



KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Klinikum Gütersloh
Institutionskennzeichen:	260570113
Anschrift:	Reckenberger Straße 19 33332 Gütersloh
Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer:	2015-0027 KH
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	SAMA Cert GmbH, Stuttgart
Gültig vom:	16.04.2015
bis:	15.04.2018

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	6
1 Patientenorientierung	7
2 Mitarbeiterorientierung	10
3 Sicherheit	12
4 Informations- und Kommunikationswesen	14
5 Führung	16
6 Qualitätsmanagement	18

Vorwort der KTQ®

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

Gesellschafter der KTQ® sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. .

Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

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

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Führung des Krankenhauses und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

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

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

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

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009/2. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet 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 **Klinikum Gütersloh** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

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

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung



EINFÜHRUNG

Die Klinikum Gütersloh gGmbH ist als regionales Schwerpunktkrankenhaus das größte Akut-Krankenhaus im Kreis Gütersloh (474 Betten). Dabei werden jährlich etwa 19.000 Patientinnen und Patienten stationär behandelt. Durch ambulante Operationen, die Institutsambulanz des Krankenhauses und die ambulanten Ermächtigungen der Chefärzte* sowie ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)* werden außerdem mehr als 34.000 Patienten jährlich ambulant versorgt. Die steigende Tendenz zu mehr Patienten hat sich damit auch im Jahr 2014 fortgesetzt. Das Wohl und die Genesung unserer Patienten sind unsere oberste Priorität. Dafür setzen wir uns täglich mit der bestmöglichen Qualität in der medizinischen Diagnostik und Therapie und mit umfassender pflegerischer Versorgung ein.

Qualität ist für uns nicht nur theoretischer Anspruch, sie bildet die Grundlage unseres Handelns. Qualitätsverbesserung in Struktur, Prozess und Ergebnis ist somit ständige Aufgabe aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Dies bestätigt auch die erfolgreiche Re-Zertifizierung nach KTQ im Frühjahr 2012 (www.ktq.de).

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

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

Maud Beste
Geschäftsführerin

Dr. Joachim Hulde
Ärztlicher Direktor

Jens Alberti
Pflegedirektor

Anne Reichenbach
Kaufm. Direktor

* Nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das Klinikum Gütersloh bietet in allen Fachabteilungen ein umfassendes medizinisches Angebot. Um eine gute Aufnahmeplanung zu gewährleisten existieren im Klinikum zur Vorbereitung der Aufnahme zahlreiche Möglichkeiten zur umfassenden Information für Patienten und ihre Angehörigen, unter anderem:

- schriftliche Informationen für den Patienten (z.B. Patientenbroschüre, Informationsflyer),
- wichtige Informationen für die Aufnahme wie "Nützliche Dinge für die Zeit im Krankenhaus" (im Intranet)
- Sprechstunden und Beratungsangebote.

Terminwünsche und weitere Bedürfnisse der Patienten werden berücksichtigt.

Das Klinikum ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen, Parkplätze sowie eine Parkhaus stehen zur Verfügung.

1.1.2 Leitlinien

Die Entscheidungen für Diagnostik und Therapie in unserem Klinikum erfolgen auf der Grundlage der aktuellen Leitlinien der verschiedenen medizinischen Fachgesellschaften. Auf diesen basieren zudem die klinikinternen Leitlinien, Pfade und Pfadkurven der Fachabteilungen. In der Pflege wurden nationale Expertenstandards in hausinterne Pflegestandards integriert.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Um eine gute Information und Beteiligung unserer Patienten zu gewährleisten, haben wir Regelungen zur Wahrung der Patientenrechte schriftlich festgelegt. Die Information über diagnostische oder therapeutische Maßnahmen erfolgt in täglichen Gesprächen (Visiten oder Einzelgespräche).

Auf Wunsch unserer Patienten werden ihre Angehörigen in die Behandlung einbezogen.

Bei Bedarf werden Dolmetscher eingesetzt. Zudem stehen standardisierte Aufklärungsbögen in den verschiedenen Fremdsprachen zur Verfügung.

Bei unheilbaren Erkrankungen liegen uns die Bedürfnisse und Wünsche unserer Patienten besonders am Herzen, daher haben wir das Ethikkomitee gegründet. Zudem werden vorliegende Patientenverfügungen im Behandlungsprozess berücksichtigt. Vor großen Eingriffen kann der Patient eine Vollmacht ausfüllen, in der er eine Vertrauensperson als Ansprechpartner benennt.

Bei Bedarf können unsere Patienten sowie ihre Angehörigen die Seelsorge oder den psychoonkologischen Dienst in Anspruch nehmen. Um unseren Patienten auch nach Ihrem Klinikaufenthalt Ansprechpartner zur Seite stellen zu können, arbeiten wir eng mit verschiedenen Selbsthilfegruppen zusammen.

1.1.4 Service, Essen und Trinken

Das Klinikum Gütersloh hat einen überwiegend hochwertigen Ausstattungsstandard für die Patientenzimmer und die spezifischen Räumlichkeiten für Patienten, Angehörige und Besucher.

Wir bieten Rückzugsmöglichkeiten, wie z.B. Aufenthaltsräume, teilweise mit Balkon, eine Cafeteria mit Terrasse inkl. WLAN, einen Platz für Internetzugang, Abschiedsraum, den muslimischen Gebetsraum und eine Bücherei. Der Außenbereich wird sukzessive neu gestaltet.

Unsere Patienten haben die Möglichkeit, für alle drei Mahlzeitengruppen, zwischen verschiedenen Komponenten oder Menüs zu wählen, qualifizierte Diätassistentinnen stehen für eine Beratung zur Verfügung.

1.1.5 Kooperationen

Die Behandlung unserer Patienten erfolgt grundsätzlich im interdisziplinären Team. Bei Bedarf werden weitere Fachabteilungen hinzugezogen (z.B. über Konsile, Röntgenbesprechungen). Für Patienten mit Tumorerkrankungen erfolgt die Abstimmung der Therapie im Onkologischen Zentrum in regelmäßigen Konferenzen.

Das Klinikum arbeitet eng mit der BiGS Gütersloh und verschiedenen Selbsthilfegruppen zusammen.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die zentrale Notaufnahme ist 24 Stunden mit Ärzten und Pflegefachkräften besetzt. Dort und in den verschiedenen Fachambulanzen findet die Notfallbetreuung der uns anvertrauten Patienten statt. Hier werden umfassende patientenorientierte Informationen in der ärztlichen Anamnese erhoben. Vorbefunde werden genutzt. Die ersten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen werden veranlasst. Auf Wunsch integrieren wir Angehörige in den Aufnahme- und Behandlungsprozess.

Eine Berufsgenossenschaftliche Zulassung ist für die Unfallchirurgie und sowie für die Hand- und

Plastische Chirurgie vorhanden. Das Klinikum stellt in Gütersloh über 24 Stunden einen Notarzt bereit.

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Für die ambulante Notfallversorgung von chirurgischen und internistischen Patienten steht die Zentrale Notaufnahme zur Verfügung. Urologische und gynäkologische Notfälle werden direkt in den Fachambulanzen versorgt. Die Fachabteilungen bieten zudem zahlreiche Spezialsprechstunden.

Um bei geplanten Aufnahmen u.a. Doppeluntersuchungen zu vermeiden, bitten wir unsere Patienten bei der Terminvereinbarung evtl. Vorbefunde mitzubringen.

Leistungen aus den Bereichen Gefäßchirurgie und Nuklearmedizin werden im MVZ am Klinikum Gütersloh angeboten.

Die Notfallpraxis der niedergelassenen Ärzte ist im Klinikum angesiedelt, es gibt eine enge Kooperation mit der zentralen Notfallambulanz und den klinischen Fachabteilungen.

1.3.2 Ambulante Operationen

In den Fachabteilungen sind Sprechstunden zur Vorbereitung der Patienten für das terminierte ambulante Operieren eingerichtet. Die Durchführung der Operationen erfolgt weitgehend im ambulanten OP-Zentrum im Ärztehaus. Dort stehen drei OP Säle zur Verfügung. Der behandelnde Arzt führt auch die Abschlussentlassungsuntersuchung des Patienten durch. Er plant mit dem Patienten die Weiterbehandlung (ggf. Information auch kurzfristig fernmündlich an den einweisenden Fach- oder Hausarzt). Falls eine ambulante Behandlung über die Ambulanz erforderlich ist, terminiert der Arzt für den Patienten entsprechend die Nachsorge.

1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

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

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

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die Therapie planen wir individuell anhand der Aufnahme- bzw. Verdachtsdiagnose, der Anamnese und der klinischen Befunde. Die Behandlungsplanung obliegt dem aufnehmenden Arzt in Absprache mit dem zuständigen Ober- bzw. Chefarzt. Die Steuerung des Behandlungsprozesses erfolgt im Rahmen der Visiten sowie der verschiedenen Dienst-besprechungen. Zudem sind Behandlungs- und Pflegestandards in den jeweiligen Kliniken definiert.

Bei Bedarf wird die Physiotherapie ebenso wie ggfls. die Diabetesberatung, die Logopädie, die Stomaberatung oder das Wundmanagement in die Therapie miteinbezogen.

Sofern ein poststationärer Bedarf vorliegt, wird das Pflegeüberleitungsteam bereits zu Beginn des Aufenthaltes zur Entlassungsplanung hinzugezogen.

In wöchentlichen Tumorkonferenzen wird interdisziplinär über die bestmögliche Therapie der betroffenen Patienten beraten.

Die Verordnung von Medikamenten erfolgt über Therapiestandards und wird durch die hauseigene Apotheke rund um die Uhr gesichert. Fachärzte sind in allen Abteilungen vor Ort oder in Rufbereitschaft. Zur Schmerztherapie / Tumorschmerztherapie gibt es standardisierte Vorgaben, bei Bedarf wird die Anästhesie hinzugezogen.

1.4.3 Operative Verfahren

Die Operationsbereitschaft ist 24h gewährleistet. Die Indikationsstellung für eine Operation erfolgt in unseren Spezialsprechstunden der jeweiligen Fachabteilungen und in den prästationären elektiven Sprechstunden nach Einweisung. Auf Wunsch werden die Angehörigen involviert. Zudem erhalten unsere Patienten umfassendes Informationsmaterial. Es liegen standardisierte Vorbereitungsschemata vor. Im Rahmen der Anästhesiesprechstunde wird jeder Patient untersucht und auf den folgenden Eingriff vorbereitet.

Um die größtmögliche Sicherheit vor Eingriffsverwechslungen gewährleisten zu können werden verschiedene Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit e.V. umgesetzt.

1.4.4 Visite

Auf jeder Station findet einmal pro Werktag in einem definierten Zeitfenster eine Visite von Arzt und Pflege statt. Je nach Schwerpunkt der Abteilung ist der Sozialdienst, die Psychoonkologin oder die

Physiotherapie regelhaft in die Visiten einbezogen. Während der Visiten werden die ergriffenen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen bewertet und bei Bedarf wird der Behandlungsplan angepasst. Auf zwei Stationen erfolgt die pflegerische Übergabe am Bett. Onkologische Pflegevisiten werden auf den entsprechenden Stationen 4x pro Jahr geplant.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Terminabsprachen für prä- und poststationäre Behandlungen erfolgen über die niedergelassenen Ärzte oder direkt mit den Patienten. Poststationäre Leistungen werden mit dem Patienten während seines Klinikaufenthaltes abgesprochen und in der Regel in den Ambulanzen abgewickelt. Bei Komplikationen, fraglicher OP-Indikation oder vorab erforderlichen Konsilen wird ggf. Rücksprache mit dem zuständigen Oberarzt gehalten. Externe Konsile werden mit eingefordert. Poststationäre Versorgungen werden insbesondere auch bei der Wundversorgung im Rahmen bestehender Vereinbarungen mit Krankenkassen angeboten.

1.5.1 Entlassung

Die Entlassungsplanung ist abhängig vom diagnostischen und therapeutischen Verlauf und damit Bestandteil der täglichen Visiten. Der Entlassungstermin wird vom behandelnden Arzt in Absprache mit den anderen Beteiligten an der Behandlung festgelegt und in der Visite kommuniziert. Bei einem poststationären Versorgungsbedarf wird dies an unsere Überleitungskraft gemeldet, welche Rücksprache mit dem Patienten, bzw. den Angehörigen hält.

Unsere Patienten werden in der Regel bis 11:00 Uhr mit dem vorläufigen oder endgültigen Arztbrief entlassen. Bei Bedarf nimmt der behandelnde Arzt zusätzlich telefonischen Kontakt mit dem Haus- bzw. Facharzt auf. Die an der Versorgung Beteiligten führen ein Entlassungsgespräch mit Patienten, bieten bei Bedarf Schulungen (z.B. Umgang mit Geräten, Rund um die Ernährung, Mobilität und Hilfsmittel) an und stellen erforderliche Heil- und Hilfsmittel zur Verfügung.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Der Klinische Sozialdienst und die Überleitungspflege organisieren noch während des Klinikaufenthaltes jedweden abzusehenden Hilfe- oder Versorgungsbedarf für unsere Patienten. Die enge Kooperation zwischen Sozialdienst, Pflegeüberleitung und nachsorgenden Institutionen gewährleistet eine nahtlose nachstationäre Versorgung oder Übernahme, notfalls innerhalb von 6 Stunden. Im Rahmen des Projektes ‚Familiale Pflege‘ in Zusammenarbeit mit der Uni Bielefeld werden Initialkurse zu relevanten Pflege Themen oder individuelle Einzeltrainings z.B. zur stolperfreien Wohnungsausstattung, Lagerung und Mobilisation, s.c.-Injektionen usw. angeboten. Nachsorgende Einrichtungen werden zeitnah telefonisch über die Entlassung unserer Patienten oder deren Verzögerung informiert. Bei neu entstandenem oder verändertem Pflegebedarf geben wir einen Pflegeüberleitungsbogen mit.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Bei der Betreuung Sterbender steht eine professionelle medizinisch-pflegerische Begleitung, die auf eine Verbesserung des subjektiven Befindens abzielt, im Mittelpunkt. Sterbende Patienten werden, wo immer möglich in ein Einzelzimmer gelegt, um für Angehörige auf Wunsch eine kontinuierliche Begleitung realisieren zu können. In dieser Phase berücksichtigen wir zudem besonders stark die kulturellen und religiösen Wünsche unserer Patienten und ihrer Angehörigen.

Für ethische Fragestellungen ist ein Ethikkomitee etabliert.

Das Klinikum hat eine Palliativstation, diese ist in besonderer Weise auf die Bedürfnisse von Patienten mit begrenzter Lebenserwartung und solchen in der Sterbephase spezialisiert. Über den Hospizverein gibt es eine enge Verbindung zu dem Palliativnetzwerk, zu den ambulanten Hospizdiensten sowie zum hiesigen stationären Hospiz.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Beim Umgang mit Verstorbenen stehen die Angehörigen im Mittelpunkt. Dabei liegt uns die Berücksichtigung individueller sowie kultureller/religiöser Wünsche am Herzen. Angehörigen wird die Möglichkeit eingeräumt, sich zunächst so viel Zeit zu nehmen, wie sie benötigen und sich ggfls. an der Versorgung des Toten zu beteiligen.

Mit den unterschiedlichen Trauerreaktionen wird empathisch und professionell umgegangen. Auf Wunsch werden Gespräche mit dem Arzt, der Seelsorge oder religiöser Begleitung ermöglicht. Sollten Angehörige verspätet eintreffen hat das Klinikum einen Abschiedsraum. Hier ist ebenfalls ein Platz für rituelle Waschungen für muslimische Patienten eingerichtet.

Der besonderen Situation von Tot- und Fehlgeburten wird mit den Festlegungen zur "Glücklosen Schwangerschaft" Rechnung getragen. Es gibt eine Sternenkindermappe, in der verschiedene Broschüren für Eltern zusammengestellt sind. Erinnerungen wie Fotos, Fuß- oder Handabdrücke werden für die Eltern bereitgehalten.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

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

2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Die Basis der Personalentwicklungsmaßnahmen bilden die Ziele des Klinikums und die Wünsche der Mitarbeiter.

Die langfristige Leistungsplanung wird mit systematischen Personalentwicklungsmaßnahmen verknüpft, wie z.B. langfristige Qualifikation von Mitarbeitern zur Nachbesetzung von Leitungspositionen oder frühzeitige Qualifikation von Mitarbeitern in den Bereichen Fachpflege und/oder Expertenwissen. In jährlichen Mitarbeitergesprächen werden mit Mitarbeitern deren Qualifizierungsbedarf und Qualifizierungswünsche unter Berücksichtigung des Aspektes der Karriereplanung besprochen.

Auf Teamebene wird zusätzlich das Instrument der Qualifizierungsbedarfsanalyse eingesetzt. Hier liegt der Fokus im Wesentlichen auf dem Anstoß eines internen Wissenstransfers.

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Die Leitlinie Einarbeitung legt den Rahmen für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter aller Berufsgruppen und Bereiche fest. Die Leitlinie beinhaltet die Zuteilung eines Mentors. In den einzelnen Bereichen liegen zudem bereichsbezogene Konzepte zur fachlichen Einarbeitung vor.

Mit der Einstellungszusage erhalten alle Mitarbeiter eine allgemeine Informationsbroschüre über das Klinikum.

Monatlich gibt es jeweils 2 mehrstündige Informationsveranstaltungen für neue Mitarbeiter. Inhalt sind Themen aus den Bereichen Personalwesen, Nutzung des Krankenhausinformationssystems ORBIS und des Intranets, Datenschutz, Hygiene und Arbeitssicherheit sowie Qualitätsmanagement. Zweimal jährlich werden zudem alle neuen Mitarbeiter von der Geschäftsführung zu einem Begrüßungstreffen eingeladen.

2.2.3 Ausbildung

Das Klinikum ist Mitgesellschafter der Zentralen Akademie für Berufe im Gesundheitswesen (ZAB) und bildet verschiedene Berufsbilder aus.

Für die praktische Ausbildung stehen den Schülern freigestellte Praxisanleiter zur Verfügung. Zusätzlich gibt es auf jeder Station und in jedem Bereich mindestens einen Praxisanleiter mit Weiterbildung. Die Praxiseinsätze werden durch Jahrespläne und Lernziele vereinbart. In Vor-, Zwischen- und Abschlussgesprächen werden die Lernerfolge reflektiert.

Das Klinikum Gütersloh beteiligt sich als Akademisches Lehrkrankenhaus der Westfälischen Wilhelms Universität Münster an der Ausbildung der Studierenden im Praktischen Jahr. Dafür ist ein Ausbildungscurriculum erstellt.

Weiterhin bildet das Klinikum im Beruf "Kauffrau/Kaufmann im Gesundheitswesen" aus.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Die Zentralen Akademie für Berufe im Gesundheitswesen (ZAB) erstellt ein jährliches Fort- und Weiterbildungsprogramm, das allen Mitarbeitern des Klinikums zugänglich ist. Die Arbeitsgruppe interne Fortbildung koordiniert und organisiert die spezifischen Angebote für das Klinikum z.B. im Bereich der regelmäßigen Weiterbildung der Mitarbeiter im Onkologischen Zentrum.

Das Angebot an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen wird auf der Grundlage einer Bedarfsanalyse zusammengestellt. Organisationsweite Bedarfe sind im "Handbuch Fort- und Weiterbildung" festgelegt.

Persönliche Bedarfe der Mitarbeiter werden im Mitarbeitergespräch erörtert und über ein strukturiertes Verfahren kommuniziert. Aus Qualifizierungsbedarfsanalysen gibt es weitere Anregungen für Fortbildungsmaßnahmen.

Für die Facharztausbildung ist die interne Struktur der Weiterbildung festgelegt. Interne Fort- und Weiterbildungsangebote werden über das Intranet kommuniziert. Ein umfangreiches Angebot an Fachliteratur liegt vor.

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Grundsätze zur Mitarbeiterführung und zum Führungsstil sind im Leitbild des Klinikums verankert. Ziel ist die Praktizierung eines kooperativen Führungsstils mit der Förderung von Selbstständigkeit und der Delegation von Verantwortung. Ein wesentliches Instrument zur Umsetzung dieses Ziels ist das jährliche Mitarbeitergespräch.

Die Partizipation qualifizierter Mitarbeiter wird über ein zielorientiertes Führen realisiert. Eine "offene Unternehmenskultur" wird über permanente Informationen aller Mitarbeiter über die verschiedenen Medien umgesetzt. Im Rahmen der Mitarbeiterbefragung wird die Wirksamkeit evaluiert.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Es gibt bereichsweise Arbeitszeitregelungen. In den zugrunde liegenden Modellen finden sich vielfältige Varianten wider. Alle Arbeitszeitregelungen gehen konform mit den gesetzlichen und tarifrechtlichen Normen. Die Arbeitszeit wird unter Berücksichtigung von Mitarbeiterwünschen geplant und erfasst.

Es liegen verschiedene Betriebsvereinbarungen wie z.B. Höchstarbeitszeit bei der Leistung von Bereitschaftsdiensten oder Führung eines Stundenkontos (ärztlicher Dienst) vor.

Bei der Dienstplanung (inkl. Urlaubsplanung) werden die Mitarbeiterwünsche und die betrieblichen Erfordernisse berücksichtigt.

2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

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

Für Beschwerden stehen den Mitarbeitern die unmittelbaren und weiteren Vorgesetzten sowie die Mitglieder der Krankenhausleitung zur Verfügung. Daneben gibt es den Weg über den Betriebsrat als Vertretung der Mitarbeiter. Weiteres Forum sind die periodischen Mitarbeiterbefragungen mit der Möglichkeit von Freitextrückmeldungen.

3 Sicherheit

3.1.1 Arbeitsschutz

Der Arbeitsschutz im Klinikum ist entsprechend der gesetzlichen Anforderungen geregelt. Die betriebsärztliche Betreuung der Mitarbeiter ist geregelt. Vorgaben aus der Strahlenschutz- und Röntgenverordnung werden durch bestellte Beauftragte und die Abteilung Medizinische Physik/Medizintechnik umgesetzt.

Schulungen finden nach Schwerpunkt (z.B. Hygiene, Arbeitssicherheit, Umgang Zytostatika) für die verschiedenen Bereiche regelhaft statt.

3.1.2 Brandschutz

Grundlage ist die mit der Feuerwehr abgestimmte klinikeigene Brandschutzordnung. Auf ihrer Basis werden die Mitarbeiter geschult. In den Brandschutz-Schulungen werden u.a. Sammelplätze, das Verhalten im Brandfall, Flucht- und Rettungswege sowie eine Feuerlöschübung thematisiert. Flucht- und Rettungswegepläne hängen in allen Abteilungen aus. Der Brandschutzbeauftragte führt kontinuierliche Brandschutzbegehungen durch und ist verantwortlich für das Freihalten von Rettungswegen und -flächen für die Feuerwehr. Er wird in dieser Tätigkeit von speziell geschulten Ersthelfern unterstützt. Die Wirksamkeit der Brandschutzmaßnahmen wurde zuletzt 2014 in einer Notfallübung einschließlich Evakuierung zusammen mit der Feuerwehr überprüft.

3.1.3 Umweltschutz

Das Klinikum bekennt sich zu einem gewissenhaften und effizienten Umgang mit den vorhandenen Ressourcen. Unser Ziel ist die kontinuierliche Verbesserung des Umweltschutzes. Daher motivieren wir unsere Beschäftigten und Kooperationspartner zu umweltbewusstem Denken und Handeln. Die Maßnahmen werden von einem Umweltmanagementbeauftragten koordiniert. Ein jährlicher Umweltbericht wird erstellt.

Der anfallende Abfall wird gemäß den gesetzlichen Vorschriften getrennt. Bei Verbrauchsmaterialien wird nach Möglichkeit auf Mehrwegverwendungen, Rücknahme der Verpackung oder Recyclingfähigkeit geachtet.

Im Rahmen von Baumaßnahmen werden energiesparende Technologien favorisiert, sofern diese wirtschaftlich vertretbar sind.

3.1.4 Katastrophenschutz

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

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Für nichtmedizinische Notfallsituationen gibt es u.a. Ablaufschemata für die zu informierenden Stellen und evtl. Räumungen der Gebäude, einen Lageplan des Klinikums, eine Aufstellung der vorhandenen Gefahrgüter und ihrer Lagerplätze sowie Listen über niedergelassene Ärzte des Kreises GT, Informations- und Behandlungszentren für Vergiftungen, wichtige Behörden und Einrichtungen (Feuerwehr, Polizei etc.).

Redundante Systeme stehen bei einem Ausfall der Warmwasser-, Heizungs- und Stromversorgung zur Verfügung.

3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Um die Patientensicherheit in unserem Klinikum zu erhöhen, haben wir verschiedene Maßnahmen umgesetzt. Auf der einen Seite wurden die Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit e.V. bzgl. Eingriffs- sowie Patientenverwechslungen berücksichtigt. Des Weiteren ist ein Beinahefehlermeldesystem klinikweit eingeführt, aktuelle Fälle werden per Intranet und in diversen Gremien kommuniziert.

Zur Bewahrung unserer Patienten vor einer Eigengefährdung liegen verschiedene schriftliche Regelungen vor.

Um Stürzen und Dekubitus präventiv zu begegnen, sind umfassende Maßnahmen, basierend auf dem jeweiligen Expertenstandard, etabliert.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

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

sorgender Bereiche statt.

3.2.3 Hygienemanagement

Hygienefachkräfte übernehmen die Beratung und Unterweisung im Rahmen der Krankenhaushygiene. Hierbei werden sie von einem externen Hygieniker unterstützt. Es liegen umfassende Hygiene-, Hautschutz- und Desinfektionspläne, die allen Mitarbeitern zugänglich sind, vor. Im Rahmen regelmäßiger Begehungen überprüfen die Hygienefachkräfte die Einhaltung der Hygienebestimmungen. Das Gesundheitsamt führt zusätzliche Begehungen durch.

In den jährlich stattfindenden Schulungen zur Hygiene und Arbeitssicherheit werden aktuelle Themen aufgegriffen.

3.2.4 Hygienerrelevante Daten

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

Ausbruchssituationen innerhalb des Klinikums sind im 'Outbreakmanagement' geregelt. Meldungen werden von der Hygienefachkraft an das Kreisgesundheitsamt geschickt.

Das Klinikum beteiligt sich an einigen KISS-Modulen des nationalen Referenzzentrums.

3.2.5 Infektionsmanagement

Hygienesichernde Maßnahmen sind detailliert im Hygieneplan als Standards hinterlegt. Vorgaben zum Umgang mit Patienten mit speziellen Infektionserkrankungen und multiresistenten Erregern sind erstellt und jederzeit im Intranet für alle Mitarbeiter einzusehen. Hier sind Vorgaben für den Umgang mit MRSA, VRE, HIV, Hepatitiden, Tuberkulose und weitere übertragbare und nicht übertragbare Infektionserkrankungen vorhanden.

Das Vorgehen bei akuten viralen Infektionen ist im Ausbruchmanagement geregelt.

Das Klinikum nimmt zudem an folgenden Aktionen teil:

- "Aktion Saubere Hände"
- Screening Verfahren von Risikopatienten auf MRSA und MRGN.
- MRSA KISS (Qualitätssiegel erhalten)

3.2.6 Arzneimittel

Die eigene Apotheke ist gemäß den Anforderungen der Apothekerkammer Münster nach DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert.

Die Apotheke hält einen Arzneimittelvorrat für mindestens 14 Tagen vor.

Konkrete Anfragen zu Dosierungen, Wechselwirkungen oder Interaktionen werden in der Apotheke beantwortet. Zusätzlich steht auf den Arbeitsplätzen der ifap Index zur Verfügung.

Im Klinikum ist ein internes Critical-Incident-Reporting-System etabliert, welches von der Apotheke unterstützt wird.

In der Onkologie kommen Studienmedikationen zur Anwendung.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Die Regelungen und Maßnahmen zur Transfusionsmedizin sind im Transfusionshandbuch hinterlegt. Der Transfusionsverantwortliche schult in regelmäßigen Abständen die Mitarbeiter entsprechend den jeweiligen transfusionsmedizinischen Erfordernissen.

Die Aufklärung des Patienten erfolgt unter Berücksichtigung der produktspezifischen Risiken vor der Übertragung von Blutprodukten frühzeitig bei der Indikationsstellung zur Blutgruppenbestimmung und/oder OP durch den behandelnden Arzt. Bei planbaren Eingriffen mit einer in Betracht kommenden Bluttransfusion wird der Patient auch auf die Möglichkeit der Eigenblutspende hingewiesen. Jede Transfusion ist patienten- und chargenbezogen dokumentiert, so dass sowohl eine patienten- als auch eine produktbezogene Rückverfolgung möglich ist.

3.2.8 Medizinprodukte

In allen Bereichen gehen nur ausreichend qualifizierte Mitarbeiter mit geprüften Medizinprodukten um. Verantwortlich für den Zustand der Medizingeräte ist der Betreiber. Die Überwachung des Zustandes der Medizingeräte ist an die Abteilung Medizinische Physik/Medizintechnik delegiert.

Es liegen verbindliche Regelungen zur Aufbereitung von Medizinprodukten und für den Umgang mit Sterilgut vor.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Eine umfassend ausgebaute Informationstechnologie wird in allen Bereichen des Klinikums zur effektiven Steuerung der Patientenversorgung, der Dokumentation und der innerbetrieblichen Kommunikation genutzt. Der Zugriff auf Daten und Medien ist auf die jeweilige Arbeitsaufgabe und Funktion des Mitarbeiters abgestimmt und im Berechtigungskonzept hinterlegt.

Das Krankenhausinformationssystem wird mit dem Ziel einer vollständigen elektronischen Patientenakte ständig erweitert. Ein digitales Röntgenarchiv (PACS) wird genutzt, damit stehen die Röntgenbilder jederzeit an allen Arbeitsplätzen zur Verfügung. Alle PC-Arbeitsplätze sind vernetzt. Ein ununterbrochener Zugang ist durch mehrere Rechnersysteme gesichert.

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

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

Das Medizincontrolling überprüft nach Entlassung des Patienten, ob alle Daten aus den verschiedenen Leistungsbereichen erfasst wurden und im Leistungsdatensatz abgebildet sind.

Nach Abschluss der Behandlung wird die Akte nach den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen archiviert.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Ziel ist es, einen zeitnahen Zugriff auf die vollständige Akte eines Patienten für berechtigte Mitarbeiter sicherzustellen.

Der Zugriff auf elektronische Patientendaten ist im Rahmen eines detaillierten Rollenkonzeptes durch die EDV geregelt. Jeder Mitarbeiter erhält die Berechtigung, die er für seine Arbeit benötigt.

Konventionelle Papierakten werden durch das Archiv bereitgestellt.

4.3.1 Information der Krankenhausleitung

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

Mitarbeiter werden schriftlich und in Informationsveranstaltungen der Geschäftsführung über aktuelle Themen unterrichtet.

4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

Im Klinikum stehen vielfältige Kommunikationskanäle zur Verfügung: Telefon, Fax, E-Mail, Hauspost, Intranet, Internet, Mitarbeiter-Infobrief der Geschäftsführung, Mitarbeiterzeitung (KIZ), QM-Infoletter. Es gibt eine Übersicht über die Gremien und Kommissionen des Klinikums mit Verantwortlichen und Ansprechpartnern, die im Intranet für alle Mitarbeiter verfügbar ist.

Gegenüber Patienten und Besuchern besteht eine offene Informationspolitik. Diese wird gelebt, indem Besucher und Patienten möglichst umfassend informiert werden bzw. ihnen Ansprechpartner für weitere Fragen genannt werden. Ein weiterer Baustein des Informationsmanagements ist das Beschwerdemanagement.

Niedergelassene Ärzte werden über die Gespräche mit den Vertretern der Ärztenetze über die grundsätzlichen Belange der Kliniken informiert. Einweiser bekommen zudem verschiedene Informationen zugeschiedt. Ansonsten erfolgt mit vielen Einweisern ein intensiver Kontakt mit den kooperierenden Fachabteilungen der Kliniken durch die jeweiligen Chef- und Oberärzte.

Der Kontakt zu Selbsthilfegruppen erfolgt durch die jeweilige Fachabteilung oder das Entlassmanagement. Das Entlassmanagement steht auch im regen Austausch mit den Sozialdiensten anderer Kliniken sowie den Einrichtungen der nachgeordneten Versorgung sowie Pflegeheimen und Pflegediensten.

4.4.1 Organisation und Service

Die Information/Telefonzentrale/Empfang/Aufnahme ist die Kommunikationszentrale für das gesamte Klinikum. Für die Telefonzentrale und den Empfang/Aufnahme ist eine kontinuierliche Besetzung über 24 Stunden gewährleistet.

Für Patienten und Besucher stehen ein Wartebereich mit Sitzgelegenheiten, Getränke- und Süßigkeitenautomaten und Telefonzellen zur Verfügung. Rollstühle und Gepäckwagen stehen jeder-

zeit zur Benutzung bereit. Im Eingangsbereich und im angrenzenden Treppenhaus finden wechselnde Bilderausstellungen lokaler Künstler statt. Die Cafeteria schließt direkt an den Eingangsbereich an und bietet weitere Sitzgelegenheiten sowie eine große Auswahl an Speisen und Getränken.

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

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

5 Führung

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Eine klare Vision, Unternehmensidentität und gemeinsame Werte bilden die Orientierungsgrundlage für unser Handeln. Unser Leitbild bietet Orientierung nach innen und außen.

Mit der Umwandlung des Klinikum Gütersloh in eine gGmbH und unter neuer Geschäftsführung wurde 2010 die "Vision 2020: Auf dem Weg zum Magnet-Klinikum" entwickelt: Diese Vision, uns zum Spitzenversorger in Ostwestfalen-Lippe zu entwickeln, war auch die Grundlage für die Erarbeitung einer neuen Corporate Identity und eines neuen Corporate Designs. Die Umsetzung der Vision spiegelt sich im Unternehmenskonzept wider und wird durch die Unternehmensziele und die strategische Planung aufgegriffen.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Unser Leitbild sowie die Corporate Identity basieren u.a. auf Werten wie Vertrauen oder Wertschätzung. Zudem sind im Leitbild Grundsätze zur Mitarbeiterführung und Kommunikation schriftlich fixiert. Die aktive Beteiligung der Mitarbeiter an Entwicklungen des Klinikums erfolgt über die Beteiligung in Projekt- und Arbeitsgruppen, im Rahmen der verschiedenen Gremien und über Befragungen und deren Umsetzungen. Informationen werden im Klinikum auf allen Ebenen und über alle Berufsgruppen hinweg transparent kommuniziert.

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Die ganzheitliche Versorgung der uns anvertrauten Patienten steht im Mittelpunkt unserer Bemühungen. Um den spirituellen, ethischen und seelsorglichen Bedürfnissen unserer Patienten gerecht werden zu können, sind am Klinikum evangelische und katholische Seelsorger tätig.

Das Klinikum hat für die muslimischen Patienten einen Gebetsraum eingerichtet und segnen lassen. Bei Bedarf wird ein Kontakt mit einem muslimischen Seelsorger, Dolmetscher oder Sozialberater vermittelt. Das Klinikum pflegt enge Verbindung zum Hospiz- und Palliativverein Gütersloh und zum Palliativnetzwerk im Kreis Gütersloh.

Wir verfolgen das Ziel, die ethische Kompetenz der Beschäftigten zu fördern, indem ethische Beratungen für Mitarbeiter, Patienten und Angehörige bei konkreten Problemstellungen angeboten werden. Ein Ethikkomitee ist im Klinikum etabliert.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Ziel des Klinikums ist die bestmögliche Versorgung der Patienten unter qualitativen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten bei größtmöglicher Zufriedenheit der Beschäftigten.

Abgeleitet aus den Kategorien des Leitbildes wurden übergeordnete Unternehmensziele entwickelt. Die langfristige Strategieplanung wird durch die Geschäftsführung gemeinsam mit der Betriebsleitung und den Chefarzten im Rahmen eines jährlichen Strategieworkshops diskutiert und erarbeitet. Das Klinikum Gütersloh verfügt über ein ausgefeiltes Führungsinformationssystem mit ökonomischen Kennzahlen sowie qualitätsrelevanten Daten.

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Das Klinikum, als gemeinnütziges Krankenhaus, nimmt durch die Teilnahme an bzw. die Durchführung von verschiedenen Aktivitäten seine gesellschaftliche Verantwortung wahr. Beispiele hierfür sind Medizinvorträge, Angebot von Reanimationskursen, die Unterstützung von Selbsthilfegruppen, die Zusammenarbeit mit Schulen im Rahmen der Berufsfindung, Angebote der Gesundheitsprävention. Die Vision des Klinikum Gütersloh ist, sich zu einem "Magnet-Klinikum" zu entwickeln und sich hierzu weiter zu spezialisieren und die Qualität der Leistungen zu verbessern. Hierfür sind auch Kooperationen mit starken Partnern hilfreich, wo sie die Leistungen des Klinikums verstärken, erweitern, ergänzen und unterstützen (z.B. Konsiliarärzte, Kooperationen im Rahmen des Onkologischen Zentrums). Die Attraktivität der Arbeitsplätze wird durch vielfältige Maßnahmen gefördert, u.a. Angebot an Fort- und Weiterbildung, Flexible Arbeitszeiten zur Vereinbarung von Familie und Beruf, Karriereplanung im Rahmen der Personalentwicklung.

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Die Organisationsstruktur des Hauses einschließlich Verantwortlichkeiten und Zuständigkeitsbereichen ist in einem Organigramm festgelegt. Die Verantwortlichkeiten sind in Arbeits- und Dienstverträgen sowie Stellenbeschreibungen geregelt.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Zur Sicherstellung einer effizienten und effektiven Arbeitsweise der Führungsgremien existieren im Klinikum organisatorische Regelungen. So ist die Arbeit in den verschiedenen Gremien und Kommissionen zumeist per Geschäftsordnung oder Satzung definiert. Ein kontinuierlicher Informationsaustausch wird durch regelmäßige Besprechungen der Gremien sowie die Protokollierung sichergestellt. Ein Projektmanagement ist etabliert. Die personellen und sachlichen Ressourcen werden beim Projektauftrag in Absprache mit dem Projektleiter mit Blick auf Effizienz und Effektivität bereitgestellt. Die verschiedenen Sitzungen werden protokolliert und sind im Intranet einsehbar.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

Die Vision, sich zum "Magnet-Klinikum" zu entwickeln, bedingt für uns eine große Offenheit für Innovationen. Die Planung von ständigen Verbesserungsmaßnahmen, um eine qualitativ hochwertige Versorgung zu erzielen, spiegelt sich u.a. in den Unternehmenszielen wider.

Veränderungen und Innovationen werden, soweit sie das gesamte Klinikum oder Fachkliniken betreffen, im Rahmen des Strategieworkshops oder der Betriebsleitung und Chefarztrunde vorgestellt, diskutiert, ggf. ausführlich geprüft und beschlossen oder verworfen.

Mitarbeiter können insbesondere über die Beteiligung in Projektgruppen und Qualitätszirkeln Anregungen zur Weiterentwicklung des Unternehmens einbringen. Ein betriebliches Vorschlagswesen ist etabliert.

5.4.1 Externe Kommunikation

Die Planung der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit orientiert sich an der strategischen Unternehmensplanung. Sie wird in einem Marketing- und Veranstaltungskalender jährlich vorausgeplant und monatlich ergänzt und aktualisiert.

Ziel der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit ist die offene und authentische Kommunikation des Images (Corporate Identity) des Klinikum in der Öffentlichkeit.

Das Klinikum strebt im Rahmen der Corporate Identity eine Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Einweisern und anderen externen Partnern durch Kommunikation auf Augenhöhe an.

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

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

In der Klinik werden zum Thema Patientensicherheit verschiedenen Maßnahmen durchgeführt (wie z.B.: MRSA-Screening, Patientensicherheitsarmbänder, Zählkontrolle). Zudem ist ein Beinahefehlermeldesystem etabliert und die Meldungen des Beschwerdemanagement werden kritisch reflektiert.

Das Klinikum ist aktives Mitglied im Aktionsbündnis für Patientensicherheit e.V.

6 Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation

Im Klinikum ist ein umfassendes Qualitätsmanagement (QM) eingerichtet. Dies umfasst die Beteiligung aller Abteilungen an dem QM u.a. durch die Benennung von Qualitätsbeauftragten, welche in enger Abstimmung mit den QM-Koordinatorinnen das QM-System kontinuierlich weiterentwickeln. Zudem wird die Weiterentwicklung des QM-Systems durch die Beteiligung des QMs an den verschiedenen Gremien des Klinikums gewährleistet. Allen Mitarbeitern steht die Teilnahme an den verschiedenen QM-Projekten offen. Die Mitarbeiter werden u.a. im Rahmen der verschiedenen Besprechungen, über das Intranet, Mitarbeiterinfobriefe, die Mitarbeiterzeitung sowie QM-Infoletter über die Aktivitäten im QM informiert.

Die Qualitätspolitik und hausweite Ziele definieren das Qualitätsverständnis, die Organisation des QM, eingesetzte Instrumente sowie Grundsätze zur Qualitätszielplanung, Information und Zertifizierung für das Gesamthaus und das Onkologische Zentrum.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

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

6.2.1 Patientenbefragung

Im Mittelpunkt unseres täglichen Handelns steht der Patient, dessen Zufriedenheit für uns einen hohen Stellenwert hat. Daher führen wir im dreijährigen Abstand eine umfassende Patientenbefragung durch. Diese zeigt uns Stärken aber auch Verbesserungspotentiale in unserer Betreuung auf. Basierend auf den Ergebnissen werden anschließend Maßnahmen initiiert, die wir im Verlauf bzgl. ihrer Wirksamkeit evaluieren. Bei Bedarf finden zudem partielle Befragungen oder Wartezeiterhebungen statt. Im Onkologischen Zentrum erheben wir kontinuierlich die Meinung unserer Patienten. Des Weiteren ermöglicht unser Beschwerdemanagement die Rückmeldung von Beschwerden, Lob oder Verbesserungsideen.

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

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

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Die Zufriedenheit unserer Mitarbeiter wirkt zumindest mittelbar auf die von uns angestrebte hochwertige Patientenbetreuung. Wir befragen unsere Mitarbeiter deshalb im dreijährlichen Rhythmus. Hier werden Stärken und Verbesserungspotentiale deutlich. Letzteren begegnen wir mit abgeleiteten Maßnahmen. Unsere Mitarbeiter werden dabei kontinuierlich über den Stand der einzelnen Projekte im Intranet sowie über weitere Medien informiert. Mitarbeiter haben auch die Möglichkeit ihre Ideen und Vorschläge über das Vorschlagswesen einzubringen.

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Beschwerden sehen wir am Klinikum als Chance zur Verbesserung unserer Qualität an. Daher haben wir ein strukturiertes Beschwerdemanagement, welches Patienten, Angehörigen, Besuchern, niedergelassenen Ärzten, anderen Kliniken sowie sonstigen Partnern die Möglichkeit gibt, Kritik, aber auch Lob anzubringen, etabliert. Dabei hat das systematische Beschwerdemanagement die Aufgabe, erkannte Fehler und möglichst viele Unzufriedenheitsfaktoren zu erfassen, sie rasch zu beseitigen und aus ihnen zu lernen. Darüber hinaus sollen wertvolle Impulse für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess beigetragen und eine "offene Beschwerdekultur" entwickelt werden. Für den Fall, dass sich unsere Patienten an eine externe und unabhängige Patientenbeschwerdestelle wenden möchten, können sie sich an die Mitarbeiter der BiGS Gütersloh wenden, die diese Funktion für das Klinikum übernehmen.

6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Neben den Daten der verpflichtenden externen Qualitätssicherung werden im Klinikum Gütersloh vielfältige qualitätsrelevante Daten erhoben und bewertet:

Die Ergebnisse der Qualitätssicherung werden zur Überprüfung der Behandlungsqualität und Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen sowie zur Bestimmung der Wettbewerbsposition des Klinikums genutzt.

Eine umfassende interne und externe Transparenz wird durch einen offenen Umgang mit Qualitätsdaten sowie der Teilnahme an QSR (Qualitätssicherung aus Routinedaten) innerhalb des Clinotel-Krankenhausverbundes und durch die Veröffentlichungen des Qualitätsberichtes gefördert. Damit erfüllen wir die zunehmende Forderung nach Transparenz durch Patienten, Patientenorganisationen, Politik und Gesellschaft, Kostenträger und Versicherte.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Wir nutzen die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung, um Abweichungen in der Ergebnisqualität der dokumentierten medizinischen und pflegerischen Leistungen zu identifizieren, Verbesserungspotenziale zu erkennen und das Bewusstsein für medizinische und pflegerische Ergebnisqualität weiter zu fördern.

Mit Hilfe einer entsprechenden Software haben wir die Möglichkeit Dokumentations- oder Qualitätsdefizite rechtzeitig zu erkennen. Die Ergebnisse werden direkt mit den Chefarzten oder dem verantwortlichen Oberarzt besprochen, sowie in den jeweiligen Gremien vorgestellt.

Die §21-Daten werden durch das Medizincontrolling auf Validität und Vollständigkeit überwacht und fristgerecht weitergeleitet.

Die Klinik nimmt im Rahmen des Clinotelverbundes an der Qualitätssicherung mit Routinedaten und Benchmark-Verfahren teil.