



Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen

## KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009 für Krankenhäuser

**Krankenhaus:** Krankenhaus Wermelskirchen  
**Institutionskennzeichen:** 260531193  
**Anschrift:** Königstraße 100  
42929 Wermelskirchen

**Ist zertifiziert nach KTQ®**  
**mit der Zertifikatnummer:** 2013-0018 KH  
**durch die von der KTQ-GmbH**  
**zugelassene Zertifizierungsstelle:** WIESO CERT GmbH, Köln

**Gültig vom:** 13.02.2013  
**bis:** 12.02.2016

## **Inhaltsverzeichnis:**

<b>Vorwort der KTQ® .....</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung.....</b>	<b>5</b>
<b>Die Kategorien .....</b>	<b>6</b>
1 Patientenorientierung .....	7
2 Mitarbeiterorientierung .....	12
3 Sicherheit .....	15
4 Informations- und Kommunikationswesen .....	19
5 Führung.....	21
6 Qualitätsmanagement .....	25

## 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<sup>1</sup>, 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

---

<sup>1</sup> 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 **Krankenhaus Wermelskirchen** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter [www.ktq.de](http://www.ktq.de) abrufbar.

Dr. med. G. Jonitz  
Für die Bundesärztekammer

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

Seit der Inbetriebnahme im Jahre 1961 stellen die verantwortlichen Mitarbeiter des Krankenhauses eine qualitativ hochwertige und patientennahe medizinische, pflegerische und therapeutische Behandlung in Wermelskirchen sicher.

Konsequent wurde mit der Umwandlung in eine GmbH im Jahre 1972 auch nach außen deutlich gemacht, dass sich das Krankenhaus als moderner Dienstleistungsanbieter im Gesundheitswesen versteht.



Unser Leitbild bildet den Orientierungsrahmen für die tägliche Arbeit mit den Patienten und Angehörigen, für die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen, die wirtschaftliche Weiterentwicklung, für die Zusammenarbeit mit externen Kooperationspartnern, für die Erreichung der Qualitätsziele und die Darstellung in der Öffentlichkeit.

Die Leitung und die Mitarbeiter der Krankenhaus Wermelskirchen GmbH stellen sich der Herausforderung, die das Gesundheitswesen Krankenhäusern unserer Zeit abverlangt.

Das Ziel der verantwortlichen Mitarbeiter ist es, durch wirtschaftliches, zielgerichtetes Handeln und den schonenden, sparsamen Umgang mit Ressourcen die Weiterentwicklung unseres Krankenhauses zu sichern. Dadurch wird es auch zukünftig Teil des modernen Gesundheitssystem für die Stadt Wermelskirchen und seiner umliegenden Region sein.

# Die Kategorien

## 1 Patientenorientierung

### 1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Interessierte, Patienten und Angehörige, können sich im Vorfeld einer Behandlung umfassende Informationen über unser Krankenhaus und das Leistungsspektrum auf unserer Homepage und verschiedene Informationsbroschüren einholen.

Die Abstimmung eines Aufnahmetermins erfolgt über das jeweilige Chefarztsekretariat oder telefonisch zwischen dem einweisenden Arzt und dem Chefarzt / Oberarzt oder den diensthabenden Ärzten. Der medizinische Aufnahmeprozess von Patienten erfolgt, mit Ausnahme der Patientinnen in die Frauenklinik, in der interdisziplinären Notfallambulanz. Notfallpatienten werden rund um die Uhr in der Notfallambulanz behandelt.

### 1.1.2 Leitlinien

Unsere Standards und Leitlinien orientieren sich an den gesetzlichen Bestimmungen und den Vorgaben der Fachgesellschaften. Sie werden in der Regel fachübergreifend erstellt und sind über das im Intranet hinterlegte Qualitätshandbuch für alle Mitarbeiter abrufbar. Die Vorgaben werden aus gegebenem Anlass aktualisiert und spätestens alle drei Jahre im Rahmen eines Handbuchaudits überprüft.

Die Umsetzung der nationalen Expertenstandards in der Pflege befindet sich im Aufbau.

### 1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Selbstverständlich werden die Wünsche unserer Patienten von allen Berufsgruppen berücksichtigt und in die Behandlungsplanung einbezogen. Betreuungsregelungen finden Berücksichtigung.

Die vorgesehenen Untersuchungen und die daraus resultierenden Behandlungsschritte werden während der Visite mit dem Patienten und ggf. in einem persönlichen Gespräch mit dessen Angehörigen oder gesetzlichen Vertreter besprochen.

Unsere Patienten werden unter Zuhilfenahme von strukturierten Aufklärungsbögen, die auch fremdsprachig vorliegen und im persönlichen Aufklärungsgespräch über spezielle Behandlungsmaßnahmen informiert. Kinder werden behutsam auf die vorgesehenen Maßnahmen im Beisein der Eltern aufgeklärt.

Bei Patienten mit bösartigen Tumorerkrankungen erfolgt eine fachübergreifende Beratung innerhalb der wöchentlichen Tumorkonferenz. Über das Ergebnis wird der Patient in einem persönlichen Gespräch durch den behandelnden Arzt informiert.

### 1.1.4 Service, Essen und Trinken

Die Speisenanforderung erfolgt über standardisierte Essenskarten. Bei der Speisenauswahl werden die Patienten vom Stationspersonal unterstützt. Beim Frühstück und Abendessen besteht Komponentenauswahl. Beim Mittagessen kann aus drei verschiedenen Essen gewählt werden. Der Menüplan wird durch den Küchenleiter in Zusammenarbeit mit dem Diätassistenten erstellt. Wahlleistungspatienten können mittags aus einer zusätzlichen Karte weitere Menüs auswählen. Ethnische und / oder

religiöse Besonderheiten werden berücksichtigt.

### 1.1.5 Kooperationen

Zur Sicherstellung einer umfassenden Diagnose- und Behandlungsmöglichkeit, werden die verantwortlichen Ärzte anderer Fachabteilungen und externe Kooperationspartner in die Behandlung über ein Konsil einbezogen. Jede Konsil-Anforderung erfolgt durch ein standardisiertes Formular.

Die multiprofessionelle Koordination wird über die tägliche Visite sichergestellt.

Eine notwendige Begleitung zu den Untersuchungen wird durch Fachpersonal oder durch den Patientenbegleitdienst wird patienten- und zeitgerecht von den Stationen organisiert.

### 1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die komplette Erstdiagnostik und Erstversorgung wird in der, rund um die Uhr mit fachlich qualifiziertem Personal besetzten, Notfallambulanz durchgeführt.

Der Rettungsdienst kündigt die Patienten telefonisch an. Die Übernahme der Patienten vom Notarzt, Rettungsdienst erfolgt direkt an das Fachpersonal vor Ort.

Die Behandlung und Erstdiagnostik erfolgt entsprechend der vorgegebenen Leitlinien. Bei Arbeitsunfällen werden die Vorgaben der Berufsgenossenschaft eingehalten. Bei Kindern und Jugendlichen werden die Eltern in die Behandlung einbezogen.

### 1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Für die Versorgung der ambulanten Patienten und der Notfallpatienten steht rund um die Uhr Fachpersonal zur Verfügung.

Die Versorgung findet fachspezifisch in den Räumen der Interdisziplinären Notfallambulanz, dem Kreißsaal und der Intensivstation statt. Die für die Versorgung der Patienten notwendigen bilddiagnostischen Untersuchungen werden im Haus durchgeführt.

Die gängigen Arzneimittel sind immer vorrätig und werden ambulanten Patienten nach den arzneimittelrechtlichen Vorgaben ausgehändigt.

Soweit aktuelle, aussagekräftige Vorbefunde vorliegen werden diese genutzt. Die Informationsweiterleitung an die nachbetreuenden Einrichtungen erfolgt telefonisch oder über Ambulanzbriefe.

### 1.3.2 Ambulante Operationen

Die Terminierung der ambulanten Operationen erfolgt unter Berücksichtigung der Bedürfnisse des Patienten über die jeweiligen Chefarzt -Sekretariate. Die Behandlung erfolgt immer durch qualifiziertes Personal.

Für die Indikationsstellung und notwendige Voruntersuchungen werden die Patienten in die Spezialsprechstunden einbestellt. Angehörige werden auf Wunsch des Patienten und im rechtlich zulässigen Maße in den Behandlungsprozess einbezogen.

Die Weiterbehandlung erfolgt in Absprache mit dem Patienten und dem einweisenden Arzt entweder in der Interdisziplinären Notfallambulanz oder beim Hausarzt.

Die Überprüfung erfolgt durch die Patientenbefragung und den Rückmeldungen der



Hausärzte/ Fachärzte. Beschwerden werden strukturiert über das Beschwerdemanagement bearbeitet und ausgewertet.

#### 1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Für die Behandlung der wesentlichen Diagnosen liegen Therapieleitlinien und Standards vor. Der zeitliche Ablauf des Aufenthaltes im Krankenhaus orientiert sich unter Berücksichtigung der therapeutischen und diagnostischen Notwendigkeiten an den relevanten Vorgaben. Die Festlegung der notwendigen pflegerischen Maßnahmen erfolgen entsprechend dem Pflegeprozessmodell und wird patientenbezogen dokumentiert. Für die Beratung bezüglich sozialer Aspekte stehen qualifizierte Mitarbeiter zur Verfügung. Gemäß dem Standard wird die Mitarbeiterin des Sozialdienstes frühestmöglich einbezogen.

#### 1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die Organisation und Durchführung der medizinischen Maßnahmen erfolgt patienten- und prozessorientiert. Die bei der Aufnahme festgelegte und mit dem Patienten besprochene einleitete Therapie wird regelmäßig auf ihre Wirksamkeit hin überprüft. Bei der täglichen Visite werden alle Patienten nach ihren Beschwerden befragt. Eine notwendige Schmerztherapie wird unter Berücksichtigung der WHO-Empfehlungen eingeleitet. Die Behandlung wird nach wissenschaftlichen Empfehlungen und Leitlinien durchgeführt. Jeder Patient wird einem Facharzt vorgestellt. Für alle Abteilungen liegt eine Verfahrensanweisung zum medizinischen Notfallmanagement vor. Nichtmedikamentöse Maßnahmen (Krankengymnastik, Physiotherapie etc.) werden vom zuständigen Arzt mittels standardisierten Verfahrens angeordnet.

#### 1.4.3 Operative Verfahren

Die OP-Indikation erfolgt durch einen Facharzt. Der organisatorische Ablauf der OP-Planung und- Durchführung ist in einem OP-Statut definiert. Die OP Organisation ist so gestaltet, dass im Regelfall keine Operationen aus zeitlichen Gründen abgesetzt werden müssen.

Die Empfehlungen zur Patientensicherheit werden eingehalten. Zur Vermeidung von Verwechslungen wurden höchste Sicherheitsmaßnahmen eingeführt.

Die Anordnung zur postoperativen Schmerztherapie erfolgt über das Narkoseprotokoll durch den behandelnden Anästhesisten.

Der Operateur gibt die Anordnungen zur postoperativen Behandlung über das OP-Protokoll an das Pflegepersonal weiter. (z.B. Lagerung, Belastung, Mobilisation)

#### 1.4.4 Visite

Es wird täglich, auch am Wochenende, bei jedem Patienten eine Visite durchgeführt. Die allgemeinen Visitenzeiten werden dem Patienten/Angehörigen zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes und über die ausliegenden Informationsblätter mitgeteilt. Über Abweichungen informiert das Stationspersonal mündlich.

Die Dokumentation erfolgt über eine gemeinsame ärztliche und pflegerische Patientendokumentation. Die Patienten erhalten grundsätzlich die Möglichkeit, nach der Visite terminierte weitergehende Arztgespräche zu führen.

#### 1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Alle notwendigen Voruntersuchungen, die OP -Aufklärung und die OP -Vorbereitung werden bei entsprechenden Operationen vorstationär durchgeführt. Bereits vorliegende externe Befunde werden wenn möglich genutzt. Eine mit allen Berufsgruppen abgestimmte Terminplanung ist eingerichtet.

Ein Entlassungsmanagement ist etabliert. Die Angehörigen/ Betreuer werden in den Entlassungsprozess mit einbezogen.

Jeder Patient erhält zur Entlassung einen Kurzarztbrief. Bei pflegerisch betreuten Patienten erfolgt eine schriftliche Pflegeüberleitung. Der einweisende Arzt bzw. der Hausarzt erhält den Entlassbrief.

Notwendige Kontakte zu Selbsthilfegruppen werden hergestellt. Für Angehörige, die pflegebedürftige Patienten zuhause betreuen, bietet das Krankenhaus bis 6 Wochen nach der Entlassung die Unterstützung durch fachlich ausgebildete Pflegetrainer an. Zusätzlich werden regelmäßige Pflegekurse angeboten.

#### 1.5.1 Entlassung

Die Entlassung der Patienten erfolgt strukturiert. Bei der Entlassung der Patienten werden persönliche, medizinische und die gesetzlichen Vorgaben beachtet.

Im Bedarfsfall (z.B. Heimunterbringung, Pflegedienst, Beantragung von Pflegegeld, Einleitung einer AHB usw.) wird der Sozialdienst frühzeitig eingeschaltet.

Mit jedem Patienten wird vor Entlassung ein Abschlussgespräch geführt. Während des Gespräches werden die Diagnose und die weitere Therapie mit dem Patienten besprochen. Der Hausarzt bekommt einen ausführlichen Arztbrief mit den weiteren Therapieempfehlungen. Angehörige werden auf Wunsch des Patienten hinzugezogen, gesetzliche Betreuer werden informiert.

#### 1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Mit den ergriffenen Maßnahmen soll eine kontinuierliche Weiterbehandlung sichergestellt werden. Der Übergang in andere Versorgungsbereiche wird unter Einbezug des Patienten strukturiert durchgeführt.

Das Wundmanagement, Ernährungsmanagement und die Stomaversorgung ist über externe Vertragspartner (home care) geregelt. Der Sozialdienst organisiert frühzeitig die Nachsorge. Die weiter betreuenden Einrichtungen/ Personen werden rechtzeitig über die bevorstehende Entlassung informiert.

Über das Modellprojekt "Familiale Pflege" in Zusammenarbeit der Universität Bielefeld und der AOK wurden 3 Mitarbeiter des Hauses zum Pflegetrainer ausgebildet.

### 1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Es ist unser Ziel, sterbende Patienten individuell zu begleiten. Im Rahmen der täglichen Übergaben, der Visiten und Patienten- und Angehörigengesprächen wird das Handeln besprochen und angepasst.

Den nächsten Angehörigen wird ermöglicht, so lange und so oft sie es wünschen, die sterbenden Menschen zu besuchen. Ein Verbleiben der Angehörigen über Nacht wird immer ermöglicht. Die Verpflegung der Angehörigen wird übernommen.

Soweit es von Patienten und Angehörigen gewünscht wird, wird die Begleitung der Sterbenden durch qualifiziertes Fachpersonal übernommen. Dabei werden sie durch Geistliche unterstützt.

Die Palliativmedizin wird durch die Abteilungsärzte sichergestellt. Patientenverfügungen werden erfragt, erfasst und berücksichtigt.

### 1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

In unserem Haus Verstorbene werden gemäß den vorherigen Absprachen und den gesetzlichen Vorgaben versorgt. Angehörige werden auf Wunsch im aktuellen Trauerprozess begleitet. Ein Abschiedsraum und der Andachtsraum stehen zur Verfügung.

Für die besondere Situation nach einer Totgeburt werden individuelle Regelungen und Abschiedsriten ermöglicht. Rituelle Waschungen können durchgeführt werden.

## 2 Mitarbeiterorientierung

### 2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Unser Ziel ist es, den Personalbedarf so zu planen, dass eine individuelle Patientenversorgung unter Wahrung ökonomischer Gesichtspunkte sichergestellt ist.

Der Personalbedarf (Stellenplan) errechnet sich auf der Basis der Kennzahlen des Vorjahres. Bei Änderung der gesetzlichen Bestimmungen oder Änderung des Leistungsspektrums wird der Stellenplan angepasst.

Die Facharztquote orientiert sich an der Sicherstellung des Facharztstandards und dem Leistungsspektrum der Abteilung.

Die Chefarzte, der Verwaltungsleiter und die Pflegedienstleitung sind in die Planung eingebunden.

### 2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Die systematische Personalentwicklung liegt in der Verantwortung der Abteilungsleiter. Ziel dabei ist die langfristige Bindung der Mitarbeiter an das Haus und die Besetzung der Stellen nur mit befähigten Mitarbeitern. Verantwortlich für die Festlegung der Qualifikation ist der jeweilige Vorgesetzte.

Für die verschiedenen Aufgabenbereiche sind Aufgabenprofile erstellt. Die organisatorische Einordnung der Stelle im Krankenhaus lässt sich aus dem Organigramm der Krankenhaus Wermelskirchen GmbH ableiten.

Alle gesetzlichen Vorschriften hinsichtlich der Qualifikation sind in allen Bereichen erfüllt.

Der Fortbildungsplan wird unter Einbeziehung der Mitarbeiter erstellt.

### 2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Ziel ist es, neue Mitarbeiter strukturiert mit Hilfe fester Ansprechpartner an Hand eines Mitarbeiterereinarbeitungskonzeptes einzuarbeiten. Dadurch soll eine möglichst störungsfreie Einarbeitung sichergestellt werden. Im Pflegedienst sind mit der Einarbeitung speziell ausgebildeten Praxisanleiter beauftragt.

Jedem neuen Mitarbeiter wird eine Einarbeitungsmappe ausgehändigt. Bei der Einarbeitung werden allgemeingültige Aspekte berücksichtigt. Verpflichtende Schulungen und Einweisungen, die neue Mitarbeiter absolvieren müssen, z.B. Brand- und Arbeitsschutz, Hygienemaßnahmen und so weiter, sind festgelegt.

Am Ende der Probezeit findet ein strukturiertes Abschlussgespräch statt.

### 2.2.3 Ausbildung

Ziel ist es, für die Auszubildenden eine enge Theorie-Praxis-Vernetzung zu erreichen.

Die Krankenpflegeausbildung wird in der Kooperation mit dem Evangelischen Krankenhaus Bergisch Gladbach eng koordiniert. Die Inhalte sind genau abgesprochen und die Einsätze mit dem Kooperationspartner abgestimmt. Verantwortlich dafür ist der Ausbildungsleiter des Krankenhauses.

Der praktische Teil der Krankenpflegeausbildung findet entsprechend den gesetzli-

chen Vorgaben statt.

Durch regelmäßige Überprüfung des Lern- und Leistungsstandes wird sichergestellt, dass es den Auszubildenden möglich ist, das Ausbildungsziel zu erreichen.

## 2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Die Abteilungsleiter, Chefärzte und Pflegedienstleitung, sind für die Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen innerhalb ihrer Bereiche zuständig. Sie tragen Sorge für die Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben und dafür, dass die Mitarbeiter den für die Erfüllung ihrer Aufgaben notwendigen Kenntnisstand besitzen. Bei der Planung von Fort- und Weiterbildung werden die Wünsche und Fähigkeiten der Mitarbeiter berücksichtigt und mit den Notwendigkeiten abgestimmt.

Die Mitarbeiter werden rechtzeitig über die geplante Veranstaltung informiert. Bei Pflichtveranstaltungen wird die Anmeldung der Mitarbeiter überprüft. Es werden Teilnehmerlisten und Teilnahmebescheinigungen erstellt.

Die Zufriedenheit mit externen Fortbildungen wird durch die Rückmeldung der Mitarbeiter ermittelt. Bei internen Fortbildungen wird mittels eines Beurteilungsbogens die Zufriedenheit der Mitarbeiter erhoben und ausgewertet. Die Ergebnisse werden dem Dozenten zur Verfügung gestellt.

## 2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Der mitarbeiterorientierte Führungsstil im Krankenhaus Wermelskirchen leitet sich vom Leitbild ab. Ziel ist es, Mitarbeiterihren Qualifikationen und Fähigkeiten entsprechend in Entscheidungen einzubeziehen.

Entscheidungsprozesse werden, wann immer möglich, transparent gestaltet. Sowohl innerhalb eines Bereiches als auch zwischen den einzelnen Bereichen und Abteilungen wird eine offene Kommunikation gepflegt. Notwendige Veränderungsprozesse werden in multiprofessionellen Arbeitsgruppen vorbereitet, diskutiert und möglichst im Konsens umgesetzt.

Der Geschäftsführer informiert die Mitarbeiter regelmäßig direkt in den Betriebsversammlungen über die Lage des Unternehmens und über Neuerungen.

Das Intranet wird als Kommunikationsplattform genutzt. Alle Presseveröffentlichungen, die das Krankenhaus betreffen, werden im Intranet veröffentlicht.

## 2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Die Arbeitszeitregelungen im Krankenhaus Wermelskirchen orientieren sich sowohl an den gesetzlichen Bestimmungen, an den medizinischen und pflegerischen Abläufen und Erfordernissen als auch an den Wünschen der Mitarbeiter. Es gilt der, mit den Mitarbeitern und dem Betriebsrat vereinbarte Grundsatz "Freizeitausgleich vor Ausbezahlung von Mehrarbeit".

Die Dienstplanung und die Dokumentation der geleisteten Arbeitszeiten werden für alle Mitarbeiter in einem elektronischen Dienstplanprogramm vorgenommen.

Die Überprüfung der Mehrarbeit erfolgt durch ein hinterlegtes Ampelsystem. Die Gleitzeitkonten werden von den Abteilungsleitungen überwacht.

### 2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Ziel ist es, Mitarbeiter in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess einzubeziehen. Dazu werden Ideen zur Qualitätsverbesserung gesammelt. Neben einer Kosteneinsparung und / oder einer Ablaufverbesserung, möchten wir dadurch auch die Mitarbeiteridentifizierung mit dem Krankenhaus Wermelskirchen steigern.

Ein betriebliches Vorschlagswesen ist etabliert.

Das strukturierte Mitarbeiterbeschwerdemanagement befindet sich in der Einführungsphase. Zurzeit werden die Mitarbeiterbeschwerden vom Betriebsrat erfasst und ausgewertet.

## 3 Sicherheit

### 3.1.1 Arbeitsschutz

Im Vordergrund des Arbeitsschutzes stehen die Sicherheit der Mitarbeiter und die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen. Qualitätsprüfungen zur Sicherheit des Arbeitsplatzes finden regelmäßig durch fachlich qualifizierte Personen statt.

Betriebsanweisungen sind erstellt und im Intranet veröffentlicht.

Die Vorgehensweise bei einem Arbeitsunfall ist geregelt.

Es finden vierteljährliche Arbeitsschutzsitzungen und Begehungen statt.

Für neue Mitarbeiter werden Erstunterweisungen verpflichtend angeboten.

### 3.1.2 Brandschutz

Ziel ist es, Brandentstehung zu vermeiden und die Mitarbeiter für den Ernstfall zu schulen, um Schaden für Patienten, Mitarbeiter und die Einrichtung abzuwenden.

Ein Brandschutzbeauftragter ist benannt. Eine Brandschutzordnung liegt vor.

Im Krankenhaus sind in allen Fluren der Etagen Flucht- und Rettungswegepläne ausgehängt. Es existiert ein Plan über die Anfahrtswege. Der Plan liegt bei der Feuerwehr und an der Zentrale des Krankenhauses. Die Hydranten sind in den Plänen verzeichnet. Die Prüfung der Brandmeldeanlage erfolgt vierteljährlich. Evakuierungsübungen werden durchgeführt. Die Mitarbeiter werden regelmäßig geschult.

### 3.1.3 Umweltschutz

Der Umweltschutz wird unter ökonomischen Gesichtspunkten betrachtet. Bei der Bereitstellung und Entsorgung von Materialien werden ökologische Aspekte berücksichtigen. Unsere Umweltziele sind zum Beispiel, der sparsamer Umgang mit natürlichen Ressourcen, Müllvermeidung, Mülltrennung, Müllrecycling.

### 3.1.4 Katastrophenschutz

Das Krankenhaus Wermelskirchen ist in den Katastrophenschutz nach Landesrecht eingebunden. Das Krankenhaus nimmt somit Notfallpatienten aus Großschadensereignissen auf.

Die Verantwortlichkeiten sind im Katastrophenschutzplan festgelegt. In ihm ist festgelegt, wer welche Personen telefonisch zu informieren hat, zum Beispiel wird bei einem Stromausfall außerhalb der Regelarbeitszeit der Rufdienst der Technik alarmiert. Bei personellen Veränderungen aktualisiert die Personalabteilung den Plan und leitet ihn an die verantwortlichen Stellen weiter.

Eine Evakuierungsübung zum Brandfall wurde 2010 durchgeführt.

### 3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Es liegen Pläne zur Notstromversorgung, zum Brandmeldewesen und zum IT-Ausfall vor. Eine Brandschutzordnung ist erstellt. Diese ist im Intranet veröffentlicht. In der

Brandschutzordnung ist festgelegt, wer welche Personen im Brandfall telefonisch zu informieren hat. In der Technik liegen Anweisungen zur Notstromversorgung vor. Die Wartung des Notstromaggregates findet jährlich durch eine Fremdfirma statt, eine monatliche Funktionsprüfung wird durch die Haustechnik durchgeführt. Die Überprüfung erfolgt anhand der Prüfprotokolle.

### 3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Ziel ist es, für die Patienten eine sichere Umgebung zu schaffen. Es werden Maßnahmen eingeleitet, die den Patient vor Eigen- und Fremdgefährdung schützen. Die Verantwortung für die Patientensicherheit liegt bei den Chefarzten und der Pflegedienstleitung und ist an die nachgeordneten Mitarbeiter delegiert.

Für Patienten, die einer Beaufsichtigung bedürfen, können Angehörige als Begleitperson aufgenommen werden.

Es wird über jeden Patienten eine Pflegeplanung entsprechend des Pflegeprozessmodells erhoben und entsprechende Maßnahmen abgeleitet.

Infektiöse Patienten werden an Hand der RKI-Richtlinie isoliert beziehungsweise in eine Spezialklinik verlegt. Das Krankenhaus ist als Projektbeteiligte dem MRE-Netzwerk Rhein/Ahr angeschlossen.

### 3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Ein Notfallteam, besetzt mit einem Arzt und einer Pflegekraft, steht rund um die Uhr zur Verfügung und kann im Bedarfsfall über eine spezielle Notfalltelefonnummer gerufen werden.

Schulungen zum medizinischen Notfallmanagement werden regelmäßig durchgeführt. Der Kenntnisstand der Mitarbeiter zur Vorgehensweise im Notfall wird im Rahmen dieser Schulungen überprüft. Durch die Dienstplanung ist sichergestellt, dass auf allen Stationen qualifizierte Mitarbeiter eingesetzt sind.

### 3.2.3 Hygienemanagement

Ziel ist es, Infektionen systematisch zu erkennen, zu verhüten und zu bekämpfen. Dabei werden gesetzliche Vorgaben berücksichtigt. Die Verantwortlichkeiten für das Hygienemanagement sind innerhalb der Hygienekommission geregelt. Eine Geschäftsordnung liegt vor.

Hygienestandards und Desinfektionspläne liegen in aktueller Form im Handbuch vor und können jederzeit von allen Mitarbeitern eingesehen werden.

Die Beratung der Verantwortlichen im Krankenhaus Wermelskirchen durch einen Krankenhaushygieniker ist sichergestellt.

Hygieneschulungen werden regelmäßig durchgeführt. Das HACCP-Konzept ist krankenhausweit umgesetzt.



### 3.2.4 Hygienerelevante Daten

Durch die ergriffenen Maßnahmen ist sichergestellt, dass eine zeitnahe Reaktion auf eventuelle Abweichungen erreicht wird und so Schaden für Patienten und Mitarbeiter im Krankenhaus Wermelskirchen abgewendet wird.

Alle meldepflichtigen Erkrankungen werden zeitnah vom behandelnden Arzt gemeldet. Eine verpflichtende Keimresistenzstatistik wird erstellt und ausgewertet.

Durch das etablierte Ausbruchsmanagement ist sichergestellt, dass sich aufgetretene Infektionen nicht ausbreiten.

Eine Auswertung der Erregerresistenzen und der verordneten Antibiotikatherapie erfolgt durch den hygienebeauftragten Arzt und die Chefärzte.

### 3.2.5 Infektionsmanagement

Die Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes werden eingehalten. Nosokomiale Infektionen werden erfasst und ausgewertet. Ziel ist es, die Hygienestandards nach dem Stand der Wissenschaft zu erstellen. Die Pläne sind übersichtlich, strukturiert und leicht verständlich. Die Mitarbeiter sind im Umgang mit infektiösen Patienten geschult. Der Personenschutz ist gewährleistet. Die rechtlichen Bedingungen werden erfüllt. Die Verantwortung für die Erstellung der Hygienepläne und die Beratung bei Hygienefragen hat die Hygienefachkraft. Die Gesamtverantwortung trägt der Ärztliche Direktor. Die Mitarbeiter sind in Händehygiene geschult und wenden das erworbene Wissen an. Desinfektionsmittelspender stehen in ausreichender Zahl zur Verfügung.

### 3.2.6 Arzneimittel

Ziel ist es, die Patienten im Bedarfsfall mit den notwendigen Arzneimitteln zeitnah zu versorgen. Die Bestellung der Medikamente erfolgt unter ökonomischen Aspekten. Beim Umgang mit Medikamenten werden gesetzliche Bestimmungen eingehalten. Die Verantwortung für die Bestellung und die sachgerechte Lagerung ist an die Stationsleitungen delegiert. Die Verantwortung für die Anordnung liegt beim ärztlichen Dienst.

Informationen zu Therapien und Nebenwirkungen werden digital und somit rund um die Uhr zur Verfügung gestellt. Vor jeder Verordnung werden die Patienten vom Arzt aufgeklärt.

Eine Kontrolle der Arzneimittel wird 2x im Jahr durch die externe Apotheke durchgeführt und protokolliert.

### 3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Ziel ist, dass die Bereitstellung von Blut- und Blutprodukten, Arzneimitteln und Medizinprodukten jederzeit gewährleistet ist. Das Transfusionswesen ist über ein Handbuch geregelt, in dem alle Verantwortlichkeiten festgelegt sind. Die Anwendung von Blut- und Blutprodukten erfolgt nach einem standardisierten Verfahren. Die Bestellung von Blut erfolgt durch das Labor bei der Blutbank Hagen.

Der behandelnde Arzt überprüft vor der Gabe der Blutkonserve die Übereinstimmung der Konserve mit dem Begleitschreiben und führt alle notwendigen Testungen persönlich durch.

### 3.2.8 Medizinprodukte

Ziel ist es, die Anwendung und Aufbereitung von Medizinprodukten nach einem geregelten Verfahren durchzuführen. Deshalb werden im Krankenhaus Wermelskirchen nur zugelassene und geprüfte Medizinprodukte durch speziell geschulte Mitarbeiter verwendet. Die Einweisung in technische Geräte erfolgt gemäß den rechtlichen Bestimmungen. Die Betreuung der technischen Medizinprodukte erfolgt durch eine spezialisierte Firma. Die Schnittstellen sind vertraglich geregelt. Neue -, Austausch- und Leihgeräte werden durch die Firma erfasst. Die beauftragten Personen sind berufsgruppenspezifisch benannt.

Die komplette Dokumentationen über durchgeführte messtechnische Kontrollen, sicherheitstechnischen Kontrollen und Kontrollen der elektrischen Anlagen liegen in der Technik vor. Aspekte der Hygiene, der Ökologie und des Arbeitsschutzes werden bei der Anschaffung berücksichtigt.

## 4 Informations- und Kommunikationswesen

### 4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Die Informationstechnologie ist elementarer Bestandteil des Krankenhausbetriebes. Ziel ist es, unter Beachtung des Kosten-Nutzen-Prinzip den Anwendern ein unterstützendes, verfügbares und nutzbares Informationssystem zur Verfügung zu stellen. Ein EDV-Ausfallkonzept liegt vor. Ein zeitlich uneingeschränkter Zugang zum EDV-System ist über die technischen Voraussetzungen sichergestellt. Das EDV-System ist stets online. Ein Benutzer- und Berechtigungskonzept liegt vor und ist im Intranet einsehbar.

Anwenderwünsche stehen, bei Einhaltung finanzielle und technische Rahmenbedingungen immer im Mittelpunkt der Betrachtung.

Auf Grund der stetig wachsenden Anforderungen an die Krankenhaus-IT wurde die Abteilung personell verstärkt.

### 4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Die Erfassung der relevanten Patienten- und Behandlungsdaten erfolgt vollständig, zeitnah, im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen und unter Beachtung des Datenschutzes. Für die wichtigsten Dokumentationsbereiche, zum Beispiel Führung einer Akte, liegen Richtlinien vor. Die Dokumentation erfolgt sowohl EDV-gestützt als auch auf Papier.

Die Patientendokumentation entspricht den gesetzlichen Vorgaben und gültigen Bestimmungen. Die Patientenakten werden strukturiert archiviert. Die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen werden beachtet. Zur Nachvollziehbarkeit von Anordnungen und Ausführungen verwenden die Mitarbeiter registrierte Handzeichen. Diese Handzeichenlisten werden laufend von der Personalabteilung aktualisiert.

### 4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Das Führen und Archivieren von sowie der Zugriff auf Patientenakten geregelt. Die Akten sind vollständig, geordnet und enthalten alle relevanten Informationen.

Externe Dienstleister erhalten im Zuge der Mitbehandlung und nur im notwendigen Maße nach vorheriger Zustimmung des Patienten Zugang zu den Behandlungsunterlagen. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden eingehalten.

Neben der Papierakte besteht eine elektronische Patientenakte in der Auszüge der Behandlungsunterlagen enthalten sind. Der Zugang ist über ein Berechtigungskonzept geregelt.

### 4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Durch die Kommunikationsstruktur innerhalb des Krankenhauses ist sichergestellt, dass alle zur Steuerung des Krankenhauses notwendigen Informationen der Krankenhausleitung rechtzeitig zur Verfügung stehen. Die Geschäftsführung wird in einer monatlichen gemeinsamen Besprechung mit Verwaltungsleitung, Personalleitung, Controlling und Finanzbuchhaltung über die wirtschaftliche Entwicklung des Hauses

unterrichtet.

Die Mitgliedschaft in diversen regionalen und überregionalen Gruppen und ermöglicht eine zeitnahe Information über alle für das Krankenhaus relevanten externen Entwicklungen.

Das Geschäftsführungssekretariat prüft täglich die regionalen Zeitungen sowie das Internet auf Presseartikel, die mit dem Krankenhaus auch mittelbar in Verbindung stehen. Diese werden der Führungsebene am selben Tag zur Verfügung gestellt. Parallel erfolgt eine Veröffentlichung der Artikel am schwarzen Brett und im Intranet.

#### 4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

Ziel ist es, durch das bestehende Verfahren sicher zu stellen, dass alle relevanten Informationen die Adressaten zeitnah erreichen. Im medizinischen Bereich ist eine strukturierte und vollständige Informationsweitergabe sowohl innerhalb der Abteilung als auch zwischen den Bereichen sichergestellt.

Alle externen Partner des Krankenhauses werden nach Absprache in der Betriebsleitung durch die autorisierten Personen informiert.

Das Krankenhaus unterhält eine Homepage. Die Aktualität ist sicher gestellt.

Für alle Fachabteilungen sowie verschiedene Themengebiete sind zielgruppenspezifische Flyer erstellt. Sowohl für Patienten als auch für niedergelassene Ärzte werden in regelmäßigen Abständen Veranstaltungen zu verschiedenen Themen durchgeführt.

#### 4.4.1 Organisation und Service

Der Empfang ist erste Anlaufstelle für alle Besucher des Hauses. Entsprechend kommt ihm eine hohe Bedeutung beim ersten Eindruck der Besucher über das Krankenhaus zu. Der Empfang ist an 365 Tagen rund um die Uhr im Schichtdienst besetzt. Er fungiert gleichzeitig als Telefonzentrale des Hauses. Die Notfallalarmierungen erfolgt über die Mitarbeiter des Empfangs. Die Mitarbeiter des Empfangs werden regelmäßig sowohl fachlich wie auch in ihrem Auftreten geschult. Für alle wichtigen Abläufe liegen schriftliche Dokumentationen bzw. Dienstanweisungen vor.

Die Zufriedenheit der Besucher mit dem Empfang wird im Zuge der kontinuierlichen Patientenbefragung im stationären Bereich mit abgefragt.

#### 4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Ziel ist es, den gesetzlichen Datenschutz einzuhalten und die verantwortlichen Mitarbeiter entsprechend zu informieren und zu begleiten. Hierbei steht die Abwägung zwischen den Notwendigkeiten der Patientenbehandlung und der informationellen Selbstbestimmung des Patienten im Mittelpunkt.

Verantwortlich für die Einhaltung ist jeder Mitarbeiter. Eine entsprechende Dienstanweisung unterschreibt jeder Mitarbeiter bei Dienstbeginn. Ein Datenschutzbeauftragter ist benannt. Eine regelmäßige Schulung wird über eine Schulungsplattform sicher gestellt.

Die EDV-gestützte Datensicherheit wird durch kontinuierliche Kontrollen des Datenschutzbeauftragten gewährleistet.

Die Mitarbeiterdaten sind im Personalbüro vor Zugriff geschützt.

## 5 Führung

### 5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Das für das Krankenhaus Wermelskirchen verabschiedete Leitbild gibt den Mitarbeitern eine Orientierungshilfe für ihr tägliches Handeln.

2004 wurde ein Leitbild durch die Betriebsleitung und den Hausvorstand in Zusammenarbeit mit dem Qualitätsmanagementbeauftragten nach dem TOP- Down Verfahren erarbeitet. Das Leitbild wird alle fünf Jahre und bei Bedarf überprüft. Verantwortlich für die Weiterentwicklung des Leitbildes ist die Betriebsleitung.

Neue Mitarbeiter erhalten das Leitbild im Zuge des Einstellungsverfahrens. Praktikanten wird das Leitbild durch die PDL ausgehändigt.

Für die interessierte Öffentlichkeit liegt das Leitbild in der Patientenaufnahme aus und ist durch den Qualitätsbericht im Internet veröffentlicht.

### 5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Ziel aller Maßnahmen ist, dass die Arbeitsplätze aller Mitarbeiter durch eine entsprechende Betriebsführung zu erhalten. Eine transparente Informationspolitik soll sicherstellen, dass die Mitarbeiter die Entscheidungen der Betriebsleitung so weit wie möglich nachvollziehen können.

Eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Betriebsrat ist für den Erfolg des Unternehmens unerlässlich. Regelmäßige und umfassende Information des Betriebsrates durch die Geschäftsführung ist die Grundlage des Vertrauens.

Die Motivation und die Fähigkeiten der Mitarbeiter sind das wichtigste Kapital des Unternehmens. Der individuellen Personalentwicklung kommt hierbei eine herausgehobene Bedeutung zu. Sie soll durch individuelle Fort- und Weiterbildungen transportiert werden. Verantwortlich sind die jeweiligen direkten Vorgesetzten. Die Genehmigung erfolgt durch die Geschäftsleitung.

### 5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Das Krankenhaus hat das Ziel, dass keine Mitarbeiter, keine Kunden und keine Patienten sowie deren Angehörige und Besucher durch ihre religiösen oder weltanschaulichen Einstellungen Nachteile erleiden.

Der Kontakt zu Selbsthilfegruppen wird aktiv gepflegt. Ihre Tätigkeit wird im Rahmen der Möglichkeiten unterstützt.

Durch die bestehenden Strukturen, wird es jedem Mitarbeiter, jedem Patient und den Angehörige ermöglicht, bei Fragen zu ethischen Problemen eine ethische Fallbesprechung zu initiieren. Die Betriebsleitung zeichnet sich verantwortlich für das ethische Konsil und wird hierbei durch die Krankenhausseelsorger beider Konfessionen unterstützt.

### 5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

In der Verantwortung der Geschäftsführung wird ein mehrjähriger Finanz- und Investitionsplan erstellt und durch den Aufsichtsrat genehmigt. Durch die geplanten Maß-

nahmen soll erreicht werden, den seit vielen Jahren bestehenden positiven Jahresabschluss fortzuführen.

Die Finanz- und Investitionsplanung berücksichtigt die Zielsetzung der Krankenhaus Wermelskirchen GmbH zur Weiterentwicklung der Abteilungen und der Mitarbeiter.

Die Strategieplanung des Krankenhauses erfolgt als kontinuierlicher Prozess. Die aus der Strategie abgeleiteten Maßnahmen werden umgesetzt und an Hand von Kennzahlen auf ihren Erfolg hin überprüft. In regelmäßigen Abständen erfolgen unter Beteiligung aller Führungskräfte eine Überprüfung und Weiterentwicklung der Strategie. Eine interne Budgetierung erfolgt nicht. Die verursachungsgemäße Zuordnung der Kosten und Erträge erfolgt über eine innerbetriebliche Leistungsverrechnung. Die Geschäftsführung führt regelmäßig Gespräche mit den Belegärzten und berücksichtigt notwendige Investitionen im Finanz- und Investitionsplan. Bei der Investition für die Belegabteilungen werden sowohl Interessen der Belegärzte als auch des Krankenhauses berücksichtigt.

### 5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Kooperationsverträge werden erstellt, wenn ein gegenseitiger Nutzen zu erkennen ist. Ein partnerschaftliches Miteinander steht hierbei im Zentrum. Die rechtlichen Bestimmungen werden eingehalten.

Mit Selbsthilfegruppen pflegt das Haus Partnerschaften. Das Krankenhaus ist Teil des städtischen und regionalen Netzwerkes zur Betreuung von Senioren.

Die Organspende wird unterstützt. Die gesetzlichen Verpflichtungen sind erfüllt.

Das Krankenhaus bietet Betriebspraktika für die allgemeinbildenden Schulen an. Gelenkte Pflegepraktika für den Altenpflagedienst, den Rettungsdienst sowie für Medizinstudenten werden darüber hinaus angeboten. Die Lernzielkataloge werden während der Praktika berücksichtigt.

Das Krankenhaus bietet Ausbildungsplätze in der Pflege, in der Küche und im kaufmännischen Bereich an.

### 5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Für die Krankenhaus Wermelskirchen GmbH liegt eine eindeutige Organisationsstruktur in einem Unternehmensorganigramm vor. Von diesem abgeleitet sind Abteilungsorganigramme erstellt. Die Organisationsstrukturen sind der Größe des Krankenhauses und dem Streben nach Flexibilität angepasst.

Jedem neuen Mitarbeiter liegt die Organisationsstruktur in der Mitarbeiter-einführungsmappe vor.

Für die Vertretung der leitenden Personen sind Stellvertreter benannt und qualifiziert. Die Erreichbarkeit ist gewährleistet.

Das Projektmanagement ist im Aufbau befindlich. Projektziele werden mit den Projektergebnissen verglichen und ggf. fortgeschrieben, ergänzt oder weiterentwickelt. An Hand einer Meilensteinplanung erfolgt eine kontinuierliche Überprüfung des Projektverlaufes in den entsprechenden Gremien.

### 5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Ziel ist die Sicherstellung einer effektiven Krankenhausführung. Verantwortlich dafür sind die Betriebsleitung und die Chefarzte. Der Aufsichtsrat und die Gesellschafterversammlung übernehmen Kontrollfunktionen. Geschäftsordnungen für wesentliche Gremien liegen vor. Die Strukturen der Zusammenarbeit in den Gremien ergeben sich aus dem GmbH Vertrag und aus den Chefarzt Verträgen.

Ein etabliertes Protokollwesen mit Wiedervorlagesystematik sichert die Nachhaltigkeit getroffener Entscheidungen und Beschlüsse.

Die Mitarbeiter bzw. die Belegärzte werden über Besprechungsergebnisse / Veränderungen etc., je nach Dringlichkeit direkt persönlich und/oder schriftlich informiert.

### 5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

Neue Strukturen oder Prozesse werden in der Betriebsleitung auf Wirtschaftlichkeit, Nutzen für den Patienten und für das Krankenhaus geprüft. Auf dieser Ebene erfolgt die Freigabe für Neuerungen. Bei der Umsetzung der Neuerungen werden alle Maßgaben eines Veränderungsprozesses berücksichtigt. Neue Behandlungsmethoden werden medizinisch wissenschaftlich und ökonomisch geprüft. Die Einführung von Neuerungen erfolgt durch Coaching vor Ort und durch Fort- und Weiterbildung.

Die hausinternen Leitlinien, Standards, Verfahrens- und Dienstanweisungen werden regelmäßig auf Aktualität geprüft und sind für die Mitarbeiter nachvollziehbar im Intranet veröffentlicht.

Die Veränderungen in der Organisationsstruktur werden im Zuge eines Projektmanagements vorbereitet und umgesetzt. Dabei wird bei Bedarf externe Unterstützung einbezogen. Die Projektgruppen arbeiten multiprofessionell und fachübergreifend zusammen.

### 5.4.1 Externe Kommunikation

Ein wichtiger Bestandteil der externen Kommunikation ist die Öffentlichkeitsarbeit. Diese wird durch die Geschäftsführung koordiniert. Deshalb ist die erste Anlaufstelle für Pressekontakte immer die Geschäftsführung. Dabei stehen der Aufbau und die Fortsetzung einer vertrauensvollen Zusammenarbeit geprägt von gegenseitigem Respekt im Vordergrund.

Die zielgruppenspezifische Information der Öffentlichkeit, zum Beispiel im medizinischen Bereich, erfolgt in Ansprache mit dem Geschäftsführer und dem jeweiligen Chefarzt über Veranstaltungen, Presseinformationen, Informationsbroschüren und das Internet.

### 5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Ziel ist es, mögliche Risiken, die den Erfolg des Unternehmens gefährden könnten, frühzeitig zu erkennen.

Über ein engmaschiges Berichtswesen werden die Geschäftsführung, die Betriebsleitung und die verantwortlichen Mitarbeiter regelmäßig über die ökonomischen Risiken informiert. Eine Diskussion und Bewertung der Risiken erfolgt in der Betriebsleitung,

der Krankenhausleitungskonferenz und bei Bedarf in Einzelgesprächen.  
Mit der Einführung eines medizinischen Risikomanagementsystems wurde im Jahr 2012 begonnen. Entsprechende Audits wurden mit externer Begleitung durchgeführt. Eine interdisziplinäre Projektgruppe ist in die Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen involviert.



## 6 Qualitätsmanagement

### 6.1.1 Organisation

Das im Krankenhaus Wermelskirchen eingeführte Qualitätsmanagementsystem ist in allen Berufsgruppen und Abteilungen eingeführt. Bereits 2005 wurde durch die Geschäftsführung festgelegt, ein umfassendes Qualitätsmanagement zu etablieren, entsprechende Strukturen zu schaffen und zur Dokumentation der Qualitätsmanagementregelungen, Dokumente und Formulare ein elektronisches Qualitätsmanagementhandbuch einzuführen. Diese Strukturen sind in einem Organigramm abgebildet.

Für die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems wird die regelmäßige Überprüfung aller relevanten Prozesse im Rahmen einer Selbstbewertung durch die Qualitätsmanagementbewertungsgruppe nach dem jeweils gültigen KTQ Katalog genutzt.

Als Qualitätsmanagementinstrumente werden Projekte, Audits, Begehungen und die Auswertung von Befragungen angewandt.

### 6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Das Abteilungsübergreifende Projekt- und Prozessmanagement liegt in der Verantwortung der BL. Diese legt fest, welche abgeleiteten Verbesserungspotentiale in Projekten bearbeitet werden sollen, bzw. welche Prozesse überprüft und angepasst werden.

Ziel ist es Projekte oder Teilprozesse dem QM oder benannten Personen zu übertragen. Je nach erforderlicher Qualifikation sollen Mitarbeiter der Schnittstellen gezielt beteiligt werden.

Mitarbeiter verschiedener Hierarchieebenen sollen durch Schulungen und Weiterbildung befähigt werden, QM- Prozesse nachzuvollziehen und sich aktiv an Projekten zu beteiligen.

Die Planung und Gestaltung der Prozesse ist unter Berücksichtigung der Anforderungen in Prozessbeschreibungen, Verfahrensanweisungen und Standards geregelt und in einem elektronischen Handbuch veröffentlicht.

### 6.2.1 Patientenbefragung

Seit 2009 wird die Patientenzufriedenheit kontinuierlich über einen entsprechenden Fragebogen ermittelt. Dieser Fragebogen wird jedem Patienten vor Entlassung auf der Station ausgehändigt. Die Ergebnisse werden zur Einleitung von Verbesserungsmaßnahmen genutzt.

Die Daten werden anonym erhoben und neutral ausgewertet. Die Kontrolle des Datenschutzes wird von dem Datenschutzbeauftragten wahrgenommen.

### 6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Es besteht ein enger Kontakt zu den externen Partnern durch die Beteiligung des Krankenhauses an regionalen Arbeitsgruppen und Gremien. Das Krankenhaus ist aktives Mitglied im Arbeitskreis "Kommunale Altenarbeit" und REVIVIO (Seniorenbe-

ratung). Die Chefarzte sind eng mit den niedergelassenen Strukturen (z.B. Stammtische) verbunden und teilweise Mitglieder in den KV- bzw. Ärztekammern. In der Betriebsleitung erfolgt regelmäßig ein Austausch über die Situation bei den externen Partner. Im Bedarfsfall werden gezielt weiterführende Gespräche durchgeführt.

### 6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Eine externe Mitarbeiterbefragung wurde im April 2012 durchgeführt. Im Vorfeld war der Betriebsrat an der Entwicklung und Freigabe der Fragebögen beteiligt. Die Auswertung wurde den Mitarbeitern vorgestellt.

Aus der Auswertung wurden Verbesserungspotentiale ermittelt auf die Möglichkeit der Umsetzung überprüft und in den Maßnahmenplan aufgenommen.

### 6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Durch die festgelegte Vorgehensweise wird sichergestellt, dass Patientenwünsche und Beschwerden zeitnah erfasst und bearbeitet werden. Eine Erfassung der Beschwerden erfolgt über das Vorzimmer der Geschäftsleitung.

Beschwerden der Patienten können über den Patientenfragebogen, in schriftlicher Form, telefonisch oder persönlich eingereicht werden. Alle Mitarbeiter sind angehalten Beschwerden entgegenzunehmen und an das Sekretariat der Geschäftsleitung weiterzuleiten. Die Stelle des Patientenführers ist besetzt. Patientenwünsche werden registriert und auf Umsetzungsmöglichkeit geprüft.

Eine Einweiser-Statistik wird erstellt und ausgewertet. Bei Auffälligkeiten im Einweisungsverhalten nehmen die Chefarzte Kontakt zu den Niedergelassenen auf.

Angehörige haben die Möglichkeit, Wünsche und Beschwerden über den Patientenfragebogen, telefonisch oder persönlich zu äußern.

### 6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Ziel ist es, Daten zu erfassen, um daraus Verbesserungen ableiten zu können. Auf der Betriebsleitungsebene wird festgelegt, welche Daten erfasst werden.

Die Erhebung der Daten findet auf unterschiedlichen Ebenen statt. Eine Rückmeldung zur Analyse erfolgt systematisch.

Im Rahmen eines Projektes über den Krankenhaus Zweckverband werden die Qualitätskennzahlen des Krankenhauses Wermelskirchen mit den Ergebnissen anderer Krankenhäuser verglichen.

### 6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Das Krankenhaus gewährleistet die Einhaltung der gesetzlichen Regularien und Vorgaben. Entsprechende Ressourcen werden durch die Geschäftsführung zur Verfügung gestellt.

Die Ermittlung der zu dokumentierenden Fälle und die Datenerhebung erfolgt elektronisch über das Krankenhausinformationssystem.

Die Stabsstelle Medizin-Controlling diskutiert die Ergebnisse mit den jeweiligen

Fachabteilungsleitern und der Betriebsleitung. Die Daten werden im Qualitätsbericht und der Qualitätsmanagementplattform veröffentlicht.