



KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Marienkrankenhaus Schwerte
Institutionskennzeichen:	260591517
Anschrift:	Goethestraße 19 58239 Schwerte
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2013-0088 KH
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	WIESO-CERT GmbH, Köln
Gültig vom:	16.11.2013
bis:	15.11.2016



Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	7
1 Patientenorientierung	8
2 Mitarbeiterorientierung	11
3 Sicherheit	13
4 Informations- und Kommunikationswesen	15
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), 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 Visitorenteam 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

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

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 **Marienkrankenhaus Schwerte** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

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

Einleitung

Geschichte des Krankenhauses

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



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

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

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

Krankenhausleitung



An der Spitze des Marienkrankenhauses steht die Gesellschafterversammlung mit allen an der gem. GmbH beteiligten Institutionen und Personen - in der Regel Vertreter der katholischen Kirchengemeinde. Die Versammlung wählt den Verwaltungsrat, der die Geschäftsführung kontrolliert. Mit der ärztlichen Leitung, der Pflegedienstleitung und der Verwaltungsleitung bildet die Geschäftsführung die Betriebsleitung des Krankenhauses. Darunter gliedern sich Stabstellen und die einzelnen Fachbereiche.

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

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



Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

Die **Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung** ist patientenorientiert und strukturiert. Gewährleistet wird dies durch die enge Zusammenarbeit der Fachdisziplinen, dem Bettenmanagement und der Zentralen Aufnahme. Die beschriebenen Prozessabläufe stellen die Bedürfnisse der Patienten und ihrer Angehörigen in den Mittelpunkt. Die Patienten erhalten umfassende schriftliche und mündliche Informationen zum stationären Aufenthalt, zum Krankheitsbild sowie allgemeine Hinweise durch die Patienteninformationsmappe.

Die Abteilungen und Gebäudetrakte sind durch eine Beschilderung gekennzeichnet. Patienten und Besucher erhalten von den Mitarbeitern der zentral gelegenen Pforte zu jeder Zeit Auskunft zur Orientierung im Krankenhaus. Einzelne Bereiche (Ambulanzen, Funktionsabteilungen, stationäre Aufnahmen etc.) sind im Wegeleitsystem gesondert ausgewiesen. Ein Patientenbegleitedienst bestehend aus dem Hol- und Bringedienst und bei Bedarf den "Grünen Damen" bietet persönliche Hilfe zur Orientierung und Begleitung im Haus und zum Transport von Gepäck etc. an.

Mit der Einrichtung der Zentralen Aufnahme wurde die Betreuung der stationären Patienten neu geregelt und die Patientenorientierung während der Aufnahme gewährleistet. Ein festes Ärzte- und Pflegeteam arbeitet Hand in Hand, um Abläufe für die Patienten und deren Angehörigen so einfach wie möglich und ohne lange Wartezeiten zu gestalten. Innerhalb kürzester Zeit soll der Patient aufgenommen, ärztlich untersucht und ein Gespräch mit dem Anästhesisten geführt worden sein. Parallel sorgt der Bettenmanager dafür, dass der Patient anschließend sein Zimmer in der gewünschten Ausstattung beziehen kann.

Die **ambulante Diagnostik und Behandlung** wird von den Fachabteilungen übernommen. Hierzu sind allgemeine und spezielle Sprechstunden eingerichtet, um nach Terminvergabe und ohne lange Wartezeiten fundierte Diagnosen stellen zu können. Die Fachabteilungen zeichnen sich zudem für die Notfallambulanzen verantwortlich, um Patienten qualifiziert rund um die Uhr versorgen zu können. Sind Vitalfunktionen bedroht, steht im Marienkrankenhaus ein Schockraum zur Verfügung. Potentielle Patienten aus Notarzteinsätzen werden von den Rettungsdiensten telefonisch angekündigt. Für **ambulante Operationen** wurde eine ambulantes OP-Zentrum errichtet.

Um eine fundierte Ersteinschätzung durchführen zu können, ist im Rahmen der **Erstdiagnostik und Erstversorgung** eine umfassende ärztliche Untersuchung notwendig. Erhoben werden Daten zur körperlichen Verfassung, zur seelischen Situation und zum sozialen Umfeld, um einen ganzheitlichen Behandlungsansatz zu gewährleisten. Hieraus ergibt sich das weitere diagnostische und therapeutische Vorgehen. Dieses ist standardisiert, um eine entsprechende Qualität des Aufnahmeverfahrens garantieren zu können, orientiert sich jedoch inhaltlich stets an der individuellen Situation und an den Wünschen des Patienten.

Zur **Behandlungsplanung** ist die Nutzung von Vorbefunden vom Hausarzt, vom Facharzt oder von hausinternen Stellen obligat. Sämtliche Informationen sollen berücksichtigt werden, um ein möglichst lückenloses Bild über die Krankheitsgeschichte des Patienten zu bekommen. Krankenhausintern steht dazu elektronisch ein System mit sämtlichen, bis zum Zeitpunkt der Behandlung angesammelten Patientendaten zur Verfügung. Dies ermöglicht dem behandelnden Arzt, die Informationen ohne Zeitverzögerung bei Diagnose- und Behandlungsplanung mit zu berücksichtigen.

Der Patient hat das Recht, schnelle und qualifizierte Hilfe zu bekommen. Durch eine Rundumdie-Uhr-Besetzung ist jederzeit eine ambulante **Diagnosestellung** mit entsprechender Therapiemöglichkeit durch den diensthabenden Arzt und einen Oberarzt gegeben. Die Festlegung des **Behandlungsprozesses** geschieht in Rücksprache mit Fachkollegen, unter Einbeziehung des Patienten und unter Berücksichtigung standardisierter Diagnostik- und Therapiepfade. Behandlungsform und -alternativen werden in täglichen Abteilungsbesprechungen diskutiert mit dem Ziel, den Patienten so erfolgreich wie möglich zu behandeln.

Der Patient steht im Mittelpunkt der Behandlungsplanung. Dabei ist es wichtig, ihn umfassend zu **informieren und zu beteiligen** sowie mögliche Ängste ernst zu nehmen. Der Patient soll gemäß dem christlichen Leitbild des Krankenhauses als Partner betrachtet werden, mit dem zusammen die Gesundheit wieder hergestellt werden soll. Bedürfnisse und Wünsche des Patienten genießen die höchste Priorität. Widersprechen diese den medizinischen Notwendigkeiten, werden diese

rechtzeitig, einfühlsam und vor allem verständlich vorgetragen. Alle Maßnahmen werden anschließend nur mit der Einwilligung des Patienten eingeleitet.

Das Leitbild der Klinik bestimmt, dass jeder Patient ganzheitlich auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse, mit modernster Technik, nach christlich-humanistischen Prinzipien behandelt werden soll. Um die Durchführung einer hochwertigen und hohen Qualität der Versorgung zu garantieren, sind die **therapeutischen Prozesse** in Form von Standards und hausinternen Behandlungspfaden hinterlegt, die für jeden Mitarbeiter bindend sind. Die im Qualitätsmanagementhandbuch hinterlegten Regularien werden dauernd überprüft, aktualisiert und laufend erweitert.

Gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse sind bei der Behandlung der Patienten maßgebend. Jede Fachabteilung richtet sich nach den Empfehlungen und **Leitlinien**, die hausintern als Behandlungspfade formuliert worden sind. Im Qualitätsmanagementhandbuch sind sämtliche Regularien hinterlegt und von den Mitarbeitern am Computer einsehbar.

Vermittelt werden die Inhalte zudem in regelmäßig stattfindenden Abteilungs- und Teamtreffen sowie in innerbetrieblichen Fortbildungsveranstaltungen.

Der Patient steht im Mittelpunkt allen Handelns. Der Behandlungsplan wird mit dem Patienten entwickelt. Diagnose, Therapie und Pflege sind deshalb verständlich darzustellen. Darüber hinaus werden Broschüren und Informationsschreiben ausgehändigt.

Den Patienten wird die Möglichkeit eingeräumt, die Behandlung zu überdenken oder aber eine Zweitmeinung einzuholen. Um dem Patienten die Orientierung in der Klinik zu erleichtern, wird eine Informationsmappe überreicht. Darüber hinaus tragen alle Mitarbeiter Namensschilder.

Jeder Patient soll - auch unter Berücksichtigung kultureller Belange - das **Essen und Trinken** bekommen, das er möchte und mit dem Krankheitsbild in Einklang zu bringen ist. Die Ausgabe erfolgt nach festen Zeiten. Von der Zentralküche geht es per Aufzug auf die Stationen, von dort zügig auf die Zimmer. Diätkost ist ebenso möglich wie individuelle Speisepläne und medizinisch notwendige Kostformen.

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

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

Der Patient erhält die bestmögliche Behandlung, indem alle Mitarbeiter berufsgruppenübergreifend nach dem Leitbild des Krankenhauses zusammenarbeiten. Durch interdisziplinäre Besprechungen und Konferenzen, ein strukturiertes Konsilwesen und durch den Aufbau interdisziplinärer Zentren wird dafür Sorge getragen, dass der Austausch untereinander stattfindet. Die EDV-basierte Übermittlung der Patientendaten unterstützt den Prozess der Zusammenarbeit und **Kooperation** aller an der Behandlung Beteiligten.

Chefärzte, Oberärzte, und Stationsärzte halten gemeinsam mit dem Pflegepersonal **Visiten** ab. Im Vordergrund steht dabei, dass alle besprochenen Behandlungsansätze dem Patienten verständlich gemacht werden. Nachfragen beim Patienten geben den Medizinern entsprechende Aufschlüsse. Die Visiten finden nach bestimmten Zeitrastern statt, über die der Patient während des Aufnahmegesprächs informiert wird. Darüber hinaus finden einmal in der Woche gemeinsam mit dem Apotheker der Klinik Kurvenvisiten statt, um die Versorgung der Patienten mit Medikamenten zu optimieren.

Entlassung und Verlegung von Patienten finden koordiniert statt. Entlassungsgespräche mit dem Patienten und bei Bedarf auch mit den Angehörigen sorgen dafür, dass zum Abschluss der Behandlung noch einmal alle notwendigen Informationen mit auf den Weg nach Hause gegeben werden. Weiter betreuende Seniorenheime und Pflegeeinrichtungen erhalten darüber hinaus einen einheitlichen Pflegeüberleitungsbogen. Das abschließende Gespräch soll so früh wie möglich stattfinden, damit sich der Patient auf das Ende des Klinikaufenthaltes und den Transport nach Hause vorbereiten kann.

Zur Entlassung des Patienten sind alle Befunde und Therapieergebnisse lückenlos dokumentiert und im EDV-System festgehalten. Weiterbehandlung und Nachsorge sind somit fundiert möglich. Eine Verfahrensweisung legt fest, dass alle notwendigen Unterlagen wie Arztbriefe und Befunde zusammengefasst werden und der Patient somit über die weiteren Therapiemaßnahmen und Nachsorgebedingungen den Therapeuten oder den Hausarzt informieren kann. Zum Abschluss der Behandlung im Krankenhaus werden die Patienten gebeten, den Aufenthalt kritisch zu beurteilen.

Ärzte- und Pflegeteam sorgen dafür, dass die Einrichtung, die die Weiterbehandlung des Patienten übernimmt, über den Klinikaufenthalt und über die eingeleiteten Therapien informiert wird, um eine **kontinuierliche Weiterbetreuung** sicherzustellen. Dies geschieht zeitnah mit der Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus. Auch zu den Einweisenden und nachbehandelnden Ärzten wird enger Kontakt gehalten. Um die Zusammenarbeit weiter zu verbessern, finden, Ärzttestammtische, gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen, Visiten und Fallbesprechungen mit therapeutischer Entscheidungsfindung statt.

Sterbende Patienten und deren Angehörige werden jederzeit begleitet. Bei Vorliegen einer Patientenverfügung findet diese Berücksichtigung. Wird eine Sterbebegleitung gewünscht, stehen eine Krankenhauseelsorgerin sowie Vertreter der gewünschten Konfession oder der entsprechenden Glaubensrichtung zur Verfügung. Einen besonderen Stellenwert beim **Umgang mit sterbender Patienten** nimmt die Schmerztherapie ein, zu der speziell ausgebildete Mitarbeiter hinzugezogen werden.

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

2 Mitarbeiterorientierung

Bei der Personalplanung erfolgt ein möglichst effektiver Personaleinsatz unter Berücksichtigung der festgelegten Qualifikation und dem notwendigen Personalschlüssel.

Die Personalplanung wird durch den Geschäftsführer und die Betriebsleitung festgelegt. Grundlage für die **Planung** ist die jeweilige Ermittlung **des Personalbedarfs** anhand von Anhaltszahlen und Leistungszahlen. Die verschiedenen Abteilungen und Bereiche sind aktiv in die Personalbedarfsermittlung und somit in die Personalplanung einbezogen.

Die **Qualifikationen** der Mitarbeiter richten sich nach den gesetzlichen Vorgaben und nach der **Personalentwicklungsplanung** der Klinik. Um beide Zielsetzungen zu koordinieren, besteht ein hausinternes Fortbildungsangebot sowie die Möglichkeit, an externen Schulungen teilzunehmen. Mitarbeiter werden kontinuierlich geschult, besonders im ärztlichen- und pflegerischen Bereich. Anregungen und Wünsche der Mitarbeiter werden bei der Programmplanung - so weit wie möglich - berücksichtigt. Angebote zur Gesundheitsförderung runden das Fortbildungsprogramm ab. Gemäß unserem Leitbild sichern die Abteilungsleiter bei der patientenorientierten Tätigkeit der Mitarbeiter den aktuellen Stand der Wissenschaft durch leitlinienorientierte Verfahrensanweisungen, Behandlungspfade, Pflegestandards und Checklisten. Außerdem sorgen sie für regelmäßige innerbetriebliche Fortbildung, deren Inhalte nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen aufgearbeitet sind. Die Mitarbeiter sind aufgefordert an zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen teilzunehmen und dieses nachzuweisen.

Das Angebot der **Fort- und Weiterbildung** orientiert sich an neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie an den Bedürfnissen der Mitarbeiter. So wird die Sozial- und Fachkompetenz der Mitarbeiter kontinuierlich gefördert: Das Fortbildungsprogramm wird halbjährlich erstellt und ist berufsspezifisch gegliedert. Daneben gibt es auch Angebote für alle Mitarbeiter zur Gesundheitsförderung und verpflichtende Veranstaltungen zur Arbeitssicherheit. Das Fortbildungsprogramm steht jedem Mitarbeiter als Broschüre und im Intranet zur Verfügung.

Die Finanzierung der Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt. Das bedeutet, dass sich jeder an den im Fortbildungsprogramm angekündigten Kursen anmelden kann, wenn die Zugangsbedingungen erfüllt sind. Für die Weiterbildung werden die Mitarbeiter freigestellt. Darüber hinaus ist es aber auch möglich, externe Fortbildungen zu besuchen. Dazu müssen die Mitarbeiter ein im Intranet eingestelltes Formular samt Daten zur gewünschten Kostenerstattung ausfüllen.

Alle Mitarbeiter haben die Möglichkeit, sich jederzeit fort- und weiterzubilden. Es ist möglich, die organisierten Veranstaltungen zu besuchen oder aber in Form des Selbststudiums die vorhandene Fachliteratur zu studieren. Jede Abteilung verfügt über die gängigen Standardwerke und darüber hinaus besteht die Möglichkeit, Fachzeitschriften zu abonnieren. Außerdem besteht für jeden die Möglichkeit, das Internet zu nutzen.. Als weitere Informationsquelle dient zudem das Intranet.

Dem Marienkrankenhaus ist sehr daran gelegen, eine zukunfts- und praxisorientierte **Ausbildung** zu gewährleisten. Ärzte erhalten während der Facharztweiterbildung umfassende Unterstützung. Die externe schulische Ausbildung in der Pflege soll durch die Kooperation mit einem anderen Krankenhaus ebenfalls dazu dienen, die Qualität zu steigern. Außerdem sichern Praxisanleiter die qualifizierte Ausbildung in der Pflege. Lernerfolgskontrollen werden dazu genutzt, das vermittelte Wissen zu überprüfen und das System des Lehrens zu hinterfragen und somit stetig zu verbessern.

Achtung voreinander, Begegnung mit Respekt sind die Schlagworte unseres **mitarbeiterorientierten Führungsstiles**: Im täglichen Miteinander orientieren sich alle im Marienkrankenhaus Tätigen an den im Leitbild formulierten Regeln. Durch eine enge Zusammenarbeit, stetige Kommunikation, flache Hierarchien und kurze Entscheidungswege werden gemeinsam Ziele angestrebt - und umgesetzt. Parallel wird durch dieses Handlungsprinzip ein dynamisches Arbeitsumfeld geschaffen, das Mitarbeiter motiviert und zur Zufriedenheit beiträgt. Jeder soll seinen Beitrag leisten können und somit Mitverantwortung für die Qualität tragen.

Gesetzliche Vorgaben und betriebliche Erfordernisse werden bei der **Regelung zu Arbeitszeiten**, Rufdiensten und Bereitschaftsdiensten in Einklang gebracht. Dies geschieht, indem die Geschäftsführung mit den Abteilungsleitern und mit Zustimmung der Mitarbeitervertretung einen Konsens herstellt, der gesetzlich und tariflich gedeckt ist und den Erfordernissen des Krankenhauses entspricht. Dienstpläne werden erstellt und am Monatsende ausgewertet. Arbeitsgruppen befassen sich zudem damit, Modelle zu entwickeln und Arbeitszeitregelungen zu optimieren.

Eine strukturierte und kontrollierte **Einarbeitung von Mitarbeitern** soll den neuen Kollegen den Einstieg erleichtern. Dazu erhält jeder neue Mitarbeiter eine umfangreiche Mappe mit vielen nützlichen Hinweisen und Informationen über das Marienkrankenhaus. Die Einarbeitung funktioniert fachabteilungs- und berufsgruppenspezifisch. Jeder erhält einen erfahrenen Kollegen an die Seite gestellt und die Dienstplanung stellt sicher, dass beide Dienste aufeinander abgestimmt werden. Nach einer gewissen Zeit wird kontrolliert, ob die Einarbeitung wie gewünscht vonstattengegangen ist.

Mit dem bestehenden internen Vorschlagswesen soll durch **Mitarbeiterideen und Mitarbeiterwünschen** ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess erreicht werden. Die Ideen zur Optimierung des Arbeitsprozesses werden gesammelt und von einem Gremium bewertet und prämiert. Die Belohnung soll bei den Mitarbeitern die Motivation steigern, Ideen zu Papier zu bringen.

3 Sicherheit

Verfahren zum **Arbeitsschutz** sind geregelt, ebenso die Meldewege über den Durchgangs- Arzt bei Arbeitsunfällen. Zuständig für die Einhaltung der Vorschriften ist die Geschäftsführung, die einen Arbeitsschutzbeauftragten mit der Qualifikation Sicherheitsmeister bestellt hat. Grundlage der Tätigkeit bilden die gesetzlichen Bestimmungen. In Arbeitsschutzausschuss-Sitzungen findet dazu ein Austausch statt.

Es existiert ein Alarm- und Einsatzplan, der im Brandfall Fluchtwege, Rettungs- und Anfahrtswege sowie Verantwortlichkeiten der Mitarbeiter regelt. Der Plan steht in allen Abteilungen zur Verfügung, außerdem ist er im Qualitätsmanagement-Handbuch eingestellt. Die Mitarbeiter sind im **Brandschutz** unterwiesen, die Kenntnisse werden regelmäßig von einem externen Sicherheitssingenieur überprüft. Darüber hinaus sind alle Fluchtwege im Haus gekennzeichnet und alle Maßnahmen mit den Behörden wie z.B. Feuerwehr abgestimmt.

Im Leitbild ist fixiert, dass Ressourcen im Sinne des **Umweltschutzes** sorgsam eingesetzt und Abfälle vermieden werden sollen.

Bei der Beschaffung von Produkten wird auf Abfallvermeidung und Recyclingfähigkeit geachtet. Innerhalb der Klinik existiert ein Mehrwegtransportsystem - für Getränke - sowie ein Abfalltrennsystem. Bei Umbauten besteht das Ziel, Möglichkeiten bei der Einsparung von Strom und Wasser zu nutzen.

Zuständig für den **Katastrophenplan** ist der Landkreis Unna, der die Klinik aktiv eingebunden hat. Bei regionalen Großereignissen finden regelmäßig vorbeugend Abfragen zu freien Betten und Operationskapazitäten statt.

Das **medizinische Notfallmanagement** soll Mitarbeiter in die Lage versetzen, in Ernstfällen zeit- und sachgerecht zu reagieren. Der entsprechende Algorithmus ist den Mitarbeitern bekannt, der Meldeweg liegt den Stationen als Dienstanweisung vor. Ein Notfallkoffer befindet sich auf jeder Station, die Ausrüstung wird von der Arbeitsgruppe Reanimation sichergestellt, überprüft und versiegelt. In der Chemoambulanz existiert ein Paravasat-Set, auf jeder Station transportable Sauerstoff-Flaschen mit Absaugvorrichtung, an zentralen Stellen im Haus Defibrillatoren.

Bei den **Nichtmedizinische Notfallsituationen** sind die Verfahrensanweisungen im Alarm- und Einsatzplan geregelt, alle Mitarbeiter sind darüber unterrichtet. Das Notstromaggregat wird alle 14 Tage überprüft; Störmeldungen in der Strom- und Wasserversorgung gehen an den technischen Leiter, außerhalb der Regelarbeitszeit ist ein technischer Notdienst geregelt.

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

Die Hygiene-Verantwortung trägt im Rahmen des **Hygienemanagements** der ärztliche Leiter. Ihm zur Seite stehen zwei Hygienefachkräfte und für jede Fachdisziplin ein hygienebeauftragter Arzt. Ebenso hat jede Station eine hygienebeauftragte Pflegekraft. Sie kümmern sich darum, dass Richtlinien der Hygieneverordnung umgesetzt und eingehalten werden. Der umfangreiche Hygieneplan mit allen Arbeitsanweisungen steht im Intranet zur Verfügung. Einmal im Jahr tagt eine Hygienekommission. Außerdem finden Hygienesitzungen und mikrobiologische Visiten auf der Intensivstation statt.

Die für die Krankenhaushygiene zuständigen Mitarbeiter kontrollieren regelmäßig, welche bakteriellen Erreger in welcher Häufigkeit bei Patienten mit Entzündungen nachgewiesen werden konnten. Zusätzlich wird die Empfindlichkeit dieser Bakterien gegen Antibiotika statistisch erfasst. Jede erfasste Infektion wird der Hygienefachkraft gemeldet; über jede meldepflichtige Erkrankung das Gesundheitsamt unterrichtet. Alle gesammelten **hygienerlevanten Daten** werden von der Hygienekommission besprochen und bewertet, um bei Auffälligkeiten schnell reagieren zu können.

Um sich verbreitende Infektionen in der Klinik zu vermeiden, sind Hygienepläne erstellt worden, die alle Planungen, Handlungsanweisungen und Prozesse zum **Infektionsmanagements** beschreiben.. Die Mitarbeiter werden von der Hygienefachkraft geschult. Der Hygieneplan orientiert sich an den Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts, an Empfehlungen der Fachgesellschaften und an gesetzlichen Bestimmungen.

Neben der Hygienekommission, dem hygienebeauftragten Arzt und den Hygienefachkräften sind die Stations- und Abteilungsleitungen für die Einhaltung der vom Robert-Koch-Institut empfohlenen Vorgaben verantwortlich. Die Hygienefachkraft überprüft in regelmäßigen Abständen, dass diese Richtlinien und Empfehlungen eingehalten werden. Die Ergebnisse werden protokolliert und an den Geschäftsführer und den Ärztlichen Leiter weitergegeben. In der Küche wird ein international bewährtes Konzept zur Überwachung der hygienischen Erfordernisse konsequent umgesetzt.

Das Krankenhaus wird über eine eigene Zentralapotheke mit **Arzneimitteln** und gängigen Medizinprodukten versorgt. Bestellt werden die Produkte intern online per EDV. Spezielle Anforderungen von Zytostatika und Betäubungsmitteln werden hingegen direkt in Auftrag gegeben. Die Beschaffung von notwendigen Blut- und Blutersatzstoffen ist über das Qualitätshandbuch für Blut und Blutprodukte geregelt und im Intranet von allen Mitarbeitern einsehbar. Bestimmte, technische Medizinprodukte werden in Rücksprache von einem externen Dienstleister beschafft.

Die Freigabe der in unserem Hause verabreichten Arzneimittel ist verantwortlich durch die Arzneimittelkommission geregelt. Die gesetzlichen Bestimmungen zur Lagerung von Arzneimitteln werden eingehalten. Über ein EDV- gestütztes Warenwirtschaftsprogramm wird die Bestellung und Vorratshaltung von Arzneimitteln gewährleistet. Schulungen für das anwendende Personal vermitteln das notwendige Wissen zum Umgang mit Arzneimitteln.

Der Umgang mit Zytostatika erfolgt gemäß den Vorschriften der Berufsgenossenschaft, Richtlinien sind erstellt.

Der Umgang mit **Blut und Blutprodukten und Plasmaderivate** unterliegt allerhöchsten Sicherheitsstandards. Verantwortlich ist der Transfusionsbeauftragte, der dafür sorgt, dass die im Qualitätshandbuch für Blut und Blutprodukte festgelegten Regelungen eingehalten werden. Vorkommnisse mit den Präparaten sind über einen internen Meldeweg sofort zu berichten:

Bei Verdacht auf Transfusionsreaktionen erfolgt eine Meldung auf dem Transfusionsbegleitschein an den Transfusionsbeauftragten, der dann entsprechende Maßnahmen einleiten kann.

Für medizinische Geräte (**Medizinprodukte**) werden so genannte Übergabeprotokolle vom Hersteller verwendet, in denen für die Einweisung zuständige Personen vermerkt werden. Diese Liste wird dem Sicherheitsbeauftragten und dem Technischen Leiter vorgelegt und archiviert. Zudem sind in den Abteilungen Beauftragte benannt, die sich um die sachgerechte Anwendung der Geräte kümmern. Treten beim Geräte-Umgang Mängel auf, sind diese in Wartungsprotokollen einzutragen und eine notwendige Reparatur zu dokumentieren. Festgehalten werden zudem Zertifikate von Eichungen oder Kalibrierungen.

4 Informations- und Kommunikationswesen

Für die Dokumentation von Patientendaten wird eine moderne **Informations- und Kommunikationstechnologie** eingesetzt, zu dem alle Dienst- und Arbeitsbereiche Zugang besitzen. Auch externe Dienstleister wie die im Haus sich befindende Radiologische Praxis haben die Möglichkeit, das System zu nutzen. Die jeweiligen Zugangsberechtigungen sind individuell geregelt. Zugang besteht über ein Passwort 24 Stunden am Tag, da die Server rund um die Uhr in Betrieb sind. Die Einweisung der Mitarbeiter erfolgt per Schulungen durch die EDV-Abteilung, die auch für die technische Unterstützung zuständig ist.

Zur Behandlung der Patienten stehen alle Daten in einer Akte zur Verfügung. Dazu müssen die Akten erstellt, geführt und auf dem aktuellen Stand **archiviert** werden. Dabei ist der Datenschutz gewährleistet. Das Speichern der Akten geschieht elektronisch. Das hat den Vorteil, dass bedeutende Unterlagen nicht verloren gehen können und Fehlerquellen somit minimiert werden. Verantwortlich für die Dokumentation ist für den Bereich der Pflege die Pflegedienstleitung; für den ärztlichen und therapeutischen Bereich der Ärztliche Leiter mit den betreffenden Chefärzten.

Während des gesamten Behandlungszeitraumes werden die medizinischen und pflegerischen Daten der Patienten kontinuierlich gesammelt und dokumentiert. Der Verlauf der Behandlung ist transparent und jederzeit nachvollziehbar. Zur **Regelung** der vollständigen, verständlichen, korrekten und nachvollziehbaren **Dokumentation von Patientendaten** existiert eine für alle Berufsgruppen verbindliche Verfahrensweisung. Die für den Behandlungsprozess relevanten Maßnahmen werden zeitnah durch die am Prozess beteiligten Mitarbeiter in der Patientenakte dokumentiert. Elektronisch gespeicherte Patientenakten sind jederzeit von autorisierten Personen am Computer in den Stations- und Behandlungszimmern einsehbar. Die **Verfügbarkeit** ist jederzeit gewährleistet. Die Akten, die nicht elektronisch archiviert sind, können während der Kernarbeitszeit im Archiv angefordert werden. Darüber hinaus ist es möglich, Akten gegen Legitimation und mit Dokumentation einer im Archiv ausliegenden Liste zu entnehmen. Bei Wechsel der Fachabteilung werden Teilakten angelegt. Diese und die Teilakten einzelner Krankenhausaufenthalte werden im Archiv zu einer Stammakte zusammengeführt.

Die Krankenhausleitung steht im ständigen Dialog mit allen Führungs- und Abteilungsebenen. Auf diesem Wege ist gewährleistet, dass die Krankenhausführung stets über neue Entwicklungen und Projekte im Hause informiert wird und informieren kann. Wesentlicher Bestandteil dieser **Informationspolitik der Krankenhausleitung** ist das kontinuierliche Berichtswesen.

Eine hohe Priorität besitzt dabei der vertrauensvolle Umgang zwischen Geschäftsführung und Mitarbeitern. Geregelt ist ferner, dass alle Treffen und Sitzungen protokolliert werden und diese für jeden Mitarbeiter einsehbar sind.

Feste Kommunikationsstrukturen sichern die **Informationsweitergabe (intern/extern)** zwischen den Abteilungen. Es finden Konferenzen und Besprechungen auf diversen Ebenen statt. Darüber hinaus werden Informationen durch Rundschreiben der Geschäftsführung, durch die Mitarbeiterzeitschrift, durch das Schwarze Brett und über das Intranet verbreitet. Abteilungsintern ist der Informationsfluss durch Teamsitzungen und Leitungstreffen geregelt. Interdisziplinäre, hierarchie- und berufsgruppenübergreifende Konferenzen sorgen ebenfalls für einen Informationsaustausch. Die Öffentlichkeit wird über Geschenisse im Krankenhaus und mit Hinweisen zum Leistungsspektrum regelmäßig informiert. Die Planung und Durchführung erfolgt durch die Stabstelle "Öffentlichkeitsarbeit" in Absprache mit dem Geschäftsführer. Per Internet, Pressemitteilungen, Patientenmagazin, Broschüren oder Aktionstagen wird die interessierte Öffentlichkeit mit Themen aus "ihrem" Krankenhaus versorgt.

Im Haupteingangsbereich befindet sich die **Informationszentrale (Telefon und Empfang)**. Hier gehen alle Telefonate ein, hier fragen Patienten und Besucher nach dem richtigen Weg durch das Marienkrankenhaus oder bedienen sich mit dort ausliegenden Broschüren. Die Information ist rund um die Uhr besetzt. Die Mitarbeiter der Information verfügen über Telefon- /Fax- Nummern, E-Mail-Adressen der Mitarbeiter und Bereitschaftsdienstpläne der einzelnen Abteilungen sowie über alle notwendigen Verfahrensregelungen zum Verhalten in Notfallsituationen.

Alle Mitarbeiter werden auf das Dienstgeheimnis verpflichtet. Darüber hinaus gelten die ärztliche Schweigepflicht und die üblichen tarifrechtlichen Verschwiegenheitspflichten, auf die während der Einstellung hingewiesen wird. Um dieser Regel Rechnung zu tragen, werden im elektronischen Verkehr Zukunftsrechte, Benutzerkürzel und persönliche Passwörter vergeben. Zuständig für den **Datenschutz** ist ein Mitarbeiter, der als Datenschutzbeauftragter für die Einhaltung der **Regeln** zu sorgen hat. Außerdem gibt es regelmäßig Fortbildungen zum Thema "Datenschutz".

5 Führung

Vision, Philosophie und Leitbild wurden durch eine Projektgruppe entwickelt, die sich aus Vertretern der Trägergemeinde sowie aus Führungskräften zusammensetzte. Ziel war es, ein für alle Mitarbeiter gültiges "Krankenhaus-Grundgesetz" zu entwerfen. Das Leitbild soll als Orientierungshilfe im Klinikalltag dienen; es gibt die Richtschnur vor, wie Mitarbeiter sich untereinander zu verhalten haben und zeigt auf, welchen Stellenwert die Patienten im Krankenhaus besitzen.

Im Interesse eines ausgewogenen und guten Betriebsklimas ist das Krankenhaus darum bemüht, **vertrauensfördernde und vertrauensbildende Maßnahmen** umzusetzen. Wichtige Maßnahmen dazu sind Mitarbeiterbefragungen und die Etablierung des Vorschlagswesens - im Krankenhaus Ideenbörse genannt. Darüber hinaus ist die Betrauung der Mitarbeiter mit verantwortlichen Positionen und Aufgaben sowie eine gute berufsübergreifende Zusammenarbeit von elementarer Bedeutung. Zwei Betriebsfeste im Jahr, Präsente zu Weihnachten und Jubilarfeiern unterstreichen außerdem die Wertschätzung der Mitarbeiter.

Jeder Patient erfährt im Marienkrankenhaus menschliche Wertschätzung. Ethische Probleme genießen im christlich geprägten Haus dem Leitbild verpflichtend eine hohe Priorität. Die Struktur der Klinik ist so angelegt, dass **ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse** regelmäßig erörtert werden. Dazu wurde im Jahr 2000 ein Ethikkomitee eingerichtet, in dem Vertreter der Klinik, der Trägergemeinde sowie externe Berater sitzen. Grundlage der Ethikkomitee-Arbeit bildet eine Geschäftsordnung. Darüber hinaus gibt es für jeden Mitarbeiter die Möglichkeit, ethische Fallbesprechungen kurzfristig einzufordern.

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

Es wird darauf geachtet, dass perspektivische Geschäftsbeziehungen, **Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen** möglichst von langer Dauer und von partnerschaftlichem Umgang geprägt sind. Sie bilden sinnvolle Ergänzungen unseres Leistungsangebotes, mit denen die Wertschöpfungsaspekte nicht immer nur unter monetären Gesichtspunkten verbessert werden. Neben den finanziellen Gesichtspunkten wird daher wesentlich mit darauf geachtet, dass eine Kooperation unter qualitativen Aspekten Vorteile beinhaltet.

Die **Organisationsstruktur** wird bestimmt durch den Gesellschaftervertrag und den gesetzlichen Anforderungen an eine GmbH. Die daraus resultierende Struktur ist effektiv und definiert klare Zuordnungen. Durch die Festlegung einer eindeutigen Organisationsstruktur werden interne Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten allen Mitarbeitern, dem Träger und auch externen Einrichtungen dargelegt und in Form eines Organigramms beschrieben. Müssen darüber hinaus zeitlich begrenzte Projekte angeschoben werden, sind die Zuständigkeiten, Aufträge und Abläufe geregelt.

Die Klinik wird **effektiv und effizient geführt**, um eine dauerhaft hochwertige Patientenversorgung zu gewährleisten. In allen Abteilungen finden regelmäßig, zum Teil berufsgruppenübergreifende Besprechungen statt, in welchen die Maßnahmen zur Zielerreichung festgelegt werden. In allen Gremien sind entweder die Geschäftsführung oder ein Vertreter der Betriebsleitung vertreten. Über Entscheidungen werden Mitarbeiter zeitnah informiert. Die Grundlage des Verfahrens bilden u.a. die Geschäftsordnungen der Geschäftsführung und Betriebsleitung.

Um den Austausch zwischen den einzelnen Führungsebenen zu gewährleisten, findet wöchentlich eine Sitzung der Geschäftsführung mit der Betriebsleitung statt. Einmal im Jahr findet eine Klausurtagung mit Geschäftsführung und Betriebsleitung statt, viermal jährlich eine Verwaltungsratssitzung. Grundsätzlich sind die Dienstwege kurz und barrierefrei. Um die Informationen zu transportieren, finden verschiedene Informationsveranstaltungen für Mitarbeiter statt, alle 2 Monate erscheint eine Mitarbeiterzeitung, zu aktuellen Anlässen werden Rundschreiben verteilt.

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

Die **externe Kommunikation** zur Öffentlichkeit wird über die Stabsstelle „Öffentlichkeitsarbeit“ sichergestellt.

Ein umfassendes **Risikomanagementsystem** ist eingerichtet und dient dazu, mögliche Risiken und Ereignisse im Krankenhaus zu identifizieren und zu bewerten. Daraus werden geeignete Maßnahmen zur Fehlervermeidung abgeleitet und zukünftige Vermeidungsstrategien entwickelt. Eine professionelle Fehlermeldekultur ist bereits etabliert und wird durch Fallbesprechungen aufrecht erhalten.

Für die strukturierte Fehlererfassung kommt ein Critical Incident Reporting System (CIRS) zum Einsatz. Hier werden nicht nur bereits geschehene Zwischenfälle, sondern auch Beinahe-Ereignisse, die zu einem Fehler führen können, aufgenommen.

6 Qualitätsmanagement

In allen Abteilungen des Hauses wurde ein umfassendes Qualitätsmanagement eingeführt und umgesetzt. Ziel ist die Erarbeitung klarer Konzepte, die einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess unterliegen. Um den hohen Ansprüchen an medizinischer und pflegerischer Qualität gerecht zu werden, hat das Marienkrankenhaus im Leitbild eine einheitliche und professionelle Qualitätspolitik festgelegt.

Die Qualitätsziele sind im Leitbild des Marienkrankenhauses formuliert. Es bildet die Grundlage für die Einführung des Qualitätsmanagements und wurde von der Geschäftsführung als verbindliche Richtschnur für alle Mitarbeiter erklärt und per Rundschreiben, Intranet und Mitarbeiterzeitschrift bekannt gemacht. Außerdem sind die 10 wichtigsten Leitbild-Regeln in Scheckkartenformat an die Mitarbeiter in Form einer Plastikkarte herausgegeben worden. Das Leitbild beschreibt den Optimalzustand. Es handelt sich um kein starres Gebilde, sondern um einen dynamischen Prozess.

Das Qualitätsmanagement benötigt einen ganzheitlichen Blick über die Kernprozesse des Krankenhauses und ist daher mit Mitarbeitern aus allen Bereichen besetzt. Die Hauptverantwortung trägt der Geschäftsführer. Das Qualitätsmanagement ist durch die Geschäftsführung, die Pflegedienstleitung, eine Stabsstelle QM und QM-Beauftragte in den Abteilungen **organisiert**. Letztgenannte gelten als Multiplikatoren, die die Informationen in die Ebenen hineinragen.

Für die Kernprozesse der Aufnahme, der Behandlung und der Entlassung liegen Konzepte, Behandlungspfade und Verfahrensanweisungen mit geregelten Verantwortlichkeiten in allen Abteilungen vor. Unterstützungsprozesse wie Beschwerdemanagement, Prozesse der innerbetrieblichen Fortbildungen sind festgelegt.

Im Brustzentrum sind Kern-, Management- und Unterstützungsprozesse mit Verantwortlichkeiten und Informationsfluss und **Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung** zu anderen Prozessen in Form von Flowcharts und Standards vollständig beschrieben

Durch **Befragungen** werden die Bedürfnisse der **Patienten, Externer Einrichtungen** und **Mitarbeiter** erhoben. Ziel ist es, Schwachstellen zu erkennen und diese dann für Verbesserungen gezielt zu nutzen.

Patienten sollen sich im Marienkrankenhaus nach dem Klinikmotto "in guten Händen" fühlen. **Wünsche** nehmen wir ernst - und sollen nach Möglichkeit auch erfüllt werden.

Wichtig ist es dabei, auch negative Rückmeldungen festzuhalten. Um es den Patienten so einfach wie möglich zu machen, nehmen alle Mitarbeiter des Hauses mögliche **Beschwerden** und Verbesserungsvorschläge entgegen und leiten die Hinweise weiter.

Anonym können Beschwerden über den Patientenfragebogen geäußert oder aber über den Patientenführsprecher während der regelmäßigen Sprechstunden mitgeteilt werden.

Die interne Qualitätssicherung liegt im Verantwortungsbereich des Geschäftsführers, den Qualitätsbeauftragten sowie allen Mitarbeitern, die mit einbezogen sind. Neben dem Sammeln von **qualitätsrelevanten Daten** wie Infektionsstatistik, Dekubitusstatistik oder Sterblichkeitsrate wird die interne Qualitätssicherung in festgelegten, regelmäßigen Abständen durch interne Audits, einer Ideenbörse und dem Beschwerdemanagement für Patienten und Mitarbeiter sichergestellt. Verantwortung für die Qualitätssicherung tragen die Chefärzte. Darüber hinaus sind in allen Abteilungen Qualitätssicherheits-Beauftragte benannt worden, die mit der dazu notwendigen Software

entsprechende Daten zusammentragen.

Die Ergebnisse der **externen Qualitätssicherung** werden allen Abteilungen und den jeweiligen QS-Beauftragten zur Verfügung gestellt. Die Daten werden analysiert und Verbesserungspotenziale aufgezeigt.

Die Ergebnisse werden diskutiert sowie Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen beschlossen.

Durch eine systematische Datenerhebung soll die Notwendigkeit von Verbesserungsmaßnahmen deutlicher erkennbar werden. In allen Abteilungen müssen daher festgelegte Daten erhoben werden, die abteilungsintern oder interdisziplinär besprochen werden. Daraufhin ergeben sich Korrektur- und Verbesserungsmöglichkeiten, die genutzt werden.