

**Qualitätsbericht nach  
§137 SGB V**

**für**

**Philippusstift Kath.  
Krankenhaus gem. Gmb  
Hülsmannstraße 17  
45355 Essen**

**in den Katholischen  
Kliniken Essen Nord-West**

# Inhaltsverzeichnis

Basisteil .....	3
A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses .....	4
B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses .....	8
B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses .....	12
Systemteil .....	18
D Qualitätspolitik .....	18
E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung .....	18
F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum .....	18
G Weitergehende Informationen .....	18
Ausstattung .....	19
H Ausstattung .....	19
1. Patientenorientierung in der Krankenversorgung .....	20
1.1. VORFELD DER STATIONÄREN VERSORGUNG UND AUFNAHME .....	20
1.1.1 Die Vorbereitungen einer stationären Behandlung sind patientenorientiert .....	20
1.1.2 Orientierung im Krankenhaus .....	20
1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme .....	20
1.1.4 Ambulante Patientenversorgung .....	20
1.2. ERSTEINSCHÄTZUNG UND PLANUNG DER BEHANDLUNG .....	20
1.2.1 Ersteinschätzung .....	20
1.2.2 Nutzung von Vorbefunden .....	21
1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses .....	21
1.2.4 Integration von Patienten in die Behandlungsplanung .....	21
1.3. DURCHFÜHRUNG DER PATIENTENVERSORGUNG .....	21
1.3.1 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung .....	21
1.3.2 Anwendung von Leitlinien .....	21
1.3.3 Patientenorientierung während der Behandlung .....	21
1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung .....	22
1.3.5 Koordinierung der Behandlung .....	22
1.3.6 Koordinierung der Behandlung: OP-Koordination .....	22
1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung .....	22
1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite .....	22
1.4. ÜBERGANG IN ANDERE VERSORGBEREICHE .....	22
1.4.1 Entlassung und Verlegung .....	23
1.4.2 Bereitstellung von Informationen bei Entlassung .....	23
1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung .....	23
2. Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung .....	24
2.1. PLANUNG DES PERSONALS .....	24
2.1.1 Planung des Personalbedarfs .....	24
2.2. PERSONALENTWICKLUNG .....	24
2.2.1 Systematische Personalentwicklung .....	24
2.2.2 Festlegung der Qualifikation .....	24
2.2.3 Fort- und Weiterbildung .....	24
2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung .....	24
2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien .....	25
2.2.6 Sicherstellung des Lernerfolges in angegliederten Ausbildungsstätten .....	25
2.3. SICHERSTELLUNG DER INTEGRATION VON MITARBEITERN .....	25
2.3.1 Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles .....	25
2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten .....	25
2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern .....	25
2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden .....	26
3. Sicherheit im Krankenhaus .....	27
3.1. GEWÄHRLEISTUNG EINER SICHEREN UMGEBUNG .....	27
3.1.1 Verfahren zum Arbeitsschutz .....	27
3.1.2 Verfahren zum Brandschutz .....	27
3.1.3 Verfahren zu nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz .....	27
3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement .....	27
3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit .....	27
3.2. HYGIENE .....	27
3.2.1 Organisation der Hygiene .....	27

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten .....	28
3.2.3 Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen .....	28
3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien .....	28
3.3. BEREITSTELLUNG VON MATERIALIEN .....	28
3.3.1 Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut- und Blutprodukten sowie Medizinprodukten .....	28
3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln.....	28
3.3.3 Anwendung von Blut- und Blutprodukten.....	28
3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten.....	28
3.3.5 Regelung des Umweltschutzes.....	29
4. Informationswesen.....	30
4.1. UMGANG MIT PATIENTENDATEN.....	30
4.1.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten.....	30
4.1.2 Dokumentation von Patientendaten.....	30
4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten.....	30
4.2. INFORMATIONSWeiterLEITUNG .....	30
4.2.1 Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Bereichen .....	30
4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen.....	30
4.2.3 Information der Öffentlichkeit .....	30
4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes .....	31
4.3. NUTZUNG EINER INFORMATIONSTECHNOLOGIE .....	31
4.3.1 Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie .....	31
5. Krankenhausführung.....	32
5.1. ENTWICKLUNG EINES LEITBILDES.....	32
5.1.1 Entwicklung eines Leitbildes .....	32
5.2. ZIELPLANUNG.....	32
5.2.1 Entwicklung einer Zielplanung .....	32
5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur .....	32
5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes.....	32
5.3. SICHERSTELLUNG EINER EFFEKTIVEN UND EFFIZIENTEN KRANKENHAUSFÜHRUNG.....	32
5.3.1 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Leitungsgremien und Kommissionen .....	32
5.3.2 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung.....	33
5.3.3 Information der Krankenhausführung.....	33
5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen .....	33
5.4. ERFÜLLUNG ETHISCHER AUFGABEN .....	33
5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen .....	33
5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten.....	33
5.4.3 Umgang mit Verstorbenen .....	33
6. Qualitätsmanagement.....	35
6.1. UMFASSENDES QUALITÄTSMANAGEMENT .....	35
6.1.1 Einbindung aller Krankenhaus-bereiche in das Qualitätsmanagement.....	35
6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen .....	35
6.2. QUALITÄTSMANAGEMENTSYSTEM.....	35
6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements.....	35
6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung.....	35
6.3. SAMMLUNG / ANALYSE QUALITÄTSRELEVANTER DATEN.....	35
6.3.1 Sammlung qualitätsrelevanter Daten .....	35
6.3.2 Nutzung von Befragungen .....	36
6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und -beschwerden.....	36

## **BASISTEIL**

### **A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses**

#### **A-1.1-1.6 Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses**

##### *A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses*

Hülsmannstrasse 17

45355 Essen

info@philipusstift.de

[www.philipusstift.de](http://www.philipusstift.de)

*A-1.2 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?*  
260510438

*A-1.3 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?*  
Philippusstift Kath. Krankenhaus gem. GmbH

*A-1.3.1 Welche Versorgungsstufe hat das Krankenhaus nach dem Landeskrankenhausplan?*  
Regelversorgung

*A-1.3.2 Werden psychiatrische Fachabteilungen mit Differenzierung nach Schwerpunkten für das Krankenhaus ausgewiesen?*  
Nein

*A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?*  
Ja

*A-1.4.1 Arbeiten sonstige Einrichtungen mit dem Krankenhaus zusammen wie*

- Rehabilitationsklinik?
- Psychiatrische Einrichtung?
- Tagesklinik?
- Pflegeeinrichtung?
- Dialysezentrum?
- Anerkannte Fort- und Weiterbildungseinrichtungen?
- Arztpraxen?
- Vertragliche Kooperationszentren (z. B. Apparategemeinschaften)?
- Sonstige?

*A-1.4.2 Gibt es an Ihrem Krankenhaus*

- eine Krankenpflegeschule?
- eine Kinderkrankenpflegeschule?
- eine Krankenpflegehilfeschule?

*A-1.5 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V*  
422

*A-1.5.1 Anzahl der Betten für den Maßregelvollzug*  
0

*A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:*

Stationäre Patienten:  
10758

Ambulante Patienten:  
10123

Davon Privatpatienten:  
1815

### A-1.7 A Fachabteilungen

Nr	Fachabteilung	Nicht bettenführ. Abt. mit fachl. n.weisungsg. Leitung (nb)	Zahl der Betten	Zahl stationäre Fälle	Haupt- oder Belegabt.	Poliklinik/ Ambulanz?	Notfallaufnahme vorhanden?
0100	Innere Medizin		210	7242	ha	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2800	Neurologie		62	2165	ha	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2900	Allgemeine Psychiatrie		125	1635	ha	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2960	Allg. P./SP Tagesklinik		25	130	ha	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3751	Radiologie	nb	0	0	ha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### A-1.7 B Mindestens Top-30 DRG

Rang	DRG dreistellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	B70	Äußerst schwerer Schlaganfall	529
2	F62	Schock und Herzversagen	442
3	F71	Herzrhythmusstörungen	424
4	F66	Verengung der Herzkranzgefäße	360
5	F43	Invasive Untersuchung der Herzkranzgefäße	311
6	G47	Gastroskopie bei schweren Magen- und Darmerkrankungen	304
7	E65	Schwere Atemwegserkrankungen	283
8	B76	Äußerst schwere Anfallsleiden	252
9	E62	Äußerst schwere Atemwegsentzündungen	275
10	G48	Darmspiegelung bei schweren Erkrankungen	253
11	F67	Bluthochdruck bei anderen schweren Erkrankungen	233
12	E71	Neubildungen der Atmungsorgane	190
13	F72	Beinahe-Herzinfarkt bei anderen schweren Erkrankungen	187
14	B67	Parkinsonerkrankung bei degenerativen Erkrankungen des Nervensystems	184
15	B69	Beinahe-Schlaganfall	177
16	F15	Dehnung von Herzkranzgefäßen und Einsetzen eines Stents	156
17	F73	Plötzliche Ohnmacht	153
18	K60	Diabetes bei anderen schweren Erkrankungen	150
19	G67	Verschiedene schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane	127
20	F10	Dehnung der Herzadern bei Herzinfarkt	125
21	G50	Magenspiegelung bei anderen schweren Erkrankungen	125
22	F44	Invasive kardiologische Diagnostik bei schwerer Herzkrankheit	123
23	B71	Komplexe Nervenerkrankungen	109
24	D61	Gleichgewichtsstörungen	108
25	F75	Kreislaufkrankungen bei anderen schweren Erkrankungen	95
26	X62	Vergiftungen bei anderen schweren Erkrankungen	95
27	F60	Kreislaufkrankungen mit Herzinfarkt	90
28	I68	Wirbelsäulenerkrankungen bei anderen schweren Erkrankungen	90
29	Q61	Erkrankungen der roten Blutkörperchen bei anderen schweren Erkrankungen	80
30	E69	Bronchitis und Asthma bei anderen schweren Erkrankungen	77

### A-1.8-2.0

*A-1.8 Welche besonderen Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote werden vom Krankenhaus wahrgenommen?*

Blut- und Geschwulsterkrankungen, Magen-Darm-Erkrankungen, schwerwiegende Störungen der Blutzuckerregulation, Stoffwechselerkrankungen, Drüsenerkrankungen, Erkrankungen der Herzkranzgefäße, der Herzklappen und des Herzmuskels, Herzrhythmusstörungen, Erkrankungen der Blutgefäße, Lungenerkrankungen, Intensivmedizin, Schlaganfälle, Anfallsleiden, Schüttellähmung, neurologische Rehabilitation, Demenz, Depressionen, Angststörungen, Zwangsstörungen,

Anpassungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Schizophrenie, Suchterkrankungen, psychische Störungen, die durch körperliche Erkrankungen verursacht werden

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?

Ja

### A-1.9 Welche ambulanten Behandlungsmöglichkeiten bestehen?

Behandlung von bösartigen Geschwulsten, Herz- und Kreislauferkrankungen, ambulante Herzkatheteruntersuchungen und Implantation von Herzschrittmachersystemen, Lungenerkrankungen, Magen- und Darmerkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Nervenerkrankungen, Erkrankungen der Seele

### A-2.0 Welche Abteilungen haben die Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft?

keine

Besteht die Zulassung zum Verletzungsartenverfahren der Berufsgenossenschaft?

Nein

## A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

### A-2.1.1 Apparative Ausstattung

Apparative Ausstattung	Vorhanden	Verfügbarkeit 24h sichergestellt	Apparategemeinschaft?
Computertomographie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Magnetresonanztomographie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Herzkatheterlabor	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Szintigraphie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mit Bethesda-Krkhs. Essen
Positronenemissionstomographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Elektroenzephalogramm	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Angiographie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Schlaflabor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kernspin	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Sonographie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Röntgen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Broncho-/Endoskopie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Echoskopie/TEE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Mikrobiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

Therapeutische Möglichkeiten	Vorhanden	Apparategemeinschaft?
Physiotherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	
Bewegungsbad	<input checked="" type="checkbox"/>	
Balneophysikalische-Therapie	<input checked="" type="checkbox"/>	
Dialyse	<input checked="" type="checkbox"/>	mit Knappschafts-Krankenhaus Bottrop
Logopädie	<input checked="" type="checkbox"/>	
Ergotherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	
Schmerztherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	
Eigenblutspende	<input type="checkbox"/>	
Gruppenpsychotherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	
Einzelpsychotherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	
Psychoedukation	<input checked="" type="checkbox"/>	
Thrombolyse	<input checked="" type="checkbox"/>	
Bestrahlung	<input checked="" type="checkbox"/>	

#### A-2.1.3-2.1.4

##### A-2.1.3 Existieren folgende erweiterte therapeutische Möglichkeiten?

- Operativer Bereitschaftsdienst
- Präsenzbereitschaft
- Rufbereitschaft
- Blutdepot in Klinik
- Blutdepot außerhalb/ extern
- Regelung der Konsiliardienste im Haus vorhanden
- Regelung der Konsiliardienste extern vertraglich geregelt

##### A-2.1.4 Welche weiteren Leistungsangebote bestehen?

- Stomatherapeuten?
- Diabetikerschule?
- Pflegeeinrichtung als separate Einrichtung?
- ambulante Pflege?
- unter der Voraussetzung einer vorhandenen Gynäkologie im Hause Geburtsvorbereitungskurse?
- unter der Voraussetzung einer vorhandenen Gynäkologie im Hause die Möglichkeit einer ambulanten Entbindung mit Nachsorge durch hausinterne Hebammen?
- unter der Voraussetzung einer vorhandenen Gynäkologie eine Stillberatung bzw. ein Elternzentrum?
- Inkontinenzberatung?
- Pflgetelefonberatung?
- Hospizeinrichtungen bzw. eine Palliativpflege?
- Mutter-Kind-Behandlung?
- Sonstige:

Asthma-, Marcumarschulung, Koronar-, Asthmasportgruppe, Patientenfortbildung, Aromapflege, Neurologisches Therapiezentrum, Schlaganfallbüro Ruhr, Aphasikerzentrum NRW, Tagesklinik und Institutsambulanz Psychiatrie, Sozialpsychiatrisches Zentrum

## B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

### B-1.1-1.4 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Nr	Fachabteilung	Medizinisches Leistungsspektrum	Besondere Versorgungsschwerpunkte	Weitere Leistungsangebote
0100	Innere Medizin	Herz- Kreislauferkrankungen wie z.B. Erkrankungen des Herzmuskels, der Herzkranzgefäße (24 h Rufbereitschaft bei akutem Herzinfarkt zur Eröffnung des verschlossenen Herzkranzgefäßes), Herzklappenfehler, Herzrhythmusstörungen (Herzschrittmacherimplantation) oder Bluthochdruck, Erkrankungen der Lunge sowie des Lungen- und Rippenfells, Erkrankungen von Magen und Darm, Erkrankungen des Blutes, Erkrankungen der Drüsen, bösartige Erkrankungen	Kardiologie, Pulmonologie, Gastroenterologie, Diabetologie, Onkologie	Koronarsportgruppe, Asthmasportgruppe, Schulung für Asthmatiker, Marcumarschulung, Patientenfortbildung, Aromapflege, Inkontinenzberatung, Telefonberatung, Diabetikerschulung
2800	Neurologie	Schlaganfälle, Verschlüsse der Hirnadern, Anfallsleiden, Bewegungsstörungen,	Schlaganfalleinheit	Neurologisches Therapiezentrum, Schlaganfallbüro

Nr	Fachabteilung	Medizinisches Leistungsspektrum	Besondere Versorgungsschwerpunkte	Weitere Leistungsangebote
		entzündliche Hirn- und Rückenmarkerkrankungen, Erkrankungen peripherer Nerven, Erkrankungen der Wirbelsäule, Tumorerkrankungen des Nervensystems		Ruhr, Aphasikerzentrum Nordrheinwestfalen, Aromapflege
2900	Allgemeine Psychiatrie	Depressionen, Angststörungen, Zwangsstörungen, Schizophrenie, hypochondrische Störungen, somatoforme Schmerzstörungen, Konversionsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Anpassungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, S	Pflichtversorgung für den Essener Norden	Tagesklinik Psychiatrie und Psychotherapie, Institutsambulanz Psychiatrie und Psychotherapie, Selbsthilfegruppen (Angst, Depression, Alkohol), Sozialpsychiatrisches Zentrum, Tagestätte, Kontakt- und Beratungsstelle "Stützpunkt", betreutes Einzelwohnen
3751	Radiologie	Modernste bildgebende Diagnostik mit Multislice-Computertomographie inkl. 3D-Nachbereitung und Simulation, Magnetresonanztomographie, Mammographie, Sonographie, Digitale Subtraktionsangiografie		

## B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG der Fachabteilung im Berichtsjahr

### 0100 Innere Medizin

LfdNr	DRG dreistellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	F62	Schock und Herzversagen	442
2.	F71	Herzrhythmusstörungen	424
3.	F66	Verengung der Adern im Herzen	360
4.	G47	Gastroskopie bei schweren Magen- und Darmerkrankungen	304
5.	E65	Schwere Atemwegserkrankungen	283
6.	E62	Äußerst schwere Atemwegsentzündungen	275
7.	G48	Darmspiegelung bei schweren Erkrankungen	252
8.	F43	Invasive Untersuchung der Adern im Herzen	311
9.	F67	Bluthochdruck bei anderen schweren Erkrankungen	233
10.	E71	Neubildungen der Atmungsorgane	190

### 2800 Neurologie

LfdNr	DRG dreistellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	B70	Äußerst schwerer Schlaganfall	529
2.	B76	Äußerst schweres Anfallsleiden	282
3.	B67	Parkinsonerkrankung bei degenerativen Erkrankungen des Nervensystems	184
4.	B69	Beinahe-Schlaganfall	177
5.	B71	Komplexe Nervenerkrankungen	109
6.	D61	Gleichgewichtsstörungen	108
7.	I68	Wirbelsäulenerkrankungen bei anderen schweren Erkrankungen	90
8.	B68	Multiple Sklerose bei anderen schweren Erkrankungen	67

LfdNr	DRG dreistellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
9.	B66	Neubildungen des Nervensystems	65
10.	B77	Kopfschmerzen	64

### 2900 Allgemeine Psychiatrie

LfdNr	DRG dreistellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
-------	-----------------	--	----------

In der Psychiatrie und Psychotherapie werden keine DRGs abgerechnet.

### 3751 Radiologie

LfdNr	DRG dreistellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
-------	-----------------	--	----------

In der Radiologie werden keine Fälle abgerechnet, da sie eine nicht bettenführende Abteilung ist.

## B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

### 0100 Innere Medizin mit Medizinischer Klinik eins und zwei

LfdNr	ICD-10 Nummer	Text	Fallzahl
1.	K25	Magengeschwür	110
2.	A09	Magen-Darm-Infektion	66
3.	K70	Leberzirrhose durch Alkohol	59
4.	K56	Darmverschlingung	51
5.	K21	Speiseröhrenentzündung	50
6.	K85	Bauchspeicheldrüsenentzündung	48
7.	K92	Magen-Darm-Blutung	43
8.	K63	Darmpolyp	40
9.	K56	Darmverschluß	36
10.	C20	Bösartige Neubildung am Rektum	35
11.	I20	Beinahe-Verschluß von Adern im Herzen	593
12.	I50	Schwere Herzschwäche	399
13.	I48	Anfallsartige Herzrhythmusstörungen	273
14.	I10	Sehr hoher Blutdruck, der schwer zu senken ist	110
15.	I25	Verstopfung von Adern im Herzen	349
16.	I21	Lebensbedrohlicher Verschluß von Adern im Herzen	154
17.	I95	Ohnmachtsanfälle bei niedrigem Blutdruck	113
18.	I97	Versorgung nach Herzoperation	77
19.	I47	Schnelle Herzrhythmusstörung	75
20.	I49	Erkrankungen des Sinusknotens am Herzen	73

### 2800 Neurologie

LfdNr	ICD-10 Nummer	Text	Fallzahl
1.	I63	Schlaganfall	453
2.	G40	Schweres Anfallsleiden	184
3.	G45	Verschluß einer Hirnarterie	149
4.	G20	Parkinsonerkrankung	68
5.	G35	Multiple Sklerose	56
6.	I67	Fortschreitende Erkrankung der Hirnarterien	53
7.	M51	Bandscheibenvorfall	50
8.	H81	Gleichgewichtsstörungen	42
9.	G40	Epilepsie	39
10.	I61	Hirnblutung	34

### 2900 Allgemeine Psychiatrie

LfdNr	ICD-10 Nummer	Text	Fallzahl
1.	F10	Alkoholkrankheit	365
2.	F20	Persönlichkeitsspaltung	275
3.	F43	Belastungsstörung nach Trauma	224
4.	F32	Depression, mittelgradig	124

LfdNr	ICD-10 Nummer	Text	Fallzahl
5.	F33	Wiederkehrende Depression, mittelgradig	113
6.	F05	Delir	111
7.	F25	Manische schizoaffektive Störung	54
8.	F19	Störung durch multiplen Substanzgebrauch	42
9.	F60	Impulsive emotional instabile Persönlichkeitsstörung	20
10.	F06	Halluzinose organisch bedingt	19

### 3751 Radiologie

LfdNr	ICD-10 Nummer	Text	Fallzahl
-------	---------------	------	----------

In der Radiologie werden keine eigenen Fälle geführt, da sie eine nicht bettenführende Abteilung ist.

## B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

### 0100 Innere Medizin

LfdNr	OPS-301 Nummer	Fallzahl	Text
1.	1-632	1809	Spiegelung oberer Gastrointestinaltrakt
2.	1-650	888	Spiegelung unterer Gastrointestinaltrakt
3.	5-452	272	Entfernung erkrankten Dickdarmgewebes
4.	1-642	263	Operationen an Galle und Bauchspeicheldrüse
5.	5-431	76	Magensonde zur Ernährung durch die Haut legen
6.	5-482	54	Operationen am Rektum
7.	5-469	38	Verschiedene Operationen am Darm
8.	5-433	26	Entfernung erkrankten Magengewebes
9.	5-429	25	Andere Operationen an der Speiseröhre
10.	5-449	19	andere Operationen am Magen
11.	1-275	936	Linksherzkatheteruntersuchung
12.	8-837	383	Erweiterung von verengten Herzkranzgefäßen einschließlich der Implantation von Gefäßstützen (Stents)
13.	5-377	98	Herzschrittmacherimplantation
14.	1-207	57	Rechtsherzkatheteruntersuchung
15.	5-378	30	Auswechseln der Herzschrittmacherbatterie
16.	8-839	20	Unterstützung des Kreislaufs im Schock durch Einbau einer Pumpe in die Hauptschlagader zur besseren Blutversorgung der Herzkranzgefäße und zur Entlastung des Herzens

### 2800 Neurologie

LfdNr	OPS-301 Nummer	Fallzahl	Text
1.	1-207	2742	Hirnstrommessung
2.	1-208	1756	evozierte Potentiale registrieren
3.	1-206	406	Nervenstrommessung
4.	1-204	174	Hirnwasserpunktion
5.	1-205	80	Muskelstrommessung

### 2900 Allgemeine Psychiatrie

LfdNr	OPS-301 Nummer	Fallzahl	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)
-------	----------------	----------	--

In der Psychiatrie und Psychotherapie werden keine Eingriffe im Sinne des OPS 301 durchgeführt.

### 3751 Radiologie

LfdNr	OPS-301 Nummer	Fallzahl	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)
1.	3-200	2446	CT Schädel nativ
2.	3-800	1042	MRT nativ Schädel
3.	3-225	599	CT Bauch mit Kontrastmittel
4.	3-222	486	CT Thorax mit Kontrastmittel
5.	3-802	433	MRT nativ Wirbelsäule
6.	3-820	296	CT periphere Adern

LfdNr	OPS-301 Nummer	Fallzahl	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)
7.	3-204	151	CT nativ Herz
8.	3-220	142	CT Schädel mit Kontrastmittel
9.	3-203	106	CT nativ Wirbelsäule
10.	3-224	71	CT Herz mit Kontrastmittel

### B-1.8 Allgemeine Leistungsmerkmale der Fachabteilung

#### B-1.8 (Matrix) Allgemeine Leistungsmerkmale der Fachabteilung

Nr	Fachabteilung	Durchschnittliche Verweildauer in Tagen	Abt.spez. Kinderbetten	Kinderkrankenschwester/ -pfleger
0100	Innere Medizin	8.9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2800	Neurologie	8.49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2900	Allgemeine Psychiatrie	25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2960	Allg. P./SP Tagesklinik	46.6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3751	Radiologie	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### B-1.8.1 Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 116 SGB V

Anzahl der Behandlungen nach § 116 SGB V pro Jahr:  
1567

## B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

### B-2.1 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V Gesamtzahl (nach absoluter Fallzahl) im Berichtsjahr:

*B-2.1 und B-2.2 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V Gesamtzahl:*  
Im Jahr 2004 wurden keine ambulanten Operationen im Sinne des §115b SGB V durchgeführt.

### B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen (Fallzahl für das Berichtsjahr)

#### B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen (Fallzahl für das Berichtsjahr)

Hochschulambulanz (§ 117 SGB V)  
0  
Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V)  
2621  
Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V)  
0

### B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr)

Nr	Fachabteilung	Ärztliche Leitung	Anzahl beschäftigter Ärzte insgesamt	Ärzte in Weiterbildung	Ärzte mit abgeschl. Weiterbildung	Ärzte mit fakult. Weiterbildung	Anzahl AIP	Liegt Weiterbildungs-befugnis vor?
0100	Innere Medizin	<input checked="" type="checkbox"/>	33	20	13	10	0	<input checked="" type="checkbox"/>
2800	Neurologie	<input checked="" type="checkbox"/>	10	6	4	1	0	<input checked="" type="checkbox"/>
2900	Allgemeine Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>	15	8	7	4	0	<input checked="" type="checkbox"/>
3751	Radiologie	<input checked="" type="checkbox"/>	5	1	4	0	0	<input checked="" type="checkbox"/>

**B-2.4 B Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus):**

*B-2.4 Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus):*

5

**B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr)**

Nr	Fachabteilung	Anzahl beschäftigter Pflegekräfte	Prozentualer Anteil externer Krankenschw./-pfleger	Prozentualer Anteil Krankenschw./-pfleger mit Fachweiterbildung	Prozentualer Anteil Krankenpflegehelfer/in	Wird Hilfspersonal eingesetzt?
0100	Innere Medizin	153	0	18	13	<input checked="" type="checkbox"/>
2800	Neurologie	28	0	7	14	<input type="checkbox"/>
2900	Allgemeine Psychiatrie	60	0	10	20	<input checked="" type="checkbox"/>
3751	Radiologie	0	0	0	0	<input type="checkbox"/>

## **B-2.5 Prozentualer Anteil der Mitarbeiter des Kranken- und Pflegepersonals, die über eine zweijährige Ausbildung verfügen**

*B-2.5 Prozentualer Anteil der Mitarbeiter des Kranken- und Pflegepersonals, die über eine zweijährige Ausbildung verfügen*

5,3 Prozent

Prozentualer Anteil der Mitarbeiter, die über keine Ausbildung verfügen

4,83 Prozent

## **B-2.6-2.9**

*B-2.6 Prozentualer Anteil der psychologischen Psychotherapeuten (gemessen an der Gesamtzahl der Dipl.-Psychologen)*

50 (in der Psychiatrie und Psychotherapie)

*B-2.7 Wie hoch war die Stellenbesetzung im vergangenen Jahr in folgenden Bereichen?*

Ärztlicher Dienst

62

Pflegedienst

229,42

Medizinisch-Technischer Dienst

79,47

Funktionsdienst

43,11

Klinisches Hauspersonal

0

Wirtschafts- und Versorgungsdienst

26,4

Technischer Dienst

9,03

Verwaltungsdienst

32,82

Sonderdienste

3,31

Sonstiges Personal

*OB-2.8 Anzahl der weitergebildeten Mitarbeiter (Stichtag 31.12.2004)*

Anzahl der Mitarbeiter in der Anästhesie

0

Anzahl der Mitarbeiter im OP

Als Krankenhaus ohne OP haben wir keine Mitarbeiter im OP

Anzahl der weitergebildeten Mitarbeiter im Verwaltungsdienst

Alle Mitarbeiter bilden sich regelmäßig fort.

Anzahl der Mitarbeiter in der Hygiene

2

Anzahl der Mitarbeiter für die Praxisanleitung

3

Anzahl der Stomatherapeut(en)

0

Anzahl der Diabetesfachschwester(n)

0

Anzahl der Mitarbeiter in der Ernährungsfachpflege

1

Anzahl der Qualitäts-/ Prozessberater

4 (QM-Team)

Anzahl der Sozialarbeiter  
3  
Anzahl der Dipl.-Psychologen  
7  
Anzahl Krankenhausseelsorger  
2  
Anzahl Mitarbeiterinnen der Katholischen Krankenhaushilfe  
10  
Anzahl Sprachheiltherapeuten  
1  
Anzahl Diplompädagogen  
2  
Anzahl Neurolinguisten  
2  
Anzahl Logopäden  
2  
Anzahl medizinische Bademeister und Masseure  
2  
Anzahl Physiotherapeuten  
7  
Anzahl Krankengymnasten  
2

## C Qualitätssicherung

### C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Nr	Leistungsbereich	Leistungsbereich wird im KH erbracht	Teilnahme an der externen QS	Dokumentationsrate KH	Dokumentationsrate Bundesdurchschnitt
1	Aortenklappenchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	Cholezystektomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3	Gynäkologische Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4	Herzschrittmacher-Erstimplantation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	98,94%	95,48%
5	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	100%	100%
6	Herzschrittmacher-Revision	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	71,43%	74,03%
7	Herztransplantation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8	Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrochantäre Frakturen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9	Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10	Karotis-Rekonstruktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11	Knie-Totalendoprothese (TEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12	Knie-Totalendoprothesen-Wechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
14	Koronarangiografie / Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	92,13%	99,96%
15	Koronarchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Nr	Leistungsbereich	Leistungsbereich wird im KH erbracht	Teilnahme an der externen QS	Dokumentationsrate KH	Dokumentationsrate Bundesdurchschnitt
16	Mammachirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
17	Perinatalmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
18	Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
19	Totalendoprothese (TEP bei Koxarthrose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
20	Gesamt			90,625	92,3675

## **C-2 Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V**

### *C-2 Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V*

Eine Aufstellung der einbezogenen Leistungsbereiche findet im Qualitätsbericht im Jahr 2007 Berücksichtigung

## **C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)**

### *C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)*

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart

## **C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)**

### *C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)*

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP-Qualitätssicherungsmaßnahmen teil: -

## **C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S.3 Nr. 3 SGB V**

Es werden keine Leistungen, die unter die Mindestmengenvereinbarung fallen, erbracht.

# SYSTEMTEIL

## D Qualitätspolitik

Wir betreiben Qualitätsmanagement im Verbund der Katholischen Kliniken Essen Nord-West bestehend aus den Katholischen Kliniken Essen Nord (Vincenzkrankenhaus und Marienhospital) und dem Philippusstift gemeinsam. In den Katholischen Kliniken Essen Nord existiert ein zentrales Leitbild. Im Philippusstift existieren dezentrale Leitbilder in einzelnen Bereichen, die zum Teil schriftlich fixiert werden. Darüberhinaus ist der caritative Charakter des Krankenhauses in jedem Arbeitsvertrag der Mitarbeiter in schriftlicher Form festgehalten. Die dezentralen Leitbilder dienen als Grundlage für ein zentrales Leitbild, das ab Herbst 2005 erstellt werden soll. Ein Beschluß dazu ist gefaßt.

## E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

### E-1 Der Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus stellt sich wie folgt dar:

*E-1 Der Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus stellt sich wie folgt dar:*

Alle Interessierten im Haus können sich an die Gremien QM-Team, Leitungsteam der Steuerungsgruppe und Steuerungsgruppe sowie ihre Vorgesetzten wenden, wenn sie sich am Qualitätsmanagement beteiligen wollen. Die Aufgaben der genannten Gremien sind schriftlich festgehalten.

### E-2 Qualitätsbewertung

*E-2 Qualitätsbewertung*

Das Krankenhaus hat sich im Berichtszeitraum an folgenden Maßnahmen zur Bewertung von Qualität bzw. des Qualitätsmanagements beteiligt:  
Selbstbewertung nach KTQ Katalog 4.1. Das Vorgehen dazu wurde in einem Konzept beschrieben und nach den Regeln des Projektmanagements durchgeführt. Die Ergebnisse sind in Teil H im Detail aufgelistet.

### E-3 Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V

*E-3 Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V*

Das Krankenhaus kann hier Ergebnisse aus dem externen Qualitätssicherungsverfahren in tabellarischer Form darstellen: -

## F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

1. Vorbereitung der Zertifizierung nach KTQ. Die Selbstbewertung ist abgeschlossen.
2. "Rauchfreies Krankenhaus". Ziel des Projekts ist es, Nichtraucher zu schützen und Rauchern die Entwöhnung anzubieten.
3. "Aufnahme- und Entlassungsmanagement". Ziel des Projekts ist es, die Patientenaufnahme und -entlassung noch besser als bisher zu koordinieren und reibungslos zu organisieren.

## G Weitergehende Informationen

Geschäftsführer M. Sunderhaus  
Ärztlicher Direktor PD Dr. H. Gerhard  
Pflegedirektor J. Howe-Lehmann

[www.philippusstift.de](http://www.philippusstift.de)  
[www.kken.de](http://www.kken.de)

## H Ausstattung

### H-1 Räumliche Ausstattung in den Fachabteilungen

#### H-1.1 A Anzahl der Einbettzimmer

Nr	Fachabteilung	WG WC TV TEL	WG WC	WG WC TV	WG WC TEL	DU WC TV TEL	DU WC	DU WC TV	DU WC TEL
0100	Innere Medizin					11			
2800	Neurologie					5			
2900	Allgemeine Psychiatrie					0			
3751	Radiologie								

#### H-1.1 B Anzahl der Zweibettzimmer

Nr	Fachabteilung	WG WC TV TEL	WG WC	WG WC TV	WG WC TEL	DU WC TV TEL	DU WC	DU WC TV	DU WC TEL
0100	Innere Medizin	44				21			
2800	Neurologie	6				12			
2900	Allgemeine Psychiatrie	61				3			
3751	Radiologie								

#### H-1.1 C Anzahl der Dreibettzimmer

Nr	Fachabteilung	WG WC TV TEL	WG WC	WG WC TV	WG WC TEL	DU WC TV TEL	DU WC	DU WC TV	DU WC TEL
0100	Innere Medizin	16							
2800	Neurologie	6							
2900	Allgemeine Psychiatrie	0							
3751	Radiologie								

#### H-1.1 D Anzahl der Mehrbettzimmer

Nr	Fachabteilung	WG WC TV TEL	WG WC	WG WC TV	WG WC TEL	DU WC TV TEL	DU WC	DU WC TV	DU WC TEL
0100	Innere Medizin	3							
2800	Neurologie	0							
2900	Allgemeine Psychiatrie	0							
3751	Radiologie								

## H-2 Ausstattung an medizinischen Geräten in der Fachabteilung

### H-2.1 Für alle Fachabteilungen

Nr	Fachabteilung	Notfallkoffer vorhanden
0100	Innere Medizin	<input checked="" type="checkbox"/>
2800	Neurologie	<input checked="" type="checkbox"/>
2900	Allgemeine Psychiatrie	<input type="checkbox"/>
2960	Allg. P./SP Tagesklin. (f. teilstat. Pfleges.)	<input type="checkbox"/>
3751	Radiologie	<input checked="" type="checkbox"/>

# Detailinformationen zu unserem Qualitätsmanagement

## 1. Patientenorientierung in der Krankenversorgung

### 1.1. VORFELD DER STATIONÄREN VERSORGUNG UND AUFNAHME

*Die Organisation im Vorfeld der stationären Aufnahme erfolgt patientenorientiert.*

#### 1.1.1 Die Vorbereitungen einer stationären Behandlung sind patientenorientiert

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

In der Regel erfolgt die stationäre Aufnahme über die zentrale Notaufnahme. Ausnahmen sind elektive Aufnahmen die über die Sekretariate einbestellt sind. Die diensthabenden Ärzte stehen im Informationsaustausch mit den niedergelassenen Hausärzten. Akut gefährdete Patienten werden vorab über den Rettungsdienst angekündigt. Relevante Vorbefunde können zu jedem Patienten über die elektronische Patientenakte abgefragt werden. Nach der Erstversorgung erfolgt die Verteilung der Patienten auf die Stationen in Abhängigkeit von Dringlichkeit und freien Kapazitäten.

#### 1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

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

Die Orientierung im Krankenhaus ist durch ein Wegeleitsystem innerhalb des Hauses gewährleistet. Dazu gehört ein Übersichtsplan, der bei Bedarf nach mündlicher Beratung mitgegeben wird. Bei Bedarf ist eine persönliche Begleitung der Patienten oder Angehörige möglich. Notfälle werden durch Fachpersonal begleitet. Der Zugang zu allen Abteilungen ist u. a mit Aufzügen und Automatiktüren behindertengerecht gestaltet. Rollstühle und Tragen sind an verschiedenen Stellen des Hauses für Notfälle deponiert.

#### 1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

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

Durch die Existenz einer zentralen interdisziplinär besetzten Notaufnahme, die regelhaft die Aufnahme der Patienten begleitet, ist gewährleistet, dass Patienten durch fachlich qualifiziertes Personal empfangen werden. Hier ist ein reibungsloser Ablauf der Aufnahme in Abhängigkeit von der Schwere des Krankheitsbildes und dem zeitlichen Eintreffen gesichert. Durch persönliche Ansprache des Patienten werden die Abläufe transparent gestaltet. Nach der medizinischen Aufnahme erfolgt die Verlegung auf die entsprechende Station nach vorheriger Anmeldung.

#### 1.1.4 Ambulante Patientenversorgung

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

Jeder Patient wird zunächst administratorisch ambulant geführt. Er wird im Verlauf ärztlich versorgt verbleibt entweder ambulant oder wird bei medizinischer Notwendigkeit stationär aufgenommen. Die Kommunikation der "ambulant" erhobenen Befunde erfolgt einerseits über die elektronische Patientenakte, andererseits durch direkte Kommunikation zwischen den an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen.

### 1.2. ERSTEINSCHÄTZUNG UND PLANUNG DER BEHANDLUNG

*Eine umfassende Befunderhebung jedes Patienten ermöglicht eine patientenorientierte Behandlungsplanung .*

#### 1.2.1 Ersteinschätzung

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

Die Patienten werden durch Assistenzärzte der jeweiligen Fachabteilung aufgenommen. Die Dokumentation erfolgt teilweise in standardisierter schriftlicher und elektronischer Form unter Wahrung des Datenschutzes. Der Facharztstandard wird durch eine oberärztliche Visite innerhalb von 24 Stunden gesichert. Die Erfassung und Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung in der

psychiatrischen Abteilung ist nach gesetzlichen Vorgaben geregelt.

### 1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

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

Vorbefunde sind zentral gelagert beziehungsweise elektronisch abgelegt und können mit den entsprechenden Zugangsberechtigungen jederzeit abgefragt werden. Für die Psychiatrie ist eine den speziellen Bedingungen angepasste Regelung getroffen worden. Externe Vorbefunde werden in der Akte abgelegt. Per Fax werden weitere Vorbefunde bei den niedergelassenen Kollegen oder von vorbehandelnden Krankenhäusern angefordert und übermittelt. Vom Notarzt erstellte Elektrokardiogramme werden per Fax übermittelt und liegen dem Aufnahmearzt vor Eintreffen des Patienten vor.

### 1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

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

Bei der Aufnahme in der Notaufnahme beginnt die Festlegung des Behandlungskonzeptes für den Patienten. Notfallmäßige Therapie und Diagnostik erfolgt unmittelbar, die weiteren diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen werden eingeleitet. Mit den Erkenntnissen aus den ärztlichen Visiten und der interdisziplinäre Teamarbeit wird das Behandlungskonzept täglich bei Notwendigkeit auch häufiger überprüft und optimiert. Die Dokumentation des Behandlungsverlaufes wird von allen Berufsgruppen, die am Patienten arbeiten, kontinuierlich durchgeführt.

### 1.2.4 Integration von Patienten in die Behandlungsplanung

*Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.*

Wir legen großen Wert auf die Aufklärung von Patienten, ihren gesetzlichen Vertretern und bei Einverständnis des Patienten auch deren Angehörigen. Dabei informieren wir sowohl über notwendige diagnostische Eingriffe als auch über therapeutische Schritte, die in enger Kooperation mit dem Patienten durchgeführt werden. Bei fremdsprachigen Patienten erfolgt die Übersetzung durch Angehörige oder hausinternen Dolmetscher. Religiös begründete Patientenwünsche werden berücksichtigt.

## **1.3. DURCHFÜHRUNG DER PATIENTENVERSORGUNG**

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

### 1.3.1 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung

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

Für jeden Patienten erfolgt eine umfassende Behandlung und Pflege auf der Basis des aktuellen medizinischen Wissenstandes. Die Versorgung auf fachärztlichem Niveau, die Umsetzung pflegerischer Standards sowie die adäquate Arznei- und Hilfsmittelversorgung sind jederzeit gegeben. Eine einheitliche Kurvenführung im somatischen Stationsbereich ermöglicht allen beteiligten Berufsgruppen eine umfassende interdisziplinäre Patientenversorgung und die Transparenz der Behandlungskonzepte für alle Therapeuten.

### 1.3.2 Anwendung von Leitlinien

*Der Patientenversorgung werden Leitlinien und, wo möglich, Evidenzbezug zugrundegelegt.*

Für alle Fachabteilungen existieren zu den typischen Krankheitsbildern im Intranet verfügbare von den Fachgesellschaften erstellte Leitlinien. Darüber hinaus gibt es hausspezifische Pflege- und Hygienestandards, die dem Mitarbeiter in Papierform zur Verfügung stehen. Über die Arzneimittelkommission wurde eine Empfehlung zur kalkulierten Antibiotikatherapie erarbeitet. Durch entsprechende Arbeitskreise werden die Leitlinien und Standards auf Ihre Aktualität regelmäßig überprüft und den Notwendigkeiten angepasst.

### 1.3.3 Patientenorientierung während der Behandlung

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

Die Tagesabläufe auf den Stationen sind den Erfordernissen der medizinischen Abläufe und den

Bedürfnissen der Patienten angepasst. Die Patienten erhalten bei Aufnahme ein Faltblatt, das die wesentlichen Informationen über Visiten- und Essenszeiten sowie Sprechstunden der Ärzte enthält. Die Ausstattung der Zimmer z.B. mit Notrufanlage, hydraulisch verstellbaren Betten, Telefon und Fernseher entspricht modernen Anforderungen. Rückzugsräume für Patientengespräche und zur Einkehr werden vorgehalten. Für regelmäßig durchgeführte Patientenseminare werden Räumlichkeiten bereitgestellt.

### 1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

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

Das Krankenhaus wird durch eine Cateringfirma beliefert. Der Kostformkatalog wird nach den neusten medizinischen Erkenntnissen und nach den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung ausgerichtet. Sonderkostformen, vegetarisches Essen und den kulturellen Essgewohnheiten angepasstes Essen sind verfügbar. Der Patient kann ein Essen auswählen. Dieses wird über ein Speisenverteilungszentrum zeitlich abgestimmt mit den Stationen vorbereitet, ausgeliefert und durch Fachpersonal verteilt.

### 1.3.5 Koordinierung der Behandlung

*Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.*

Durch ein computerunterstütztes Anmeldeverfahren und über einen Dienstfunk erreichbares Begleitpersonal wird eine zeitnahe Umsetzung des von den medizinischen Mitarbeitern erstellten Diagnostik und Behandlungsplanes erreicht. Für verschiedene Krankheitsbilder existieren Standards für die Reihenfolge der Untersuchungen und die Therapieplanung. Die Befunde werden in der Regel zeitnah erstellt und dem Patienten am Untersuchungsende ausgehändigt. Zeitgleich erfolgt die Dokumentation in der elektronischen Patientenakte.

### 1.3.6 Koordinierung der Behandlung: OP-Koordination

*Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.*

Im Philippusstift existieren nur nicht schneidende Fächer. Als Ausnahme führt die medizinische Klinik II Herzschrittmacherimplantationen durch. Die Koordination erfolgt bedarfsweise über die Endoskopie, die entsprechend qualifiziertes Personal zur Verfügung stellt. Patienten mit Operationsindikationen, die sich aus dem stationären Aufenthalt ergeben, werden in enger Absprache mit chirurgischen Abteilungen anderer Häuser weitergeleitet. Notfallpatienten, die sofort operiert werden müssen, gelangen über das Rettungswesen nach Erstversorgung in entsprechende Fachkliniken.

### 1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

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

Zur Information aller an der Patientenversorgung Beteiligten sind Besprechungen wie zum Beispiel das Tumorboard oder wöchentlich im Neurologischen Therapiezentrum stattfindende interdisziplinäre Patientenbesprechungen eingerichtet. Darüber hinaus ist ein oberärztliches Konsilwesen etabliert. Bei Bedarf erfolgt zeitnah der persönliche Kontakt der an der Behandlung Beteiligten. Teilweise werden die Patienten in hausübergreifenden Expertenrunden vorgestellt. Nicht im Haus vorhandene Fachdisziplinen werden durch externe Konsilärzte abgedeckt.

### 1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

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

Die Information der Patienten erfolgt in den täglichen Visiten. Begleitet werden die Visiten an einem Tag in der Woche chefärztlich und an einem Tag oberärztlich. Pflegepersonal nimmt stets daran teil. Außerhalb der Visiten steht das ärztlich und pflegerisch tätige Personal den Patienten und Angehörigen für Gespräche zur Verfügung. Wir bieten darüber hinaus den Patienten und Angehörigen weitere Gespräche mit allen an der Behandlung Beteiligten an. Die Ergebnisse der Visite werden in der Patientenakte dokumentiert.

## **1.4. ÜBERGANG IN ANDERE VERSORGUNGSBEREICHE**

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

#### 1.4.1 Entlassung und Verlegung

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

Die Planung der Entlassung des Patienten beginnt mit der Patientenaufnahme. Unter Berücksichtigung des Krankheitsbildes, der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit und der Therapieplanung werden organisatorische Weichen gestellt. Am Entlassungstag werden dem Patienten die Entlassungspapiere ausgehändigt. Im Entlassungsgespräch werden Patienten und gegebenenfalls Angehörige zusammenfassend über den bisherigen Verlauf und über weitere Maßnahmen informiert. Die Hausärzte werden vorab informiert. Rehabilitationsmaßnahmen werden über eine Koordinatorin organisiert.

#### 1.4.2 Bereitstellung kompletter Informationen zum Zeitpunkt des Überganges des Patienten in einen anderen Versorgungsbereich

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

Der Arztbrief steht für alle Patienten des Hauses am Entlassungstag maschinenschriftlich zur Verfügung. Informationen zur weiteren pflegerischen Versorgung werden in Form eines Überleitungsberichtes an Pflegedienste und Heime weitergeleitet. Sowohl der Arztbrief als auch der Überleitungsbericht und gegebenenfalls Kopien der Originalbefunde stehen bei Verlegungen innerhalb des Hauses und in auswärtige Einrichtungen zur Verfügung. Die Verlegung in Pflegeeinrichtungen wird vorher telefonisch abgesprochen.

#### 1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

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

Wir nehmen frühzeitig Kontakt mit dem nachfolgenden Betreuungsteam auf. Die Weiterbetreuung wird durch den zuständigen Arzt, den Sozialdienst oder durch die Mitarbeiter der Pflege organisiert. Die Angehörigen werden bei Bedarf über alle Schritte informiert und eingebunden. Eine ambulante Behandlung sowie eine vor- und nachstationäre Versorgung sind über die zentrale Notaufnahme, die Fachambulanzen und Spezialsprechstunden gegeben. Externe Krankenhauseinrichtungen sind mit dem Haupthaus elektronisch vernetzt.

## 2. Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

### 2.1. PLANUNG DES PERSONALS

*Die Personalplanung sorgt für eine kontinuierliche Bereitstellung einer ausreichenden Anzahl an qualifizierten Mitarbeitern.*

#### 2.1.1 Planung des Personalbedarfs

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

Die Planung des Personalbedarfs wird unter Berücksichtigung des Leistungsspektrums und Einbeziehung der Leitungskräfte vorgenommen. Die Berechnung erfolgt einmal jährlich, wobei auf Veränderungen sofort reagiert wird. Der hausinterne Stellenplan wird durch ein EDV-gesteuertes Programm ermittelt. Veränderungen werden in Absprache zwischen Personalleitung und Geschäftsführung vorgenommen. Bei Veränderungen des Personalbedarfs durch Einführung neuer Geräte und Verfahren wird separat eine entsprechende Anpassung vorgenommen.

### 2.2. PERSONALENTWICKLUNG

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

#### 2.2.1 Systematische Personalentwicklung

*Das Krankenhaus betreibt eine systematische Personalentwicklung*

Die Verantwortlichkeit der Planung der systematischen Personalentwicklung obliegt dem Fachvorgesetzten des Krankenhauses unter Beachtung der Maßgaben der Geschäftsführung. Für Fortbildungen und Weiterbildungen gibt es ein jährliches Budget, das im Wirtschaftsplan festgelegt ist. Diese können von allen Mitarbeitern in Anspruch genommen werden. Zusätzlich gibt es obligatorische Pflichtfortbildungen. Mit Hilfe eines Formulars finden regelmäßig Gespräche mit neuen Mitarbeitern statt. Bei Bedarf werden für den nächsten Zeitraum Zielvereinbarungen getroffen.

#### 2.2.2 Festlegung der Qualifikation

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

Die Verantwortlichkeiten innerhalb des Krankenhauses sind in einem Organigramm festgelegt. Spezielle Leistungsanforderungen sind insbesondere in den Stellenausschreibungen einer zu bekleidenden Position niedergelegt. Schriftlich fixierte Aufgabenanalysen liegen in den unterschiedlichen Kliniken gesondert vor. In einzelnen Bereichen gibt es Stellenbeschreibungen für die Mitarbeiter. Die Stellenbeschreibungen werden Bedarfsweise aktualisiert. Die Einhaltung der Stellenbeschreibungen wird durch die Fachvorgesetzten gewährleistet.

#### 2.2.3 Fort- und Weiterbildung

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

Pflichtfortbildungen zu gesetz- und ordnungsrechtlich bindenden Themen werden von der Geschäftsführung veranlasst. Viele ärztliche Fortbildungsveranstaltungen werden von der Ärztekammer zertifiziert. Innerbetrieblich fachliche Fortbildungen werden teilweise als pflicht-, teilweise als freiwillige Veranstaltung von den Fachvorgesetzten initiiert, wobei auch Vorschläge der Mitarbeiter berücksichtigt werden. Kriterien für die geplante Fort- und Weiterbildung sind Erhalt und Sicherung der Basisqualifikation sowie fachspezifische Fortentwicklung und Aktualisierung des Fachwissens; weiterhin die Vermittlung von Sonderqualifikationen.

#### 2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

*Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.*

Eine ständige Fort- und Weiterbildung für alle Mitarbeiter des Krankenhauses ist Voraussetzung für eine qualitative und moderne Diagnostik und Therapie für unsere Patienten. Zur Finanzierung der externen Maßnahmen existiert im medizinischen Bereich ein separates Budget, woraus die geprüften und genehmigten Weiterbildungsmaßnahmen der Mitarbeiter finanziert werden.

Üblicherweise werden allen Mitarbeitern die gesetzlichen vorgegebenen Tage zur Weiterbildung bei Fortsetzung der Dienstbezüge gewährt. Eigeninitiative wird begrüßt und gefördert.

### 2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

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

Den Krankenhausmitarbeitern aller Abteilungen wird ein freier Zugang zu fachspezifischen Fort- und Weiterbildungsmedien gegeben. Dieser Zugang wird zeitlich und räumlich jedem Mitarbeiter zur Verfügung gestellt. Im Zusammenhang damit kann auf jedem Computer das krankenhauseigene Intranet genutzt werden. Ein ausreichendes fachspezifisches Nachschlagewerk ist durch die gut ausgerüsteten Bibliotheken der Chef- und Oberärzte, der Pflegedienstleitung sowie der Abteilungsleiter der Pflege und Verwaltung gegeben.

### 2.2.6 Sicherstellung des Lernerfolges in angegliederten Ausbildungsstätten

*Angegliederte Ausbildungsstätten leisten eine Theorie-Praxis-Vernetzung und bereiten Mitarbeiter angemessen auf ihre Tätigkeiten im Rahmen der Patientenversorgung vor. Kriterium 2.2.6 ist nur zu bearbeiten, wenn Ihre Einrichtung über angegliederte Ausbildungsstätten verfügt!*

In Zusammenarbeit mit der Katholischen Schule für Pflegeberufe e.V., der Universität Bielefeld und dem Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund läuft bei uns der Modellversuch für die Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege. Die verschiedenen koordinierenden Stellen treffen sich regelmäßig. Der Lernerfolg wird durch verschiedene anleitende und überwachende Maßnahmen sichergestellt. Eine ausreichende Anzahl Ausbildungsbeauftragter sorgt für eine qualifizierte Begleitung unserer Auszubildenden.

## 2.3. SICHERSTELLUNG DER INTEGRATION VON MITARBEITERN

*Mitarbeiterinteressen werden angemessen bei der Führung des Krankenhauses berücksichtigt.*

### 2.3.1 Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles

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

Im Philippusstift wird ein kooperativer, mitarbeiterorientierter und situativer Führungsstil praktiziert. Durch unterschiedlichste Gremien werden Mitarbeiter verschiedener Bereiche in Entscheidungen einbezogen. Wichtige Gremien sind die Betriebsleitung, Chefarztkonferenzen, Oberarztrunden, Dienstbesprechungen des Pflege- und Funktionsdienstes, der Technik und Verwaltung. Durch die christlich geprägte Unternehmenskultur auf Grundlage der Grundsätze des Deutschen Caritasverbandes wird die Integration von Mitarbeitern gefördert.

### 2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

*Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.*

Die im Hause praktizierten Arbeitszeitregelungen entsprechen den arbeitsvertraglichen Richtlinien. Sie werden nach arbeits- und berufsgruppenspezifischen Belangen besonders im ärztlichen und pflegerischen Bereich differenziert. Es bestehen unterschiedliche moderne und flexible Arbeitszeitmodelle wie zum Beispiel Gleizeit, Drei-Schicht-Dienst, Job-Sharing und Altersteilzeit. Bei der Dienstplangestaltung werden die Wünsche der Einzelnen angemessen berücksichtigt.

### 2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

*Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.*

Neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden durch berufserfahrene Fachkräfte in ihre neuen Arbeitsfelder und Aufgabenbereiche eingeführt. Darüber hinaus gibt es zweimal jährlich einen Einführungs- und Informationsnachmittag. Einführungs-, Zwischen- und Abschlussgespräche werden im Rahmen der strukturierten Einarbeitung geführt und dokumentiert. Schriftliche Informationen über Arbeitsabläufe, Dienstanweisungen und zum Beispiel Pflegestandards sind auf verschiedenen Medien zugänglich.

### 2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

*(Kriterium) Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zum Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden.*

Im Rahmen des innerbetrieblichen Vorschlagswesens hat jeder Mitarbeiter die Möglichkeit Anregungen und Ideen mitzuteilen. Diese werden gegebenenfalls schriftlich gewürdigt und finanziell honoriert. Auf der Grundlage der Mitarbeitervertretungsordnung des Bistums Essen existiert eine gewählte Mitarbeitervertretung mit 13 interdisziplinären Vertretern, die die Belange, Wünsche und Beschwerden der Mitarbeiter vertritt.

## 3. Sicherheit im Krankenhaus

### 3.1. GEWÄHRLEISTUNG EINER SICHEREN UMGEBUNG

*Das Krankenhaus gewährleistet eine sichere Umgebung für die Patientenversorgung*

#### 3.1.1 Verfahren zum Arbeitsschutz

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

Die gesetzlichen Bestimmungen des Arbeitsschutzes werden umgesetzt. Die in den Bestimmungen vorgesehenen Kommissionen und Verantwortlichen / Beauftragten sind eingerichtet beziehungsweise benannt und werden regelmäßig geschult. Die Mitarbeiter sind über das Verhalten im Krisenfall informiert. Die Fachkraft für Arbeitsschutz führt regelmäßige Arbeitsplatzbegehungen durch. Die Ergebnisse werden dokumentiert.

#### 3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

*Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.*

Der Brandschutz wird entsprechend den gesetzlichen Regelungen durchgeführt. Alle Bereiche des Hauses sind mit aktuellen Flucht- und Rettungswegeplänen ausgestattet. In Absprache mit der Feuerwehr wurden Einsatzpläne für den Krisenfall erstellt. Durch ein externes Ingenieurbüro wurde ein Evakuierungsplan erstellt. Brandschutzunterweisungen werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. Für den Umgang mit Patienten mit pyrogenen Neigungen wurden Handlungsabläufe entwickelt, um eine Eigen- und Fremdgefährdung zu verhüten.

#### 3.1.3 Verfahren zur Regelung bei hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz

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

Es existieren aktuelle Katastropheneinsatzpläne, die die Abläufe im Haus im Ernstfall regeln. Die entsprechenden Informationen sind an der Aufnahme hinterlegt. Darüber hinaus existieren Pläne, die hausinterne nicht medizinische Notfälle regeln. So wird zum Beispiel das Notstromaggregat monatlich unter Last geprüft.

#### 3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

*Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.*

Ein qualifiziertes Notfallteam ist permanent über einen eigenen Notruf mit Sprachfunk alarmierbar. Der Notruf kann von jedem Telefon des Hauses ausgelöst werden. Es finden regelmäßige Fortbildungen und Schulungen für die in der Pflege tätigen Mitarbeiter des Hauses statt. Notfallkoffer und Defibrillatoren sind flächendeckend im Haus verteilt und zugänglich. Sie werden planmäßig gewartet und überprüft. Die Mitarbeiter sind im Umgang mit den Geräten geschult.

#### 3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

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

Die Sicherheit der Patienten und deren Eigentum sind durch eine Vielzahl von Maßnahmen vom Zeitpunkt der Aufnahme an gewährleistet. Alle gesetzlichen Vorgaben sind erfüllt. Geräte und Apparaturen werden in regelmäßigen Abständen auf Sicherheit überprüft. Die Funktionstüchtigkeit der hausübergreifenden Brandmeldeanlage ist gegeben. Für den Bereich der Psychiatrie existieren regelmäßig aktualisierte Handlungsanweisungen.

### 3.2. HYGIENE

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

#### 3.2.1 Organisation der Hygiene

*Für Belange der Hygiene ist sowohl die personelle Verantwortung als auch das Verfahren der Umsetzung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen krankenhausesweit geregelt.*

Das Krankenhaus erfüllt die organisatorischen und personellen Voraussetzungen, um die Hygiene im Krankenhaus sicherzustellen. Über eine regelmäßig tagende Hygienekommission sind Informations- und Kontrollmechanismen etabliert. Dazu gehört die regelmäßige Umgebungsuntersuchung. Durch detaillierte Handlungsanweisungen ist der Schutz der Patienten vor Infektionen gewährleistet.

### 3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

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

Über einen Krankenhaus einheitlichen Erfassungsbogen werden hygienerelevante Daten erfasst. Durch die Hygienefachkraft werden diese Daten in ein EDV-gestütztes System eingepflegt und anonymisiert ausgewertet. Durch sich daraus ableitende Handlungsanweisungen wird das Risiko von zum Beispiel Krankenhausinfektionen minimiert. Meldepflichtige Erkrankungen werden durch den behandelnden Arzt innerhalb kürzester Zeit dem Gesundheitsamt mitgeteilt.

### 3.2.3 Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen

*Hygienesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.*

Zum Erhalt der Patientensicherheit werden zum Beispiel Begehungen, Umgebungsuntersuchungen, Verfahrensanweisungen, Hygienepläne und Schulungen regelmäßig durchgeführt. Dadurch sind die gesetzlichen Vorgaben, Normen und Richtlinien erfüllt. Durch Kataloge werden in Bezug auf einzelne Infektionskrankheiten spezielle Maßnahmen vorgeschrieben, deren Einhaltung zeitnah kontrolliert wird.

### 3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

*Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.*

Die Hygienefachkraft ist in Zusammenarbeit mit der Hygienekommission und dem Hygienebeauftragten für die Aktualisierung, die Veröffentlichung und die Umsetzung von Neuerungen im Bereich der Hygiene verantwortlich.

## 3.3. BEREITSSTELLUNG VON MATERIALIEN

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

### 3.3.1 Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut- und Blutprodukten sowie Medizinprodukten

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

Durch Ausschüsse und Kommissionen sind die Beschaffung, die Verwendung und die Entsorgung von Arzneimitteln, Medizinprodukten sowie Blut- und Blutprodukten geregelt. Damit ist die Versorgung der Patienten mit allen notwendigen Dingen zeitnah gesichert.

### 3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

*Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.*

Die in der Klinik etablierte Arzneimittelkommission ist verantwortlich für die sinnvolle Auswahl der zu verwendenden Arzneimittel. Die Auswahl geschieht unter betriebswirtschaftlichen und qualitativen Aspekten und wird in regelmäßigen Abständen unter Berücksichtigung von wissenschaftlichen Grundsätzen aktualisiert.

### 3.3.3 Anwendung von Blut- und Blutprodukten

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

Die Transfusionskommission hat im Einklang mit den geltenden Gesetzen und Richtlinien zur Therapie und Umgang mit Blut- und Blutprodukten eine Verfahrensanweisung als verbindliche Richtlinie für unser Krankenhaus erstellt. Es existiert ein Qualitätsmanagementsystem zum Umgang mit Blut- und Blutprodukten.

### 3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

*Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.*

Die Anwendung von Medizinprodukten obliegt den Vorgaben des Medizinproduktegesetzes. Ein sicherer Umgang mit den Medizinprodukten wird durch Medizinproduktbücher, Einweisungen und

Schulungen der Bediener sowie durch Wartungen und Überprüfungen durch den Medizintechniker gewährleisten

### 3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

*Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.*

Ein Krankenhausökologe stellt in Zusammenarbeit mit dem Ausschuss für Beschaffung, Versorgung und Entsorgung sowie durch die Information und Schulung der Mitarbeiter sicher, dass verantwortungsvoll mit Wasser, Energie und Materialien aller Art umgegangen wird und die natürlichen Ressourcen geschont und Abfälle sowie Emissionen minimiert werden.

## 4. Informationswesen

### 4.1. UMGANG MIT PATIENTENDATEN

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

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

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

Patientendaten werden nach gesetzlichen Vorschriften und zusätzlichen hausinternen Regelungen erhoben und gepflegt. Sie liegen teilweise in Papierform und teilweise elektronisch vor. Durch umfangreiche Regeln und Sicherheitsvorkehrungen wie zum Beispiel personenbezogene Passwörter und ein Protokoll wer, wann welche Daten eingesehen hat sorgen wir für den Datenschutz.

#### 4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

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

Es liegen Anweisungen in mündlicher und schriftlicher Form vor, die Art, Umfang, Ort und Verantwortlichkeit der Dokumentation regeln. Die Patientenakten werden auch für Dritte nachvollziehbar geführt, damit bei Dienstübergaben alle wichtigen Informationen vorhanden sind. Arztbriefe zum Krankenhausaufenthalt werden dem weiterbehandelnden Arzt bei Entlassung des Patienten zur Verfügung gestellt.

#### 4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

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

Jederzeit besteht der Zugriff auf die elektronische Patientendatei für berechtigte Personen. Der Zugriff wird protokolliert. Der Datenschutz wird eingehalten. Der Zugriff auf die Aktenanteile in Papierformat ist tagsüber möglich. Anfordernde Personen werden EDV gestützt erfasst. Die gesetzlich vorgeschriebene Archivierung der Patientenakten ist durch Weiterleitung in ein auswärtiges Archiv gewährleistet.

### 4.2. INFORMATIONSWeiterLEITUNG

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

#### 4.2.1 Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Bereichen

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

Es finden regelmäßige abteilungsinterne und abteilungsübergreifende Besprechungen statt. Viele Protokolle werden im Intranet zugänglich gemacht. Darüber hinaus werden wichtige Informationen per Rundschreiben, Anschlägen und im Intranet allen Mitarbeitern zugänglich gemacht.

#### 4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

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

Es existiert eine zentrale Patientenaufnahme und Patienteninformation, die 24 Stunden besetzt ist. Patienten können in Einzelkabinen von geschultem Personal beraten und informiert werden. Die Patientenaufnahme wird über relevante Belange informiert und kann diese entsprechend weitergeben. Patientenbewegungen werden zeitnah erfasst und sind EDV gesteuert abfragbar.

#### 4.2.3 Information der Öffentlichkeit

*Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.*

Die Öffentlichkeitsarbeit wird durch einen Pressesprecher geleitet. Dieser ist für den Kontakt zur Öffentlichkeit und Medien im Zusammenhang mit der Durchführung zum Beispiel von Informationsveranstaltungen gemeinsam mit den Kliniken verantwortlich. Schriftliches

Informationsmaterial ist verfügbar und wird an Interessierte bei Wunsch abgeben. Weitere Informationen sind von der Internetseite abrufbar.

#### 4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

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

Die Speicherung von und der Zugang zu personenbezogenen Daten sind durch kirchliche Datenschutzregeln vorgegeben. Jeder Zugang wird namentlich protokolliert. Ein Datenschutzbeauftragter überwacht den ordnungsgemäßen Ablauf.

### 4.3. NUTZUNG EINER INFORMATIONSTECHNOLOGIE

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

#### 4.3.1 Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie

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

Im Krankenhaus existiert ein flächendeckendes EDV-System mit dem alle Bereiche des Krankenhauses verbunden sind. In dieses werden Daten und Befunde von Patienten eingepflegt, damit eine schnellstmögliche Informationsweitergabe gesichert ist. Es dient darüber hinaus der Abrechnung mit den Kostenträgern. Betreut wird das System intern durch die EDV Abteilung und extern durch den Anbieter.

## 5. Krankenhausführung

### 5.1. ENTWICKLUNG EINES LEITBILDES

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

#### 5.1.1 Entwicklung eines Leitbildes

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

Es existieren dezentrale Leitbilder in einzelnen Bereichen, die zum Teil schriftlich fixiert werden. Darüber hinaus ist der karitative Charakter des Krankenhauses in jedem Arbeitsvertrag der Mitarbeiter in schriftlicher Form festgehalten. Die dezentralen Leitbilder dienen als Grundlage für ein zentrales Leitbild, das im Herbst diesen 2005 erstellt werden soll. Ein Beschluss dazu ist gefasst.

### 5.2. ZIELPLANUNG

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

#### 5.2.1 Entwicklung einer Zielplanung

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

Etablierte Gremien sichern eine strukturierte Zielplanung zum Erhalt und Ausbau der strategischen Marktposition. Zusammenschlüsse und die Neuordnung der Abteilungen in den letzten Jahren und die Gründung der Holding Katholische Kliniken Essen Nord-West sind Ergebnisse dieser Planungen. Das medizinische Angebot für die Patienten konnte über die Jahre erweitert und den aktuellen Bedürfnissen angepasst werden. Dabei wurden auch die gesetzlichen Vorgaben umgesetzt. Die Zielplanung wird regelmäßig den aktuellen Erfordernissen angepasst.

#### 5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

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

Die Organisation des Krankenhauses ist ein dynamischer Prozess. Die Organisationsstruktur ist in einem Organigramm abgebildet. Zuständigkeiten und Weisungsbefugnisse sind klar geregelt. Bereichsübergreifende Projekte mit interdisziplinärer Besetzung der Teilnehmer sind eingerichtet mit dem Ziel gemeinsame Strukturen für die Häuser der Holding zu entwickeln. Ein Beispiel sind die gemeinsamen Gremien des Qualitätsmanagements, die das Projekt „Quo vadis“ zur Vorbereitung der Fremdbewertung nach KTQ durchführen.

#### 5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

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

Jährlich wird vor Beginn des Geschäftsjahres ein Finanz- und Investitionsplan von der Geschäftsführung unter Berücksichtigung hausinterner Möglichkeiten und Notwendigkeiten erstellt. Eine Überwachung erfolgt über den Aufsichtsrat. Die Verantwortung für Teilbudgets wird auf die Leistungserbringer übertragen. Es existieren Regularien zum Umgang mit Drittmitteln. Die Verfügungsgewalt über die Drittmittel liegt bei der Krankenhausführung.

### 5.3. SICHERSTELLUNG EINER EFFEKTIVEN UND EFFIZIENTEN KRANKENHAUSFÜHRUNG

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

#### 5.3.1 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Leitungsgremien und Kommissionen

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

Es gibt diverse Arbeitsgruppen und Routinebesprechungen zu unterschiedlichen

Verantwortungsbereichen, die sich in regelmäßigen Abständen treffen. Teilweise existieren Geschäftsordnungen, die Abläufe, Befugnisse und Entscheidungswege regeln. Die meisten Sitzungen haben eine Tagesordnung und werden in Form eines Ergebnisprotokolls festgehalten. Teilweise werden Protokolle veröffentlicht. Die Vertraulichkeit einzelner Beschlüsse und Sachverhalte bleibt gewahrt.

### **5.3.2 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung**

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

Die Krankenhausführung besteht aus mehreren Gremien. Die Geschäftsführung, die vom Aufsichtsrat ernannt wurde, leitet die Arbeitsinhalte aus den Gesellschaftsverträgen und den Geschäftsordnungen ab. Sie ist dem Aufsichtsrat rechenschaftspflichtig. Es findet eine regelmäßige Aktualisierung der Geschäftsordnungen statt. Die unterschiedlichen Sitzungen werden protokolliert.

### **5.3.3 Information der Krankenhausführung**

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

Die Krankenhausführung ist über die Vorgänge innerhalb des Hauses informiert. Sie wird über die Präsenz in vielen Arbeitsgruppen persönlich informiert. Weiterhin erfolgt eine Information über die Protokollverteiler. Ein monatliches Berichtswesen über den wirtschaftlichen Stand des Krankenhauses informiert darüber hinaus die Krankenhausführung und ermöglicht somit ein frühzeitiges Eingreifen im Sinne eines Risikomanagement.

### **5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen**

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

Durch Beteiligung aller Mitarbeiter an kontinuierlicher Gremienarbeit (zum Beispiel Qualitätsmanagement) wird die Kommunikation der Mitarbeiter untereinander gesichert und dadurch das Vertrauen innerhalb des Hauses gestärkt. Führungsgrundsätze und Leitlinien orientieren sich am christlichen Menschenbild. Betriebsfestivitäten zu freudigen und traurigen Anlässen ermöglichen Kontakt im informellen Rahmen.

## **5.4. ERFÜLLUNG ETHISCHER AUFGABEN**

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

### **5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen**

*Im Krankenhaus werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt.*

Grundsätzlich stehen die Würde und der Wille des Patienten in der Betrachtung ethischer Problemstellungen im Vordergrund. In entsprechenden Situationen wird spontan eine Gruppe aus Ärzten, Pflegekräften und Seelsorgern gebildet, die zu einer Problemlösung beitragen sollen. Besonderen Problemen der psychiatrischen Stationen werden in externen Supervisionen aufgearbeitet. Eine Selbsthilfegruppe engagiert sich im Umgang mit Sterbenden und deren Angehörigen.

### **5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten**

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

Das Vorliegen einer Patientenverfügung und darüber hinaus auch der schriftlich nicht fixierte mutmaßliche Wille von kritisch kranken Patienten werden frühstmöglich eruiert. Soweit dies medizinisch vertretbar und sinnvoll wird dann dieser Wille im Umgang mit dem Patienten und den medizinischen Entscheidungsfindungen berücksichtigt. Sterbebegleitung wird von entsprechend geschulten Mitarbeitern und den Krankenhausesseelsorgern geleistet.

### **5.4.3 Umgang mit Verstorbenen**

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

Im Falle des Ablebens eines Patienten sind alle Mitarbeiter zu einem würdevollen Umgang mit dem Verstorbenen und den Angehörigen angehalten. Angehörige werden soweit nicht anwesend vom

ärztlichen Personal über den Tod des Patienten informiert. In speziellen Situationen übernimmt der Sterbebegleitende aufgrund seiner persönlichen Beziehung zum Patienten und seinen Angehörigen auch die Information über den Tod und die anschließende Betreuung der Angehörigen. Der Krankenhausseelsorger gestaltet auch auf Wunsch die Trauerfeier in der jeweiligen Heimatgemeinde.

## 6. Qualitätsmanagement

### 6.1. UMFASSENDES QUALITÄTSMANAGEMENT

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

#### 6.1.1 Einbindung aller Krankenhausbereiche in das Qualitätsmanagement

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

Es wurde ein schriftliches Konzept zum Qualitätsmanagement formuliert. Existierende Gremien zum Qualitätsmanagement sind das Qualitätsmanagement-Team, das Leitungsteam der Steuerungsgruppe und die Steuerungsgruppe. Aus allen Berufsgruppen und Leitungsebenen nehmen Vertreter daran teil. Einzelne Verbesserungen werden durch Projektgruppen bearbeitet, die von der Steuerungsgruppe ihren Auftrag erhalten haben. Über das Intranet sowie über Aushänge und Rundschreiben werden alle Bereiche des Krankenhauses über das Qualitätsmanagement informiert.

#### 6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

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

Unser erstes schriftlich formuliertes Qualitätsziel ist die KTQ-Fremdbewertung. Damit wollen wir darstellen, dass wir nach einem bundesweit gültigen und von allen Experten anerkannten Standard Qualitätsmanagement betreiben. Im Einzelnen bemühen wir uns um eine ständige Verbesserung in den Bereichen Patientenorientierung, Sicherheit, Mitarbeiterorientierung, Information, Krankenhausführung und Qualitätsmanagement.

### 6.2. QUALITÄTSMANAGEMENTSYSTEM

*Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.*

#### 6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

*Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.*

Alle Interessierten im Haus können sich an die bestehenden Gremien Qualitätsmanagement-Team, Leitungsteam der Steuerungsgruppe und Steuerungsgruppe sowie ihre Vorgesetzten wenden, wenn Sie sich am Qualitätsmanagement beteiligen wollen. Zurzeit arbeiten wir an unter anderem an folgenden Projekten:

1. "Rauchfreies Krankenhaus", mit dem Nichtraucher geschützt werden sollen und die Entwöhnung für Raucher angeboten werden sollen
2. "Aufnahme- und Entlassungsmanagement", mit dem die Patientenaufnahme und -entlassung koordiniert und reibungslos organisiert werden sollen.

#### 6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

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

In allen Berufsgruppen wenden wir viele bereits langjährig bestehende Maßnahmen an, um die Qualität zu sichern. Wichtige Beispiele in der Patientenversorgung sind regelmäßige Facharztvisiten und Schulungen zu medizinischen und pflegerischen Themen. Andere Beispiele sind regelmäßige Instandhaltungsarbeiten an den vielen verschiedenen technischen Anlagen unseres Hauses sowie Arbeitskreise zu Neuanschaffungen, Umweltschutz und Hygiene.

### 6.3. SAMMLUNG / ANALYSE QUALITÄTSRELEVANTER DATEN

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

#### 6.3.1 Sammlung qualitätsrelevanter Daten

*Qualitätsrelevante Daten werden systematisch erhoben.*

Wichtige Daten werden an vielen Stellen des Krankenhauses gesammelt und ausgewertet. Dabei beteiligen wir uns auch an der gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherung im Vergleich mit

anderen Häusern sowie an verschiedenen anderen freiwilligen Maßnahmen der Qualitätssicherung zum Beispiel in der Schlaganfallversorgung, der Arbeitsgemeinschaft leitender Krankenhauskardiologen, der Lungenheilkunde, der Gastroenterologie, der Psychiatrie und Psychotherapie und der Pflege

### **6.3.2 Nutzung von Befragungen**

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

Wir beteiligen uns an der Transparenzinitiative der Krankenhäuser im Ruhrgebiet. Bereits zum zweiten Mal befragen wir unsere Patienten und Einweiser nach ihrer Zufriedenheit. Grundlage dafür ist eine international anerkannte Methode, die sicherstellt, dass die Befragung anonym ist und nur bei denjenigen Patienten, die damit einverstanden sind und zufällig ausgewählt wurden stattfindet und damit verwertbare Daten liefert. Diese Befragungen sind eine der Grundlagen für neue Projekte zur Verbesserung der Versorgung unserer Patienten.

### **6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und -beschwerden**

*Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.*

Als Ansprechpartner für Anregungen und Verbesserungswünsche steht unser neutraler vom Haus unabhängiger Patientenfürsprecher zur Verfügung. Er sowie die Kolleginnen und Kollegen von der Krankenhaushilfe und der Krankenhauseelsorge kümmern sich durch regelmäßige Besuche auf allen Stationen um ihre Anliegen und die ihrer Angehörigen. Selbstverständlich haben auch alle anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hauses ein offenes Ohr für Sie. Es besteht eine regelmäßige Kommunikation mit Kooperationspartnern zur Verbesserung der Zusammenarbeit.