolgreich wie möglich zu behandeln.

### 1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Der Patient steht im Mittelpunkt der Behandlungsplanung. Dabei ist es wichtig, ihn umfassend zu informieren und zu beteiligen sowie mögliche Ängste ernst zu nehmen. Der Patient soll gemäß dem christlichen Leitbild des Krankenhauses als Partner betrachtet werden, mit dem gemeinsam die Gesundheit wiederhergestellt werden soll. Bedürfnisse und Wünsche des Patienten genießen die höchste Priorität. Widersprechen diese den medizinischen Notwendigkeiten, werden diese rechtzeitig, einfühlsam und vor allem verständlich vorgetragen. Alle Maßnahmen werden anschließend nur mit der Einwilligung des Patienten eingeleitet. Der Behandlungsplan wird mit dem Patienten entwickelt. Darüber hinaus werden Broschüren und Informationsschreiben ausgehändigt. Den Patienten wird die Möglichkeit eingeräumt, die Behandlung

zu überdenken oder aber eine Zweitmeinung einzuholen. Um dem Patienten die Orientierung in der Klinik zu erleichtern, wird eine Informationsmappe überreicht.

#### *1.1.4 Ernährung und Service*

Jeder Patient soll auch unter Berücksichtigung kultureller Belange das Essen und Trinken bekommen, das er möchte und mit dem Krankheitsbild in Einklang zu bringen ist. Diätberater entwickeln individuelle Speisepläne und beraten die Patienten hingehend medizinisch notwendiger Kostformen. Für Patienten mit Schluckbeschwerden haben wir ein umfangreiches Diagnostik- und Ernährungskonzept. Wahlleistungspatienten erhalten zusätzliche Speisenangebote. Ernährungsmediziner entwickeln individuelle Ernährungskonzepte nach Krankheitsgeschehen.

#### *1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung*

Erhoben werden Daten zur körperlichen Verfassung, zur seelischen Situation und zum sozialen Umfeld und zum Ernährungszustand, um einen ganzheitlichen Behandlungsansatz zu gewährleisten. Hieraus ergibt sich das weitere diagnostische und therapeutische Vorgehen. Dieses ist standardisiert, um eine entsprechende Qualität des Aufnahmeverfahrens garantieren zu können. Ein Schockraum kann im Notfall genutzt werden. Zur Behandlungsplanung ist die Nutzung von Vorbefunden vom Hausarzt, vom Facharzt oder von hausinternen Stellen obligat. Sämtliche Informationen sollen berücksichtigt werden, um ein möglichst lückenloses Bild über die Krankheitsgeschichte des Patienten zu bekommen. Krankenhausintern steht dazu elektronisch ein System mit sämtlichen, bis zum Zeitpunkt der Behandlung angesammelten Patientendaten zur Verfügung. Dies ermöglicht dem behandelnden Arzt, die Informationen ohne Zeitverzögerung bei Diagnose- und Behandlungsplanung mit zu berücksichtigen. Der Patient hat das Recht, schnelle und qualifizierte Hilfe zu bekommen. Durch eine Rund-um-die-Uhr-Besetzung ist jederzeit eine Diagnosestellung mit entsprechender Therapiemöglichkeit durch den diensthabenden Arzt und einen Oberarzt gegeben.

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

Mit der Einrichtung der Zentralen Aufnahme wurde die Betreuung der stationären Patienten und Notfallpatienten geregelt und die Patientenorientierung während der Aufnahme gewährleistet. Ein festes Ärzte- und Pflegeteam arbeitet Hand in Hand, um Abläufe für die Patienten und deren Angehörigen so einfach wie möglich und ohne lange Wartezeiten zu gestalten. Innerhalb kürzester Zeit soll der Patient aufgenommen, ärztlich untersucht und ein Gespräch mit dem Anästhesisten geführt worden sein. Wir setzen zur Priorisierung der Notfälle die Manchester-Triage ein. Parallel sorgt der Bettenmanager dafür, dass der Patient anschließend sein Zimmer in der gewünschten Ausstattung beziehen kann. Der Case Manager berät die behandelnden Ärzte, wenn eine geriatrische Weiterbehandlung indiziert ist. Der Bedarf einer geriatrischen Behandlung wird mit speziellen Assessmentinstrumenten erfasst. Im zweiten Schritt wird überlegt, welche Behandlungspläne optimal für den Patienten sind. Nach der Akutbehandlung in der Goethestrasse übernimmt der Case-Manager die Überleitung der geriatrischen Patienten in die Schützenstrasse und stimmt sich mit den dortigen Bereichen wie dem ärztlichen, pflegerischen sowie therapeutischen Dienst ab. Die Aufnahmeterminplanung erfolgt durch den Bettenmanager. Die ambulante Diagnostik und Behandlung wird von den Fachabteilungen übernommen. Hierzu sind allgemeine und spezielle Sprechstunden einge-

richtet, um nach Terminvergabe und ohne lange Wartezeiten fundierte Diagnosen stellen zu können. Die Fachabteilungen zeichnen sich zudem für die Notfallambulanzen verantwortlich, um Patienten qualifiziert rund um die Uhr versorgen zu können. Sind die Vitalfunktionen des Patienten bedroht, steht am Standort Goethestraße ein Schockraum zur Verfügung. Am Standort Schützenstraße wird der Notfallpatient sofort auf der Intensivstation versorgt. Potentielle Patienten aus Notarzteinsätzen werden von den Rettungsdiensten telefonisch angekündigt.

### *1.3.2 Ambulante Operationen*

Für ambulante Operationen wurde ein ambulantes OP-Zentrum am Standort Schützenstrasse errichtet.

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

Die geriatrische Komplexbehandlung wird nach standardisiertem geriatrischen Assessment einmal wöchentlich durchgeführt. Alle am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen (Medizin, Pflege, Logopäden, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialdienst) beraten über den weiteren Behandlungsverlauf und Weiterbehandlung des Patienten. Die betreuenden Fachdisziplinen erstellen jeweils ihre Patienten-anamnese (z.B. Sozialanamnese durch den Sozialdienst, therapeutische Anamnese durch die Therapeuten). Es wird nach Behandlungsstandard vorgegangen, jedoch wird flexibel auf den Schweregrad der Erkrankung eingegangen. Das Therapieziel wird anhand der Auswertung therapeutischer Abstestungen definiert. Durch interdisziplinäre Besprechungen und Konferenzen, ein strukturiertes Konsilwesen und durch den Aufbau interdisziplinärer Zentren wird dafür Sorge getragen, dass der Austausch unter den Akteuren stattfindet. Die EDV-basierte Übermittlung der Patientendaten unterstützt den Prozess der Zusammenarbeit und Kooperation aller an der Behandlung Beteiligten.

Chefärzte, Oberärzte, Stationsärzte und ggf. Case-Manager halten gemeinsam mit dem Pflegepersonal Visiten ab. Im Vordergrund steht dabei, dass alle besprochenen Behandlungsansätze dem Patienten verständlich gemacht werden.

### *1.4.2 Therapeutische Prozesse*

Nach der Diagnose werden so schnell wie möglich entsprechende Therapieschritte eingeleitet, in Absprache mit den an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen und unter Verantwortlichkeit der jeweiligen Chefärzte. Die entsprechenden Daten werden elektronisch gespeichert, der unter Umständen notwendige Transport innerhalb des Hauses wird organisiert. Ziel der Bemühungen ist es, die Gesundheit des Patienten so zu koordinieren, dass kurze Wartezeiten anfallen und der Aufenthalt in der Klinik so angenehm wie möglich ist.

### *1.4.3 Operative Prozesse*

Die Regelungen und Verantwortlichkeiten im Rahmen der operativen Verfahren und der OP-Planerstellung sind im OP-Statut festgelegt. Der OP-Koordinator sowie die verantwortlichen Oberärzte der beteiligten Fachabteilungen stimmen die endgültige Fassung des OP-Planes des Folgetages bindend aufeinander ab. Patienten werden nur im Ausnahmefall vom OP-Plan abgesetzt. Sollte dies notwendig sein, werden sie am Folgetag vorrangig berücksichtigt. Eine optimale Auslastung zu den Kernzeiten ist sichergestellt und eingebaute Pufferzeiten für Notfallversorgungen sind gewährleistet. Ein ambulantes OP-Zentrum ist an der Schützenstraße eingerichtet.

#### *1.4.4 Visite*

Die Visiten finden nach bestimmten Zeitrastern statt, über die der Patient während des Aufnahmegesprächs informiert wird. Darüber hinaus finden einmal in der Woche gemeinsam mit dem Apotheker der Klinik Kurvenvisiten statt, um die Versorgung der Patienten mit Medikamenten zu optimieren. Eine Pflegevisite findet in der Schützenstraße statt. Alterstraumatologisches Zentrum: Durch das Alterstraumatologische Zentrum ist eine Vernetzung der Standorte realisiert. Gemeinsam abgehaltene Visiten an jedem Standort durch einen Geriater und einen Chirurgen einmal wöchentlich bündeln die Fachexpertise bei der komplexen Behandlung alterstraumatologischer Erkrankungen.

#### *1.5.1 Entlassungsprozess*

Entlassungsgespräche mit dem Patienten und bei Bedarf auch mit den Angehörigen sorgen dafür, dass zum Abschluss der Behandlung noch einmal alle notwendigen Informationen mit auf den Weg nach Hause gegeben werden. Weiter betreuende Einrichtungen erhalten einen Pflegeüberleitungsbogen. Zur Entlassung des Patienten sind alle Befunde und Therapieergebnisse lückenlos dokumentiert und im EDV-System festgehalten. Eine Verfahrensanweisung legt fest, dass alle notwendigen Unterlagen wie Arztbriefe und Befunde zusammengefasst werden und der Patient somit über die weiteren Therapiemaßnahmen und Nachsorgebedingungen den Therapeuten oder den Hausarzt informieren kann. Zu den Einweisenden und nachbehandelnden Ärzten und Homecare Unternehmen wird enger Kontakt gehalten (Qualitätszirkel), um die Zusammenarbeit weiter zu verbessern.

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

Sterbende Patienten und deren Angehörige werden jederzeit begleitet. Bei Vorliegen einer Patientenverfügung findet diese Berücksichtigung. Wird eine Sterbebegleitung gewünscht, stehen eine Krankenhausseelsorgerin sowie Vertreter der gewünschten Konfession oder der entsprechenden Glaubensrichtung zur Verfügung. Einen besonderen Stellenwert beim Umgang mit sterbenden Patienten nimmt die Schmerztherapie ein, zu der speziell ausgebildete Mitarbeiter hinzugezogen werden. Wir verfügen über mehrere Palliativmediziner und Palliativ-care Pflegepersonal, die gemeinsam eine optimale Betreuung unter Einbeziehung des Schmerzdienstes, Psychologen, Seelsorgern gewährleisten können. Palliativbetten stehen zur Verfügung.

#### *1.6.2 Umgang mit Verstorbenen*

Zum würdevollen Umgang mit Verstorbenen ist ein spezieller Pflegestandard entwickelt worden, der den im Leitbild formulierten Überlegungen Rechnung trägt. Die Würde des Verstorbenen gilt als unantastbar. Dazu gehört, dass die Angehörigen sich in einem würdigen Rahmen vom Verstorbenen verabschieden können. Dies geschieht im Ein-Bett-Zimmer; die Krankenhausseelsorgerin signalisiert ihre Gesprächsbereitschaft. Außerdem besteht die Möglichkeit, während der zweimal im Jahr in der Krankenhauskapelle stattfindenden Gottesdienste verstorbener Patienten zu gedenken.

## 2. Mitarbeiterorientierung

### 2.1.1 Personalbedarf

Bei der Personalplanung erfolgt ein möglichst effektiver Personaleinsatz unter Berücksichtigung der festgelegten Qualifikation und dem notwendigen Personalschlüssel. Die Personalplanung wird durch den Geschäftsführer und die Betriebsleitung festgelegt. Grundlage für die Planung ist die jeweilige Ermittlung des Personalbedarfs anhand von Anhaltszahlen und Leistungszahlen. Die verschiedenen Abteilungen und Bereiche sind aktiv in die Personalbedarfsermittlung und somit in die Personalplanung einbezogen.

### 2.1.2 Personalentwicklung

Die Qualifikationen der Mitarbeiter richten sich nach den gesetzlichen Vorgaben und nach der Personalentwicklungsplanung der Klinik. Potentialträger werden über Mitarbeitergespräche ermittelt und weiterentwickelt. Wir unterstützen die Mitarbeiter in der Potentialentwicklung. So unterstützen wir z.B. das berufsbegleitende Studieren. Es besteht ein hausinternes Fortbildungsangebot sowie die Möglichkeit, an externen Schulungen und Hospitationen teilzunehmen. Anregungen und Wünsche der Mitarbeiter werden bei der Fortbildungs-Programmplanung berücksichtigt. Unsere Fortbildungsbeauftragte erfragt jährlich die Qualifikationsbedarfe und koordiniert Angebote zur Weiterbildung und Gesundheitsförderung. Wir legen großen Wert auf eine umfangreiche Qualifikation unserer Mitarbeiter und fördern die Fort- und Weiterbildung aller am Behandlungsprozess beteiligten Mitarbeiter. Das Fortbildungsprogramm wird jährlich erstellt und ist berufsspezifisch gegliedert. Für die Weiterbildung werden die Mitarbeiter freigestellt.

### 2.1.3 Einarbeitung

Durch gezielte Einführungstage wollen wir den Mitarbeitern den Einstieg in unseren Krankenhausalltag erleichtern. Eine strukturierte Einarbeitung von Mitarbeitern findet statt. Dazu erhält jeder neue Mitarbeiter eine umfangreiche Mappe mit vielen nützlichen Hinweisen und Informationen über das Marienkrankenhaus. Jeder neue Mitarbeiter erhält einen erfahrenen Kollegen an die Seite gestellt und die Dienstplanung stellt sicher, dass beide Dienste aufeinander abgestimmt werden. Eine Evaluation der Einarbeitung ist gewährleistet. Strukturierte jährliche Mitarbeitergespräche werden geführt.

### 2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Dem Marienkrankenhaus ist sehr daran gelegen, eine zukunfts- und praxisorientierte Ausbildung zu gewährleisten. Ärzte erhalten während der Facharztweiterbildung umfassende Unterstützung. Ärztliche Mentoren begleiten die Assistenten. In unserer Krankenpflegeschule werden Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege ihrem jeweiligen Ausbildungsstand entsprechend auf ihr zukünftiges Berufsfeld vorbereitet. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, parallel zur Ausbildung einen damit eng verzahnten Studiengang zu absolvieren. Praxisanleiter, die durch Fort- und Weiterbildung qualifiziert sind, sichern den Theorie- Praxis-Transfer. Durch eine strukturierte Organisation ist die Ausbildung sichergestellt. Die für die Koordination verantwortlichen Praxisanleiter treffen sich in vierteljährlichen Abständen und nach Bedarf mit den für die Ausbildungsstätte zuständigen Ansprechpartnern, dem Pflegedienstleiter sowie die hauptverantwortliche Praxisanleiterin. Führungs- sowie teambildende Seminare und Coachings werden im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung oder durch externe Anbieter durchgeführt.

### *2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance*

Gesetzliche Vorgaben und betriebliche Erfordernisse werden bei der Regelung zu Arbeitszeiten, Rufdiensten und Bereitschaftsdiensten in Einklang gebracht. Dies geschieht, indem die Geschäftsführung mit den Abteilungsleitern und mit Zustimmung der Mitarbeitervertretung einen Konsens herstellt, der gesetzlich und tariflich gedeckt ist und den Erfordernissen des Krankenhauses entspricht. Dienstpläne werden erstellt und am Monatsende ausgewertet. Ein Mitarbeiterspringerpool wurde eingerichtet um den Anforderungen an garantierte feste Arbeitszeiten unter Berücksichtigung der familiären Situation zu ermöglichen. Kooperativen mit Kinderbetreuungseinrichtungen sollen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf erleichtern.

### *2.1.6 Ideenmanagement*

Mit dem bestehenden internen Vorschlagswesen soll durch Mitarbeiterideen und Mitarbeiterwünschen ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess erreicht werden. Die Ideen zur Optimierung des Arbeitsprozesses werden gesammelt und von einem Gremium bewertet und prämiert.

### **3. Sicherheit - Risikomanagement**

#### *3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements*

Methoden wie z.B.: Risikoaudit, Critical Incident Reporting System (CIRS), Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen, Beschwerdemanagement und Befragungen zum Thema Patientensicherheit, Beteiligung an einem krankenhausesübergreifenden Meldesystem (CIRS NRW) werden eingesetzt.

#### *3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung*

Für den Patienten wird eine sichere Umgebung gewährleistet und Maßnahmen zur Sicherung vor Eigen- und Fremdgefährdung umgesetzt. Im Vordergrund bei der Planung zur Patientensicherheit steht die Schadensabwendung, vorbeugend und im akuten Fall. Zur Gewährleistung der Patientensicherheit sind für die relevanten Bereiche Regelungen getroffen worden. Im Bereich der Neugeborenenstation wird das Entführungsrisiko durch ein elektronisches Sicherheitssystem reduziert.

#### *3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement*

Das medizinische Notfallmanagement soll Mitarbeiter in die Lage versetzen, in Ernstfällen zeit- und sachgerecht zu reagieren. Der entsprechende Algorithmus ist den Mitarbeitern bekannt, der Meldeweg liegt den Stationen als Dienstanweisung vor.

#### *3.1.4 Organisation der Hygiene / 3.1.5 Hygienerelevante Daten, Infektionsmanagement*

Die Hygiene-Verantwortung trägt im Rahmen des Hygienemanagements der ärztliche Leiter. Ihm zur Seite stehen eine Hygienefachkraft, eine Krankenhaushygienikerin und für jede Fachdisziplin ein hygienebeauftragter Arzt. Ebenso hat jede Station eine hygienebeauftragte Pflegekraft. Sie kümmern sich darum, dass Richtlinien der Hygieneverordnung umgesetzt und eingehalten werden. Der umfangreiche Hygieneplan mit allen Arbeitsanweisungen steht im QMH zur Verfügung. Einmal im Jahr tagt eine Hygienekommission. Die für die Krankenhaushygiene zuständigen Mitarbeiter kontrollieren regelmäßig, welche bakteriellen Erreger in welcher Häufigkeit bei Patienten mit Entzündungen nachgewiesen werden konnten. Der Hygieneplan orientiert sich an den Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts, an Empfehlungen der Fachgesellschaften und an gesetzlichen Bestimmungen. Neben der Hygienekommission, dem hygienebeauftragten Arzt und der Hygienefachkraft sind die Stations- und Abteilungsleitungen für die Einhaltung der vom Robert-Koch-Institut empfohlenen Vorgaben verantwortlich. Die Hygienefachkraft überprüft in regelmäßigen Abständen, dass diese Richtlinien und Empfehlungen eingehalten werden. Die Ergebnisse werden protokolliert und an den Geschäftsführer und den Ärztlichen Leiter weitergegeben. In der Küche wird ein international bewährtes Konzept zur Überwachung der hygienischen Erfordernisse konsequent umgesetzt.

#### *3.1.6 Arzneimittel*

Das Krankenhaus wird über eine eigene Zentralapotheke mit Arzneimitteln und gängigen Medizinprodukten sowie über eine externe Apotheke versorgt. Bestellt werden die Produkte intern online per EDV. Spezielle Anforderungen von Zytostatika und Betäubungsmitteln werden hingegen direkt in Auftrag gegeben. Arzneimittel werden im 4-Augen-Prinzip gestellt. Die Beschaffung von notwendigen Blut- und Blutersatzstoffen ist über das Qualitätshandbuch für Blut und Blutprodukte geregelt und im Intranet von allen Mitar-



beitern einsehbar. Die Freigabe der in unserem Hause verabreichten Arzneimittel ist verantwortlich durch die Arzneimittelkommission geregelt. Eine Software unterstützt die dokumentierte Gabe der Medikamente und überprüft Wechselwirkungen. Wir setzen die Empfehlungen des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit in der Arzneimitteltherapie um.

### *3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin*

Der Umgang mit Blut und Blutprodukten unterliegt allerhöchsten Sicherheitsstandards. Verantwortlich ist der Transfusionsbeauftragte, der dafür sorgt, dass die im Qualitätshandbuch für Blut und Blutprodukte festgelegten Regelungen eingehalten werden. Vorkommnisse mit den Präparaten sind über einen internen Meldeweg sofort zu berichten: Bei Verdacht auf Transfusionsreaktionen erfolgt eine Meldung auf dem Transfusionsbegleitschein an den Transfusionsbeauftragten, der dann entsprechende Maßnahmen einleiten kann.

### *3.1.8 Medizinprodukte*

Technische Medizinprodukte werden in Rücksprache mit einem externen Dienstleister beschafft und Kontrollintervalle überprüft und durchgeführt.

Für medizinische Geräte werden so genannte Übergabeprotokolle vom Hersteller verwendet, in das für die Einweisung zuständige Personen vermerkt werden. Zudem sind in den Abteilungen Beauftragte benannt, die sich um die sachgerechte Anwendung der Geräte kümmern. Treten beim Gerätegebrauch Mängel auf, sind diese in Wartungsprotokollen einzutragen und eine notwendige Reparatur zu dokumentieren. Festgehalten werden zudem Zertifikate von Eichungen oder Kalibrierungen.

### *3.2.1 Arbeitsschutz*

Das Verfahren zum Arbeitsschutz ist geregelt, ebenso die Meldewege über den Durchgangs- Arzt bei Arbeitsunfällen. Zuständig für die Einhaltung der Vorschriften ist die Geschäftsführung, die einen Arbeitsschutzbeauftragten bestellt hat. Arbeitsschutzausschuss-Sitzungen finden regelmäßig statt.

### *3.2.2 Brandschutz / 3.2.5 Katastrophenschutz*

Es existieren ein Alarm- und Einsatzplan, Brandschutzplan und Notfallplan. Fluchtwege,- Rettungs- und Anfahrtswege sowie Verantwortlichkeiten der Mitarbeiter regelt. Der Plan steht allen Abteilungen zur Verfügung. Die Mitarbeiter sind im Brandschutz unterwiesen, die Kenntnisse werden regelmäßig von einem externen Sicherheitsingenieur überprüft. Darüber hinaus sind alle Fluchtwege im Haus gekennzeichnet und alle Maßnahmen mit den Behörden wie z.B. Feuerwehr abgestimmt. Zuständig für den Katastrophenplan ist der Landkreis Unna, der die Klinik aktiv eingebunden hat. Bei regionalen Großereignissen finden regelmäßig vorbeugend Abfragen zu freien Betten und Operationskapazitäten statt. Bei den nicht medizinischen Notfällen sind die Verfahrensanweisungen im Alarm- und Einsatzplan geregelt, alle Mitarbeiter sind darüber unterrichtet.

### *3.2.3 Datenschutz*

Ziel bei der Planung zum Datenschutz ist der sorgsame und adäquate Umgang mit Patienten und Mitarbeiterdaten, sowie der Schutz vor unbefugtem Zugriff. Eine Datenschutzbeauftragte ist benannt. Das Datenschutzkonzept, sowie ein Datenschutzhandbuch sind erstellt. Der Zugriff auf Patienten- und Mitarbei-

terdaten ist über das Datenschutzkonzept, über die Archivordnung und für die elektronischen Daten (KIS, Intranet, Fotodokumentation, Lohnprogramm) über das Berechtigungskonzept der EDV geregelt. Die Verpflichtung zur Einhaltung des Datenschutzes ist Bestandteil der dienstvertraglichen Regelungen. Die Regelungen zur DSGVO sind umgesetzt. Der Zugriff auf das Krankenhausinformationssystem ist über die Benutzerrechte im EDV-Konzept geregelt. Das Datenschutzkonzept ist für alle Mitarbeiter verbindlich. Verantwortlich für die Wahrung des Datenschutzes ist jeder Mitarbeiter in seinem Arbeitsbereich. Alle EDV-Arbeitsplätze sind mit Virenscannern und einer Firewall versehen. Es ist, wo erforderlich, eine Verschlüsselungssoftware installiert. Die Zugriffsmöglichkeiten externer Dienstleister werden vertraglich geregelt. Es finden regelmäßige Pflichtfortbildungen zum Datenschutz statt.

#### 3.2.4 Umweltschutz

Gemäß unserem Leitbild ist das Ziel unserer Planungen zum Umweltschutz der sorgsame Einsatz von Energieressourcen und die Vermeidung von Abfall. Bei der Anschaffung von Produkten wird grundsätzlich auf geringen Schadstoffgehalt, auf Abfallvermeidung und Recyclingfähigkeit geachtet. "Blaue Engel Produkte" werden bevorzugt angeschafft. Mehrwegtransportsysteme kommen zum Einsatz, Abfalltrennsysteme bestehen. Ziel ist es, bei allen Neu- und Umbaumaßnahmen Wasser- und Stromeinsparungen im Rahmen der Möglichkeiten unter wirtschaftlichen Aspekten zu berücksichtigen. Hierzu werden größere Bau- und Umbaumaßnahmen mit externen Ingenieurbüros geplant. Bei allen Neu- und Umbaumaßnahmen werden Energieeinsparkonzepte berücksichtigt.

#### 3.2.6 Ausfall von Systemen

Alle für die EDV relevanten Kontaktstellen und Ansprechpartner sind im Wiki und in einer Notfallmappe hinterlegt und können durch alle EDV-Mitarbeiter jederzeit eingesehen werden. Auf den Stationen befinden sich Mappen mit Papierformularen, die im Falle eines IT-Ausfalls zur Offline-Dokumentation genutzt werden können. Strategisch wichtige Rechner werden durch ein automatisches System stündlich mit PDF- und Excel-Dateien mit Patientendaten versorgt, so dass bei einem Ausfall auch offline auf die wichtigsten Patientendaten zugegriffen werden kann. Zusätzlich werden zwei Linux-Workstations mit den stündlichen Daten der letzten 2 Tage versorgt. Durch ein Monitoring System wird die Aktualität der Dateien überwacht. Dieses System befindet sich aktuell im weiteren Ausbau. Es gibt ein Notstromaggregat, alle medizinischen Geräte werden regelmäßig auf Ihre Akkuleistung getestet, sofern ein Akku integriert ist (H&K), für den Ausfall der Telefonanlage gibt es ein Konzept. Bei Ausfall von Endoskopiegeräten und Geräten der Intensivstation, wird auf den anderen Standort zurückgegriffen.

## 4. Informations- und Kommunikationswesen

### 4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Die Aufgabe der IT im Marienkrankenhaus Schwerte ist es, eine sichere Informationsstruktur zu schaffen, die einen einfachen und schnellen Informationsaustausch ermöglicht und die Behandlung des Patienten unterstützt und erleichtert. Durch die IT sollen die Geschäftsprozesse in den einzelnen Abteilungen effizient bei der jeweiligen Ausübung und der erforderlichen Dokumentation unterstützt und die Ablauforganisation optimal und wirtschaftlich gestaltet werden. Um auch in Zukunft den medizinischen Fortschritt im Marienkrankenhaus Schwerte sicherzustellen, liegt ein IT-Konzept vor.

Um einen hochverfügbaren und ausfallsicheren IT-Betrieb zu gewährleisten, wurden entsprechende Maßnahmen in verschiedenen Bereichen umgesetzt.

Alle wichtigen Serversysteme werden in zwei getrennten Serverräumen redundant vorgehalten. Die Räume befinden sich in unterschiedlichen Brand- und Gebäudeabschnitten und sind über Glasfaser miteinander verbunden. Alle wichtigen, für die Aufrechterhaltung des Betriebes notwendigen IT-Komponenten, sind an einer Unterbrechungsfreie Stromversorgungen (USV) und am Notstromaggregat angeschlossen. Sämtliche Hardware im Bereich Server, Storage, NAS, etc. ist mit redundanten Netzteilen und Raid-Systemen ausgestattet. Durch die Umstellung auf eine Citrix Umgebung in einem Clusterverbund wird eine performantere Leistung, ökonomische Administration und erhöhte Ausfallsicherheit erzielt. Um Belegärzten oder Mitarbeitern den Zugriff auf das Netzwerk des Krankenhauses von extern zu ermöglichen, existiert eine VPN Lösung.

### 4.2.1 Klinische Dokumentation

Die Erfassung, Führung und Dokumentation des Behandlungsverlaufs wird überwiegend in elektronischer Form durchgeführt. Parallel besteht weiterhin Papierdokumentation. Externe Befunde können in eingescannter Form genutzt werden. Im KIS stehen Testpatienten und ein Benutzerhandbuch in der Wiki zur Verfügung. Regelmäßige Schulungen werden angeboten. Der Umgang mit mündlichen/telefonischen Anordnungen ist über eine VA und über ein Modul im KIS geregelt. Auf ausgewählten Stationen werden neue Prozesse KIS- gestützt eingeführt und nach erfolgreichem Test auf andere Stationen ausgeweitet. Ein Berechtigungssystem stellt den sicheren Zugang und den Schutz der Patientendaten sicher. Eine Handzeichenliste liegt für die Papierdokumentation vor.

### 4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

Ziel ist es, durch die Regelung zur Erstellung, Führung und Archivierung einer Patientenakte die notwendigen Patientendaten für die Behandlung im Haus sowie zu jedem späteren Zeitpunkt nachvollziehbar und gesichert im Sinne des Datenschutzes zur Verfügung zu stellen. Es existiert eine für alle Abteilungen geltende VA Dokumentation von Patientendaten zur Erstellung, Führung und Archivierung einer Patientenakte. Die Verantwortung für die Dokumentation der Patientendaten obliegt der Pflegedienstleitung für den Bereich Pflege und bei den Chefärzten für den ärztlichen und therapeutischen Bereich. Nach Entlassung des Patienten werden nachkommende Befunde im Archiv der Krankenakte des Patienten zugeordnet. Vorliegende Vorbefunde werden in die Patientenakte aufgenommen. Die Archivierung erfolgt digital und im Bereich der Ambulanzen, des Studienzentrums und des Brustzentrums auch in Papierform. Elektro-

nisch gespeicherte Patientenakten sind jederzeit von autorisierten Personen am Computer in den Stations- und Behandlungszimmern einsehbar. Die Verfügbarkeit ist jederzeit gewährleistet. Die Akten, die nicht elektronisch archiviert sind, können während der Kernarbeitszeit im Archiv angefordert werden.

#### *4.3.1 Information der Unternehmensleitung/ 4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang*

Die Krankenhausleitung steht im ständigen Dialog mit allen Führungs- und Abteilungsebenen. Auf diesem Wege ist gewährleistet, dass die Krankenhausführung stets über neue Entwicklungen und Projekte im Hause informiert wird und informieren kann. Wesentlicher Bestandteil dieser Informationspolitik der Krankenhausleitung ist das kontinuierliche Berichtswesen. Alle Sitzungen werden protokolliert. Feste Kommunikationsstrukturen sichern die Informationsweitergabe zwischen den Abteilungen. Es finden Konferenzen und Besprechungen auf diversen Ebenen statt. Darüber hinaus werden Informationen durch Rundschreiben der Geschäftsführung, durch die Mitarbeiterzeitschrift, durch das Schwarze Brett und über das Intranet verbreitet. Innerhalb der Abteilungen ist der Informationsfluss durch Teamsitzungen und Leitungstreffen geregelt. Interdisziplinäre, hierarchie- und berufsgruppenübergreifende Konferenzen sorgen ebenfalls für einen Informationsaustausch. Die Öffentlichkeit wird über Geschehnisse im Krankenhaus und mit Hinweisen zum Leistungsspektrum regelmäßig informiert. Die Planung und Durchführung erfolgt durch die Stabstelle "Öffentlichkeitsarbeit" in Absprache mit dem Geschäftsführer. Per Internet, Pressemitteilungen, Patientenmagazin, Broschüren oder Aktionstagen wird die interessierte Öffentlichkeit mit Themen aus "ihrem" Krankenhaus versorgt. Im Haupteingangsbereich befindet sich die Informationszentrale. Hier gehen alle Telefonate ein, hier fragen Patienten und Besucher nach dem richtigen Weg durch das Marienkrankenhaus oder bedienen sich mit dort ausliegenden Broschüren.

## 5. Unternehmensführung

### 5.1.1 Philosophie/Leitbild

Die Philosophie des Hauses wird durch das Leitbild repräsentiert. Ziel bei der Leitbilderstellung war es, einen Handlungsrahmen und eine Orientierungshilfe für das tägliche Miteinander im Krankenhaus festzulegen. Das Leitbild soll mit seinen Inhalten dazu beitragen, den Umgang miteinander, mit den Patienten und anderen externen Dritten positiv zu gestalten und zu fördern. Für unsere Mitarbeiter tragen die Führungskräfte eine besondere Verantwortung als Ansprechpartner und Vertrauensperson, sie sind Vorbilder in fachlicher und sozialer Hinsicht. Im operativen Bereich dienen die aus dem Leitbild separierten 7 Säulen als Grundlage für den Umgang miteinander. Durch die Beteiligung des Vorsitzenden der Gesellschafterversammlung sowie des Verwaltungsratsvorsitzenden an der Projektgruppe wurde der Krankenhausträger in den Ursprung der Leitbildentwicklung mit einbezogen, um die Berücksichtigung der Trägerinteressen zu gewährleisten. Über den Klinikalltag hinaus sind wir uns unserer sozialen Aufgabe bewusst und übernehmen Verantwortung für die Schöpfung und Gesellschaft in Form von zahlreichen sozialen Projekten und sozialem Engagement. Seit dem Jahr 2012 wird in unserem Krankenhaus der Sozialfond geführt. Durch die Einnahmen des Restcent spendet und unterstützt das Marienkrankenhaus soziale Projekte. Mit unserem Claim "Wir sind eine Familie", wollen wir nach Innen als auch in der Schwerter Bevölkerung als starker Partner wahrgenommen werden. Wir repräsentieren so nach Außen, die im Leitbild beschriebene christliche Nächstenliebe und Mitarbeiterorientierung.

### 5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Ziel ist es, eine von gegenseitigem Vertrauen geprägte Zusammenarbeit in der Klinik zu fördern, zur Zufriedenheit der Mitarbeiter beizutragen und die Mitarbeiter so langfristig an das Unternehmen zu binden. Verantwortlich für Durchführung und Koordination vertrauensbildender Maßnahmen ist der Geschäftsführer in Abstimmung mit der Betriebsleitung. Ziel ist es, eine mitarbeiterorientierte Führung, die auf gemeinsamen Grundsätzen beruht, zu gewährleisten und die Führungskräfte wo möglich in die strategischen Planungen einzubinden. Der Einbezug qualifizierter Mitarbeiter in strategische Planungen geschieht im Rahmen des Regelbesprechungswesens. Verbindliche Grundsätze zur Führung von Mitarbeitern sowie zum Umgang miteinander sind im Leitbild verankert. Um die Führungskräfte in Ihrer Funktion zu entwickeln und zu fördern, werden Führungskräfte-seminare zu wechselnden bzw. aktuellen Themen angeboten.

### 5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Ethische Problemstellungen haben in unserem christlich geprägten Haus nach unserem Leitbild einen hohen Stellenwert. Das Ethikkomitee setzt sich aus Vertretern beider Standorte, externen Beratern und Vertretern aus Schwerter Kirchengemeinden zusammen. Das Ethikkomitee unterstützt ebenso Patienten und deren Angehörige bei ethischen Fragestellungen und versucht, ethische Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Jeder an der Behandlung beteiligte Mitarbeiter kann ein Ethikkonsil beantragen. Im Auftrag über die Mitarbeiter können das auch Patienten, Angehörige, Bevollmächtigte und Betreuer/innen ebenso. Eine Sterbebegleitung wird über die "Die Brücke", Sterbe- und Trauerbegleitung Schwerte e.V. angeboten. Eine Seelsorgerin ist an beiden Standorten täglich verfügbar. Es bestehen darüber hinaus Kooperationen zu

ortsansässigen Selbsthilfegruppen, einem Hospiz sowie der Notfallseelsorge des Ev. Kirchenkreises Iserlohn, dem Palliativ Netzwerk.

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

Über die Stabsstelle "Öffentlichkeitsarbeit" wird die systematische Öffentlichkeitsarbeit zentral sichergestellt. Die der Öffentlichkeit präsentierten Inhalte sollen sich an aktuellen Themen orientieren. Neuigkeiten (z.B. Personalangelegenheiten, Umbaumaßnahmen) und anstehende Veranstaltungen (z.B. Tag der offenen Tür, Herzwoche) werden über die Presse beworben. Das Marienkrankenhaus verfügt über festgelegte Kommunikationsstrukturen, wodurch der interne Kommunikationsaustausch sichergestellt wird. Durch interdisziplinäre Zusammenarbeit findet ein stetiger Austausch statt. Die Teilnehmer der Redaktionskonferenz beschließen interne und externe Bekanntmachungen in den Printmedien. Die Freigabe interner und externer Artikel, sowie Flyer, Broschüren unterliegt der Betriebsleitung. Besondere Ereignisse und Feste werden als Sonderausgabe der Tagespresse ausgegeben. Presseberichte sind auf der Homepage abrufbar. Imagefilme, die auf unserer Homepage abrufbar sind (z.B. MMST, Handchirurgie) repräsentieren verschiedene Fachrichtungen. Bei kritischen Situationen läuft die Kommunikation ausschließlich über die Geschäftsführung unter Einbeziehung der Betriebsleitung. Ein Alarm- und Einsatzplan legt die Zuständigkeiten und Abläufe dar. Fortbildungen z.B. Deseskalationstrainings werden angeboten. Das Marienkrankenhaus ist Selbsthilfegruppenfreundlich und unterstützt mit fachlicher, personeller und Räumlicher Ressource. Unsere Stabsstelle Öffentlichkeitsarbeit wird in deren Aktivitäten die im Zusammenhang mit dem Marien-KH stehen eingebunden: z.B. Tag der Offenen Tür in Krankenhaus und Krankenpflegeschule.

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

Bei der Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und der strategischen Ziele berücksichtigt die Geschäftsführung die Unternehmensziele aus dem Leitbild sowie den Versorgungsauftrag des Krankenhauses - stets in Zusammenarbeit mit den Führungskräften. Müssen Chefarztposten neu besetzt werden, wird zudem der Verwaltungsrat der Klinik mit einbezogen. Diese Rückkopplung gilt auch bei strategischen Entscheidungen bei einer Neuausrichtung medizinischer Bereiche. Thematisch werden diese Überlegungen in der interdisziplinär zusammengesetzten Strategiesitzung vorbereitet.

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

Für die Kosten- und Erlösbereiche besteht ein tägliches bis monatliches Controlling. Es besteht ein umfangreiches Berichts- und Informationswesen. Bei Bestrebungen, neue medizinische Fachabteilungen zu bilden ggf. in Kooperative mit niedergelassenen Kollegen, wird eine Risikoabwägung und Portfoliobewertung durch das med. Controlling durchgeführt. Die kaufmännische Risikobewertung umfasst die Kontrolle und Bildung der Rückstellungen für ggf. Erlösausfällen durch MDK Minderungen, Schadensfällen. Die Berechnung der Eintrittswahrscheinlichkeit unterliegt einem Faktor der in der Bilanz zu berücksichtigen ist.

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

Es wird darauf geachtet, dass perspektivische Geschäftsbeziehungen, Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen möglichst von langer Dauer und von partnerschaftlichem Umgang geprägt sind. Sie bilden sinnvolle Ergänzungen unseres Leistungsangebotes, mit denen die Wertschöp-

fungsaspekte nicht immer nur unter monetären Gesichtspunkten verbessert werden. Neben den finanziellen Gesichtspunkten wird daher wesentlich mit darauf geachtet, dass eine Kooperation unter qualitativen Aspekten Vorteile beinhaltet.

### *5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien*

Die Organisationsstruktur wird bestimmt durch den Gesellschaftervertrag und den gesetzlichen Anforderungen an eine GmbH. Die daraus resultierende Struktur ist effektiv und definiert klare Zuordnungen. Durch die Festlegung einer eindeutigen Organisationsstruktur werden interne Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten allen Mitarbeitern, dem Träger und auch externen Einrichtungen dargelegt und in Form eines Organigramms beschrieben. In allen Abteilungen finden regelmäßig Besprechungen statt, in welchen die Maßnahmen zur Zielerreichung festgelegt werden. In allen Gremien sind entweder die Geschäftsführung oder ein Vertreter der Betriebsleitung vertreten. Über Entscheidungen werden Mitarbeiter zeitnah informiert. Die Grundlage des Verfahrens bilden u.a. die Geschäftsordnungen der Geschäftsführung und Betriebsleitung. Um die Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien zu gewährleisten, findet wöchentlich eine Sitzung der Geschäftsführung mit der Betriebsleitung statt. Einmal im Jahr findet eine Klausurtagung mit Geschäftsführung und Betriebsleitung statt, viermal jährlich eine Verwaltungsratssitzung. Grundsätzlich sind die Dienstwege kurz und barrierefrei. Um die Informationen zu transportieren, finden verschiedene Informationsveranstaltungen für Mitarbeiter statt, alle 2 Monate erscheint eine Mitarbeiterzeitung, zu aktuellen Anlässen werden Rundschreiben verteilt.

### *5.3.2 Innovation und Wissensmanagement*

Innovationen, Ideen und Vorschläge insbesondere zu neuen Behandlungsmethoden, zur Verbesserung der Serviceleistungen für Patienten und zur Einführung neuer Arbeitszeitmodelle werden zur ständigen Leistungsverbesserung genutzt. Maßnahmen zum Wissensmanagement dienen der Sicherung und Weiterentwicklung des medizinischen und pflegerischen Wissens untereinander.



## 6. Qualitätsmanagement

### *6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements/ 6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung*

Für die Kernprozesse der Aufnahme, der Behandlung und der Entlassung liegen Konzepte, Pathways und VA's mit geregelten Verantwortlichkeiten in allen Abteilungen vor. Prozessdarstellungen im Bereich Patientensicherheit wurden erstellt. Unterstützungsprozesse wie Beschwerdemanagement, Prozesse der innerbetrieblichen Fortbildungen sind festgelegt. Es sind Kern-, Management- und Unterstützungsprozesse mit Verantwortlichkeiten und Informationsfluss in Form von Flowcharts, Standards und Organigrammen beschrieben und geregelt sowie mit Zielen und Kennzahlenmatrix hinterlegt. Die Kundenanforderungen werden in der Prozessplanung beispielsweise durch Zertifizierungsanforderungen, Befragungen oder Leitlinien ermittelt und berücksichtigt. Schnittstellenproblematiken werden durch VA's geregelt und in Besprechungsroutinen aufgegriffen. Qualitätsindikatoren zur Bewertung der Prozesse werden erhoben, ausgewertet und veröffentlicht. Das betriebliche Vorschlagswesen ist ein genutztes Instrument, um verbesserungswürdige Prozesse aufzuzeigen und Lösungsansätze der Akteure mit einfließen zu lassen. Prozessabläufe werden durch das QMH für alle Beteiligte transparent. In der Geschäftsleitung wurde im Rahmen der Umstrukturierung eine weitere neue Stelle Prozessmanagement als Stabsstelle der Geschäftsführung geschaffen. Die Projektpläne werden in Führungsgremien vorgestellt. Die Implementierung erfolgt nach EMRAM Konzept. In jeder Fachabteilung beschreiben Behandlungspfade spezifische Prozesse der Patientenversorgung. Prozessoptimierungen werden in allen Bereichen meist in Form von Projekten beauftragt. In den Projektaufträgen werden hierzu Analysen der Ist-Prozesse und Vorgaben zur Dokumentation der Prozesse gemacht.

### *6.2.1 Patientenbefragung / 6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen / 6.2.3 Mitarbeiterbefragung/ 6.3.1 Beschwerdemanagement: Lob und Beschwerden von Mitarbeitern, Patienten und weiteren Externen*

Durch Befragungen werden die Bedürfnisse der Patienten und Mitarbeiter erhoben. Ziel ist es, Schwachstellen zu erkennen und diese dann für Verbesserungen gezielt zu nutzen. Patienten sollen sich im Marienkrankenhaus nach dem Klinikmotto "in guten Händen" fühlen. Wünsche nehmen wir ernst und sollen nach Möglichkeit auch erfüllt werden. Wichtig ist es dabei, auch negative Rückmeldungen festzuhalten. Um es den Patienten so einfach wie möglich zu machen, nehmen alle Mitarbeiter des Hauses mögliche Beschwerden und Verbesserungsvorschläge entgegen und leiten die Hinweise weiter. Anonym können Beschwerden über den Patientenfragebogen geäußert oder aber über den Patientenfürsprecher während der regelmäßigen Sprechstunden mitgeteilt werden. Beschwerdebeauftragte werden an beiden Standorten eingesetzt.

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

Qualitätsrelevanten Daten wie Infektionsstatistik, Dekubitusstatistik oder Sterblichkeitsrate, Komplikationsstatistik sowie Daten der externen Qualitätssicherung werden geführt, überwacht und Maßnahmen zur Verbesserung eingeleitet. Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung werden allen Abteilungen und den jeweiligen QS-Beauftragten zur Verfügung gestellt. Durch eine systematische Datenerhebung soll die Notwendigkeit von Verbesserungsmaßnahmen deutlich erkennbar werden.