



KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009 für Krankenhäuser

Einrichtung:	Klinikum Gütersloh	Klinikum Gütersloh Standort Rheda
Institutionskennzeichen:	260570113	
Anschrift:	Reckenberger Straße 19 33332 Gütersloh	Gütersloher Straße 62-64 33378 Rheda-Wiedenbrück
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:		2012-0048 KHGZ
durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle:		SAMA Cert GmbH, Stuttgart
Gültig vom:	16.04.2012	
bis:	15.04.2015	

Inhaltsverzeichnis:

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung.....	5
Die Kategorien	6
1 Patientenorientierung	7
2 Mitarbeiterorientierung	12
3 Sicherheit	15
4 Informations- und Kommunikationswesen	19
5 Führung.....	22
6 Qualitätsmanagement	26

Vorwort der KTQ®

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

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

Die Verfahrensinhalte, insbesondere der KTQ-Katalog, wurde hierarchie- und 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 Visitorteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

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. 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 Klinikum Gütersloh mit seinen Standorten Gütersloh und Rheda 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

Dr. med. M. Vogt

Für den Hartmannbund

Vorwort der Einrichtung



EINFÜHRUNG

Die Klinikum Gütersloh gGmbH ist als regionales Schwerpunktkrankenhaus das größte Akut-Krankenhaus im Kreis Gütersloh. An zwei Standorten werden in 468 Betten ca. 19.000 Patientinnen und Patienten jährlich stationär behandelt. Durch ambulante Operationen, die Institutsambulanz des Krankenhauses und die ambulanten Ermächtigungen der Chefarzte werden außerdem über 30.000 Patienten jährlich ambulant versorgt. Die steigende Tendenz zu mehr Patienten (sowohl stationär als auch ambulant) hat sich damit auch im Jahr 2011 fortgesetzt. Das Bemühen um bestmögliche Qualität in der medizinischen und pflegerischen Patientenversorgung verbunden mit der bestmöglichen Diagnostik und Therapie verpflichtet uns, alle uns zur Verfügung stehenden Kompetenzen zum Wohle unserer Patientinnen und Patienten einzusetzen.

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 Zertifizierung nach KTQ im Frühjahr 2009 (www.ktq.de).

Mit diesem KTQ-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), in dem freiwilligen und gesetzlichen Qualitätsbericht sowie im Clinotel-Jahresbericht zur Qualitätssicherung (www.clinotel.de).

Maud Beste	PD Dr. Rüdiger Klän	Jens Alberti	Dieter Ackermann
Geschäftsführerin	Ärztlicher Direktor	Pflegedirektor	Kaufm. Direktor

Die Kategorien

1 Patientenorientierung

1.1 Rahmenbedingungen der Patientenversorgung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das Klinikum sowie die Abteilungen in Rheda sind gut mit dem PKW oder per Bus zu erreichen.

Um eine gute Aufnahmeplanung und Erreichbarkeit zu gewährleisten existieren im Klinikum Gütersloh zur Vorbereitung der Aufnahme zahlreiche Möglichkeiten zur umfassenden Information der Patienten und ihrer Angehörigen. Diese umfassen u.a.:

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

Die Aufnahmeplanung elektiver Patienten erfolgt über die einzelnen Sprechstunden, Sekretariate und Stationen. Termin- sowie Stationswünsche werden berücksichtigt.

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.

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 unsere Seelsorgerin 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 Ausbildungsstandard 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 Außenbereich inkl. WLAN, einen Internet-Raum, Abschiedsraum, den muslimischen Gebetsraum und eine Bücherei.

Unsere Patienten haben die Möglichkeit, für alle drei Mahlzeitengruppen, zwischen verschiedenen Komponenten oder Menüs zu wählen.

1.1.5 Kooperationen

Die Behandlung unserer Patienten erfolgt grundsätzlich interdisziplinär, d.h. bei Bedarf werden weitere Fachabteilungen hinzugezogen (z.B. über Konsile, Tumorkonferenzen). Das Klinikum ist ein Kooperationspartner der BiGS Gütersloh und verschiedener Selbsthilfegruppen.

1.2 Notfallaufnahme

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

In der Zentralen Notaufnahme des Klinikums sowie 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. Auf Wunsch integrieren wir Angehörige in den Aufnahmeprozess.

Eine Berufsgenossenschaftliche Zulassung ist für die Klinik für Chirurgie und Hand- und Plastische Chirurgie vorhanden. Das Klinikum stellt in Gütersloh über 24 Stunden einen Notarzt bereit.

1.3 Ambulante Versorgung

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 evtl. Vorbefunde zum Klinikaufenthalt mitzubringen.

Leistungen aus den Bereichen Gefäßchirurgie und Nuklearmedizin werden im 2011 gegründeten MVZ am Klinikum Gütersloh angeboten.

1.3.2 Ambulante Operationen

In einer anästhesiologischen Praxis im Ärztehaus, welche sich auf dem Klinikgelände befindet, sind für das Klinikum an festen Werktagen OP-Kapazitäten angemietet, die nach Bedarf erweitert werden können. Genutzt werden diese Kapazitäten von verschiedenen Disziplinen. Weitere ambulante Operationen finden eingestreut in das stationäre Geschehen im Zentral-OP statt.

1.4 Stationäre Versorgung

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 Visitengespräche wird der Patient über vorliegende Befunde aufgeklärt; ggf. finden weitere Gespräche unter vier Augen oder auf Wunsch des Patienten zusammen mit Angehörigen statt.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

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

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

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

In wöchentlichen, interdisziplinären Tumorkonferenzen wird über die Therapie der Tumorkranken beraten.

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 gemeinsame 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. Für unsere onkologischen Stationen ist zukünftig eine onkologische Pflegevisite geplant.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Telefonische Terminabsprachen erfolgen über die Einweiser (oder 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 kommen vor allem in der Wundversorgung vor; sie werden über die Zentrale Notaufnahme abgewickelt.

1.5 Übergang in andere Bereiche

1.5.1 Entlassung

Die Verweildauer unserer Patienten richtet sich primär nach ihrem Zustand. 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 10:00 Uhr mit dem vorläufigen oder endgültigen Arztbrief entlassen. Bei Bedarf nimmt der behandelnde Arzt zusätzlich telefonischen Kontakt mit dem Haus- bzw. Facharzt auf.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Der Klinische Sozialdienst und die Überleitungspflege arbeiten eng zusammen und organisieren noch während des Klinikaufenthaltes jedweden abzusehenden Hilfe- oder Versorgungsbedarf für unsere Patienten. Zudem arbeiten wir eng mit dem kooperierenden Netzwerk zur ambulanten Patientenversorgung im Kreis Gütersloh zusammen. Dieses gewährleistet eine nahtlose nachstationäre Versorgung oder Übernahme.

Die nachsorgenden Einrichtungen werden zeitnah telefonisch über die Entlassung unserer Patienten oder deren Verzögerung informiert. Bei neu entstandenem oder verändertem Pflegebedarf schicken wir den Pflegeüberleitungsbogen mit.

1.6 Sterben und Tod

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 ggf. 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.

Tot- und Fehlgeburten können auf Wunsch der Eltern bestattet werden.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1 Personalplanung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Der Personalbedarf ist fixiert im Stellenplan des Klinikums. Grundsätzlich erfolgt die Fortschreibung in jährlichen Abständen zusammen mit dem Wirtschaftsplan. Die Berechnung erfolgt in Abhängigkeit des jeweiligen Aufgabenbereiches anhand verschiedener Kennzahlen. Die Fluktuation wird je Dienstart ermittelt und im Clinotel-Krankenhausverbund intern verglichen. Seit 2009 wurde das Förderprogramm Pflege im Klinikum umgesetzt.

2.2 Personalentwicklung

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.

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 zwei anteilig freigestellte Praxisanleiter zur Verfügung. Zusätzlich gibt es auf jeder Station und in jedem Bereich mindestens einen Praxisanleiter mit Weiterbildung.

Ende 2011 wurde das Klinikum Gütersloh als Akademisches Lehrkrankenhaus der Westfälischen Wilhelms Universität Münster angenommen. Ab Februar 2012 beteiligt sich das Klinikum an der Ausbildung der Studierenden im Praktischen Jahr. In diesem Rahmen wurde ein Ausbildungscurriculum erstellt.

Das Klinikum Gütersloh bildet im Beruf "Kauffrau/Kaufmann im Gesundheitswesen" aus. Hier wird jährlich eine Ausbildungsstelle vergeben.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Das Klinikum ist Mitgesellschafter der Zentralen Akademie für Berufe im Gesundheitswesen (ZAB). Die ZAB erstellt ein jährliches Fort- und Weiterbildungsprogramm, das allen Mitarbeitern zugänglich ist.

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.

Für die ärztliche Weiterbildung gibt es für jedes Weiterbildungsangebot einen Ordner, in dem die interne Struktur der Weiterbildung beschrieben ist. Der Ordner wird jedem Arzt in Weiterbildung ausgehändigt und dient auch der Selbstkontrolle und der Nachverfolgung des Weiterbildungsstandes durch den Weiterbildungsberechtigten.

Interne Fort- und Weiterbildungsangebote werden über das Intranet kommuniziert. Des Weiteren liegt ein umfangreiches Angebot an Fachliteratur im Klinikum vor.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

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. In berufsgruppenübergreifenden Workshops werden dabei jährlich je Abteilung Ziele de-

finiert, die sich an den Unternehmenszielen orientieren.

Eine „offene Unternehmenskultur“ wird über permanente Informationen aller Mitarbeiter über die verschiedenen Medien umgesetzt.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Es gibt bereichsweise Arbeitszeitregelungen. In den zugrundeliegenden Modellen finden sich alle denkbaren Varianten wider. Alle Arbeitszeitregelungen gehen konform mit den gesetzlichen und tarifrechtlichen Normen.

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 Schutz- und Sicherheitssysteme

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.

Im Klinikum werden Sicherheitsprodukte nach TRBA angewendet.

3.1.2 Brandschutz

Grundlage ist die klinikeigene Brandschutzordnung. Auf ihrer Basis werden die Mitarbeiter geschult. In den Brandschutz-Schulungen werden u.a. Sammelpunkte, das Verhalten im Brandfall, Flucht- und Rettungswege sowie eine Feuerlöschübung thematisiert. Zudem hängen in allen Abteilungen Flucht- und Rettungswegepläne aus. Der Brandschutzbeauftragte führt kontinuierliche Brandschutzbegehungen durch und ist verantwortlich für das Freihalten von Rettungswegen und -flächen für die Feuerwehr.

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.

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 sind.

Bei Neu- und Ersatzbeschaffungen werden wassersparende Armaturen und Spülkästen mit Stoppfunktion eingesetzt.

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. Berufsgruppenspezifisch

sche Schulungen sowie die Simulation von verschiedenen Ereignissen sind geplant.

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Der Alarm- und Einsatzplan umfasst u.a. Ablaufschemata etwa 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.).

Ausfallkonzepte für die Warmwasser-, Heizungs- und Stromversorgung liegen vor.

3.2 Patientensicherheit

3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

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

Um unsere Patienten vor einer Eigengefährdung zu bewahren liegen verschiedene schriftliche Regelungen im Klinikum 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 patientenversorgender Bereiche statt.

3.2.3 Hygienemanagement

Eine ausgebildete Hygienefachkraft sowie eine Mitarbeiterin in Weiterbildung 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 überprüft die Hygienefachkraft die Einhaltung der Hygienebestimmungen.

Auftretende Hygieneprobleme werden in der monatlichen Bereichsleiterkonferenz der Pflege und/oder in der Klinikumskonferenz thematisiert. In den jährlich stattfindenden

Schulungen zur Hygiene und Arbeitssicherheit werden aktuelle Themen aufgegriffen.

3.2.4 Hygienerelevante Daten

Die Erfassung von hygienerelevanten 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 in einer fortlaufenden Liste, die vom Gesundheitsamt gestellt wird, direkt an das Kreisgesundheitsamt geschickt.

Das Klinikum beteiligt sich an den folgenden KISS-Modulen: HAND, ITS sowie MRSA.

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 Outbreakmanagement geregelt.

Das Klinikum nimmt zudem an folgenden Aktionen teil:

- "Aktion Saubere Hände"
- Screening Verfahren von MRSA Risikopatienten
- MRSA KISS - geplant ist die Erreichung des MRSA-Qualitätssiegels in 2012
- HAND KISS

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, einen Vorrat für einige hier beschaffte Medizinprodukte für eine Woche vor.

Für das Pflegepersonal werden jährlich Schulungen zum Umgang mit Zytostatika und dem richtigen Gebrauch der Spill Kits angeboten und durchgeführt.

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.

Studienmedikationen laufen im Bereich der Onkologie.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Die Regelungen und Maßnahmen zur Transfusionsmedizin sind im entsprechenden 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 ernsthaft in Betracht kommenden Bluttransfusion wird der Patient über die Risiken der Fremdbluttransfusion aufgeklärt und rechtzeitig auf die Möglichkeiten der Eigenblutspende hingewiesen.

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 entsprechende Regelungen zur Aufbereitung von Medizinprodukten und für den Umgang mit Sterilgut vor.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1 Informations- und Kommunikationstechnologie

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.

Ziel ist der Aufbau einer vollständigen elektronischen Patientenakte.

4.2 Patientendaten

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. Es liegen schriftliche Regelungen zur Dokumentation vor.

Nach dem Versand des Entlassbriefes wird die Akte archiviert. Die Archivierung der Papierakten erfolgt in einem zentralen Archiv, die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen werden eingehalten.

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. Zuweiser erhalten, sofern der Patient diesem zugestimmt hat, nach der Entlassung einen Entlassbericht, bei Verlegungen wird die entsprechende aufnehmende Klinik oder Rehabilitationseinrichtung informiert.

4.3 Informationsmanagement

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 (z.B. Hygiene- und OP-Statistik) und Berichte (vom Controlling, Qualitätsmanagement, verschiedenen Arbeitsgruppen und Kommissionen). Über besondere Vorkommnisse, die eine schnelle Reaktion erfordern, wird die Krankenhausleitung direkt informiert.

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 zugeschickt. 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 Telefonzentrale und Empfang

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 am Standort Gütersloh ist eine kontinuierliche Besetzung über 24 Stunden gewährleistet.

Für Patienten und Besucher stehen ein Wartebereich mit Sitzgelegenheiten, Getränke- und Süßigkeitenautomaten und Telefonzellen zur Verfügung. Rollstühle und Gepäckwagen stehen jederzeit zur Benutzung bereit. Im Eingangsbereich und im angrenzenden Treppenhaus finden wechselnde Bilderausstellungen lokaler Künstler statt. Die Cafeteria schließt direkt an den Eingangsbereich an und bietet weitere Sitzgelegenheiten sowie

eine große Auswahl an Speisen und Getränken.

4.5 Datenschutz

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz Gemäß §4 BDSG ist eine Datenschutzbeauftragte für das Klinikum schriftlich bestellt. Die Datenschutzbeauftragte hat insbesondere auf die Einhaltung des Datenschutzes hinzuwirken und dient als Ansprechperson für alle Mitarbeiter in datenschutzrelevanten Fragen. Regelungen zum Datenschutz sind in einem umfassenden Datenschutzhandbuch hinterlegt. Alle Mitarbeiter sind auf die Einhaltung des Datenschutzes schriftlich verpflichtet.

5 Führung

5.1 Unternehmensphilosophie und –kultur

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Eine klare Vision, Unternehmensidentität und gemeinsame Werte bilden die Orientierungsgrundlage für unser Handeln. Daher wurde mit der Umwandlung des Klinikum Gütersloh in eine gGmbH und unter neuer Geschäftsführung eine neue Vision für das Klinikum entwickelt: "Vision 2020: Auf dem Weg zum Magnet-Klinikum". Diese Vision, uns zum Spitzenversorger in Ostwestfalen-Lippe zu entwickeln war dann auch die Grundlage für die Erarbeitung einer neuen Corporate Identity und eines neuen Corporate Designs.

Unser Leitbild bietet Orientierung nach innen und außen.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Unser Leitbild sowie die Corporate Identity basieren u.a. auf Werte wie Vertrauen oder Wertschätzung. Zudem sind im Leitbild Grundsätze zur Mitarbeiterführung und Kommunikation schriftlich fixiert. Führungsgrundsätze sind erarbeitet.

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 dargestellt.

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 muslimischen 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 Strategie und Zielplanung

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 Kennzahlen zu Leistungszahlen, Erlösdaten, Kostenstellenberichten, Hochrechnungen, Liquiditätsstatistiken etc..

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Das Klinikum, als gemeinnütziges Krankenhaus, nimmt durch die Teilnahme an bzw. die Durchführung von verschiedenen Aktivitäten für Patienten, Mitarbeiter oder Stadt seine gesellschaftliche Verantwortung wahr. Hierbei handelt es sich z.B. um Medizinvorträge, Angebot von Reanimationskursen oder die Unterstützung von Selbsthilfegruppen.

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, Einweisermanagement).

Die Attraktivität der Arbeitsplätze wird u.a. durch die Teilnahme an der Weiterbildungsinitiative zur Förderung der Allgemeinmedizin (Förderung des Hausärztlichen Nachwuchses) aber auch durch viele Maßnahmen im Rahmen von klinikinternen Projekten gefördert.

5.3 Organisationsentwicklung

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 diverse organisatorische Regelungen. So ist die Arbeit in den ver-

schiedenen 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 bei 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.

Bei Veränderungen, die die Mitarbeiter betreffen, wird der Betriebsrat informiert bzw. auch beteiligt. Ein betriebliches Vorschlagswesen ist etabliert.

5.4 Marketing

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 Klinikums 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 Risikomanagement

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Ein Baustein des Risikomanagementsystems stellt das Risikomanagementhandbuch, welches alle relevanten Themen des Klinikums umfasst dar. Ziel des umfassenden Risikomanagements ist es rechtzeitig über drohende betriebswirtschaftliche sowie medizini-

sche 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 Qualitätsmanagementsystem

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 der QM-Koordinatorin das QM-System kontinuierlich weiterentwickeln. Zudem wird die Weiterentwicklung des QM-Systems durch die Beteiligung des QMs an den verschiedenen Gremien des Klinikums gewährleistet. Des Weiteren steht allen Mitarbeitern die Teilnahme an den verschiedenen QM-Projekten offen. Die Mitarbeiter werden u.a. im Rahmen der verschiedenen Besprechungen, dem Intranet sowie dem Mitarbeiterinfobrief über die aktuellen Ereignisse im QM auf dem Laufenden gehalten.

Die Qualitätspolitik und hausweiten Ziele definieren das Qualitätsverständnis, die Organisation des QM, eingesetzte Instrumente sowie Grundsätze zur Qualitätszielplanung, Information und Zertifizierung für das Gesamthaus. Neben den Unternehmenszielen, werden klinikspezifische sowie abteilungsspezifische Ziele vereinbart.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

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 Erstellung von Prozessbeschreibungen sowie der Überprüfung grundsätzlich alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen involviert. Des Weiteren führen wir Patienten- und Einweiserbefragungen durch, die uns weitere Verbesserungspotentiale aufzeigen.

6.2 Befragungen

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, wie z.B. bei der Einführung der Patientensicherheitsarmbänder, oder Wartezeiterhebungen statt. Im Rahmen der Orgazentren 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

Die Zufriedenheit unserer Einweiser stellt einen weiteren wichtigen Aspekt für die Unter-

nehmensführung dar. Daher führen wir im drei-Jahresrhythmus 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 stellt einen wichtigen Aspekt in der kontinuierlichen und somit hochwertigen Patientenbetreuung dar. Daher führen wir im dreijährlichen Rhythmus eine entsprechende Befragung durch. 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 auf dem Laufenden gehalten. Des Weiteren haben die Mitarbeiter die Möglichkeit ihre Ideen und Vorschläge über das Vorschlagswesen einzureichen.

6.3 Beschwerdemanagement

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 Qualitätsrelevante Daten

6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Das Klinikum nimmt an allen gesetzlich geforderten Verfahren der externen Qualitätssicherung der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung zur Überprüfung der medizinischen Ergebnisqualität teil. Die Ergebnisse der externen 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) in-

nerhalb des Clinotel-Krankenhausverbundes und durch die Veröffentlichungen des gesetzlichen Qualitätsberichtes sowie des Clinotel-Jahresberichtes zur Qualitätssicherung 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 dem Chefärzten 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.