

Klinik Blankenstein



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ - QUALITÄTSBERICHT

Krankenhaus:
Kath. Krankenhaus St. Elisabeth Blankenstein gGmbH

Institutionskennzeichen: 260 590 550

Anschrift: Im Vogelsang 5 – 11
D-45527 Hattingen/Ruhr

Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer: 2008 – 0102 K
durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle

BSI Management Systems und Umweltgutachter Deutschland GmbH, Hanau

Datum der Ausstellung: 01.10.2008
Gültigkeitsdauer: 30.09.2011



Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Die KTQ-Kriterien beschrieben von der Klinik	
1 Patientenorientierung im Krankenhaus	8
2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung	12
3 Sicherheit im Krankenhaus	15
4 Informationswesen	18
5 Krankenhausführung	20
6 Qualitätsmanagement	23



Vorwort der KTQ®

Die KTQ-Zertifizierung ist ein spezifisches Zertifizierungsverfahren des Gesundheitswesens für die Bereiche Krankenhaus, Arztpraxen, Rehabilitationskliniken und Pflegeeinrichtungen. Getragen wird die KTQ® von der Bundesärztekammer (BÄK), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Deutschen Pflegerat (DPR) und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherungen¹. Darüber hinaus wurde der Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschland e. V. (HB) mit Beginn des Routinebetriebes im „Niedergelassenen Bereich“ ebenfalls Gesellschafter der KTQ-GmbH. 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 wurden ausschließlich von Praktikern entwickelt und erprobt.

Mit diesem spezifischen Zertifizierungsverfahren bietet die KTQ® den genannten Einrichtungen ein Instrument an, mit dem sie die Qualität ihrer Leistungen durch die Zertifizierung und die zu veröffentlichenden KTQ-Qualitätsberichte nach außen transparent darstellen können.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen, von Praktikern entwickelten Kriterien, die sich auf die Patientenorientierung, die Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit, das Informationswesen, die Führung und das Qualitätsmanagement der Einrichtung beziehen.

Mit diesem spezifischen Zertifizierungsverfahren bietet die KTQ® ein Instrument an, mit dem sie die Qualität ihrer Leistungen zum internen Qualitätsmanagement durch eine freiwillige Zertifizierung und den zu veröffentlichenden strukturierten KTQ-Qualitätsbericht für die Öffentlichkeit transparent darstellen können.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen und von Krankenhauspraktikern entwickelten Kriterien, die sich auf die Patientenorientierung, die Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit im Krankenhaus, das Informationswesen, die Krankenhausführung und das Qualitätsmanagement der Einrichtung beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt.

Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes Visitorenteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen. Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den Visitoren gezielt hinterfragt und durch Begehungen einzelner Krankenhausbereiche überprüft.

¹ ZU DIESEN ZÄHLEN: DER VERBAND DER ANGESTELLTEN-KRANKENKASSEN E. V., ARBEITER-ERSATZKASSEN-VERBAND E. V., DER AOK-BUNDESVERBAND, DER BKK BUNDESVERBAND, DER IKK-BUNDESVERBAND, DER BUNDESVERBAND DER LANDWIRTSCHAFTLICHEN KRANKENKASSEN, DIE DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG KNAPPSCHAFT-BAHN-SEE.



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

Mit dem KTQ-Qualitätsbericht werden umfangreiche, durch die Fremdbewertung validierte Informationen über das betreffende Krankenhaus in standardisierter Form veröffentlicht.

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet die individuelle Einleitung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Beschreibung der insgesamt 72 Kriterien des KTQ-Kataloges. 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 Krankenhaus mit diesem Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen - einen umfassenden Überblick hinsichtlich seines Leistungsspektrums, seiner Leistungsfähigkeit und seines Qualitätsmanagements vermitteln kann.

Die Qualitätsberichte sind auch auf der KTQ-Homepage unter www.ktq.de abrufbar.

Dr. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

J. Wermes

Für die Spitzen-
verbände der Krankenkassen

Dr. med. B. Metzinger

Für die Für den Deutschen Pflegerat
Deutsche Krankenhausgesellschaft

M.-L. Müller



Einleitung

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

wir danken Ihnen für das Interesse an unserem Hause und laden Sie ein, uns durch das Lesen unseres Qualitätsberichtes näher kennen zu lernen.



Wenige Minuten von den Großstädten Essen, Bochum, Dortmund und nur eine knappe Autostunde von Großstädten wie Köln und Düsseldorf entfernt, liegt die Klinik Blankenstein in einer herrlichen Landschaft nur wenige hundert Meter vom Ruhrtal entfernt. Die Klinik Blankenstein zählt zu einem der traditionsreichsten Krankenhäuser in Hattingen und ist vor über 100 Jahren von den Olper Franziskanerinnen gegründet worden.

Das Versorgungsspektrum der Klinik unterteilt sich in die Abteilungen Naturheilkunde, Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesie und Schmerzambulanz sowie in die HNO-Belegarztabteilung.

Die Klinik Blankenstein ist Mitglied in dem Klinikverbund Katholisches Klinikum Bochum gGmbH (www.klinikum-bochum.de).

Die Erstellung dieses Qualitätsberichtes erfolgte im Rahmen der Zertifizierung nach KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität).

Ziel dieses Qualitätsberichts ist es, unser Krankenhaus in seiner Vielschichtigkeit für



alle Beteiligten transparenter zu gestalten und unser hohes Qualitätsniveau in allen Bereichen darzustellen, insbesondere zu den Themen der KTQ-Kategorien:

1. Patientenorientierung im Krankenhaus
2. Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung
3. Sicherheit im Krankenhaus
4. Informationswesen
5. Krankenhausführung
6. Qualitätsmanagement

Beteiligte sind neben Patienten, Angehörigen, niedergelassenen Vertragsärzten und Mitarbeitern des Hauses auch die gesamte interessierte Öffentlichkeit. Der Bericht soll

eine Informationsquelle aber auch eine Entscheidungshilfe sein.

Dabei ist es für uns insbesondere wichtig, Ihnen sinnvolle Informationen zu geben, um den für Sie in der jeweiligen Situation besten Anbieter stationärer bzw. ambulanter

Leistungen auswählen zu können. Dies gilt nicht nur für die Bevölkerung allgemein, sondern auch speziell für niedergelassene Ärzte und Einweiser.



Die KTQ-Kriterien beschrieben von der Klinik Blankenstein in Hattingen



1 Patientenorientierung im Krankenhaus

1.1 Vorfeld der stationären Versorgung und Aufnahme

Die Organisation im Vorfeld der stationären Aufnahme erfolgt patientenorientiert.

1.1.1 Die Vorbereitungen einer stationären Behandlung sind patientenorientiert

Das Krankenhaus gewährleistet im Vorfeld der stationären Versorgung eine an den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Angehörigen orientierte Organisation und Gestaltung.

Die stationäre Aufnahme unserer Patienten wird durch das Zentrale Patienten Management (ZPM) geregelt. Notfälle werden sofort über die gemeinsame innere und chirurgische Notfallambulanz versorgt. Besonderheiten der jeweiligen Erkrankung werden berücksichtigt. Eine gute Abstimmung mit den niedergelassenen Ärzten verhindert belastende Doppeluntersuchungen. Neben der Behandlung durch Fachärzte können Beratungsgespräche z. B. Ernährung, Diabetes, häusliche Pflege, vereinbart werden. In Krankenhaushöhe ist ausreichend Parkraum vorhanden.

1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

Innerhalb des Krankenhauses ist die Orientierung für Patienten und Besucher sichergestellt.

Über ein Wegeleitsystem werden Patienten und Besucher schnell und sicher zum Ziel geführt. Dabei werden sie bei Bedarf von Mitarbeitern und ehrenamtlichen Helfern unterstützt. Ein Lageplan und eine Gebäudeübersicht befinden sich auf unserer Homepage. An der Pforte und im Intranet liegen Dolmetscherlisten und Lagepläne aus. Die Pforte ist 24 Stunden besetzt und Mitarbeiter sind für Fragen von Besuchern und Patienten ansprechbar. Auf die Notaufnahme- und Intensivstation wird besonders hingewiesen.

1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

Die Aufnahme erfolgt koordiniert unter Berücksichtigung der Bedürfnisse von Patienten nach Information, angemessener Betreuung und Ausstattung.

Die Patienten können die Aufnahmeformalitäten in der zentralen Aufnahme erledigen. Dort erhalten sie u. a. Informationsmaterial über das Krankenhaus. Soweit möglich, berücksichtigen wir bei der Aufnahme die Bedürfnisse der Patienten, z. B. die Zimmerbelegung. Durch unsere Dienstplanung gewährleisten wir, dass sie von qualifiziertem Personal empfangen werden. Durchdachte Prozessabläufe verringern die Wartezeiten. Die Wartebereiche sind mit Zeitschriften ausgestattet.

1.1.4 Ambulante Patientenversorgung

Die ambulante Patientenversorgung z. B. im Rahmen der Notfallambulanz, der Medizinischen Versorgungszentren (Psych.: der psychiatrischen Institutsambulanz), der Wiedereinbestellungsambulanz oder der Ermächtigungsambulanz (Uni.: Spezialambulanzen) verläuft koordiniert unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse.

Wir bieten ambulanten Patienten die Behandlung in unseren Spezialambulanzen an. Auch außerhalb der Ambulanzöffnungszeiten stehen Ärzte für die Versorgung von Notfallpatienten zur Verfügung. Enge Absprachen mit dem Rettungsdienst der Stadt sorgen für eine reibungslose Übergabe. Die Befunde ambulanter Leistungen sind stationär verfügbar. Um den stationären Aufenthalt so kurz wie möglich zu halten, werden alle vor- und nachstationären Maßnahmen ausgeschöpft. Ein hauseigener ambulanter Pflegedienst ergänzt das Leistungsspektrum.



1.2 Ersteinschätzung und Planung der Behandlung

Eine umfassende Befunderhebung jedes Patienten ermöglicht eine patientenorientierte Behandlungsplanung.

1.2.1 Ersteinschätzung

Für jeden Patienten wird ein körperlicher, seelischer und sozialer Status erhoben, der die Grundlage für die weitere Behandlung darstellt.

Eine sorgfältige und zeitnahe Einschätzung des körperlichen und seelischen Befindens und des sozialen Status der Patienten ist die Voraussetzung für eine gut geplante Behandlung. Ärzte und Pflegekräfte arbeiten bei der Erhebung der dazu notwendigen Informationen eng zusammen. Dabei werden auch die Erwartungen und Wünsche der Patienten in Bezug auf Pflege und Behandlung erfragt. Der Datenschutz beim Führen der Aufnahmegespräche wird beachtet.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

Vorbefunde werden soweit wie möglich genutzt und zwischen dem betreuenden Personal ausgetauscht.

Mit Hilfe unseres Krankenhausinformationssystems und des Archivs gewinnen wir einen raschen Überblick über Vorbefunde aus früheren Aufenthalten in unserem Haus. Wir fragen die Patienten in Vorgesprächen gezielt nach Voruntersuchungen, deren Befunde verwertet werden können. Bei ambulanten Voruntersuchungen erhalten Patienten ein Merkblatt mit den für den Aufnahmetermin erforderlichen Unterlagen. Wenn es medizinisch vertretbar ist, werden Vorbefunde genutzt, um kostspielige und belastende Doppeluntersuchungen zu vermeiden.

1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

Für jeden Patienten wird der umfassende Behandlungsprozess unter Benennung der Behandlungsziele festgelegt.

Die Pflege und Behandlung der Patienten erfolgt gezielt und geplant. Bei der Aufnahme erstellt der verantwortliche Arzt eine individuelle Behandlungsplanung, die später vom Stationsarzt in Absprache mit dem Oberarzt angepasst und fortgeschrieben wird. Die Planung orientiert sich am aktuellen medizinischen Kenntnisstand, z. B. an den Leitlinien von Fachgesellschaften. Klinische Pfade werden fortlaufend aktualisiert und neu erarbeitet. Absprachen zum Behandlungsplan werden zwischen allen Beteiligten getroffen.

1.2.4 Integration der Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Eine möglichst umfangreiche Information der Patienten und Angehörigen unterstützt den Genesungsprozess. Deshalb beziehen wir Patienten und Angehörige frühzeitig aktiv in die Behandlungsplanung ein. Hierbei respektieren wir, sofern mit dem Gesetz vereinbar, individuelle Bedürfnisse und religiöse Wünsche. Für fremdsprachige Patienten stehen Laiendolmetscher zur Verfügung.



1.3 Durchführung der Patientenversorgung

Die Behandlung und Pflege jedes Patienten erfolgt in koordinierter Weise gemäß multiprofessioneller Standards, um bestmögliche Behandlungsergebnisse zu erzielen.

1.3.1 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung

Die Behandlung und Pflege jedes Patienten wird umfassend, zeitgerecht und entsprechend professioneller Standards durchgeführt.

Wissenschaftlich fundierte medizinische Leitlinien und erprobte Pflegestandards sind die Grundlage für die individuelle Behandlung der Patienten. Die Verantwortung dafür liegt beim behandelnden Arzt. Chef- und Oberärzte überwachen die korrekte Durchführung im Rahmen von Visiten und Besprechungen. Bei Bedarf werden Spezialisten anderer Fachrichtungen zu Rate gezogen. Anordnungen werden in der Patientenakte dokumentiert. Unter Anleitung von Experten unserer Anästhesieabteilung wird die Schmerztherapie interdisziplinär, -professionell durchgeführt.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

Der Patientenversorgung werden Leitlinien mit, wo möglich, Evidenzbezug zugrunde gelegt.

Behandlungspfade sorgen für Sicherheit bei der Behandlung unserer Patienten. Sie werden unter Berücksichtigung aktueller Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften entwickelt. Für die wichtigsten pflegerischen Maßnahmen liegen Pflegestandards vor. Fortbildungen, Fallbesprechungen und Konferenzen sorgen dafür, dass die Mitarbeiter auf dem aktuellen Stand sind.

1.3.3 Patientenorientierung während der Behandlung

Der Patient wird in alle durchzuführenden Behandlungsschritte und Maßnahmen der Versorgung einbezogen und seine Umgebung ist patientenorientiert gestaltet.

Unser traditionsreiches Krankenhaus befindet sich in einem Alt- und in einem Neubau, welcher im Laufe der Jahre erweitert wurde. Durch Umbauten und Renovierungen passen wir unseren Standard an die gewachsenen Anforderungen der Patienten an. Telefon, Radio und Fernseher befinden sich in jedem Patientenzimmer. Unsere Cafeteria lädt zum Imbiss ein. Wir bieten Unterbringungsmöglichkeiten für Angehörige an. Besuche sind ganztägig möglich. Abläufe und Essenszeiten orientieren sich an den Bedürfnissen der Patienten.

1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

Bei der Verpflegung werden die Erfordernisse, Bedürfnisse und Wünsche der Patienten berücksichtigt.

Unser Speiseplan bietet den Patienten abwechslungsreiche und schmackhafte Gerichte. Dabei werden bevorzugt saisonale und regionale Gerichte angeboten. Ernährungsberatung und Diätassistentinnen übernehmen die Beratung für Patienten, die besondere Kostformen benötigen. Die vielfältigen Angebote berücksichtigen auch Wünsche und Bedürfnisse von Diabetikern, Vegetariern und muslimischen Patienten. Mineralwasser, Tee und Kaffee steht den Patienten kostenfrei zur Verfügung.

1.3.5 Koordinierung der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Der schriftliche Behandlungsplan und die Dokumentation der Maßnahmen erleichtert dem Stationsarzt und dem Pflegepersonal die Koordination der Behandlungsschritte. Besonders dringende Untersuchungen werden bevorzugt ausgeführt. Eine zeitnahe Rückmeldung zu den Ergebnissen der Untersuchungen, i. d. R. am Untersuchungstag, ist gewährleistet. Laborbefunde sind über die EDV abrufbar. Bei problematischen Untersuchungsergebnissen erfolgt eine telefonische Mitteilung durch die untersuchende Einrichtung.

1.3.6 Koordinierung der Behandlung: OP-Koordination

Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.

OP-Koordinatoren kümmern sich 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 ausgewertet. Daraus werden kontinuierlich Verbesserungen abgeleitet. Notfälle werden in das laufende OP-Programm integriert.



1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

Die Behandlung des Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Patientenversorgung.

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. Werden innerhalb unseres Hauses Untersuchungen durch Experten anderer Fachabteilungen angefordert, werden sie innerhalb von 24 Stunden durchgeführt.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

Die Visitation des Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Patientenversorgung.

Unsere Patienten möchten ihre persönliche Tagesplanung mit den Visitenzeiten abstimmen. Deshalb wurden für die Visiten Zeitfenster festgelegt. Die Visiten finden überwiegend am Vormittag statt. Werktags findet in allen Abteilungen mindestens eine tägliche Visite statt. 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.

1.4 Übergang des Patienten in andere Versorgungsbereiche

Die kontinuierliche Weiterversorgung des Patienten in anderen Versorgungsbereichen erfolgt professionell und koordiniert gesteuert unter Integration des Patienten.

1.4.1 Entlassung und Verlegung

Der Übergang in andere Versorgungsbereiche erfolgt strukturiert und systematisch unter Integration und Information des Patienten und ggf. seiner Angehörigen.

Wir möchten den Aufenthalt der Patienten nicht unnötig verlängern, deshalb beginnt bei uns der Entlassungsprozess mit der Aufnahme. Mit unserem Pflegeüberleitungsbogen 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 unterstützt die Patienten bei der Organisation der nachstationären Versorgung.

1.4.2 Bereitstellung kompletter Informationen zum Zeitpunkt des Überganges des Patienten in einen anderen Versorgungsbereich (Entlassung/ Verlegung u. a.)

Das Krankenhaus sichert eine lückenlose Information für die Weiterbehandlung oder Nachsorge des Patienten.

Die Patienten erhalten bei ihrer Entlassung einen Arztbrief, in dem alle zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Informationen enthalten sind, fehlende Befunde werden nachgereicht. Bei Bedarf erfolgt eine zusätzliche telefonische Information der weiterbehandelnden oder betreuenden Stelle. Informationen über Patienten leiten wir nur dann weiter, wenn das schriftliche Einverständnis vorliegt.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

Vom Krankenhaus wird eine kontinuierliche Weiterbetreuung des Patienten durch Kooperation mit den weiterbetreuenden Einrichtungen bzw. Personen sichergestellt.

Mit unserem Überleitungskonzept ist die kontinuierliche Weiterbetreuung pflegebedürftiger Patienten gewährleistet. Übernehmende Pflegeeinrichtungen informieren wir mit dem pflegerischen Verlegungsbericht. Innerhalb des Hauses finden beim Wechsel des Betreuungsteams Übergabegespräche statt. Wir pflegen den Kontakt zu weiterbetreuenden Stellen und Selbsthilfegruppen u. a. durch Fortbildungsangebote. Ist eine Wiedervorstellung in unseren Ambulanzen geplant, erhalten unsere Patienten bereits bei der Entlassung einen Termin.



2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

2.1 Planung des Personals

Durch die Personalplanung ist die kontinuierliche Bereitstellung einer angemessenen Anzahl an qualifizierten Mitarbeitern gesichert.

2.1.1 Planung des Personalbedarfes

Die Planung des Personalbedarfes umfasst die Bereitstellung einer angemessenen Zahl an entsprechend qualifizierten Mitarbeitern.

Die qualifizierte Behandlung und Versorgung unserer Patienten leiten uns bei der Personalplanung. Bei gleichbleibenden Leistungszahlen dient das Personalbudget den Abteilungen als festliegende Planungsgröße. Bei überdurchschnittlicher Fluktuation in bestimmten Bereichen werden die Ursachen analysiert. Bei Bedarf werden Maßnahmen wie Konfliktmoderation oder Teamentwicklung angeboten.

2.2 Personalentwicklung

Die Personalentwicklung des Krankenhauses orientiert sich an den Bedürfnissen des Hauses und der Mitarbeiter.

2.2.1 Systematische Personalentwicklung

Das Krankenhaus betreibt eine systematische Personalentwicklung.

Die dynamische Entwicklung unseres Krankenhauses erfordert von Mitarbeitern und Führungskräften die ständige Weiterqualifikation. 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 Jahresgespräch, in dem Ziele vereinbart und dokumentiert werden. Interprofessionelle Führungskräftelehrgänge werden regelmäßig durchgeführt.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

Das Krankenhaus stellt sicher, dass Wissensstand, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiter den Anforderungen der Aufgabe (Verantwortlichkeiten) entsprechen.

Für Transparenz sorgen das Organigramm sowie der Stellenplan der Klinik Blankenstein. Für spezielle Aufgaben, z. B. die der Stationsleitung, wurden Stellenbeschreibungen entwickelt. Sie schaffen Klarheit über Kompetenzen und Verantwortlichkeiten. Die Stellenbeschreibungen werden bei Neuausschreibungen aktualisiert.

2.2.3 Fort- und Weiterbildung

Das Krankenhaus sorgt für eine systematische Fort- und Weiterbildung, die sowohl an den Bedürfnissen der Mitarbeiter als auch des Krankenhauses ausgerichtet ist.

Unsere Mitarbeiter bilden sich kontinuierlich fort um die Patienten nach aktuellen Erkenntnissen untersuchen, behandeln und pflegen zu können. Dazu steht ihnen u. a. das eigene Fort- und Weiterbildungsinstitut (BIGEST) mit einem umfangreichen Halbjahresprogramm zur Verfügung. Neben den dort 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.

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Die Klinik Blankenstein fördert die Teilnahme von Mitarbeitern an Fort- und Weiterbildungen auf vielfältige Weise. So bietet das Fort- und Weiterbildungsinstitut des Katholischen Klinikum Bochum (BIGEST) für die Mitarbeiter Veranstaltungen kostenfrei an. Bei externen Veranstaltungen werden unterschiedliche Finanzierungsmodelle angewendet, die von der Freistellung vom Dienst bis zur vollständigen Übernahme der Kosten reichen.



2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

Für Mitarbeiter sind angemessene Fort- und Weiterbildungsmedien zeitlich uneingeschränkt verfügbar.

Das Internet hat einen hohen Stellenwert in Bezug auf aktuelle Informationen für Medizin und Pflege. Deshalb haben alle Mitarbeiter dieser Bereiche Zugriff auf das Internet und damit auch auf Online-Ausgaben von Fachzeitschriften oder Informationen von Fachgesellschaften. Weiter stehen den Mitarbeitern die Fachbibliotheken ihrer Abteilung zur Verfügung. Fort- und Weiterbildungsmedien (Beamer, Moderationsausrüstung u. ä.) für interne Veranstaltungen können zentral ausgeliehen werden.

2.2.6 Sicherstellung des Lernerfolges in angegliederten Ausbildungsstätten

Angegliederte Ausbildungsstätten leisten eine Theorie-Praxis-Vernetzung und bereiten Mitarbeiter angemessen auf ihre Tätigkeiten im Rahmen der Patientenversorgung vor.

Die enge Verknüpfung von Theorie und Praxis ist die Basis einer fundierten Ausbildung. Pflegepädagogisch qualifizierte Mentoren und Praxisanleiter gewährleisten die Anleitung in der Praxis. Ein Regelkommunikationssystem zwischen Praxisanleitung und Pflegedirektion unterstützt die Vernetzung. In der Fort- und Weiterbildung wird der Lernerfolg mit Hilfe von Seminartransferbögen und Teilnehmerfragebögen überprüft.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

Mitarbeiterinteressen werden angemessen bei der Führung des Krankenhauses berücksichtigt.

2.3.1 Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles

Im Krankenhaus wird ein festgelegter und einheitlicher Führungsstil praktiziert, der die Bedürfnisse der Mitarbeiter berücksichtigt.

Motivierte Mitarbeiter, die sich für unsere Patienten, Angehörigen und zuweisenden Ärzte engagieren, sind unsere wichtigste Ressource. In den Führungsgrundsätzen der Klinik Blankenstein sind deshalb Erwartungen an unsere Führungskräfte, wie zum Beispiel ein wertschätzender und partnerschaftlicher Führungsstil, formuliert. Führungskräfte werden für ihre Führungsaufgabe qualifiziert. Sie sind zur Führung von Jahresgesprächen mit ihren Mitarbeitern aufgefordert. In Mitarbeiterbefragungen wird die Umsetzung des mitarbeiterorientierten Führungsstils überprüft.

2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Die Arbeitszeitregelungen in unserem Haus orientieren sich an den Bedürfnissen unserer Patienten, den Wünschen unserer Mitarbeiter und an den gesetzlichen Bestimmungen. Eine Vielzahl von Teilzeitregelungen und Arbeitszeitmodellen (Arbeitszeitkonten, flexible Arbeitszeiten u.a.) tragen diesen Anforderungen Rechnung. In vielen Bereichen wird die Arbeitszeit elektronisch erfasst und ausgewertet. Eine Projektgruppe hat mit Unterstützung externer Beratung Kriterien zur Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes entwickelt.

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Die systematische Einarbeitung neuer Mitarbeiter stellt eine gleichbleibend gute Qualität der Patientenversorgung sicher. Neue Mitarbeiter werden auf Grundlage eines erprobten Einarbeitungskonzepts eingeführt. Sie erhalten eine Bezugsperson für die ersten Wochen. Gespräche in festen Intervallen fördern den Lernprozess und dienen der Überprüfung des Einarbeitungsfortschritts. Checklisten und arbeitsplatzbezogene Informationshandbücher gewährleisten, dass der neue Mitarbeiter über die für seine Aufgabe notwendigen Informationen verfügt.



2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zum Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden.

Wir möchten, dass sich unsere Mitarbeiter aktiv mit Ideen, Verbesserungsvorschlägen oder sachlicher Kritik einbringen, damit unsere Leistungen für die Patienten noch besser werden. Strukturiert festgelegt ist dieses Konzept im "Betrieblichen Vorschlagwesen". Dazu gehört auch ein finanzielles Anreizsystem. Für besonders innovative Qualitätsverbesserungsprojekte wird der Qualitätspreis des Katholischen Klinikums Bochum für Mitarbeiter ausgeschrieben.



3 Sicherheit im Krankenhaus

3.1 Gewährleistung einer sicheren Umgebung

Das Krankenhaus gewährleistet eine sichere Umgebung für die Patientenversorgung.

3.1.1 Verfahren zum Arbeitsschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum Arbeitsschutz angewandt, das insbesondere Sicherheitsaspekte am Arbeitsplatz, bei Mitarbeitern, im Umgang mit Gefahrstoffen und zum Strahlenschutz berücksichtigt.

Die Umsetzung unseres "Arbeitssicherheitskonzepts" verhindert Arbeitsunfälle und vermeidet Berufsunfähigkeit. Das Konzept beinhaltet Verfahren und Verhaltensregeln z. B. für Stichverletzungen oder den Umgang mit Gefahrstoffen. In unseren Betriebsstätten überwachen Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Sicherheitsbeauftragte und der Arbeitssicherheitsausschuss die Einhaltung der Schutzbestimmungen. Sicherheitsmängel werden zeitnah behoben. Der betriebsärztliche Dienst führt regelmäßige Untersuchungen der Mitarbeiter durch.

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

In der Klinik Blankenstein ist der Brandschutz in Form eines Brandschutzkonzeptes, das die Mitarbeiter im QM-Handbuch und im Intranet einsehen können, geregelt. Flucht- und Rettungspläne werden ausgehängt und aktualisiert. Schulungen und Übungen vermitteln den Mitarbeitern Sicherheit für den Notfall. In der Brandschau festgestellte Mängel werden zeitnah abgestellt. Brandschutzübungen finden statt.

3.1.3 Verfahren zur Regelung von hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung bei hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz angewandt.

Das Krankenhaus ist in den Katastrophenschutz nach Landesrecht eingebunden. Dazu liegen umfangreiche Pläne, Checklisten und Verzeichnisse vor. Für sonstige nichtmedizinische Notfallsituationen sorgt ein Konzept, in das vor allem der technische Dienst rund um die Uhr eingebunden ist. Das Sicherungssystem bestehend u. a. aus Notstromaggregat, mobilen Sauerstoffflaschen, Personenrufanlage und Notteléfono wird regelmäßig kontrolliert.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Für die Sicherheit unserer Patienten bei medizinischen Notfällen sorgt das Notfallmanagementkonzept, in dem eine einheitliche Vorgehensweise festgelegt ist. Gegen den plötzlichen Herztod sind Defibrillatoren an einigen Punkten installiert. Die Mitarbeiter des Pflegedienstes werden regelmäßig zur Notfallversorgung und Reanimation geschult. Die Notfallausrüstung wird nach jedem Einsatz und in halbjährlichen Abständen überprüft.

3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

Für den Patienten wird eine sichere unmittelbare Umgebung gewährleistet und Maßnahmen zur Sicherung vor Eigen- und Fremdgefährdung umgesetzt.

Die Sicherheit unserer Patienten wird durch eine Vielzahl von Handlungsanweisungen und Standards gewährleistet, die u. a. die Aufsichtspflicht des Pflegepersonals für insbesondere verwirrte Patienten regeln. Für die sensiblen Bereiche des Krankenhauses (z. B. Intensivstation) existiert eine besondere Zugangssicherung. Die Mitarbeiter sind über die Verfahren informiert und werden zu Neuerungen regelmäßig geschult. Die technischen Geräte unterliegen der Überwachung durch den Technischen Dienst unseres Krankenhauses.



3.2 Hygiene

Im Krankenhaus wird ein systematisches, krankenhausesweit umgesetztes Verfahren zur effektiven Prävention und Kontrolle von Infektionen eingesetzt.

3.2.1 Organisation der Hygiene

Für die Belange der Hygiene ist sowohl die personelle Verantwortung als auch das Verfahren der Umsetzung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen krankenhausesweit 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 Einhaltung der Hygieneplanung überprüfen die Hygienefachkräfte vor Ort. Die Hygienekommission überwacht regelmäßig Infektionsstatistiken, Meldungen und die Ergebnisse von Begehungen und leitet ggf. Maßnahmen ein. Die Mitarbeiter werden beraten und geschult.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

Für die Analyse hygienerelevanter Bereiche wie auch die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen werden krankenhausesweit hygienerelevante Daten erfasst.

Die Infektionsstatistik, die unter Beteiligung der Ruhr-Universität ausgewertet wird, gibt Aufschluss über vorhandene Hygienemängel. Auffällige Ergebnisse werden in der Hygienekommission analysiert und entsprechende Maßnahmen eingeleitet. Die Ergebnisse werden auch in die Abteilungsbesprechungen zurückgemeldet und führen u. a. zu Schulungen von Hygieneansprechpartnern, die als Multiplikatoren die Mitarbeiter informieren. Eine elektronische Datenerfassung wird zurzeit aufgebaut.

3.2.3 Planung und Durchführung hygiesichernder Maßnahmen

Hygiesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Wir schützen unsere Patienten und Mitarbeiter vor Infektionserregern (z. B. Hepatitis, HIV, SARS), indem 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 einmal 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.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.

Die Hygieneabteilung überwacht die Einhaltung der Richtlinien und Empfehlungen und unterstützt die Abteilungen und Bereiche bei der Umsetzung. Die moderne Zentralsterilisation erfüllt höchsten geltenden Qualitätsstandards. In der Krankenhausküche werden die in der Lebensmittelverordnung festgelegten Hygienestandards umgesetzt. Die Mitarbeiter der Küche werden jährlich zu diesem Thema geschult.

3.3 Bereitstellung von Materialien

Vom Krankenhaus werden die für die Patientenversorgung benötigten Materialien auch unter Beachtung ökologischer Aspekte bereitgestellt.

3.3.1 Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten.

Die Versorgung unserer Patienten mit Arzneimitteln, Blut- und Blutprodukten sowie Medizinprodukten gewährleistet die zentrale Apotheke des Katholischen Klinikums in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission und dem Einkauf. Unter der Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse legt die Arzneimittelkommission die Arzneimittelliste fest. Für die Beschaffung, Zubereitung und Lagerung gibt es hinterlegte Regelungen.



3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Unsere Patienten werden rund um die Uhr mit den notwendigen Arzneimitteln versorgt. Ein dienstbereiter Apotheker steht auf Abruf bereit. Richtlinien für Arzneimitteltherapie, z. B. mit Antibiotika liegen vor. Arzneimittel werden streng indikationsbezogen angewendet. Über die Effektivität und Evidenz werden Aufzeichnungen angefertigt. Ein Meldesystem über unerwünschte Arzneimittelwirkungen befindet sich im Aufbau. Die Lagerhaltung auf den Stationen wird regelmäßig durch einen Apotheker überprüft.

3.3.3 Anwendung von Blut- und Blutprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Blut und Blutprodukten.

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.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Eine Dienstanweisung regelt den Umgang mit Medizinprodukten. Dort ist u.a. festgelegt, dass ausschließlich eingewiesene Mitarbeiter die jeweiligen medizinischen Geräte bedienen dürfen. Die Einweisungen der Mitarbeiter werden dokumentiert. Die Verantwortlichkeiten für die Anwendung von Medizinprodukten sind benannt. Der Meldeweg für Vorkommnisse und Beinahe-Vorkommnisse mit Medizinprodukten ist beschrieben.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Wir nehmen unsere besondere Verantwortung für die Umwelt als Teil der Schöpfung wahr. Der Energie- und Wasserverbrauch sowie die Abfallmenge in der Klinik wird überprüft. Maßnahmen zur Reduzierung werden durchgeführt. Zur Minderung von Emissionen halten wir die technischen Anlagen auf dem neuesten Stand. Die Einkaufskommission hat Richtlinien zum umweltfreundlichen Einkauf entwickelt. Wieder verwendbare Produkte werden Einmalprodukten vorgezogen. Bei der Einarbeitung werden die Mitarbeiter auf die Abfalltrennung hingewiesen.



4 Informationswesen

4.1 Umgang mit Patientendaten

Im Krankenhaus existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die Erfassung, Dokumentation und Verfügbarkeit von Patientendaten sicherstellt.

4.1.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Eine hausinterne Regelung zur Führung und Dokumentation von Patientendaten liegt vor und findet Berücksichtigung.

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 geregelt. Für die rasche Verfügbarkeit der Daten sorgt unser elektronisches Krankenhausinformationssystem. Bei Veränderungen im Dokumentationssystem werden die Mitarbeiter aktuell geschult. Die Mitarbeiter der Dokumentations-AG ermitteln mit Stichproben auf den Stationen die Umsetzung der Dokumentation.

4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

Vom Krankenhaus wird eine vollständige, verständliche, korrekte, nachvollziehbare und zeitnahe Dokumentation von Patientendaten gewährleistet.

Um alle Schritte des Behandlungsprozesses nachvollziehbar zu machen, werden die diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen in der Patientenakte dokumentiert. Die Vollständigkeit der Dokumentation wird von den Verantwortlichen regelmäßig kontrolliert. Dabei unterstützt sie das Meldesystem des Krankenhausinformationssystems, mit dessen Hilfe Listen fehlender Daten aufgestellt werden. Zusätzliche Stichproben nimmt das Medizincontrolling vor. Eine weitere Überprüfung ermöglicht das Projekt Überprüfung der Pflegedokumentation.

4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren, um den zeitlich uneingeschränkten Zugriff auf die Patientendokumentation zu gewährleisten.

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 bis 2004. Alle davor angelegten Akten sind im zentralen Archiv unserer Klinik im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungspflicht für die dazu Berechtigten einsehbar. Für unsere aktuellen stationären Patienten wird eine Patientenakte in Papierform geführt.

4.2 Informationsweiterleitung

Im Krankenhaus existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die adäquate Weiterleitung von Informationen gewährleistet.

4.2.1 Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Bereichen

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Informationsweitergabe innerhalb und zwischen verschiedenen Krankenhausbereichen.

Unsere Kommunikationsstruktur fördert den Informationsfluss und den Austausch aller für die Genesung unserer Patienten Verantwortlichen. Das Intranet wird zunehmend für die Informationsweitergabe genutzt. In interdisziplinären Konferenzen wird das Wissen der Experten aus verschiedenen Fachrichtungen zusammengeführt und so die Behandlung optimiert. Ein Pflegeüberleitungsbogen informiert die Einrichtungen über die Pflege des Patienten.



4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

Zentrale Auskunftsstellen im Krankenhaus werden mit Hilfe einer geregelten Informationsweiterleitung kontinuierlich auf einem aktuellen Informationsstand gehalten.

Die zentrale Auskunftsstelle (Pforte) unserer Einrichtung ist 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 (Telefonnummern, Namenslisten etc.). Bei der Erteilung von Auskünften werden die Datenschutzbestimmungen berücksichtigt.

4.2.3 Information der Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Auf der Grundlage eines Kommunikationskonzeptes informieren wir die interessierte Öffentlichkeit über Neuerungen, besondere Ereignisse und Fachthemen. Bei der Pressearbeit wird die Krankenhausleitung durch eine Mitarbeiterin für Öffentlichkeitsarbeit unterstützt. Die einzelnen Abteilungen nehmen eine wichtige Rolle bei der Öffentlichkeitsarbeit wahr. Sie führen u. a. Informationsveranstaltungen und Patientenseminare durch. Mit unserem Internetauftritt erhalten Interessierte einen guten Überblick über das Leistungsspektrum unserer Klinik.

4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

Daten und Informationen insbesondere von Patienten werden im Krankenhaus durch verschiedene Maßnahmen geschützt. Vgl. entsprechende landesrechtliche Regelungen (Regelungen zum Datenschutz finden sich in den Landeskrankenhausgesetzen von Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Thüringen), in: Krankenhausrecht - Rechtsvorschriften des Bundes und der Länder, Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, 5. Auflage 1998; Ärztliche Berufsordnung.

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. Im Rahmen ihrer Einarbeitung werden die Mitarbeiter besonders auf die Datenschutzbestimmungen hingewiesen. Die datenschutzbeauftragte Person überwacht den Umgang mit Patientendaten.

4.3 Nutzung einer Informationstechnologie

Im Rahmen der Patientenversorgung wird Informationstechnologie eingesetzt, um die Effektivität und Effizienz zu erhöhen.

4.3.1 Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie

Die Voraussetzung für eine umfassende und effektive Nutzung der unterstützenden Informationstechnologie wurde geschaffen.

Zur Unterstützung der effektiven und effizienten Patientenversorgung nutzen wir ein vernetztes Krankenhausinformationssystem, an das sämtliche medizinischen und administrativen Bereiche angeschlossen sind. Sicherungssysteme schützen die Daten bzw. sorgen für den Datenausfall vor. Im hauseigenen Bildungsinstitut (BIGEST) finden regelmäßig EDV-Schulungen und Einweisungen statt. Mitarbeiter der EDV-Abteilung stehen den Anwendern für Fragen oder Problemlösungen zur Verfügung.



5 Krankenhausführung

5.1 Entwicklung eines Leitbildes

Das Krankenhaus entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.

5.1.1 Entwicklung eines Leitbildes

Das Krankenhaus entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.

Bei der Behandlung und Versorgung unserer Patienten leiten uns die Grundsätze des Leitbildes, das im Frühjahr 2004 nach einer zweijährigen Entwicklungsphase verabschiedet wurde. Mit dem Leitbild wird die Tradition eines katholischen Krankenhauses mit dem Anspruch, sich neuen Herausforderungen zu stellen, verbunden. Die Leitbildentwicklung fand als offener Prozess unter Beteiligung vieler Mitarbeiter statt. Das Jahresprogramm des Bildungsinstituts (BIGEST) greift regelmäßig Leitbildthemen für die Schulung der Mitarbeiter auf.

5.2 Zielplanung

Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und steuert die Umsetzung der festgelegten Ziele.

5.2.1 Entwicklung einer Zielplanung

Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und nutzt diese für die Steuerung seiner Handlungen.

Basierend auf den Grundlagen des Leitbildes der Klinik Blankenstein erfolgt die Ausrichtung und Zielsetzung. In Zielvereinbarungsgesprächen werden alle Fach- und Führungskräfte in die Zielentwicklung eingebunden. Aus dem Leitbild heraus wurden Führungsgrundsätze entwickelt. Kooperationen mit anderen Krankenhäusern, im Speziellen mit dem Katholischen Klinikum Bochum, sichern den Standort und tragen zur Erweiterung des Leistungsangebots für unsere Patienten bei.

5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

Die aktuelle Organisationsstruktur des Krankenhauses ist festgelegt unter Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten.

Eine klare Organisationsstruktur schafft Transparenz und Handlungssicherheit. Im Qualitätsmanagement Handbuch ist die Organisationsstruktur mit Organigramm einsehbar. Eine Vielzahl von Projekt- und Arbeitsgruppen arbeitet an Optimierungs- oder Qualitätsverbesserungsprojekten, die von der Geschäftsführung bzw. vom Qualitätsmanagement überwacht werden. Projektverantwortliche Mitarbeiter werden zu Projektmanagern qualifiziert.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

Die Krankenhausleitung entwickelt einen Finanz- und Investitionsplan und übernimmt die Verantwortung für dessen Umsetzung.

Der Investitionsplan für das kommende Jahr wird möglichst frühzeitig im Jahr erstellt. Dabei bilden die Anforderungen aus den Abteilungen und die von Krankenhausbetriebsleitung und Geschäftsführung erkannten Investitionsnotwendigkeiten die Grundlage. Die Wirtschafts- und Investitionspläne werden auf Basis des angenommenen Budgets entwickelt und je nach Budgetabschluss fortgeschrieben.



5.3 Sicherstellung einer effektiven und effizienten Krankenhausführung

Das Krankenhaus wird effektiv und effizient geführt mit dem Ziel der Sicherstellung der Patientenversorgung.

5.3.1 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Leitungsgremien und Kommissionen

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise von Leitungsgremien und Kommissionen, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.

Die Leitungsgremien und Kommissionen des Krankenhauses tagen in festgesetzten Zyklen. Die Effektivität der Besprechungen wird durch Tagesordnungen, Protokolle und Maßnahmepläne 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 die Mitarbeiterzeitung "Impuls" bekannt gemacht.

5.3.2 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.

In der Geschäftsführung regelt der Geschäftsverteilungsplan die Aufgabenverteilung und die Kompetenzen. Regelmäßige Besprechungen in den Leitungsgremien (Geschäftsführung, Krankenhausbetriebsleitung, Bereichsleiterkonferenz, Konferenzen der Chefärzte, der Stationsleitungen und Abteilungsleitungen) 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.

5.3.3 Information der Krankenhausführung

Die Krankenhausleitung wird regelmäßig über Entwicklungen und Vorgänge im Krankenhaus informiert und nutzt diese Informationen zur Einleitung verbessernder Maßnahmen.

Die Führungsgremien im Krankenhaus benötigen den Sachverstand der nachgeordneten Ebenen für ihre Entscheidungen. Ein angemessenes Regelkommunikationssystem stellt den Informationsfluss sicher. Die Controlling-Abteilung informiert über die wichtigsten Kenngrößen mit dem monatlichen Controllingbericht. Ergebnisse von Befragungen oder aus dem Beschwerdemanagement werden an die Führungsgremien zurückgemeldet. Für bestimmte Ereignisse (z. B. Hygiene oder schriftliche Beschwerden) besteht eine Meldepflicht an die Krankenhausbetriebsleitung.

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

Die Krankenhausführung fördert durch geeignete Maßnahmen das gegenseitige Vertrauen und den gegenseitigen Respekt gegenüber allen Mitarbeitern.

Die Leitbildentwicklung war eine wichtige vertrauensbildende Maßnahme. Jahresgespräche und persönliche Gespräche zwischen Führungskräften und Mitarbeitern sind die Basis für gegenseitiges Vertrauen. Unsere Führungskräfte fördern ein Klima des Vertrauens, so dass aus Fehlern gelernt werden kann. Die Mitarbeitervertretung (MAV) ist in wichtige Projekte einbezogen. Zwischen der MAV und der Geschäftsführung finden regelmäßig Gespräche statt.



5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben

Rechte und Ansprüche von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen werden krankenhausesweit respektiert und berücksichtigt.

5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

Im Krankenhaus werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt.

Mit den durch den wissenschaftlichen Fortschritt ständig wachsenden Möglichkeiten der Medizin nimmt die Zahl der ethischen Probleme im Krankenhaus zu. Zur Unterstützung von Patienten, Angehörigen, Ärzten und Pflegepersonal haben wir ein Ethikkomitee eingerichtet. In ethischen Fallbesprechungen können sie sich beraten lassen. Leitfäden, Veranstaltungen und Schulungen zu ethischen Themen und Fragestellungen helfen den Mitarbeitern, angemessen mit ethischen Problemsituationen umzugehen.

5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

Im Krankenhaus werden Bedürfnisse sterbender Patienten und ihrer Angehörigen systematisch berücksichtigt.

Als christliches Krankenhaus sehen wir uns in einer besonderen Verantwortung für die Betreuung sterbender Patienten. Grundlagen unseres Handelns ist u. a. der Leitfaden "Umgang mit Sterbenden und ihren Angehörigen sowie mit Verstorbenen" niedergelegt. Eine ausreichende Schmerztherapie und die Ausschöpfung palliativmedizinischer Möglichkeiten stehen im Vordergrund. Angehörige können jederzeit einen sterbenden Patienten begleiten. Eine gemeinsame Unterbringung ist möglich. Eine enge Zusammenarbeit besteht mit den umliegenden Hospizen.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

Im Krankenhaus gibt es Regelungen zum adäquaten Umgang mit Verstorbenen und deren Angehörigen.

Der respektvolle Umgang mit Verstorbenen und die angemessene Begleitung der Angehörigen gehört zu unserer Grundhaltung und sind im Leitfaden "Umgang mit Sterbenden und ihren Angehörigen sowie mit Verstorbenen" schriftlich niedergelegt. Den Angehörigen geben wir die Möglichkeit zum Abschiednehmen in einem würdigen Rahmen. Dabei berücksichtigen wir auch die Rituale anderer Religionen. Die Mitarbeiter der Seelsorge sind für Patienten und Angehörige da.



6 Qualitätsmanagement

6.1 Umfassendes Qualitätsmanagement

Die Krankenhausführung stellt sicher, dass alle Krankenhausbereiche in die Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements eingebunden sind.

6.1.1 Einbindung aller Krankenhausbereiche in das Qualitätsmanagement

Die Krankenhausführung ist verantwortlich für die Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements.

Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität haben für uns hohe Priorität. Die Stabsfunktion Qualitätsmanagement ist deshalb direkt der Geschäftsführung unterstellt und gehört zum Geschäftsbereich des ärztlichen Geschäftsführers. Qualitätsbeauftragte in den Abteilungen und Bereichen übernehmen ebenfalls Aufgaben im QM. Orientiert am KTQ-Modell wird ein krankenhausesweites Qualitätsmanagementsystem aufgebaut. Regelmäßige Selbstbewertungen decken Schwachstellen auf, die u. a. mit Qualitätsverbesserungsprojekten in Angriff genommen werden.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

Das Krankenhaus entwickelt, vermittelt und setzt Maßnahmen zur Erreichung von Qualitätszielen um.

Messbare Qualitätsziele sind für unser Handeln Richtschnur und Ansporn zugleich. Auf Grundlage des Leitbildes wurden in einer aus verschiedenen Berufsgruppen und Führungsebenen zusammengesetzten Arbeitsgruppe Qualitätsziele entwickelt. In ihnen finden sich die Kernthemen des Leitbildes wieder. Die Qualitätsziele sind in einer Broschüre und im Intranet den Mitarbeitern zugänglich.

6.2 Qualitätsmanagementsystem

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Mit unserem Qualitätsmanagementsystem sichern und verbessern wir kontinuierlich die Leistungen für unsere Patienten. Die Organisation des Qualitätsmanagements ist in unserem Konzept "Sicherung und Weiterentwicklung von Qualität" beschrieben. Eine große Zahl von Mitarbeitern und Führungskräften wurde für die Wahrnehmung von Aufgaben im Qualitätsmanagement qualifiziert. Die Durchführung von Qualitätsprojekten ist vom schriftlichen Projektauftrag bis zum Projektabschluss klar geregelt. Die Mitarbeiter werden regelmäßig über den Stand der Projekte informiert.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

Im Krankenhaus werden regelmäßig und systematisch Methoden der internen Qualitätssicherung angewandt.

Mit den Qualitätszielen wurde in 2008 Messgrößen für die interne Qualitätssicherung formuliert. Mit regelmäßigen Selbstbewertungen und Befragungen wird die Erfüllung der unterschiedlichen Anforderungen überprüft. Problemorientierte Qualitätszirkel und Konferenzen zu bestimmten kritischen Messgrößen sind in verschiedenen Abteilungen eingeführt.



6.3 Sammlung und Analyse qualitätsrelevanter Daten

Qualitätsrelevante Daten werden systematisch erhoben, analysiert und zu qualitätsverbessernden Maßnahmen genutzt.

6.3.1 Sammlung qualitätsrelevanter Daten

Über die gesetzlich vorgeschriebene externe Qualitätssicherung hinaus werden qualitätsrelevante Daten systematisch erhoben und analysiert.

Die Auswertung qualitätsrelevanter Daten bildet ein wichtiges Frühwarnsystem für Qualitätsmängel. Sie dienen 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.

6.3.2 Nutzung von Befragungen

Regelmäßig durchgeführte Patienten- und Mitarbeiterbefragungen sowie Befragungen niedergelassener Ärzte werden als Instrument zur Erfassung von Patienten- und Mitarbeiterbedürfnissen und zur Verbesserung der Patientenversorgung genutzt.

Wir sind an der Meinung unserer Patienten, der niedergelassenen Ärzte und Mitarbeiter interessiert, um kontinuierlich besser zu werden. Deshalb führen wir in regelmäßigen Abständen umfangreiche Befragungen durch. Außerdem wird im Zusammenhang mit dem Beschwerdemanagement über die stimulierte Beschwerde die Meinung der Patienten zu bestimmten Fragestellungen kontinuierlich erfasst. Bei allen Befragungen wird der Datenschutz beachtet. Die Befragungsergebnisse werden an die Mitarbeiter zurückgemeldet. Sie führen im Bedarfsfall zu Verbesserungsmaßnahmen.

6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Unser Ziel sind zufriedene Patienten. Falls es während des Aufenthalts Anlässe zu Beschwerden gegeben hat, ist es uns wichtig, diese zu kennen. Deshalb haben wir ein Beschwerdemanagementsystem aufgebaut, in dem der Umgang mit Patientenbeschwerden eindeutig geregelt ist. So müssen schriftliche Beschwerden innerhalb von 14 Tagen beantwortet werden. Die Beschwerdebögen werden alle 6 Monate im Qualitätsmanagement ausgewertet. Die Ergebnisse werden bereichsbezogen zurückgemeldet. Die Mitarbeiter wurden speziell geschult.

6.4 Externe Qualitätssicherung nach §137 SGB V

Die Daten der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V werden systematisch erhoben und die Auswertungen zu qualitätsverbessernden Maßnahmen genutzt.

6.4.1 Beteiligung an der externen Qualitätssicherung

Das Krankenhaus beteiligt sich an den gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung.

Die Datenerfassung zur externen Qualitätssicherung erfolgt EDV-gestützt durch die beauftragten ärztlichen Mitarbeiter entsprechend dem Leistungsspektrum unseres Hauses. Das Qualitätsmanagement überwacht die Vollständigkeit der Datenerfassung und schult bei Bedarf die Mitarbeiter. Durch dieses engmaschige Netz wird eine hohe Dokumentationsrate erreicht. Im Jahr 2006 lag die Erfassungsrate bei 98 %.

6.4.2 Umgang mit Ergebnissen der externen Qualitätssicherung

Das Krankenhaus analysiert systematisch die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung und legt ggf. notwendige Konsequenzen fest.

Die Fachabteilungen analysieren die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung und leiten diese Analysen an den Geschäftsführer und die Leitung des Qualitätsmanagement und Medizincontrolling weiter. Bei Auffälligkeiten werden Gespräche geführt, Maßnahmenkataloge erstellt und umgesetzt.