



ST. BARBARA-KLINIK  
HAMM-HEESSEN



ST. JOSEF-KRANKENHAUS  
HAMM-BOCKUM-HÖVEL

## proCum Cert-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 6.0\_2009 für Krankenhäuser

<b>Einrichtung</b>	<b>St. Barbara-Klinik Hamm GmbH</b>	
<b>Krankenhaus</b>	<b>St. Barbara-Klinik</b>	<b>St. Josef Krankenhaus</b>
<b>Institutionskennzeichen:</b>	<b>260592084</b>	<b>260590366</b>
<b>Anschrift:</b>	<b>Am Heessener Wald 1</b>	<b>Albert-Struck-Str. 1</b>
	<b>59073 Hamm</b>	<b>59075 Hamm</b>

**Ist zertifiziert nach proCum Cert inklusive KTQ<sup>®</sup>  
durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle:  
proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft**

**mit der Zertifikatnummer: 2011-0311-HAMM-11-K-002467**

**Gültig vom: 15.05.2011**  
**bis: 14.05.2014**

## Inhaltsverzeichnis:

<b>Inhaltsverzeichnis:</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort der proCum Cert</b> .....	<b>3</b>
<b>Vorwort der KTQ<sup>®</sup></b> .....	<b>4</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b> .....	<b>6</b>
<b>Die Kategorien</b> .....	<b>7</b>
1 Patientenorientierung .....	8
2 Mitarbeiterorientierung .....	14
3 Sicherheit .....	17
4 Informations- und Kommunikationswesen .....	20
5 Führung.....	22
6 Qualitätsmanagement.....	25
7 Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus .....	27
8 Verantwortung gegenüber der Gesellschaft.....	29
9 Trägerverantwortung.....	30

## Vorwort der proCum Cert

Die proCum Cert GmbH ist eine eigenständige konfessionelle Zertifizierungsgesellschaft, die von der katholischen und der evangelischen Kirche, namentlich durch den Katholischen Krankenhausverband Deutschlands (KKVD) und den Deutschen Evangelischen Krankenhausverband (DEKV) ins Leben gerufen wurde.

Gesellschafter der proCum Cert sind neben den genannten Krankenhausverbänden die beiden christlichen Wohlfahrtsverbände Caritas (DCV) und Diakonie (DWdEKD) sowie deren Versicherungsdienst Ecclesia und die Deutsche Gesellschaft zur Zertifizierung von Managementsystemen (DQS).

Als Kooperationspartner der KTQ® war die proCum Cert an der Entwicklung des KTQ-Manuals beteiligt. Als akkreditierte Zertifizierungsstelle der KTQ® ist sie berechtigt, Krankenhäuser in dem vorgesehenen Verfahren mit dem KTQ-Zertifikat auszuzeichnen.

Das kombinierte pCC-KTQ-Zertifikat geht in seinen Anforderungen über die hinaus, die im KTQ-Manual beschrieben sind. Ziel der proCum Cert ist, christliche Werte in das Qualitätsmanagement einzubeziehen und in der Organisation zu verankern. Hierfür wurden 24 weitere Qualitätskriterien formuliert, die es in dem KTQ-Manual mit seinen derzeit 63 Kriterien nicht gibt.

Das KTQ-Manual ist vollumfänglicher Bestandteil des proCum Cert-Anforderungskataloges. Um das pCC-KTQ-Zertifikat zu erhalten, muss das Krankenhaus sowohl die Erfüllung aller Voraussetzungen für das KTQ-Zertifikat, als auch die Erfüllung der zusätzlichen proCum Cert-Anforderungen nachweisen.

Dieser Nachweis ist dem Krankenhaus gelungen, daher wurde es von der proCum Cert mit dem kombinierten pCC-KTQ-Zertifikat ausgezeichnet.

Der vorliegende Qualitätsbericht ist während der dreijährigen Gültigkeitsdauer des Zertifikates über die Internetseite [www.proCum-Cert.de](http://www.proCum-Cert.de) allgemein zugänglich.

Mathias Bojahr

Geschäftsführer  
proCum Cert GmbH

## 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.

Gesellschafter der KTQ® sind die Bundesärztekammer (BÄK), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Deutsche Pflegerat (DPR), der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e.V. (HB) und die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene<sup>1</sup>. 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 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.

---

<sup>1</sup> zu diesen zählen: Verband der Ersatzkassen e. V., AOK-Bundesverband, BKK-Bundesverband, IKK-Bundesverband, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Die Knappschaft. Qualitätsbericht, St. Barbara-Klinik Hamm GmbH  
proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft

Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht. Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet im zweijährigen Turnus den strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass die **Sankt Barbara Klinik Hamm GmbH** 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

Die St. Barbara-Klinik Hamm GmbH ist eine Einrichtung der St. Franziskus-Stiftung, eine katholische Krankenhausgruppe in Nordwestdeutschland. Mit Sitz in Münster trägt die Stiftung Verantwortung für 15 Krankenhäuser sowie sieben Behinderten- und Senioreneinrichtungen im Münsterland, am Niederrhein, im Ruhrgebiet und im Land Bremen.

Die Klinik hat zwei Standorte in Hamm, die St. Barbara-Klinik im Stadtteil Heessen und das St. Josef-Krankenhaus im Stadtteil Bockum-Hövel und hat insgesamt 1124 Mitarbeiter. 2010 haben diese beiden Häuser fusioniert.

Durch die enge Verzahnung in den Bereichen Medizin, Pflege und Therapie wird mit der Fusion unter dem Motto „Verwurzelt in Hamm. Zusammen wachsen.“ der Gesundheitsstandort Hamm weiter gestärkt. Der Fokus liegt dabei insbesondere auf der abgestimmten akutstationären Versorgung von Patienten nördlich der Lippe und der Sicherstellung einer wohnortnahen Gesamtversorgung.

Die durchgeführten Maßnahmen zur Anpassung und Umstrukturierung in beiden Häusern kamen uns gleichzeitig als wichtige Verbesserungen für die Re-Zertifizierung nach KTQ® und proCum Cert zugute.

Der gemeinsame Stand unserer Strukturen und Konzepte ist in diesem Qualitätsbericht abgebildet.

St. Barbara-Klinik Hamm GmbH

# Die Kategorien

# 1 Patientenorientierung

KTQ<sup>®</sup>:

## **Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung**

Mit der St. Barbara Klinik im Stadtteil Heessen und dem St. Josef-Krankenhaus im Stadtteil Bockum-Hövel bietet die St. Barbara-Klinik Hamm GmbH an zwei Standorten eine wohnortnahe Patientenversorgung in der Stadt Hamm.

Die Häuser sind mit öffentlichen Verkehrsmitteln und mit dem PKW gut zu erreichen. Ein Wegeleitsystem schafft Orientierung bei der Anfahrt der Häuser. Wegbeschreibungen finden sich im Internet, in Broschüren und Flyern. Vor den Häusern stehen Parkplätze zur Verfügung. Für werdende Mütter besteht am Entbindungstag die Möglichkeit, den „Storchenparkplatz“ an der Barbara-Klinik direkt vor dem Haupteingang zu nutzen. Im Foyer gibt es jeweils Übersichtstafeln mit Informationen zu allen Fachabteilungen. In den Eingangshallen sind die Informationen rund um die Uhr besetzt. Dort erhalten Patienten und Besucher individuelle Auskünfte. Eine einheitliche Beschilderung gewährleistet die Orientierung in den Häusern. Bei Bedarf wird eine Begleitung durch Ordensschwestern oder die jeweilige Station angeboten. Die Planung der Aufnahme wird abteilungsspezifisch organisiert. Notfälle werden über das Interdisziplinäre Aufnahmezentrum bzw. die Ambulanzen aufgenommen.

## **Leitlinien**

Eine hochwertige Patientenversorgung wird an den beiden Standorten durch Orientierung an anerkannten Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Expertenstandards sichergestellt. Leitlinien und Standards sind allen am Behandlungsprozess beteiligten Mitarbeitern über das Intranet zugänglich.

## **Information und Beteiligung des Patienten**

Der Patient entscheidet über Vorschläge zur Diagnostik, Therapie und Pflege. In der Entscheidung wird der Patient durch umfangreiche Beratung und Aufklärung unterstützt. Angehörige werden nach Möglichkeit in die Planung von Diagnostik, Therapie und Pflege einbezogen. Über das Internet, Flyer und abteilungsspezifische Informationsmaterialien erhält der Patient Informationen über das Leistungsspektrum der Häuser.

## **Service, Essen und Trinken**

Bei der Gestaltung der beiden Häuser insgesamt und von Patientenzimmern im Besonderen wird darauf geachtet, eine angenehme Atmosphäre und ein gesundheitsförderndes Umfeld für unsere Patienten zu schaffen. Die Versorgung mit Essen und Trinken wird durch die hospitaleigenen Küchen gewährleistet. Die individuellen Essens- und Getränkewünsche der Patienten werden durch Serviceassistenten aufgenommen. Dem Patienten stehen dabei täglich fünf Mittagsmenüs zur Auswahl. Mehrmals im Jahr werden kulinarische Aktionswochen und saisonale Aktionstage durchgeführt.

## **Kooperationen**

„Zur kontinuierlichen Betreuung kranker Menschen vernetzen wir uns mit anderen Anbietern des Gesundheitswesens und gehen geeignete Kooperationen ein“ - Orientiert am Leitbild der St. Franziskus-Stiftung arbeiten die Häuser mit weiteren Gesundheitsdienstleistern zusammen und bauen diese Kooperationen kontinuierlich weiter aus.

In Zusammenarbeit mit einem weiteren Hammer Krankenhaus betreibt die St. Barbara-Klinik ein Brustzentrum, ein Darmzentrum und ein Radiologisches Zentrum. Ein onkologisches Zentrum befindet sich im Aufbau. Selbsthilfegruppen, ambulante Pflegedienste, die Hospizbewegung, niedergelassene Praxen, weiterversorgende Einrichtungen und andere Dienstleister werden in die umfangreichen Kooperationsprojekte einbezogen.

## **Erstdiagnostik und Erstversorgung**

Notfallpatienten werden in der St. Barbara-Klinik im Interdisziplinären Aufnahmezentrum und im St. Josef-Krankenhaus in der Ambulanz versorgt. Die Aufnahmebereitschaft ist rund um die Uhr gewährleistet. Die Erstversorgung vital bedrohter Patienten, die mit dem Rettungswagen oder Hubschrauber eingeliefert werden, erfolgt über den Schockraum.

## **Ambulante Diagnostik und Behandlung**

Anlaufpunkt für ambulante Patienten sind das Interdisziplinäre Aufnahmezentrum sowie die Fach-, Spezial- und Institutsambulanzen mit ihren Sprechstundenangeboten. Diese sind im Internet veröffentlicht.

An spezialisierten Sprechstunden werden z. B. angeboten:

- koloproktologische Sprechstunde der Allgemeinchirurgie
- BG-Sprechstunde der Unfallchirurgie
- senologische Sprechstunde der Gynäkologie (für Brusterkrankungen)
- Kinder- und Jugendgynäkologie
- Inkontinenz- / urogynäkologische Sprechstunde der Urologie
- Andrologie-Sprechstunde (für Männerheilkunde) der Urologie
- Kindersprechstunde der Urologie
- Katarakt-Sprechstunde der Augenabteilung
- Anästhesiesprechstunde

Von den ambulanten Praxen der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)\* sind an der St. Barbara-Klinik eine unfallchirurgische und eine neurochirurgische Praxis angesiedelt, am St. Josef-Krankenhaus eine chirurgische und eine gastroenterologische. Für das Brustzentrum betreibt eine hämatoonkologische Praxis stationsnah ausgelagerte Praxisräume an der St. Barbara-Klinik.

\* Die MVZ sind nicht Bestandteil dieser Zertifizierung.

### **Ambulante Operationen**

Ambulante Operationen finden an festgelegten Wochentagen statt. In der St. Barbara-Klinik stehen für Patienten, die ambulant operiert werden, eigene Stationen zur Verfügung, im St. Josef-Krankenhaus erfolgen die Operationen in einem eigenen ambulanten OP-Zentrum. In einzelnen Fachbereichen bestehen Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten, die ambulante Operationen im Krankenhaus durchführen. Die Indikationsstellung und die Vorbereitung und Information der Patienten erfolgt in den Ambulanzen bzw. den Praxen des Medizinischen Versorgungszentrums.

### **Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung**

Für unsere Patienten erstellen wir einen individuellen Diagnostik- und Behandlungsplan, der insbesondere die Erkrankung und das persönliche Umfeld berücksichtigt. Die Behandlungsplanung wird gemeinsam von einem multidisziplinären Behandlungsteam aus ärztlichem Dienst und Pflegedienst gemeinsam mit dem Patienten vorgenommen. Weitere Berufsgruppen können hinzugezogen werden. Eine Überprüfung der Diagnostik und Behandlungsplanung findet vor allem im Verlauf der Visiten statt. Die Umsetzung der geplanten diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen wird bereits in weiten Teilen in der elektronischen Patientenakte dokumentiert. Vor operativen Eingriffen werden notwendige diagnostische Maßnahmen häufig bereits vor dem stationären Aufenthalt vorgenommen. Befunde stehen über das elektronische Krankenhausinformationssystem unmittelbar zur Verfügung.

Zur Information von Patienten und Angehörigen werden in einzelnen Bereichen Sprechzeiten angeboten.

### **Therapeutische Prozesse**

Die Therapieplanung und -durchführung erfolgt nach den jeweils gültigen Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Expertenstandards. Die Verantwortung für die Planung, Durchführung und Sicherstellung der Diagnostik und Therapie liegt beim jeweiligen Chefarzt der behandelnden Abteilung. Die Behandlung im Brustzentrum und im Darmzentrum ist jeweils in einem eigenen Qualitätshandbuch ausführlich beschrieben. Das Brustzentrum ist vom Land NRW anerkannt und zertifiziert.

### **Operative Verfahren**

Die OP-Planung erfolgt in den einzelnen Fachabteilungen und wird durch einen Verantwortlichen koordiniert. Notfalloperationen können jederzeit in das OP-Programm integriert werden. Zur Gewährleistung eines sicheren Ablaufs finden verschiedene Sicherungsinstrumente Anwendung. So werden Checklisten und Patientenarmbänder eingesetzt, Seitenmarkierungen werden vorgenommen sowie eine aktive Identifikation der Patienten umgesetzt. Durch Fachweiterbildungen und ein umfassendes Einarbeitungskonzept ist die qualifizierte Betreuung durch das gemeinsame OP-Team sichergestellt.

## **Visite**

Visiten stellen ein zentrales Element der Behandlung dar und werden auch als Instrument der Qualitätssicherung verstanden. Sie dienen der Vermittlung von für die Behandlung des Patienten wichtigen Informationen. Ärztlicher und pflegerischer Dienst führen die Visiten in stationsweise festgelegten Zeiträumen gemeinsam durch. Für jeden Patienten erfolgt werktäglich eine Visite durch den zuständigen Stationsarzt. Mindestens einmal wöchentlich führen Chef- und Oberärzte die Visite durch. Am Wochenende erfolgt die Visite durch den diensthabenden Arzt bzw. Oberarzt. Die Anordnungen aus den Visiten werden zeitnah dokumentiert und überprüft.

## **Teilstationär, Prästationär, Poststationär**

Teil-, prä- und poststationäre Angebote ermöglichen es, den stationären Aufenthalt des Patienten zu verkürzen. So können in prästationären Sprechstunden z.B. Vorbereitungen auf eine bevorstehende Operation getroffen werden. Die Planung der prä- und poststationären Angebote obliegt den Chefärzten.

## **Entlassung**

Soweit möglich, wird der Entlasstag bereits bei der Aufnahme festgelegt und mit den Patienten, Angehörigen und weiterversorgenden Einrichtungen abgesprochen. Vor der Entlassung wird jeder Patient über Befunde, Diagnosen, Therapie und die weitere Versorgung aufgeklärt. Der Sozialdienst ist bei der Organisation der weiteren Versorgung behilflich.

## **Kontinuierliche Weiterbetreuung**

Zur Weiterbehandlung wird dem Patienten ein Entlassungs- bzw. Verlegungsbrief mitgegeben. Dieser Brief enthält die relevanten Informationen und Daten. Bereits bei der Aufnahme und kontinuierlich im Behandlungsverlauf werden mögliche Entlassprobleme identifiziert und durch das multidisziplinäre Team und den Sozialdienst bearbeitet. Kooperationen mit weiterversorgenden Einrichtungen gewährleisten einen reibungslosen Übergang vom Krankenhausaufenthalt in die weitere Betreuung.

## **Umgang mit sterbenden Patienten**

Bei sterbenden Patienten wird in besonderer Weise versucht, auf ihre individuellen Wünsche und religiösen Bedürfnisse einzugehen. Großer Wert wird dabei auf die Einbeziehung und Betreuung der Angehörigen gelegt. Die katholischen und evangelischen Seelsorger der beiden Häuser sind rund um die Uhr erreichbar. Auf Wunsch bieten sie ihre Begleitung an. Auch Bedürfnisse von Patienten nicht-christlicher Religionen und Weltanschauungen werden in unseren Häusern berücksichtigt.

## **Umgang mit Verstorbenen**

Der würdevolle Umgang mit Verstorbenen ist uns ein wichtiges Anliegen. Dieses wird durch eine Handreichung der Stiftung unterstrichen. Damit sich Angehörige von ihrem Verstorbenen verabschieden können, stehen besonders gestaltete Verabschiedungsräume zur Verfügung.

gung. Angehörige werden durch Mitarbeiter oder die Krankenhausseelsorger zum Verabschiedungsraum begleitet.

*proCum Cert:*

### **Besondere Zuwendung und Präsenz für Patienten gewährleisten**

Unsere Patienten sind bei uns nur dann alleine im Haus unterwegs, wenn sie dazu bereit und in der Lage sind. Die Begleitung älterer Menschen und anderer Patienten mit benötigter Zuwendung wird durch den Patientenbegleitdienst und die Christliche Krankenhaushilfe gewährleistet. Kinder werden durch Pflegepersonal oder die Eltern begleitet.

### **Berücksichtigung der spirituellen bzw. religiösen Dimension von Krankheit und Krankheitsbewältigung**

Die uns anvertrauten Menschen werden in ihrer Krankheit und deren Bewältigung ganzheitlich begleitet. Wir begegnen den religiösen Anschauungen der Patienten mit Achtung und einem umfassenden Angebot mit Gesprächen, Begleitung in Krankheit, Krise und Sterben, gemeinsamen Gebet, Krankensalbung und Segnungsgottesdienst.

### **Sensibilität und Respekt für Patienten mit nicht christlichem kulturellen und religiösen Hintergrund**

Unser Leitbild formuliert unseren Anspruch, Patienten unabhängig von religiöser Anschauung, Herkunft, sozialen und kulturellen Wurzeln zu respektieren. Orientierungshilfen im Umgang mit anderen Religionen und Kulturen bietet das Seelsorgekonzept der Häuser. Im Rahmen der Speiserversorgung wird auf kulturelle Besonderheiten Rücksicht genommen und Kontakte zu Seelsorgern der verschiedenen Religionsgemeinschaften werden ermöglicht und auf Wunsch vermittelt. Eine Dolmetscherliste führt Mitarbeiter mit Fremdsprachenkenntnissen auf.

### **Behandlung und Betreuung von besonderen Personengruppen**

Ziel unseres Hauses ist es, besondere Personengruppen in der Behandlung und Betreuung ausreichend zu unterstützen und zu begleiten. Der Sozialdienst bietet mit Informationen und Gesprächen z. B. zur gesetzlichen Betreuung, ambulanten Pflege, Beratungsstellen, Unterbringung in speziellen Pflegeeinrichtungen und Hilfe für Obdachlose Unterstützung an. Patienten mit psychiatrischer oder Suchtsymptomatik erhalten Hilfsangebote während ihrer stationären Behandlung.

### **Berücksichtigung der besonderen Erfordernisse bei der Behandlung von Kindern**

Die Sicherheit von Kindern auch im Falle medizinischer Notfälle hat in unseren Häusern hohe Priorität. Kinder werden - neben der Geburtshilfe - überwiegend in der HNO-Abteilung, der Urologie und Unfallchirurgie behandelt. Die St. Barbara-Klinik kann Kinder ab dem 6. Monat bei traumatologischen Notfällen intensivmedizinisch versorgen. Die Geburtshilfe der St. Barbara-Klinik ist in das Notfallkonzept der Perinatalzentren Hamm und Ahlen eingebun-

den. Kooperationen mit zwei pädiatrischen Praxen gewährleisten die pädiatrische Versorgung.

Bei der Behandlung von Kindern wird auf eine enge Einbindung der Eltern in den Behandlungsprozess Wert gelegt. So können Eltern ihre Kinder bei Operationen bis zum Einschlafen in die Einleitung begleiten und sind nach der Operation im Aufwachraum wieder am Bett des Kindes.

### **Sicherstellung einer Weiterbetreuung von Palliativpatienten**

Das St. Josef-Krankenhaus verfügt über eine Palliativstation. Darüber hinaus wird die Weiterbetreuung von Palliativpatienten durch die Kooperation mit dem Christlichen Hospiz Hamm, dem ambulanten Hospizdienst, dem Sozialdienst und dem Kloster Paradiese sichergestellt und auch durch die Krankenhauseelsorger begleitet. Die Wünsche und Bedürfnisse des palliativen Patienten stehen dabei an oberster Stelle. Im Team, das aus Ärzten, Schwestern, Seelsorgern, Psychoonkologin und Sozialdienst bestehen kann, wird nach Wegen gesucht, diese Wünsche umzusetzen.

## 2 Mitarbeiterorientierung

KTQ<sup>®</sup>:

### **Planung des Personalbedarfs**

Die Personalplanung orientiert sich an der Leistungsentwicklung der Fachabteilungen unserer Häuser, gesetzlichen Rahmenbedingung, finanziellen Möglichkeiten und der grundlegenden Zielsetzung unseres Trägers. Bei der Stellenbesetzung im ärztlichen Dienst sowie im Pflegedienst wird eine hohe Fachpersonalquote angestrebt, dabei wird die Verpflichtung zur Weiterbildung der Ärzte entsprechend berücksichtigt. Im Pflegedienst werden bei den patientennahen Diensten ausschließlich examinierte Pflegekräfte eingesetzt.

### **Personalentwicklung/Qualifizierung**

Das Personalentwicklungskonzept der Stiftung legt die Verfahrensweisen bei der Personalauswahl, Personalbeurteilung und Personalförderung fest. Das jährliche Mitarbeitergespräch bietet den Rahmen einer individuellen Entwicklungsplanung. Entscheidungsgremium über gewünschte Fortbildungen ist der Bildungsausschuss.

Für den ärztlichen Dienst erarbeiten die leitenden Ärzte einen strukturierten Weiterbildungsplan für ihre Fachabteilungen.

Für Oberärzte und Stationsleitungen gibt es stiftungsinterne Managementqualifizierungen, für Führungskräfte wird ein Weiterbildungsstudium der Philosophisch-Theologischen Hochschule in Münster angeboten.

### **Einarbeitung von Mitarbeitern**

Die Einarbeitung neuer Mitarbeiter ist in einem Rahmenkonzept der St. Franziskus-Stiftung beschrieben. Ziel ist die systematische Einführung in die neue Aufgabe. Dem neuen Mitarbeiter wird ein Pate zur Seite gestellt. Um ihnen die Ziele und Strukturen sowohl der beiden Häuser, der Stiftung als auch der Ordensgemeinschaft der Mauritzer Franziskanerinnen näher zu bringen, finden Einführungsveranstaltungen sowohl auf der Hausebene als auch mit der Ordensgemeinschaft / Stiftung statt.

### **Ausbildung**

Die St. Barbara-Klinik Hamm GmbH bildet für folgende Berufe aus:

- Gesundheits - und Krankenpfleger/in
- Operationstechnische Assistent/ -in (OTA)
- Kaufmann/ -frau im Gesundheitswesen
- Informatikkaufmann/ -frau
- medizinische Fachangestellte
- Koch / Köchin

Dafür besteht eine Kooperation mit der Zentrale Gesundheits- und Krankenpflegeschule in Ahlen. Die OTA-Ausbildung erfolgt durch das Institut für Bildung im Gesundheitswesen

(I.Bi.G.) an der St. Barbara-Klinik. Für weitere Berufe bestehen Kooperationen mit Ausbildungsträgern.

### **Fort- und Weiterbildung**

Mit einer zielgerichteten Förderung und Weiterentwicklung der Kompetenzen möchten wir unsere Mitarbeiter bei der Bewältigung der gestellten Aufgaben begleiten. Die Ermittlung des Fortbildungsbedarfs erfolgt unter anderem in den jährlichen Mitarbeitergesprächen. Zur Qualifikation und Personalentwicklung bieten wir regional und im Stiftungsverbund eigene Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen an. Jährlich wird ein umfangreiches Fort- und Weiterbildungsprogramm herausgegeben.

### **Mitarbeiterorientierter Führungsstil**

Unser mitarbeiterorientierter Führungsstil ist fest in unserem Leitbild verankert: „Wir streben einen kooperativen Führungsstil und eine vertrauensvolle Zusammenarbeit auf allen Ebenen an.“ Bei uns beruht Führung auf Vertrauen und auf der gegenseitigen Wertschätzung zwischen Führungskräften und Mitarbeitern. Führungskräfte tragen hierfür in unserem Unternehmen eine besondere Verantwortung. Projektgruppen, Qualitätszirkel und Abteilungsbesprechungen erfolgen häufig berufs- und hierarchieübergreifend. Sie zielen darauf ab, Mitarbeiter in die Entwicklung neuer Lösungen aktiv mit einzubinden.

### **Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit**

Zur Einhaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen existieren in unserer Einrichtung Arbeitszeitpläne. In weiten Bereichen der Einrichtung wird ein elektronischer Dienstplan eingesetzt. Die Einsatzmöglichkeit ergibt sich auf der Grundlage einer mit der Mitarbeitervertretung abgeschlossenen Dienstvereinbarung für die Bereiche und Abteilungen der Klinik. In den Bereichen, in denen der elektronische Dienstplan noch nicht eingeführt wurde, gibt es manuell geführte Dienstpläne oder Anwesenheitslisten.

Die Erprobung neuer alternativer und dem Arbeitszeitgesetz gerecht werdender Arbeitszeitmodelle wird kontinuierlich praktiziert. Diese werden ebenfalls über den Dienstplan stationsweise abgebildet.

Im ärztlichen Dienst wurden die tatsächlichen Arbeitszeiten von Assistenzärzten im Folgejahr für das abgelaufene Jahr in Form einer mit der Arbeitsschutzverwaltung in Arnsberg abgestimmten Belastungsanalyse ermittelt und auf Wunsch den ärztlichen Leitungen und Mitarbeitern vorgestellt.

### **Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden**

Mitarbeiter können sich in unseren Häusern aktiv einbringen. Das Betriebliche Vorschlagswesen ist in Form einer "Ideenbörse" seit mehreren Jahren fest etabliert. Ideen und Mitarbeitervorschläge werden nach festgelegten Kriterien bewertet. Nach der Qualität des eingebrachten Vorschlages wird dann eine Honorierung ermittelt. Wenn ein Mitarbeiter eine Beschwerde äußern möchte, sind neben dem direkten Vorgesetzten die Mitarbeitervertretung, Mitglieder der Betriebsleitung und der Pflegedienstleitung ansprechbar. Der Personalleiter ist

besonderer Ansprechpartner als Beauftragter nach dem Allgemeinen Gleichstellungsgesetz (AGG).

*proCum Cert:*

### **Wahrnehmung der Fürsorgepflicht für die Mitarbeiter**

Das Thema „Familienfreundlichkeit“ wird derzeit in den Mittelpunkt unserer Bemühungen für die Mitarbeiter gerückt. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie gewinnt zunehmend an Bedeutung bei der Gestaltung attraktiver Arbeitsplätze. Aus diesem Grund unternimmt das Gesundheitszentrum in Abstimmung mit Betriebsleitung und Personalabteilung zahlreiche Aktivitäten auf dem Weg zu einem „familienfreundlichen Krankenhaus“. Die Verbundtagespflege „Die kleinen Strolche“ wurde eigens für die Kindern von Mitarbeiter eingerichtet und bietet auch Betreuung in Randzeiten.

### **Wertschätzung und Anerkennung vermitteln, Verbundenheit fördern**

In jährlichen Mitarbeitergesprächen erhalten Mitarbeiter von ihren Führungskräften Rückmeldungen zur geleisteten Arbeit und zum persönlichen Einsatz. Führungskräfte sind aufgefordert, Anerkennung und Wertschätzung zu äußern und durch Förderung und Motivation eine Vorbildfunktion für die Mitarbeiter übernehmen.

### **Hilfe zur Bewältigung persönlicher Krisen**

In unseren Häusern gilt der Grundsatz, dass kein Mitarbeiter mit seinen Sorgen und Problemen allein gelassen wird. Als Ansprechpartner stehen den Mitarbeitern neben den direkten Vorgesetzten die Mitarbeitervertretung, die Pflegedienstleitung, Mitglieder der Betriebsleitung und die Krankenhausseelsorger für Gespräche und Vermittlung von Hilfen zur Verfügung.

### **Förderung der sozialen und christlich-ethischen Kompetenz der Mitarbeiter**

Das Leitbild bildet einen Wertevorrat an sozialen und christlich-ethischen Werten, die Mitarbeitern bei der Ausbildung und Weiterentwicklung ihrer Kompetenzen als Orientierung dienen. In Fortbildungsveranstaltungen, Gremien und der alltäglichen Zusammenarbeit wird die Ausprägung dieser Kompetenzen unterstützt. Beispiele dafür sind auch die Arbeit des klinischen Ethikkomitees, Ethische Fallbesprechungen, das Konzept der Mitarbeiterführung, das Seelsorgekonzept, Supervisions- und Coaching-Angebote, Aus- und Weiterbildungscurricula wie z. B. des Studienganges „Theologia Curae“ für Führungskräfte der Stiftung.

## 3 Sicherheit

KTQ®:

### **Arbeitsschutz**

Die Organisation des Arbeitsschutzes obliegt der stiftungseigenen Dienstleistungsfirma FAC'T bzw. dem Werkarztzentrum Westfalen-Mitte. Eine Fachkraft für Arbeitssicherheit führt regelmäßig Begehungen durch und sorgt in Zusammenarbeit mit den Sicherheitsbeauftragten für die Umsetzung in den Häusern. Die Arbeitsmediziner des Werkarztzentrums Westfalen-Mitte führen die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen durch.

### **Brandschutz**

Zuständig für den technischen Brandschutz an beiden Standorten ist der Brandschutzbeauftragte der Firma FAC'T. Dieser sorgt für eine gesetzeskonforme Umsetzung brandschutzrelevanter technischer und organisatorischer Maßnahmen und Brandschutzdokumentation. Regelmäßige Unterweisungen im Brandschutz werden für die Mitarbeiter angeboten.

### **Umweltschutz**

Die St. Barbara-Klinik hat ein eigenes Umweltmanagement-System, das regelmäßig überprüft und zertifiziert wird. Ein Umwelthandbuch enthält konkrete Anweisungen für die Mitarbeiter zur Einhaltung der Umweltschutzbestimmungen. Im St. Josef-Krankenhaus werden derzeit als Umweltschutzmaßnahmen die Modernisierung der Heizungs- und Lüftungsanlage sowie die Inbetriebnahme eines Blockheizkraftwerkes geplant.

### **Katastrophenschutz / Nichtmedizinische Notfallsituationen**

Die St. Barbara-Klinik und das St. Josef-Krankenhaus sind nach dem Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen in den Katastrophenschutz eingebunden. Der Alarmplan der beiden Häuser enthält alle Regelungen zum Vorgehen, Aufgaben und Verantwortlichkeiten in nicht-medizinischen Notfallsituationen. In einer solchen Situation liegt die zentrale Verantwortung bei der dann eingesetzten Krankenhauseinsatzleitung.

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

Die Erhöhung der Patientensicherheit und die Reduzierung von Risiken der Eigen- und Fremdgefährdung werden in unseren Häusern durch die Sicherstellung der Aufsichtspflicht für Patienten, die einer Aufsicht bedürfen, gewährleistet. Die ärztliche und pflegerische Anamnese, Kontrolle der Aktivitäten von Patienten und gezielte Einschätzungen von Patientenrisiken ergeben ein Bild über die Sicherheit des Patienten. Diese Erkenntnisse werden dokumentiert und Maßnahmen zum Schutz des Patienten eingeleitet.

### **Medizinisches Notfallmanagement**

Das medizinische Notfallmanagement ist klar geregelt. Für den Notfall ist ein zentraler Notruf eingerichtet und ein Reanimationsteam der Intensivstation abrufbar. Auf den Stationen und in den Abteilungen existieren standardisierte Notfallausrüstungen, die regelmäßig überprüft

werden. In der St. Barbara-Klinik gibt es halbautomatische Defibrillatoren. Die Mitarbeiter der Häuser werden regelmäßig in Schulungen auf Notfallsituationen vorbereitet.

### **Hygienemanagement**

Das Hygienemanagement ist in einem Hygieneplan für die Häuser verbindlich geregelt. Dieser ist für jeden Mitarbeiter im Intranet einzusehen. Die Hauptverantwortung für die Krankenhaushygiene trägt der ärztliche Dienst. Hygienefachkräfte sind mit der Durchführung der Infektionsprävention und -kontrolle beauftragt. Hygienebeauftragte Ärzte sind für die Umsetzung der Hygieneregeln im ärztlichen Bereich zuständig. Zusammen mit dem Direktorium, dem Technischen Leiter und dem Apotheker bilden sie die Hygienekommission. Regelmäßige Begehungen in den Häusern und Schulungen für die Mitarbeiter unterstützen die Einhaltung des Hygieneplans.

### **Hygienerelevante Daten**

Die Erfassung und systematische Bereitstellung der hygienerelevanten Daten für die Fachabteilungen, Apotheke und weitere Gremien erfolgt durch die Hygienefachkräfte. Das Ergebnis wird in der Hygienekommission vorgestellt und ggf. an das Gesundheitsamt weitergeleitet. Die Statistik bezüglich Infektionsraten, antibiotikaresistenten Keimen, Desinfektionsmittelverbrauch, vorschriftsgemäßer Händedesinfektion und Abteilungsbegehungsprotokolle werden im Zusammenhang betrachtet. Die Daten werden mindestens einmal jährlich erhoben, so dass die Hygienekommission Verbesserungen erarbeiten und zeitnah umsetzen kann.

### **Infektionsmanagement**

Zur Planung der hygiesichernden Maßnahmen sind Hygienepläne auf Basis des Infektionsschutzgesetzes erstellt. Im spezifischen Teil der Hygienepläne wird auch der Umgang mit Patienten erklärt, die mit speziellen Infektionserregern infiziert sind. Für ausgewählte Erreger ist im Hygieneplan beschrieben, wie die Organisations- und Funktionsabläufe bei infizierten Patienten differenziert zu erfolgen haben.

### **Arzneimittel**

Sämtliche Arzneimittel werden über die stiftungseigene ZentralapothekemedicalOR-DER®pharma mit Sitz in Ahlen verwaltet, bestellt und geliefert. Diese verfügt über ein Qualitätshandbuch, das Herstellungsvorschriften sowie Regelungen zu Abläufen in der Apotheke beinhaltet. Die Erreichbarkeit der Apotheke ist über 24 Stunden sichergestellt. Erstellung und Aktualisierung der Arzneimittellisten, Anforderungen von Arzneimitteln aus der Apotheke, Lagerung von Arzneimitteln, Arzneimittel-, Blut- und Plasmadokumentationen sowie die klinische Prüfung von Arzneimitteln werden über die Geschäftsordnung der Arzneimittelkommission festgelegt.

### **Blutkomponenten und Plasmaderivate**

Der Umgang mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten ist in beiden Häusern in Transfusionshandbüchern geregelt. In beiden Häusern sind Transfusionsbeauftragte benannt und

ausgebildet. In regelmäßigen Abständen werden Unterweisungen zur Anwendung von Blut- und Blutderivaten für die Mitarbeiter der Häuser durchgeführt. Die Transfusionskommission überprüft die Einhaltung der Standards.

### **Medizinprodukte**

Die Firma FAC'T ist als medizintechnischer Dienstleister mit der Instandhaltung und Wartung sämtlicher aktiver Medizingeräte und -produkte beauftragt. Sie ist nach DIN ISO 9001 und nach DIN ISO 13485 zertifiziert. Die zentrale Sterilgutversorgung erfolgt durch den stiftungs-eigenen Dienstleister medicalORDERinstruments. Die Aufbereitung von Sterilgütern ist in einer Organisationsanleitung geregelt.

## 4 Informations- und Kommunikationswesen

KTQ<sup>®</sup>:

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

Die EDV-Systeme beider Standorte nutzen für die elektronische Patientenakte das stiftungseigene Rechenzentrum in Bremen, das maximale Daten- und Ausfallsicherheit gewährleistet. Ergänzende Systeme wie in der Radiologie, den Intensivstationen oder dem Labor sind mit der elektronischen Patientenakte vernetzt. Der Zugriff auf die Daten ist nur passwortgeschützt für Mitarbeiter über ein differenziertes Berechtigungssystem in Abhängigkeit von deren Aufgaben möglich.

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

Patientendaten werden nach festgelegten Verfahren erhoben, verarbeitet und gespeichert unter Einhaltung der geltenden Datenschutzbestimmungen. Basis der Dokumentation von Patientendaten ist die elektronische Patientenakte, die im Krankenhausinformationssystem „ORBIS“ geführt wird. Ergänzt wird diese durch die Patientenkurve in Papierform für die tägliche Dokumentation. Die Archivordnung regelt die Verantwortlichkeiten im Umgang mit Patientendaten bzw. Akten.

### **Verfügbarkeit von Patientendaten**

Die Patientendaten sind im EDV-System dauerhaft gesichert gespeichert sowie in archivierten Akten abgelegt. Die EDV-gestützten Daten sind jederzeit problemlos abrufbar, die archivierten Akten sind nach festgelegten Regeln aus dem Archiv erhältlich. Außerhalb der regulären Öffnungszeiten des Archivs besteht eine Notzugriffsregelung.

### **Information der Krankenhausleitung**

Durch eine differenzierte Struktur von Gremien und Konferenzen, in welche die Mitglieder des Direktoriums sinnvoll eingebunden und oft persönlich vertreten sind, ist die Information der Krankenhausleitung optimal gewährleistet. Diese wird ergänzt durch ein routinemäßiges Berichtswesen aller relevanten Daten, das kontinuierlich an die Erfordernisse angepasst wird. In der Projektsteuerungsgruppe unter Beteiligung des Direktoriums laufen alle Informationen und Entscheidungen zu Leitbildumsetzung, Qualitätsmanagement und Projekten zusammen.

### **Informationsweitergabe (intern / extern)**

Die Informationsweitergabe nach innen und außen wird durch die Stabsstelle Klinikkommunikation und Öffentlichkeitsarbeit zentral koordiniert. Die Aufgabe der Stabsstelle umfasst die Öffentlichkeitsarbeit der Häuser z. B. in Form von Internet-Präsentationen, Druck- und Filmmedien, Informationsmaterialien der Fachabteilungen, Ausstellungen, Fachvorträge, Pressekonferenzen und die Kontaktpflege zu lokalen und regionalen Medienvertretern. Darüber hinaus unterstützt sie die Information der Mitarbeiter durch die Mitarbeiterzeitung, Hausmitteilungen etc.

### **Organisation und Service**

Die Mitarbeiter an der Information sind in beiden Häusern erster Anlaufpunkt für Patienten, Angehörige und Besucher. Die Information ist rund um die Uhr besetzt. In der St. Barbara-Klinik steht tagsüber zusätzlich eine Ordensschwester für Informationen und Hilfestellungen bereit. Die Mitarbeiter der Information sind in wichtigen Themen wie Datenschutz, Alarm- und Notfallsituationen, Kommunikation und Umgang mit Beschwerden geschult.

### **Regelung zum Datenschutz**

Die Grundlage des Datenschutzes in den Einrichtungen der St. Franziskus-Stiftung ist neben den gesetzlichen Vorschriften die Kirchliche Datenschutz Ordnung (KDO). Diese ist für alle Mitarbeiter mit Dienstantritt und über das Beschäftigungsverhältnis hinaus verpflichtend. Auch die Kooperationspartner und Dienstleister sind darin einbezogen. Für die technische Umsetzung der Datenschutzbestimmungen für die EDV-Systeme liegt in der Verantwortung beim stiftungseigenen Dienstleister FAC'T-IT. Verfahrensanweisungen zum Datenschutz sind in einem EDV-Handbuch zusammengefasst.

## 5 Führung

KTQ®:

### **Vision, Philosophie und Leitbild**

Das Leitbild der St. Franziskus Stiftung wurde in einem umfassenden Entwicklungsprozess ab 1995 unter Beteiligung von Mitarbeitern aller Berufsgruppen und Hierarchieebenen entwickelt und 1997 verbindlich eingeführt wurde. Es basiert auf dem Selbstverständnis der Ordensgemeinschaft der Mauritzer Franziskanerinnen und hat die Funktion, einen Wertevorrat zu bilden, der in Entscheidungssituationen und der alltäglichen Arbeit Orientierung gibt. Der Prozess der Leitbildumsetzung mit den Instrumenten des Qualitätsmanagement wird als fester Bestandteil der Unternehmensentwicklung verstanden und vom Direktorium unterstützt. Zur Umsetzung des Leitbildes wurde eine Struktur festgelegt, die Gremien und Verantwortlichkeiten regelt. Es sind Leitbild- und Qualitätsbeauftragte benannt sowie eine Projektsteuerungsgruppe unter Beteiligung des Direktoriums eingerichtet.

### **Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen**

Das Leitbild setzt im Umgang zwischen Führungskräften und Mitarbeitern auf Vertrauen und Wertschätzung, Information und Mitsprache, Delegation und Motivation. Stil der Geschäftsführung ist daher ein offener Umgang mit Informationen und betrieblichen Daten sowie die persönliche Ansprache der Mitarbeiter. Führungskräfte haben in unseren Häusern eine Vorbildfunktion. Dies zeigt sich in der Gesprächsbereitschaft gegenüber allen Mitarbeitern und im persönlichen Kennen lernen von neuen Mitarbeitern. Besonderer Wert wird auf die Personalentwicklung, Fortbildung, Karriereplanung und Familienfreundlichkeit gelegt.

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

Als Krankenhäuser mit christlicher Wertorientierung respektieren wir in besonderer Weise weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse von Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern. In ethischen Fragestellungen bieten wir umfassende Beratung und Unterstützung. Dazu wurde ein Ethik-Komitee mit dem Auftrag gegründet, das ethische Bewusstsein zu fördern, ethische Beratungen durchzuführen und Patienten, Angehörige und Mitarbeiter in ihrer ethischen Entscheidung zu unterstützen. Die Seelsorger des Hauses stehen Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern mit umfassenden Gesprächs- und Gottesdienstangeboten zur Verfügung

### **Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung**

Die Zielplanung unserer Häuser steht im Einklang mit dem Leitbild und wird zwischen Direktorium und Stiftungsvorstand kontinuierlich weiterentwickelt. Die Projektsteuerungsgruppe setzt die strategischen Planungen in konkrete Ziele und Projekte um.

In der jährlich stattfindenden Berichts- und Planungskonferenz mit den Stiftungsvorstand unter Beteiligung des Direktoriums und der Führungskräfte des Hauses und den jährlich stattfindenden Zielvereinbarungsgesprächen zwischen Führungskräften und Mitarbeitern werden Abteilungs- und Bereichsziele aus den Zielen des Hauses abgeleitet und vermittelt.

## **Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen**

Als große regionale Einrichtung nimmt die St. Barbara-Klinik GmbH mit ihren beiden Standorten gesellschaftliche Verantwortung wahr. Der Umgang mit Umweltressourcen, die Aus- und Weiterbildung ihrer Beschäftigten und die Beziehungen zu anderen Partnern im Gesundheitswesen stehen dabei im Fokus.

## **Festlegung einer Organisationsstruktur**

Die Trägerstruktur und die Strukturen der Häuser sind in Organigrammen dargestellt. Darin sind die organisatorische Gliederung der Häuser sowie Verantwortlichkeiten beschrieben und Funktionsträger namentlich benannt. Die Organisationsstruktur wird kontinuierlich überprüft und weiterentwickelt.

## **Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien**

Strukturen und Arbeitsweisen der Führungsgremien sind geregelt. Regelmäßige Gespräche zwischen Direktorium und Stiftungsvorstand, Chefärzten, Stationsleitungen und Mitarbeitervertretung ermöglichen eine effektive Arbeitsweise. Die Planung, Moderation und Protokollführung in Gremiensitzungen ist strukturiert.

## **Innovation und Wissensmanagement**

Die zentrale Bedeutung von Wissen, Transfer und Beteiligung der Mitarbeiter betont das Leitbild an vielen Stellen. Die Häuser zeichnen sich durch ein großes Interesse an Neuerungen und Fortschritten aus. Zentrale Instrumente des Wissensumschlags ist das hausübergreifende Intranet und das Mitarbeiter-Portal der St. Franziskus Stiftung sowie trägerweite Gremien.

## **Externe Kommunikation**

Die Information von Patienten, Besuchern, Kostenträger, Einweisern und anderen Interessensgruppen über das Leistungsspektrum und die Leistungsfähigkeit unserer Häuser wird durch eine eigens etablierte Stabsstelle Klinikkommunikation und Öffentlichkeitsarbeit gewährleistet. Durch eine systematische Kommunikation über Angebote und Leistungen in Form von Presseberichten, Flyern, Internet, Plakaten und öffentlichen Informationsveranstaltungen möchten wir der Öffentlichkeit unsere Leistungsfähigkeit darstellen.

## **Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems**

Dem Patienten ein Höchstmaß an Qualität in der Behandlung seiner Erkrankung zu geben, ist für uns ein Maßstab, der im Leitbild fest verankert ist. Um Risiken zu minimieren, die dieses Ziel gefährden, wurde ein Meldesystem für Beinahefehler implementiert. Darüber hinaus werden Risiken regelmäßig in internen Audits erfasst und Maßnahmen zur Risikovermeidung eingeleitet. Das Risikomanagement wird durch die Einführung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen, die Nutzung von Checklisten z. B. in den Operationssälen, durch den Einsatz von Patientenarmbändern zur Identifikation sowie durch weitere Instrumente erweitert.

*proCum Cert:*

### **Entwicklung und Pflege einer christlichen Unternehmenskultur**

Das Leitbild der St. Franziskus-Stiftung ist Maßstab und Orientierungsrahmen für die Entwicklung von einrichtungsspezifischen Qualitätsanforderungen. Das Qualitätsmanagementsystem orientiert sich an den Werten des Leitbildes und hilft, diese umzusetzen. Dadurch wird dafür Sorge getragen, dass die Kultur der Häuser zu einer christlichen Unternehmenskultur ausgeprägt wird.

### **Suche und Einstellung von Mitarbeitern, die das christliche Profil der Einrichtung stärken**

In der Personalsuche vermitteln wir bereits unsere christliche Wertorientierung. Im Rahmen des trägerweiten Personalentwicklungskonzeptes formulieren wir aussagekräftige Stellenanzeigen und beziehen in Bewerbungsverfahren die Vermittlung von Werten und Zielen des Hauses ein.

### **Soziale Verantwortung, Rücksichtnahme und ethische Sensibilität in der Personalführung**

Für Mitarbeiter in besonderen Situationen kommen unsere Häuser der besonderen Verantwortung nach. Dabei werden z. B. bei der Dienstplangestaltung die individuellen Bedürfnisse der Mitarbeiter berücksichtigt oder gezielte Angebote unseres Gesundheitszentrums zur Gesunderhaltung der Mitarbeiter angeboten. Die jährlichen Mitarbeitergespräche bieten den Rahmen, die Anliegen und Bedürfnisse der Mitarbeiter in einem geschützten Rahmen zu erfassen.

## 6 Qualitätsmanagement

KTQ®:

### **Organisation**

Die hausübergreifende Abteilung "Qualitätsmanagement und Leitbildumsetzung" ist als Stabsstelle des Direktoriums organisiert und koordiniert alle Aktivitäten zur Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagement-Systems in unseren Häusern. Die Mitarbeiter des Qualitätsmanagements verfügen über spezifischen Qualifikationen z.B. als Qualitätsmanager. Die Projektsteuerungsgruppe, die aus Mitarbeitern aller Bereiche und Hierarchieebenen der Häuser zusammengesetzt ist, stellt das zentrale Gremium der Leitbildumsetzung und des Qualitätsmanagements dar. Projekte, Arbeitsgruppen und Qualitätszirkel werden in dieser Projektsteuerungsgruppe koordiniert.

### **Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung**

Medizinisch-pflegerische Kernprozesse sowie Führungs- und Unterstützungsprozesse werden überprüft und optimiert. Handlungsbedarfe zur Prozessoptimierung werden aus den Ergebnissen von regelmäßigen Patienten- und Mitarbeiterbefragungen, dem Risiko- und Beschwerdemanagement, internen Audits und Hospitationen sowie aus externen Anforderungen gewonnen. Zur Steuerung der Prozesse werden Kennzahlen wie Qualitätsindikatoren, Befragungsergebnisse oder Leistungskennzahlen genutzt.

### **Patientenbefragung**

Patientenbefragungen werden in beiden Häusern regelmäßig durchgeführt:

- Die periodische Patientenbefragung stellt eine umfassende Befragung von Patienten dar und wird in Zusammenarbeit mit dem Picker-Institut alle drei Jahre durchgeführt.
- Die kontinuierliche Patientenbefragung wird den Patienten ausgehändigt. Auf dem Fragebogen besteht auch die Möglichkeit, Kritik zu äußern, die umgehend bearbeitet wird.
- Im Rahmen des Brustzentrums findet eine spezielle Befragung mit einem Fragebogen des Zentrums für Versorgungsforschung der Universität Köln statt; eine weitere Befragung erfolgt im Darmzentrum.
- Darüber hinaus finden weitere externe Befragungen z.B. durch Krankenkassen statt.

### **Befragung externer Einrichtungen**

Externe Einrichtungen werden durch unsere Häuser gezielt angesprochen. So werden in Form des Barbara-Briefes zweimal jährlich über 4500 Einweiser informiert. Bei Informationsveranstaltungen werden diese mit einem Fragebogen befragt. Im Brustzentrum findet alle zwei Jahre eine Einweiserbefragung mit Fragen zur Zufriedenheit der Patienten, Kommunikation, Öffentlichkeitsarbeit und weiteren Themen statt.

### **Mitarbeiterbefragung**

Eine Mitarbeiterbefragung wird im Rhythmus von drei Jahren regelmäßig durchgeführt. Dabei kommt ein standardisierter umfangreicher Fragebogen des isoquo-Institutes zum Einsatz.

Mithilfe dieses Fragebogens können die Zufriedenheit der Mitarbeiter am Arbeitsplatz und Themen wie interne Kommunikation, die Zusammenarbeit zwischen Abteilungen und weitere Themen gezielt untersucht werden. Die Ergebnisse werden intensiv für die Ableitung von Verbesserungspotentialen und -maßnahmen genutzt.

### **Umgang mit Wünschen und Beschwerden**

Patienten, Angehörige und Besucher sind eingeladen, Lob, Kritik und Beschwerden auf einem Fragebogen zu äußern. Die Fragebögen werden zentral durch die Pflegedienstleitung ausgewertet. Auf Wunsch erhält der Beschwerdeführer eine Rückmeldung und den weiteren Verlauf der Beschwerdebearbeitung. Jede Beschwerde wird zum Anlass genommen, Verbesserungsmöglichkeiten zu prüfen und umzusetzen.

### **Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten**

Qualitätsrelevante Daten werden in unseren Häusern in der Betriebsleitung, den Fachabteilungen und Stationen sowie in verschiedenen Gremien und Stabsstellen zur Steuerung und Verbesserung der Prozesse genutzt. Ein Qualitätszirkel „Medizinische Ergebnisqualität“ unter Beteiligung der Geschäftsführung, des Direktoriums, von Chefärzten, des Medizincontrollings und des Qualitätsmanagements untersucht systematisch Daten der externen Qualitätssicherung und Routinedaten zur internen Qualitätssicherung.

### **Methoden und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung**

Das Verfahren der externen Qualitätssicherung wird durch die Stabsstelle Qualitätsmanagement koordiniert. Die vollständige, zeitnahe und richtige Dokumentation obliegt den Chefärzten bzw. leitenden Ärzten der Departments. Für die fachabteilungsinterne Durchführung und Auswertung der Ergebnisse sind Modulverantwortliche benannt. Eine Dokumentationsquote von 100 % ist angestrebt. In den zweimonatlichen Budgetkonferenzen werden aktuelle Dokumentationsquoten präsentiert.

## 7 Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus

*proCum Cert:*

### **Integration der Seelsorge ins Krankenhaus**

Im Leitbild der St. Franziskus-Stiftung heißt es: „Die Einrichtungen der Franziskus Stiftung sind Teil der katholischen Kirche. In ihnen verwirklichen sich die vier Grunddimensionen kirchlichen Handelns: Dienst am Menschen, Gottesdienst, Verkündigung und Gemeinschaft.“ Das Seelsorgekonzept für beide Häuser konkretisiert diese christlich-franziskanische Grundhaltung für die Krankenhauseelsorge: „Die Krankenhauseelsorge [...] bietet den Menschen an, mit ihnen über das zu sprechen, was sie bewegt. Sie tun das in der Überzeugung, dass Gott bei den Menschen ist“. Sie ist ein niederschwelliges Angebot für Patienten, Angehörige, Mitarbeiter und Besucher. Die Umsetzung des Seelsorgekonzeptes wird durch die Rufbereitschaft, die personelle Präsenz der Seelsorger auf den Stationen und in den Gremien erreicht; die Erreichbarkeit ist ununterbrochen gewährleistet. Dazu kommen Aushänge und Plakate, Patientenbroschüre und Faltblatt, Artikel in der Mitarbeiter-Zeitung, Gottesdienstübertragungen etc. Die Seelsorge bietet Mitarbeitern, Patienten und Angehörigen Gespräche, Beratung bei konkreten Problemen, Begleitung über einen längeren Zeitraum, Beistand in Krisensituationen, Unterstützung bei schwerwiegenden Entscheidungen, geistlichen Beistand, Spendung von Sakramenten, Gottesdienste usw. an.

### **Strukturelle Rahmenbedingungen und Organisation der Seelsorge**

Die Seelsorge ist in die Strukturen beider Häuser fest eingebunden. In beiden Häusern steht jeweils eine Krankenhauskapelle für die regelmäßigen Gottesdienstangebote zur Verfügung. Die Kapellen sind gut ausgeschildert, behindertengerecht und 24 Stunden am Tag geöffnet. Die Gottesdienste, zu denen regelmäßig eingeladen wird, werden auch auf den Krankenzimmern übertragen. Neben den Dienstzimmern der Seelsorger stehen verschiedenen Räume für Gespräche zur Verfügung.

### **Angebote der Seelsorge**

Neben den systematisch geplanten Gesprächssituationen sind auch die spontanen Gesprächsanlässen ein wesentliches Angebot der Seelsorge. In beiden Häusern findet täglich ein Gottesdienst statt, sei es als katholische Messe oder auch als ökumenische Andacht. Die Zeiten sind auf allen Stationen ausgehängt. Das Sakrament der Krankensalbung wird als ein der Situation individuell angepasster Gottesdienst auf den Patientenzimmern gefeiert. Die Spendung der Sakramente ist durch den Bereitschaftsdienst der Krankenhauspfarrer jederzeit möglich. Auch die Verabschiedung von Verstorbenen, auf dem Zimmer oder im Verabschiedungsraum, wird wenn gewünscht durch die Krankenhauseelsorge durch Gebet und Riten begleitet.

### **Verbindung und Zusammenarbeit mit Kirchengemeinden**

Die Krankenhauseelsorge steht durch gemeinsame Dienstbesprechungen und die Seelsorgekonferenz des Dekanates in engem Kontakt mit den Kirchengemeinden. Dort werden die Aktivitäten von Gemeinde- und der Krankenhauseelsorge bzw. im Dekanat geplant und aufeinander abgestimmt. Die Seelsorger oder Vertreter aus den umliegenden Gemeinden begleiten ihre Gemeindemitglieder oft auch im Krankenhaus und werden dabei von der Krankenhauseelsorge unterstützt.

In den Gottesdiensten sind regelmäßig Besucher aus den Kirchengemeinden, die sich z. B. auch als Kommunionhelfer engagieren.

Es gibt eine enge Zusammenarbeit mit dem Christlichen Hospiz „Am roten Läppchen“ in Hamm-Heessen. Die Rufbereitschaft der Krankenhauseelsorge erstreckt sich auch auf das stationäre Hospiz.

## 8 Verantwortung gegenüber der Gesellschaft

*proCum Cert:*

### **Übernahme von Verantwortung für Ausbildung**

Unsere Häuser betreiben im Verbund Ausbildungsstätten für Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Operationstechnische Assistenten (OTA).

Sie bieten außerdem Ausbildungsplätze an für

medizinische Fachangestellte,

IT-Kaufmann / -frau,

Kaufmann / -frau im Gesundheitswesen,

Koch / Köchin.

Darüber hinaus bieten die Häuser Praktikumsplätze an:

- im Pflegedienst der Stationen
- für Schüler der Fachoberschule 1 Jahr oder als Berufsfindungspraktikum für Schüler 2 - 4 Wochen
- im Rahmen ihrer Ausbildung in der Altenpflege, im Rettungsdienst oder zur Hebamme
- in Bereichen wie Physiotherapie, Labor, Küche
- im ärztlicher Dienst (Semesterpraktika)
- im Verwaltungsdienst (Controlling, Personal und Organisation, EDV, Qualitätsmanagement)

### **Förderung ehrenamtlichen bzw. bürgerschaftlichen Engagements**

Die Beziehungspflege zu sozialen Einrichtungen und Interessenverbänden als Teil der öffentlichen Wahrnehmung unserer Einrichtung ist ein Auftrag aus dem Leitbild. Das Direktorium unterstützt die Arbeit von Vereinen und Selbsthilfegruppen, pflegt und fördert das ehrenamtliche Engagement sowohl von Mitarbeitern als auch Externen und stellt die dafür notwendigen Ressourcen zur Verfügung.

An verschiedenen Stellen im Haus sind z.B. im Rahmen der Christlichen Krankenhaushilfe Ehrenamtliche eingebunden. Ausliegende Flyer / Broschüren informieren über die Aufgaben und Dienste der ehrenamtlichen Dienste und Vereine und benennen Kontaktadressen.

## 9 Trägerverantwortung

*proCum Cert:*

### **Vorgaben und Beiträge zur Strategie und Ausrichtung des Unternehmens**

Träger der St. Barbara-Klinik Hamm GmbH ist die St. Franziskus-Stiftung Münster. Die von Mauritzer Franziskanerinnen gegründete Stiftung hat sich zum Ziel gesetzt, die Werke christlicher Nächstenliebe durch die Förderung von Gesundheitspflege, Behinderten- und Altenhilfe, durch Bildung, Erziehung und Unterstützung von Wissenschaft und Forschung auf den genannten Gebieten umzusetzen. Mit dem Stiftungszweck bringt der Träger seine Vorgaben im Hinblick auf die christlich-caritative Ausgestaltung seiner Einrichtungen zum Ausdruck. Davon abgeleitet werden Unternehmensleitbild, Konzepte, Leitlinien und Positionen erarbeitet. Immer wird im Sinne des Heiligen Franziskus ein besonderer Fokus auf die Betreuung sozial schwacher, alter, behinderter und ausgegrenzter Menschen gelegt.

Die Weiterentwicklung der Krankenhausgruppe geschieht mit dem Anspruch einer christlich basierten Wertorientierung und erfordert klare Perspektiven und Handlungskorridore.

„Wachstum mit Augenmaß“ ist dabei die strategische Linie, die die Handlungsfähigkeit der Krankenhausgruppe mit Regionalisierung in Nordwestdeutschland sicherstellen soll.

Oberstes Ziel der Stiftung ist es, ihre Einrichtungen zukunftssicher zu gestalten, sie in das regionale Gesundheitssystem durch Aufbau von Gesundheitsnetzwerken mit einem abgestimmten Leistungsangebot zu integrieren und ein Leistungsspektrum auf hohem fachlichen Niveau vorzuhalten.

### **Vorgaben für die Unternehmensführung**

Jedes Stiftungs-Haus ist wirtschaftlich unabhängig und sorgt für seine wirtschaftliche Stabilität. Das operative Geschäft zur Führung des Hauses wird von der Geschäftsführung und dem Direktorium eigenverantwortlich übernommen. Strategische Entscheidungen werden gemeinsam mit dem Vorstand entwickelt und umgesetzt. Es besteht eine vom Träger verbindlich erlassene Satzung für das Direktorium und die eingesetzte Geschäftsführung.

Im Leitbild sind verschiedene Managementgrundsätze zur Mitarbeiterorientierung und Unternehmensführung vom Träger festgelegt worden. Die Weiterentwicklung des Wertemanagements sowie die Beachtung ethischer Prinzipien in den Unternehmen und der Unternehmensführung sind dem Träger ein ausdrückliches Anliegen. Der Träger betrachtet den bewussten und achtsamen Umgang mit der Umwelt und mit allem Leben als Ausdruck seiner Verantwortung gegenüber der Schöpfung. Daher

- unterstützt er die Hilfe beim Sterben im Rahmen der passiven Sterbehilfe und lehnt jegliche Form der aktiven Sterbehilfe ab. Er duldet auch keine Hilfe zum Sterben durch eine absichtliche Verkürzung des Lebens und legt diesen Grundsatz in Chefarztverträgen fest
- wird eine invasive, pränatale Diagnostik in den Krankenhäusern nicht angeboten
- ist es den behandelnden Ärzten auch im Konfliktfall untersagt, ein Votum für einen Schwangerschaftsabbruch, auch nicht aus medizinischen Gründen, abzugeben; in den Chefarztverträgen sind entsprechende Regelungen festgelegt; empfohlen wird

die Vermittlung entsprechender Hilfsangebote

- werden die Möglichkeiten der anonymen Geburt und der Babyklappe unterstützt
- werden Organentnahme und -transplantation als ethisch geboten angesehen und ihre Durchführung nach den Grundsätzen der bundesweiten ärztlichen Empfehlungen unterstützt.

Für die Beteiligung an Studien und Forschungsprogrammen sind die national und international gültigen ethischen, wissenschaftlichen und rechtlichen Standards zu beachten. Die Beteiligung an Forschungsprojekten muss immer dem Direktorium gemeldet und von diesem genehmigt werden. Die Kriterien zur Projektauswahl sind festgelegt. Die hausinterne Richtlinie „Umgang mit Fremdmitteln“ für die Entgegennahme von Zuwendungen für Forschungsaufträge oder Anwendungsbeobachtungen ist zu beachten.

### **Personalverantwortung**

Im Leitbild der Stiftung und in einem Führungshandbuch sind Grundsätze der Führung und Anforderungen an Führungskräfte definiert. Bei Führungskräften wird die Zugehörigkeit zu einer christlichen Kirche vorausgesetzt und eine gelebte Christlichkeit von diesen erwartet. Neben den fachlichen Qualitäten werden der Sozialkompetenz und der Managementqualifikation wesentliche Bedeutung beigemessen.

Die Stiftung legt Wert auf eine vorausschauende Personalpolitik, insbesondere im Bereich der obersten Führungspositionen und die frühzeitige Förderung von qualifizierten Kräften in den einzelnen Häusern. So werden beispielsweise Assistenzärzte im gegenseitigen Austausch hausübergreifend qualifiziert, um mit dem Erwerb einer Fachgebietsbezeichnung eine Oberarztposition übernehmen zu können.

### **Wahrnehmung der Aufsichtsverantwortung**

Das Kuratorium ist das oberste Aufsichtsgremium der Stiftung. Im Auftrag des Kuratoriums übernimmt der Stiftungsvorstand die Aufsichtsverantwortung für die Einrichtungen. Ein systematisches Berichtswesen über Kenn- und Leistungszahlen, Aktivitäten und jährliche Zielvereinbarungsgespräche dienen dem Vorstand als Instrumente zur Wahrnehmung der Aufsichtsverantwortung.

Der Träger hat für die Einrichtungen der Stiftung die Berücksichtigung des kirchlichen Rechtes und der kirchlichen Ordnungen vorgegeben.