



Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen



**St. Marien-  
Krankenhaus  
Siegen**

## **proCum Cert-QUALITÄTSBERICHT**

zum pCC Katalog 7.0\_2015 und KTQ Katalog 2015 für Krankenhäuser

<b>Krankenhaus:</b>	St. Marien-Krankenhaus Siegen
<b>Institutionskennzeichen:</b>	260591243
<b>Anschrift:</b>	Kampenstraße 51 57072 Siegen
<b>Ist zertifiziert nach proCum Cert inklusive KTQ<sup>®</sup> mit der Zertifikatnummer:</b>	2017-0205-SIEG-11-K-002130
<b>durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:</b>	proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft, Frankfurt am Main
<b>Gültig vom:</b>	10.11.2017
<b>          bis:</b>	09.11.2020
<b>Zertifiziert seit:</b>	10.11.2005

## *Inhaltsverzeichnis*

<i>Vorwort der proCum Cert</i> .....	3
Vorwort der KTQ® .....	4
Vorwort der Einrichtung.....	6
<b>Die Kategorien</b> .....	<b>7</b>
1 Patientenorientierung .....	8
2 Mitarbeiterorientierung .....	14
3 Sicherheit - Risikomanagement .....	17
4 Informations- und Kommunikationswesen .....	21
5 Unternehmensführung .....	23
6 Qualitätsmanagement .....	26
7 Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus .....	28
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.

Als Kooperationspartner der KTQ® war die proCum Cert an der Entwicklung des KTQ-Manuals beteiligt. Als zugelassene 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 55 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.

Hedwig Semmusch

Geschäftsführung  
proCum Cert GmbH

## Vorwort der KTQ<sup>®</sup>

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

Gesellschafter der KTQ<sup>®</sup> sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene<sup>1</sup>, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR).

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<sup>®</sup> 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 – Risikomanagement,
- das Informations- und Kommunikationswesen,
- die Unternehmensführung und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes Visitorenteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

---

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

Während der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren<sup>®</sup> gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Dieser KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 55 Kriterien des KTQ-Kataloges Version 2015.

Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet einen strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass das **St. Marien-Krankenhaus Siegen** 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

**F. Wagner**

Für den Deutschen Pflegerat

## Vorwort der Einrichtung

Das Wort Qualität leitet sich aus dem Lateinischen ab und bedeutet übersetzt „Eigenschaft, Beschaffenheit“. Die sehr gute Beschaffenheit bzw. Qualität unserer Medizin ist uns mit unserem Leitsatz „Näher am Menschen“ im St. Marien-Krankenhaus Siegen eine Herzensangelegenheit. Deshalb stellen wir uns der Qualitätsfrage immer wieder von Neuem: Denn nur durch eine konsequente Qualitätspolitik, die sich um stetige Verbesserungen bemüht, können wir das Niveau erhalten oder verbessern. Das St. Marien-Krankenhaus Siegen zählt sich dabei als eine der treibenden Kräfte in der Region Südwestfalen. Mit seinen 441 Betten gehört das Haus zu den ersten Adressen, wenn es um hoch qualifizierte und technologisch zeitgemäße Behandlungsmethoden geht. Insbesondere in den Bereichen der Herz-Gefäß-, Gelenk- und Tumorerkrankungen hat unser Krankenhaus seine Kompetenzen in den letzten Jahren gezielt ausgebaut.

In unserem gemeinsamen Streben nach ständig wachsender Verbesserung der Qualität unserer Leistungen lassen wir uns leiten von objektiven Kriterien, von Zielen und Anforderungen an uns selbst und in besonderem Maße von den Erwartungen unserer Patienten. So unterzieht sich unser St. Marien-Krankenhaus Siegen unter anderem regelmäßig einer KTQ / proCumCert-Zertifizierung. Damit wird die Qualität unserer Leistungen durch neutrale Prüfer aus verschiedenen Fachbereichen analysiert, bestätigt und bewertet. Grundlage ist hierbei immer der Kreislauf von Planung, Umsetzung, Evaluation und Handeln. Zusätzlich führen wir Zertifizierungen unserer Zentren mittels der jeweiligen Fachgesellschaften durch. Noch wichtiger als die Einschätzung durch Fachexperten ist uns die Zufriedenheit unserer hauptsächlichsten Ansprechpartner, also Patienten und einweisenden Ärzten. Deren Zufriedenheit mit unseren Teams in Medizin und Pflege ermitteln wir regelmäßig durch schriftliche Befragungen. Die hieraus resultierenden Ergebnisse bestätigen uns immer wieder in unserer Qualitätspolitik. Schwerpunkt unseres Handelns ist dabei unsere christliche Unternehmensphilosophie, mit der wir uns seit über 150 Jahren und auch in Zukunft in besonderer Weise für die Patientenversorgung engagieren.

All dies zusammen macht die besondere Qualität aus, für die das St. Marien-Krankenhaus Siegen heute steht. Mit dem hier vorliegenden Qualitätsbericht für das Jahr 2017, möchten wir sowohl für Experten als auch für Laien transparent machen, wie Qualität in unserem Krankenhaus gelebt und umgesetzt wird.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre.

**Hans-Jürgen Winkelmann**  
Geschäftsführer

**Christoph Rzisnik**  
Geschäftsführer

# Die Kategorien

# 1 Patientenorientierung

KTQ:

## 1.1 Rahmenbedingungen der Patientenversorgung

### 1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das St. Marien-Krankenhaus Siegen ist aufgrund seiner zentralen, bahnhofsnahe Lage in Siegen und guter Anbindung an die A45 optimal zu erreichen und stadtwert ausgeschildert. Bushaltestellen und Taxistände befinden sich in unmittelbarer Nähe des Gebäudes. Patienten, Besuchern und Mitarbeitern stehen ein Parkhaus und Kurzzeitparkplätze zur Verfügung.

Auf unseren Online-Medien **marienkrankenhaus.com** und **fb.com/marienkrankenhaus.siegen**, Apps für mobile Geräte sowie durch Informationsbroschüren können sich Patienten über die Erreichbarkeit, das Leistungsspektrum und die Aufnahmeplanung informieren. Die Information im Eingangsbereich ist 24-stündig besetzt. Innerhalb des Hauses ist ein übersichtliches Wegeleitsystem vorhanden.

Die administrative Aufnahme erfolgt unter Wahrung der Intimsphäre in vertrauensvoller Atmosphäre. Bei stationärer Aufnahme ist eine schnelle Orientierung innerhalb der Pflegeeinheit durch ein Aufnahmegespräch sichergestellt.

### 1.1.2 Leitlinien und Standards

Mit dem Ziel unsere Patienten einem Behandlungsprozess nach höchsten Qualitätsstandards zu unterziehen, versteht sich das ausschließliche Vorgehen nach den aktuellsten medizinischen und pflegerischen Standards, Leit- und Richtlinien. Interne Handlungs- und Verfahrensanweisungen unterliegen einem regelmäßigen Prüfungs- und Aktualisierungsprozess. Die Handlungsanweisungen sind über das Dokumentenlenkungssystem jederzeit für alle Mitarbeiter einsehbar. Eine für alle Mitarbeiter zugängliche Wissensplattform unterstützt das evidenzbasierte Handeln.

### 1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Das Handeln nach unserem Unternehmensleitbild ist für das gesamte Team von höchster Bedeutung. Die Wahrung der Patientenselbstbestimmtheit und Schaffung von Handlungsfreiräumen geht damit einher. Durch den engen Dialog zwischen Patienten und unseren Mitarbeitern auf Augenhöhe, ist die Berücksichtigung individueller Wünsche und regelmäßige Information gewährleistet. Den Angehörigen wird durch flexibel gestaltete Besuchszeiten eine komfortable Planungsfreiheit zugesichert. Umfassende Infomaterialien zur Behandlung, Aufenthalt und Nachsorge zu Hause ergänzen die persönlichen Gespräche mit Ärzten und Pflegekräften. In besonderen Fällen können Begleitpersonen mit aufgenommen werden. Es werden Übernachtungsmöglichkeiten mit Frühstück vom Haus angeboten.



### **1.1.4 Ernährung und Service**

Mit dem Ziel unseren Patienten während ihres Aufenthalts einen hohen Komfort, ausgerichtet an individuellen Bedürfnissen, zu bieten, stehen ansprechende und barrierefreie Einzel-, Zwei- und Dreibettzimmer mit Essplatz, ausreichend dimensionierten, abschließbaren Schränke, einer Nasszelle mit Zugang zu Dusche und WC, Schwesternrufanlage, Telefon, Radio und TV zur Verfügung. Ein WLAN-Netz sorgt für den komfortablen Zugang zum Internet. In der Geburtshilfe werden zusätzlich Familienzimmer angeboten.

Unsere Küche arbeitet mit dem Ziel ein gesundes, frisches, abwechslungsreiches, den Angeboten der Saison und den gesundheitsbedingten Erfordernissen angepasstes qualitativ-hochwertiges Speisen- und Getränkeangebot zu gewährleisten. Kulturelle und religiöse Patientenwünsche werden dabei selbstverständlich beachtet.

## **1.2 Akut- / Notfallversorgung**

### **1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung**

In der Zentralen Notaufnahme ist eine stetige Erstversorgung und Diagnostik durch interdisziplinäre Teams 24 Stunden sichergestellt. Durch das Manchester Triage-System wird eine zügige und zielgerichtete Diagnostik und Behandlung gewährleistet.

Für akute Notfälle ist ein Schockraum vorhanden. Über organisierte Rufbereitschaftsdienste ist der Facharztstandard jederzeit gewährleistet. Für die Behandlung steht medizinisches Equipment nach dem neuesten Entwicklungsstand zur Verfügung.

Die Notaufnahme befindet sich in unmittelbarer Nähe zur Intensivpflegestation, sodass das Notfallteam bei Bedarf jederzeit kurzfristig durch Intensivärzte, Oberärzte und Anästhesisten verstärkt werden kann. Die Herzkatheterlabore sind aufgrund einer Rufbereitschaft rund um die Uhr einsatzfähig. Notfall-Operationen können ebenfalls jederzeit durchgeführt werden.

## **1.3 Elektive, ambulante Versorgung**

### **1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung**

Es sind zahlreiche Fach- und Spezialambulanzen in unserem Haus eingerichtet, wie z. B. eine Schmerzambulanz. Die Leistungsspektren der einzelnen Fachabteilungen, auch hinsichtlich der ambulanten Behandlung, sind im Internet beschrieben. In unserem MVZ werden Patienten in den Fachrichtungen Onkologie, Diagnostische Radiologie, Chirurgie, Kardiologie, Gynäkologie, Orthopädie und Strahlentherapie ambulant behandelt. Damit bieten wir unseren Patienten eine besondere medizinische Versorgungsqualität, die seit 2017 nach DIN EN ISO 9001:2015 zertifiziert ist. Die Onkologische Tagesklinik ist 2016 ebenfalls in die neuen Räumlichkeiten des Ambulanten Zentrums Albertus Magnus eingezogen.

### **1.3.2 Ambulante Operationen**

Das St. Marien-Krankenhaus Siegen verfügt mit seinem ambulanten medizinischen Zentrum über eine ambulante Tagesklinik mit 15 Betten für eine interdisziplinäre Belegung. Patienten mit Indikation für eine ambulante Operation werden, nach der Vorstellung in einer unserer Fachambulanzen, zeitnah von der Klinik unter Vermeidung langer Wartezeiten einbestellt. Die Abläufe der operativen Eingriffe sind in den meisten Kliniken durch Behandlungspfade festgelegt. Der Facharztstandard wird nach den Vorgaben der Fachgesellschaften garantiert.

Jeder Patient wird vor Verlassen des Krankenhauses einer Abschlussuntersuchung und einem Entlassungsgespräch zugeführt.

### **1.4 Stationäre Versorgung**

#### **1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung**

Die neu aufgenommenen Patienten werden im Laufe des Aufnahmetages durch den Assistenzarzt dem zuständigen Oberarzt vorgestellt. Mit dem Ziel den Patienten in die Behandlungsprozesse mit einzubeziehen, wird vom behandelnden Arzt, in Absprache mit dem Chefarzt, Oberarzt und den Pflegefachkräften ein individueller Behandlungsplan erstellt. Grundlage sind leitlinienorientierte Diagnose- und Behandlungsstandards, diagnosebezogene, interprofessionelle Ablaufstandards, Pflegestandards und Pflegepfade. In täglich stattfindenden Visiten, Patientenvorstellungen und durch Gespräche zwischen Patienten, Angehörigen und dem therapeutischen Team wird der Behandlungsplan überprüft und ggf. angepasst.

#### **1.4.2 Therapeutische Prozesse**

Mit dem Ziel eine hohe Behandlungsqualität zu gewährleisten, bilden die Leitlinien der Fachgesellschaften die Basis unserer therapeutischen Prozesse. Eine Pflegeanamnese erfolgt innerhalb von 24 Stunden nach der stationären Aufnahme. Die Planung der Behandlung und der diagnostischen Maßnahmen obliegt dem aufnehmenden Arzt, der diese mit dem Chefarzt und Oberärzten kommuniziert. Alle Behandlungsschritte werden mit den Patienten in einem Aufklärungsgespräch abgestimmt. Unsere Planungen zu therapeutischen Angeboten sehen eine 24-stündige fachärztliche Bereitschaft für Herzkathetermessplatz, Intensivmedizin und diagnostische / interventionelle Radiologie vor.

Die Behandlungsqualität wird durch regelmäßige Überprüfung, mittels zielgerichteter interner Instrumente, sichergestellt.

#### **1.4.3 Operative Prozesse**

Die Vorbereitung, Durchführung und Nachbehandlung operativer Eingriffe erfolgt operationsstandardbasiert, Vorgehen sind in klinischen Behandlungspfaden dokumentiert. Die Abstimmung erfolgt seitens eines OP-Koordinators mit den Fachbereichen unter Berücksichtigung der Indikationen und vorhandenen Ressourcen.

Das für den OP-Bereich etablierte Beinahe-Fehler-Meldesystem (CIRS) dient einer stetigen Optimierung der Prozesse und soll langfristig eine höchstmögliche Sicherheit für den Patienten gewährleisten.

#### **1.4.4 Visite**

Die Visite, als wichtiges Instrument interner Qualitätssicherung, dient der Vermittlung aller für die Behandlung wichtigen Informationen hinsichtlich Diagnostik, Therapie und Pflege. Behandlungsentscheidungen erfolgen im Dialog zwischen den verschiedenen Berufsgruppen. Das Gespräch zwischen Arzt und Patient im Rahmen der Visite erfolgt unter Wahrung der Intimsphäre, Angehörige können auf Wunsch mit einbezogen werden.

Für die Patienten findet mindestens einmal täglich eine Visite zu festgelegten Zeiten statt. Die Chefarzt-Visite erfolgt normalerweise einmal wöchentlich.

### **1.5 Weiterbetreuung / Übergang in andere Bereiche**

#### **1.5.1 Entlassungsprozess**

Im Rahmen eines verfahrensanweisungsbasierten Entlassmanagements erfolgt eine frühzeitige Abstimmung mit Angehörigen oder weiterbehandelnden Einrichtungen.

Bei Patienten, die von ihren Angehörigen zu Hause versorgt werden, beginnt schon während des Krankenhausaufenthaltes das Einstudieren der notwendigen Maßnahmen in Grund- und Behandlungspflege. Hierzu bieten wir im Rahmen einer Kooperation mit der Universität Bielefeld und den Pflegekassen der AOK Westfalen- Lippe Pflegetrainings an. Im Rahmen dieser Trainings werden Angehörige schon während des Krankenhausaufenthaltes angeleitet, Pflegehandlungen sicher und schonend an ihrem Angehörigen durchzuführen.

### **1.6 Sterben und Tod**

#### **1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung**

Ist der Tod eines Patienten nicht mehr vermeidbar, sind für uns die würdevolle Begleitung des Sterbenden, die Berücksichtigung seiner individuellen Vorstellungen und Wünsche, sowie die bestmögliche Linderung von Beschwerden Hauptaufgaben. Dabei steht der Erhalt der Selbstbestimmtheit an erster Stelle. Getroffene Willenserklärungen des Patienten respektieren wir. Ebenso unterstützen wir seine kulturellen und religiösen Wünsche und die seiner Angehörigen.

#### **1.6.2 Umgang mit Verstorbenen**

In unseren ethischen Leitsätzen drücken wir aus, dass die Würde des Menschen über den Tod hinaus reicht. Wir achten diese und die Trauer der Angehörigen. Die beteiligten Berufsgruppen messen diesem Thema eine hohe Bedeutung zu.

Den Angehörigen wird selbstverständlich genügend Zeit eingeräumt sich zu verabschieden. Möchten sie an der Versorgung des Verstorbenen teilhaben, werden sie in angemessener Weise vorher über den Ablauf informiert und integriert.

proCumCert:

### **1.A.1 Gewährleistung besonderer Zuwendung und Präsenz für Patienten**

Menschliche Zuwendung ist ein Bestandteil unseres christlich geprägten Leitbildes und wird von allen unseren Mitarbeitern gelebt. Patienten sind nur dann ohne Begleitung in unserem Krankenhaus unterwegs, wenn sie dazu bereit und in der Lage sind.

Transport, Beobachtung und Zuwendung schwer erkrankter Patienten erfolgt ausschließlich durch Fachpersonal.

Es ist in den Abteilungen möglich nach Absprache mit dem behandelten Arzt ein persönliches Gespräch zu führen. Die Einbindung von Angehörigen der Patienten ist dabei ausdrücklich gewünscht.

Im Haus befindet sich eine Kapelle. Auch außerhalb der Gottesdienste bietet sie Patienten und Angehörigen einen Raum für Stille und Meditation.

### **1.A.2 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen**

Uns ist es ein Anliegen, unsere Patienten und Mitarbeiter bei ethischen Fragestellungen zu unterstützen. Ein interdisziplinäres Ethikkomitee dient als Plattform für Auseinandersetzungen mit ethischen Fragen des klinischen und pflegerischen Alltags. Es bietet in Grenzsituationen an christlich-ethischen Wertmaßstäben ausgerichtete Orientierungs- und Entscheidungshilfen an. Daneben werden Mitarbeiter aus verschiedensten Bereichen zu Ethikbeauftragten ausgebildet und regelmäßig geschult, um ethische Probleme im Alltag identifizieren und wenn möglich zu lösen. Ergänzt wird dieses Angebot durch Fortbildungen und Veranstaltungen.

### **1.A.3 Berücksichtigung der spirituellen bzw. religiösen Dimension von Krankheit und Krankheitsbewältigung**

Christliche Werteorientierung wird leitbildgemäß von jedem Mitarbeiter verinnerlicht, mitgetragen und in unserem Handeln umgesetzt.

Im Unternehmen ist ein interdisziplinäres und interprofessionell besetztes Ethikkomitee etabliert. Es tritt in regelmäßigen Sitzungen sowie zu akuten Ethischen Konsilen zusammen.

Wir möchten die Beteiligung der Seelsorge am Behandlungsprozess schwerkranker Patienten auf einem hohen Level halten und unser christliches Profil in der Behandlung von Patienten deutlich machen. Es wurde ein zusätzliches seelsorgerisches Konsiliarwesen eingeführt, welches nachweislich von einer Vielzahl an Patienten genutzt wird. Grundsätzlich besteht die Möglichkeit bei Gesprächen mit Konfliktpotential die Seelsorge mit einzubeziehen.

#### **1.A.4 Sensibilität und Respekt für Patienten mit nicht christlichem kulturellen und religiösen Hintergrund**

Die Mitarbeiter des Hauses sind dazu verpflichtet, unabhängig von Konfession, Religionszugehörigkeit und Weltanschauung des Patienten, auf dessen spirituelle und religiöse Bedürfnisse einzugehen.

#### **1.A.5 Sicherstellung einer adäquaten Schmerztherapie**

Um eine individuelle, auf die Schmerzsituation und das Krankheitsbild abgestimmte Schmerztherapie zu erreichen, besteht ein krankenhausweites Schmerzkonzept. Dies basiert auf den WHO-Richtlinien zur Schmerztherapie. Innerhalb der ärztlichen und pflegerischen Anamnese sowie der täglichen Visite und Dialog zwischen Patient, Pflegekraft und Arzt wird die Schmerztherapie immer wieder individuell an die Bedürfnisse des Patienten angepasst und die Wirksamkeit überprüft. Auf der Palliativstation wird ein besonderes Schmerzkonzept vorgehalten. Speziell fortgebildete Pflegekräfte und regelmäßige Fortbildungen unterstützen die adäquate Schmerztherapie.

#### **1.A.6 Behandlung und Betreuung von besonderen Personengruppen**

In unserem Leitbild verankert, steht in unserem christlichen Haus der Patient im Mittelpunkt. Entsprechend ist die Gewährleistung eines bedürfnisgerechten Umgangs mit Patienten mit besonderem Betreuungsbedarf, wie Patienten mit Demenzleiden, Menschen mit Behinderung, Suchtpatienten oder Patienten mit besonderem sozialem Betreuungsbedarf selbstverständlich. Ein Palliativbereich wurde eingerichtet.

#### **1.A.7 Berücksichtigung der besonderen Erfordernisse bei der Behandlung von Kindern**

Grundsätzlich ist unser Ziel bei Kindern einen längerfristigen Krankenhausaufenthalt zu vermeiden, sodass vorzugsweise Behandlung und Diagnostik ambulant erfolgen. Bezugspersonen werden in den Behandlungsprozess integriert.

Eine Kooperation mit der Kinderklinik in Siegen stellt sicher, dass in angemessener Zeit ein Pädiater zur perinatalen Weiterversorgung von Neugeborenen zur Verfügung steht. Bei Bedarf können jederzeit Konsiliardienste hinzugezogen werden.

#### **1.A.8 Sicherstellung einer qualifizierten palliativmedizinischen Behandlung**

Die Klinik für Hämatologie und Internistische Onkologie bietet u. a. einen interdisziplinären Palliativbereich. Dieses Angebot wird 2018 durch ein stationäres Hospiz mit acht Plätzen auf dem Gelände des ehemaligen Klarissenklosters „Eremitage“ ergänzt. Physische, psychische, soziale und spirituelle Aspekte werden in der Behandlung besonders berücksichtigt. Dafür sorgen vor allen Dingen die vielen qualifizierten Mitarbeiter, egal ob Ärzte oder Pfleger, die Zusatzweiterbildungen im Bereich der Palliativmedizin besitzen. Außerdem besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem Palliativnetzwerk Siegen-Wittgenstein-Olpe.

## 2 Mitarbeiterorientierung

KTQ:

### **2.1 Personalplanung / Personalentwicklung**

#### **2.1.1 Personalbedarf**

Hochqualifiziertes Personal stellt die Grundlage für eine optimale Patientenbehandlung dar. Die Personalplanung erfolgt im Rahmen der Wirtschaftsplanerstellung durch die Dienstvorgesetzten unter Prüfung des Personalleiters. Die Festlegung geschieht durch die Abstimmung der Geschäftsführung mit dem Direktorium.

Entscheidungsgrundlage für Veränderungen des Personalbedarfs stellen die geplanten Leistungsveränderungen unter Berücksichtigung des Stellenplans der Vorperiode dar. Im Rahmen der Mitwirkungspflicht wird die Mitarbeitervertretung in die personalbezogenen Entscheidungen miteinbezogen.

#### **2.1.2 Personalentwicklung**

Der Schlüssel zur Erreichung der anspruchsvollen Qualitätsziele in der Patientenversorgung ist hoch qualifiziertes und motiviertes Personal. Die kontinuierliche Weiterentwicklung unseres Personals ist daher Bestandteil unseres Leitbilds. Die Karriereplanung wird durch ein abgestimmtes Konzept zur innerbetrieblichen Fort- und Weiterbildung ergänzt. Unsere Führungskräfte unterstützen die menschliche und fachliche Weiterentwicklung der ihnen anvertrauten Mitarbeiter im Rahmen der zeitlichen und finanziellen Möglichkeiten des Unternehmens.

#### **2.1.3 Einarbeitung**

Das Bestreben neue Mitarbeiter schnellstmöglich in die Dienstgemeinschaft zu integrieren erfolgt unter Berücksichtigung des Einarbeitungskonzepts. Während der strukturierten Einführungsphase werden die neuen Kräfte durch Mentoren betreut. In der Probezeit finden regelmäßige Reflexionsgespräche statt.

#### **2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung**

Berufliche Ausbildung stellt die Schaffung eines gesellschaftlichen Gutes dar. Wir sehen unsere Verantwortung darin, durch unsere Ausbildungsstätten Personal auszubilden. Aktuell sind über 160 Auszubildende in unseren Einrichtungen beschäftigt. Im Rahmen der Einsatzbereiche praktischer Ausbildung bestehen Kooperationen. Ein trägerübergreifendes Ausbildungsinstitut soll 2018 seinen Betrieb aufnehmen. Die Komplexität der Aufgaben nimmt in allen Bereich des Gesundheitswesens immer weiter zu. Im Zuge dessen realisieren wir für unsere Mitarbeiter aller Berufsgruppen, im Rahmen des innerbetrieblichen Fortbildungswesens, ausgewählte Maßnahmen für die Weiterqualifikation und Schärfung der persönlichen Profile. Das Jahresfortbildungsprogramm wird für alle Mitarbeiter zugänglich veröffentlicht. Weiter besteht die Möglichkeit über die e-Learning-Plattform des Unternehmens spezifische Lerninhalte aufzunehmen.

### **2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance**

Im Interesse unserer Mitarbeiter versuchen wir unsere Arbeitszeiten möglichst flexibel und familienfreundlich im Rahmen der Tarifvorgaben zu gestalten. Mittels der elektronischen Arbeitszeiterfassung sind in vielen Bereichen Gleitzeitmodelle umgesetzt. Ebenso werden nach Möglichkeit die Wünsche der Mitarbeiter bei der Dienst- und Urlaubsplangestaltung berücksichtigt. Mit vielfältigen Teilzeitmodellen und z.B. einer betriebseigenen KiTa unterstützen wir unsere Mitarbeiter in ihren familiären Situationen. Weiterhin tragen verschiedenste Sport-, Erholungs-, Auszeit und Krisenpräventionsangebote zur Erhöhung der Work-Life-Balance unserer Mitarbeiter bei. Seit 2016 ist unser Unternehmen zertifiziert nach der Initiative „Beruf und Familie“.

### **2.1.6 Ideenmanagement**

Eine Verbesserung der Zusammenarbeit, verstärkte Mitarbeit und die Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit: Mit diesen Zielen richtet sich unser innerbetriebliches Vorschlagswesen an die Mitarbeiter, die konstruktive Verbesserungsanregungen zu innerbetrieblichen Prozessen liefern möchten. Bei einer positiven Entscheidung für die Umsetzung des Vorschlags, durch die Geschäftsführung, erfolgt eine Prämierung. Dieses Instrument fördert die Möglichkeit unserer Mitarbeiter Unternehmensentscheidungen mitzugestalten und fördert die Bildung einer Gemeinschaft.

*proCum Cert:*

#### **2.A.1 Soziale Verantwortung, Rücksichtnahme und ethische Sensibilität in der Personalführung**

In unserem Leitbild ist es uns ein Anliegen, Mitarbeitern das Zusammenspiel von Beruf und Familie zu erleichtern. Dies wurde durch das Audit Beruf und Familie, was 2016 erfolgreich absolviert wurde, extern geprüft.

Ein wichtiges Personalziel ist u. a. Menschen mit Behinderung, im Rahmen ihrer Möglichkeiten, entsprechende Arbeit anzubieten. Ebenso sollen ältere, erfahrene Mitarbeiter an das Unternehmen gebunden und gehalten werden. Wir beschäftigen Menschen mit Behinderungen und unterstützen andere Kulturen bei der Integration in unsere Dienstgemeinschaft. Personalabbau und betriebsbedingte Kündigungen, wie bis heute, wollen wir auch in Zukunft vermeiden.

#### **2.A.2 Wertschätzung und Anerkennung vermitteln, Verbundenheit fördern**

Im Rahmen der Gemeinschaftsförderung sind konstruktive Feedbackgespräche, offener Umgang mit Lob und Kritik im Rahmen eines kooperativen Führungsstils zur Förderung des wertschätzenden und anerkennenden Umgangs miteinander fest in unsere Unternehmenskultur integriert. Besondere Leistungen und Erfolge werden angemessen durch Vorgesetzte, MAV und Personalleitung gewürdigt.

Unter dem Aspekt der Verbundenheit ist es unser Ziel den Kontakt zu ehemaligen, verrenteten Mitarbeitern aufrechtzuerhalten und diese u. a. regelmäßig zu Feierlichkeiten einzuladen.

### **2.A.3 Förderung einer durch christliche Werte geprägten sozialen und ethischen Kompetenz**

Als katholische Einrichtung mit einem an christlichen Werten orientierten Leitbild, liegt uns die Verinnerlichung dieser ethischen Grundsätze auf allen Unternehmensebenen besonders am Herzen. Die christlich-ethischen Kompetenzen werden bei jedem Mitarbeiter vorausgesetzt und gefördert, um speziellen ethischen Entscheidungen und Fragestellungen im unmittelbaren Arbeitsumfeld jederzeit souverän begegnen zu können. Konkret unterstützt werden die Mitarbeiter dabei durch das Ethikkomitee, welches die ethischen Leitsätze weiter konkretisiert, und speziell geschulte Ethikbeauftragte in den jeweiligen Abteilungen. In schwierigen ethischen Situationen kann ein Ethikonsil zur Unterstützung einberufen werden.

### **2.A.4 Auswahl und Einarbeitung von Führungskräften**

Es gilt Mitarbeiter zu finden, die fachlich überzeugen und gleichzeitig unsere Vision eines integrierten Gesundheitsunternehmens in katholischer Trägerschaft teilen. Ist die interne Ausschreibung nicht erfolgreich, wird öffentlich ausgeschrieben und ggf. ein Headhunter engagiert. Am Auswahlprozedere beteiligt sind bei Führungskräften auch die Gesellschafter des Unternehmens. Die Einarbeitung der Führungskraft erfolgt individuell zugeschnitten und wird durch Coachings abgerundet.

### **2.A.5 Personalgewinnung mit dem Ziel, das christliche Profil der Einrichtung zu sichern und zu stärken**

Bereits in der Stellenausschreibung wird die Ausrichtung auf christliche Werte unseres Trägerleitbilds thematisiert, zusätzlich im Bewerbungsgespräch mit dem potenziellen Arbeitnehmer. Ebenso sind Freude an der Arbeit mit Menschen, Freundlichkeit und Offenheit, Teamfähigkeit sowie soziales Verantwortungsbewusstsein unserer Meinung nach wichtige Eigenschaften für einen Mitarbeiter eines christlichen Krankenhauses. Die Personalauswahl erfolgt nach der Sichtung der Bewerbungsunterlagen und den Erkenntnissen aus dem persönlichen Gespräch unter Abgleich mit dem Stellenprofil. Mitarbeiter und Unternehmen haben die Möglichkeit, die gegenseitige Eignung füreinander in Probezeitgesprächen zu reflektieren.



## 3 Sicherheit - Risikomanagement

KTQ:

### 3.1 Patientenbezogene Risiken

#### 3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements

Durch ein umfassendes Risikomanagement-System werden Risiken und Unsicherheiten und deren Auswirkungen gezielt erkannt, bewertet und gesteuert. Eine besondere Rolle spielt dabei das klinische Risikomanagement, was sich in der Umsetzung zahlreicher Instrumente zur Verbesserung der Patientensicherheit widerspiegelt. So bestehen z. B. ein Meldesystem für Beinahefehler, Aktionspläne, ein Beschwerdemanagement oder auch Risiko- und Sicherheitsaudits. Des Weiteren sind wir Mitglied im Aktionsbündnis Patientensicherheit sowie bei Qualitäts-Kliniken.de.

#### 3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung

Die Patientensicherheit ist zu jedem Zeitpunkt zu gewährleisten. Eine Einschätzung des individuellen Gefährdungspotenzials des Patienten erfolgt bereits bei der Pflegeanamnese. Entsprechende Präventionsmaßnahmen werden danach eingeleitet. Bei selbstgefährdeten Patienten werden besondere Schutzmaßnahmen vorgenommen. Fenster in den Patientenzimmern können lediglich in Kippstellung gebracht werden.

#### 3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement

Eine Verfahrensweisung regelt das standardisierte Vorgehen bei medizinischen Notfällen. Durch Vorhaltung des notwendigen Notfall-Equipments in sämtlichen Bereichen wird sichergestellt, dass das Notfallteam ohne Zeitverlust mit lebensrettenden Maßnahmen in Notfallsituationen beginnen kann.

Es finden regelmäßig im Jahr Reanimationsfortbildungen für Ärzte, Mitarbeiter der Pflege und der Verwaltung statt. Zweimal im Jahr wird eine Schulung zur Neugeborenenreanimation angeboten.

#### 3.1.4 Organisation der Hygiene

Die Hauptverantwortung im Bereich Hygiene liegt beim ärztlichen Direktor. Er wird unterstützt durch den stellvertretenden ärztlichen Direktor, den hygienebeauftragten Arzt und die Hygienefachkraft. In jeder Fachabteilung sind hygieneverantwortliche Ärzte und Pflegepersonal benannt. Die aktuellen Hygiene- und Desinfektionspläne sind für alle Mitarbeiter per Intranet zugänglich. Regelmäßige Fortbildungen der Hygiene für unsere Mitarbeiter und engmaschige Kontrollen sorgen für einen hohen Standard.

#### 3.1.5 Hygienerelevante Daten, Infektionsmanagement

Mit dem Ziel unsere Patienten vor Infektionskrankheiten zu schützen, deren Ausbreitung im Sinne der gesellschaftlichen Verantwortung zu vermeiden, nehmen wir unsere Pflicht wahr, meldepflichtige Infektionskrankheiten nach dem Infektionsschutzge-

setz an die zuständigen Stellen weiterzuleiten. Intensivpflichtige, orthopädische Patienten und Patienten mit Individualrisiken werden bei der Aufnahme einem MRSA-Screening unterzogen.

Die Ausgestaltung des Infektionsmanagements richtet sich nach den Richtlinien des Robert-Koch-Instituts. Sitzungen der Hygienekommission finden regelmäßig vierteljährlich oder aus besonderen Anlässen statt.

### **3.1.6 Arzneimittel**

Wir verfolgen das Ziel eine bedarfs-, qualitätsgerechte und sichere Arzneimittelversorgung zu gewährleisten.

Die Arzneimittelversorgung erfolgt über die hauseigene Apotheke. Bestellungen werden auf elektronischem Wege an die Firmen übermittelt, die Kommissionierung erfolgt über ein EDV-gesteuertes Kommissionierungssystem. Zytostatika werden unter sterilen Bedingungen zentral in der Apotheke hergestellt.

### **3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin**

Der Umgang mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten unterliegt umfangreichen Qualitätssicherungsmaßnahmen, die eine stetige Rückverfolgbarkeit der Maßnahmen und eine homogene Qualität gewährleisten. Fortbildungsmaßnahmen gehen über die gesetzlichen Anforderungen durch das Transplantationsgesetz hinaus und werden durch zusätzliche abteilungsinterne Fortbildungen ergänzt.

### **3.1.8 Medizinprodukte**

Ein sicherer Umgang mit fehlerfrei funktionierenden Medizinprodukten aller Art muss durchgängig sichergestellt sein. Ein zentrales Organisationshandbuch regelt den sicheren und anspruchsgerechten Umgang mit Medizinprodukten. Sicherheitsrelevante Kontrollen erfolgen in den durch die Hersteller vorgegebenen Intervallen.

## **3.2 Schutz- und Sicherheitskonzepte**

### **3.2.1 Arbeitsschutz**

Die Leitung ZD Personal ist die zuständige Fachkraft für Arbeitsschutz. Die Aufgaben der Fachkraft für Arbeitssicherheit und des Betriebsarztes wurden extern an das Arbeitsmedizinische Zentrum übertragen. Einmal jährlich erfolgen Arbeitsplatzbeurteilungen. Neue Mitarbeiter werden einer betriebsärztlichen Eingangsuntersuchung unterzogen. Der Impfstatus des Personals wird über die arbeitsmedizinische Untersuchung überwacht. Gesetzlich vorgeschriebene Unterweisungen und Prüfungen finden jährlich statt. Die Mitarbeiter sind mit den Arbeitssicherheitsmaßnahmen für ihren Arbeitsbereich vertraut und werden in regelmäßigen Abständen geschult.

### **3.2.2 Brandschutz**

Die Prüfung von Maßnahmen zur Verhütung von Bränden erfolgt regelmäßig. Begehungen finden in den gesetzlich geforderten Intervallen statt. Innerhalb der innerbetrieblichen Fortbildung finden einmal jährlich, für jeden Mitarbeiter verpflichtende, Brandschutzschulungen statt.

Das Haus verfügt über die gesetzlich vorgeschriebene Brandschutzinfrastruktur, die gemäß den gesetzlichen Vorgaben gewartet wird. Es wurden Feuerwehrpläne erstellt und mit der Feuerwehr abgestimmt.

### **3.2.3 Datenschutz**

Es ist ein schriftlich benannter Datenschutzbeauftragter für die Umsetzung eines datenschutzgesetzkonformen Datenschutzkonzeptes verantwortlich. Alle EDV-Systeme sind mit verschiedenen Maßnahmen vor datenschutzgefährdenden Einflüssen abgesichert. Einmal jährlich wird durch den Beauftragten ein Bericht erstellt. Außerdem werden die Mitarbeiter regelmäßig im Bereich des Datenschutzes geschult.

### **3.2.4 Umweltschutz**

Unser Umweltschutzkonzept umfasst neben der Auswahl ökologisch-verträglich produzierender Lieferanten, Energie- und Wassersparanlagen, Maßnahmen zur Müllvermeidung, -trennung und sachgerechten Entsorgung, insbesondere in Bezug auf medizinische Abfälle. Bei Sanierungs- und Neubaumaßnahmen wird eine Verbesserung der Energiebilanz angestrebt.

### **3.2.5 Katastrophenschutz**

Das Krankenhaus ist in den Katastrophenschutz nach Landesrecht eingebunden. Die notwendigen Angaben zur Schaffung von Kapazitäten im Krisenfall, unter Einstellung des Regelbetriebs, sind dem Alarm- und Einsatzplan des Krankenhauses zu entnehmen. Neue Mitarbeiter bekommen diesen bei der Einstellung ausgehändigt und sind dazu verpflichtet, sich damit vertraut zu machen. Den Mitarbeitern, denen besondere Aufgaben im Krisenfall zufallen, werden jährliche Schulungen angeboten.

### **3.2.6 Ausfall von Systemen**

Es ist sichergestellt, dass bei Ausfällen der Infrastruktur des Hauses Notsysteme überbrückend bis zur Wiederherstellung genutzt werden können. Diese umfassen die Strom-, Gas- und Trinkwasserversorgung.

Die Ersatzstromaggregate werden in regelmäßigen Abständen überprüft. Ein technischer Notdienst ist permanent erreichbar.

EDV-Daten werden durch regelmäßige Datensicherung vor Verlusten abgesichert. Die EDV-Strukturen werden vor äußeren Eingriffen durch geschützte Serversysteme und Softwarelösungen abgesichert.

*proCumCert:*

### **3.A.1 Besondere Aspekte eines umfassenden Risikomanagements**

Die Delegation von Tätigkeiten innerhalb der Berufsgruppe geschieht unter Beachtung des Ausbildungsstandes und Leistungsvermögens an nachgeordnete Mitarbeiter. Eine Verfahrensanweisung regelt das Vorgehen. Behandlungsfehler bzw. Auffälligkeiten werden in Klinikbesprechungen und speziellen Konferenzen strukturiert bearbeitet. Ein Konzept zur Sicherung von Neugeborenen wurde erarbeitet und umgesetzt.

### **3.A.2 Berücksichtigung des Datenschutzes**

Zur Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben und zur Sicherstellung eines ausreichenden Datenschutzes bestehen organisatorische Regelungen. Ein Datenschutzbeauftragter wurde bestimmt. Regelmäßige Schulungen der Mitarbeiter und Audits gewährleisten die Einhaltung der getroffenen Regelungen.

## 4 Informations- und Kommunikationswesen

KTQ:

### 4.1 Informations- und Kommunikationstechnologie

#### 4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Die Bereiche des Hauses sind an das zu einem hohen Grad vor Ausfall gesicherte EDV-System angebunden. Der Datenzugriff erfolgt gesichert und geregelt. Wir nehmen teil am Endoprothesenregister Deutschland und am Landeskrebsregister NRW. Des Weiteren befindet sich eine elektronische Patientenakte für das gesamte Haus im Aufbau.

### 4.2 Patientendaten

#### 4.2.1 Klinische Dokumentation

Der jeweilige Klinikleiter trägt die Verantwortung für die ärztliche Dokumentation, die zuständige Pflegefachkraft für die pflegerische Dokumentation. Die Dokumentation erfolgt im Krankenhausinformationssystem unter Wahrung der gesetzlichen datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Es finden regelmäßige Kontrollen der ärztlichen und pflegerischen Dokumentationsqualität und -vollständigkeit statt.

#### 4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

In Anlehnung an Empfehlungen der DKG wurden Verfahrensanweisungen für die Prozedere der Dokumentation und Archivierung der Patientendaten etabliert. In jedem Bereich des Hauses steht den Mitarbeitern mindestens ein PC-Zugang zur Verfügung, sodass die relevanten Patientendaten jederzeit abgerufen werden können. Parallel werden die Maßnahmen in einer Papierakte dokumentiert. Ältere Akten können von Berechtigten im Archiv eingesehen werden.

### 4.3 Informationsmanagement

#### 4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Ein zielgerichtetes Informationslenkungssystem in Kombination mit einem bedarfsorientierten Berichtswesen stellt die Versorgung der Unternehmensleitung mit strategie- und entscheidungsrelevanten Informationen sicher. Die Geschäftsführung ist in die Gremien Hygiene-, Arzneimittel- und Transfusionskommission, sowie den Arbeitssicherheitssauschuss eingebunden. Sie wird in regelmäßigen Sitzungen über Neuerungen, Projekte und betriebswirtschaftliche Entwicklungen informiert.

#### 4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Eine zielgerichtete Weitergabe von, für alle Mitarbeiter, relevanten Informationen unter Nutzung der interner Kommunikationsplattformen erfolgt, im Auftrag der Geschäftsführung durch die Referate der Geschäftsführung. Einmal pro Quartal erscheinen das Unternehmensmagazin und ein Newsletter. Die Informationsversor-

gung der Öffentlichkeit erfolgt über die Presse, unterschiedliche elektronische Kommunikationsmedien sowie durch Events. Kooperations- und Geschäftspartner erhalten regelmäßig Angebote der Teilnahme an internen Veranstaltungen.

Unsere Telefonzentrale ist 24 Stunden besetzt. Unsere Mitarbeiter an der Information und Empfang stehen während der regulären Besuchszeiten zur Verfügung. Sie sind in Belangen des Datenschutzes geschult.

## 5 Unternehmensführung

KTQ:

### 5.1 Unternehmensphilosophie und –kultur

#### 5.1.1 Philosophie/Leitbild

Unser Leitbild hat Gültigkeit für alle Einrichtungen des Gesamtunternehmens und verkörpert unsere Unternehmensphilosophie unter dem Motto „Näher am Menschen“. Unsere Vision 2020 beschreibt unsere strategischen Unternehmensziele, die das Leitbild mit einbeziehen.

#### 5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Die Bildung einer Gemeinschaft, in unserem Leitbild, bildet die Grundlage für das Miteinander im Unternehmen. Wertschätzung und Anerkennung sind dabei Grundvoraussetzungen. Grundsätzlich ist jeder Mitarbeiter am Unternehmenserfolg beteiligt, was es zu honorieren gilt.

Unser Leitmotiv „Näher am Menschen“ bezieht sich nicht nur auf die Patienten, sondern auch auf unsere Belegschaft. Der Führungsstil ist an diesen Anforderungen ausgerichtet.

Unsere Unternehmenspolitik ist durch vertrauensbildende Elemente, wie einen mitarbeiterorientierten kooperativen Führungsstil, die feste Integration von Förderungsmaßnahmen in unser Leitbild und die allgemeine Gleichstellung und Würdigung unserer Mitarbeiter gekennzeichnet. Gefördert werden diese Ansätze durch eine umfassende und wertschöpfungsorientierte Informations- und Kommunikationspolitik.

#### 5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Als kirchliche Einrichtung ist die Thematisierung ethischer, weltanschaulicher und religiöser Aspekte essentiell.

Die Auseinandersetzung mit ethischen Fragestellungen erfolgt im Rahmen der Sitzungen des Ethikkomitees. Die seelsorgerische Betreuung unserer Patienten und Mitarbeiter ist fortwährend gewährleistet.

#### 5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Der Bereich Public Relations unterliegt dem Referat „Kommunikation und Marketing“. Eine umfangreiche Information der Öffentlichkeit ist unser Anliegen und soll das öffentlich vermittelte Profil des Krankenhauses als attraktives und modernes Gesundheitsdienstleistungszentrum schärfen. Wir als Gemeinschaft repräsentieren unser Krankenhaus und es liegt an jedem einzelnen Mitarbeiter unser Leitbild nach außen zu transferieren. Vorschläge zur Kommunikationsweiterentwicklung im innerbetrieblichen Vorschlagswesen ermöglichen eine stetige Optimierung.

## **5.2 Strategie und Zielplanung+**

### ***5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung***

Unsere leitbildorientierte Strategie 2020 wird in einem strategischen Zielplanungsmodell, einer unternehmensweiten Balanced Scorecard (BSC) dargestellt. Daran orientiert, werden die untergeordneten Teilziele verschiedener Unternehmensbereiche sukzessiv umgesetzt. Dieses Modell berücksichtigt die Perspektiven Finanzen, Partner, Prozesse und Mitarbeiter und Lernen.

### ***5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement***

Die Zielplanung wird in regelmäßigen Gesprächen und Sitzungen abgestimmt und an unserer Strategie für das Jahr 2020 ausgerichtet. Regelungen zum Umgang mit Drittmitteln und Forschungsgeldern sind festgelegt, um jeden Korruptionsverdacht bereits im Ansatz zu vermeiden. Das kaufmännische Risikomanagement erfolgt zentral im Referat Organisationsentwicklung, Qualitäts- und Risikomanagement.

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

Das Krankenhaus ist als zentraler Partner ambulanter, stationärer und rehabilitativer sowie pflegerischer Leistungserbringer in der Region aufgestellt. Die Kooperationspartner müssen mit unseren Unternehmenszielen und Leitbildgedanken harmonisieren. Unser Haus betreibt ein kooperatives Blutspendezentrum. Weitere Kooperationen bestehen im Rahmen unserer Leistungsschwerpunkte, der ambulanten onkologischen Versorgung sowie mit der nuklearmedizinischen Praxisgemeinschaft am Standort. 13 Einrichtungen von Partnern sind im ambulanten Zentrum aktiv.

## **5.3 Unternehmensentwicklung**

### ***5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien***

Eine stetige Organisationsentwicklung, ausgerichtet auf die Erreichung unserer Strategieziele setzt die Etablierung einer eindeutigen Organisationsstruktur im Unternehmen voraus.

Diese ist in unserem Qualitätsmanagementhandbuch festgelegt. Informationen zu Kompetenzen, Verantwortungen, Befugnissen und Hierarchieebenen sind durch Organigramme gegeben und öffentlich zugänglich.

### ***5.3.2 Innovation und Wissensmanagement***

Die Akquirierung, Sicherung und Weiterentwicklung von Wissen stellt in modernen Unternehmen einen strategischen Faktor dar. Methoden eines zentralen Wissensmanagements finden Anwendung und unterliegen einem stetigen Optimierungsprozess. Eine Implementierung von Innovationen wird ausdrücklich angestrebt und durch interdisziplinäre Projekte vorangetrieben.



*proCum Cert:*

### **5.A.1 Entwicklung und Pflege einer christlichen Unternehmenskultur**

Die Etablierung des christlich geprägten Unternehmensleitbildes auf Ebene des Gesamtunternehmens, gültig für alle Einrichtungen geht einher mit einer einheitlichen Namensgebung, Logogestaltung und einheitlichem Corporate Design, geregelt durch den Träger.

Wir fördern die Umsetzung eines Konzepts einer Dienstgemeinschaft. Die Richtlinien für Arbeitsverträge in den Einrichtungen des Deutschen Caritas-Verbandes (AVR) stellen dabei die vertragliche Grundlage dar.

Durch die Verinnerlichung der Leitbildwerte unserer Mitarbeiter und deren Ausrichtung danach, wird ein aktiver Beitrag aller zu einer christlichen Unternehmenskultur geleistet. Es finden unter anderem jährlich regelmäßig Aktienfeiern und Gottesdienste im Jahreskreis statt.

### **5.A.2 Nachhaltigkeit in der Unternehmensführung**

Die strategisch langfristige Ausrichtung basiert auf unserer Unternehmensvision für das Jahr 2020. Diese soll verwirklicht werden durch die Erreichung von Ziele in den Bereichen Finanzen, Partner, Prozesse und Personen / Mitarbeiter / Lernen. Die Zielerreichung wird regelmäßig geprüft und bewertet.

Investitionsentscheidungen werden nur auf Basis einer fundierten Berechnung und im Kontext der Unternehmensstrategie getroffen.

Zur Wahrung der Wirtschaftlichkeit gehen wir mit den uns zur Verfügung stehenden Mitteln sachgerecht, verantwortungs- und umweltbewusst um.

## 6 Qualitätsmanagement

KTQ:

### 6.1 Struktur und Ablauf

#### 6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Unter Verfolgung des strategischen Zieles, der Erlangung der regionalen Qualitätsführerschaft agiert das Referat „Organisationsentwicklung, Qualitäts- und Risikomanagement“ als Stabstelle der Geschäftsführung. In den einzelnen Kliniken und Abteilungen sind Ansprechpartner für das Qualitätsmanagement und die -sicherung benannt.

Alle neuen Mitarbeiter werden bei einer Einführungsveranstaltung u. a. über die Organisation des Qualitätsmanagement informiert.

#### 6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung

Die Organisation des Prozessmanagements unterliegt dem Referat Organisationsentwicklung, Qualitäts- und Risikomanagement. Auf Basis erhobener Performancedaten einzelner Bereiche wird der Bedarf an Prozessoptimierungsprojekten regelmäßig ermittelt und dieser unter Einbezug von Mitarbeitern unterschiedlichster Hierarchieebenen und Arbeitsbereichen realisiert. Die Prozesse werden in Behandlungsstandards, Verfahrens- oder Dienstanweisungen festgelegt und in dem für alle Mitarbeiter zugänglichen Dokumentenlenkungssystem hinterlegt.

### 6.2 Befragungen

#### 6.2.1 Patientenbefragung

Die Ermittlung unserer Stärken und Schwächen ist wichtige Grundlage eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Zur Feststellung dieser ist die Patientenbefragung ein zentrales Instrument unseres Qualitätssicherungs-Systems. Auf Basis dieser Befragungsergebnisse können interne und externe Benchmarking-Prozesse realisiert werden. Jährlich erfolgt eine Kurzbefragung und alle drei Jahre eine Befragung im Rahmen der 360°-Befragung, bei der auch Mitarbeiter und Einweiser befragt werden.

#### 6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Für die Gewährleistung einer optimalen Patientenversorgung erfolgen regelmäßige Befragungen unserer Kooperationspartner und Zuweiser. Somit lässt sich auch ein Stärken- und Schwächenprofil unserer Außenwirkung ermitteln und Verbesserungsbedarf identifizieren. Zusätzlich pflegen wir einen kontinuierlichen Meinungsaustausch und Kontakt zwischen Einweisern und Kliniken sowie dem verantwortlichen Referat.

### **6.2.3 Mitarbeiterbefragung**

Unsere Mitarbeiter stellen die wichtigste Komponente bei der Behandlung von Patienten und der Ermöglichung eines hohen Servicestandards dar.

Die Zufriedenheit unserer Mitarbeiter ist uns ein wichtiges Anliegen, sodass Mitarbeiterbefragungen ein wichtiges Instrument zur Identifizierung unseres Images als Arbeitgeber darstellen. Die hieraus resultierenden Ergebnisse werden kritisch hinsichtlich unserer Vision und der strategischen Ziele betrachtet und im Hinblick auf unsere Personalpolitik reflektiert.

## **6.3 Meinungsmanagement**

### **6.3.1 Beschwerdemanagement: Lob und Beschwerden von Mitarbeitern, Patienten und weiteren Externen**

Das von uns etablierte Lob- und Beschwerdemanagement verfolgt unser Ziel der Erreichung einer hohen Flexibilität und kurzen Reaktionszeiten im Umgang mit Lob und Kritik. Unsere Patienten haben die Möglichkeit, dafür Lob- und Kritikbriefkästen zu nutzen. Die hieraus entstehenden Daten werden quartalsweise für alle Abteilungen ausgewertet.

## **6.4 Qualitätsrelevante Daten**

### **6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren**

Verantwortlich für die Bereitstellung qualitätsrelevanter Daten sind das Medizincontrolling und das Referat Organisationsentwicklung, Qualitäts- und Risikomanagement. Unsere Qualitätsziele leiten sich aus der in der Balanced Score Card verankerten Strategie ab. Qualitätsrelevante Daten und Kennzahlen sind die Basis zur Überwachung des Zielstatus und werden kontinuierlich erhoben, analysiert und zur stetigen Verbesserung genutzt.

## 7 Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus

*proCum Cert:*

### **7.A.1 Integration der Seelsorge ins Krankenhaus**

Unser Krankenhauseseelsorgekonzept, orientiert an den Rahmenvorgaben und Leitlinien der katholischen und evangelischen Kirche, ist ein wichtiges Element unseres Leistungsangebots in Hinblick auf die Ausrichtung unseres Leitbildes.

Die Krankenhauseseelsorge ist fest in die Organisation unseres Hauses eingebunden und für Zuwendungsbedürftige jederzeit erreichbar. Eine Vertretungsregelung besteht.

### **7.A.2 Strukturelle Rahmenbedingungen und Organisation der Seelsorge**

Die hauptamtlichen Mitarbeiter der Seelsorge verfügen über entsprechende Zusatzqualifikationen und nehmen regelmäßig an Weiterbildungsmaßnahmen teil. Sämtliche geführten Gespräche werden im Rahmen qualitätssichernder Maßnahmen unter Wahrung der Schweigepflicht dokumentiert.

### **7.A.3 Angebote der Seelsorge**

Patienten werden über die Angebote der Seelsorge im Hause via Aushänge, Patienteninformationsmappe und Flyer informiert. Grundsätzlich wird Patienten auf Station das Gespräch mit der Seelsorge angeboten. Es besteht ein Bereitschaftsdienst.

Regelmäßig finden in unserem Haus Gottesdienste statt. Das Angebot seelsorgerlicher und spiritueller Begleitung wird den Unterkursen der Krankenpflegeschule durch die Vorstellung der Krankenhauseseelsoerger und ihres Konzepts bekannt gemacht.

### **7.A.4 Verbindung und Zusammenarbeit mit Kirchengemeinden**

Soweit es das Kerngeschäft unserer Mitarbeiter zulässt ist eine Zusammenarbeit mit den Kirchengemeinden in Siegen angestrebt. Unter anderem finden auch Gottesdienste der Gemeindekirchen in der Kapelle statt.

## 8 Verantwortung gegenüber der Gesellschaft

*proCum Cert:*

### **8.A.1 Übernahme von Verantwortung für Ausbildung**

Die gesellschaftliche Verpflichtung zur beruflichen Ausbildung ist fester Bestandteil unseres Leitbildes. Jährlich werden 30 Schüler an unserer Krankenpflegeschule neu aufgenommen. Insgesamt verfügt das Unternehmen über 160 Ausbildungsstellen.

Während der Ausbildungszeit sind die Auszubildenden in ein umfangreiches Betreuungskonzept integriert und haben jederzeit die Gelegenheit mit Ausbildern und Arbeitskollegen den Dialog zu suchen, und es finden regelmäßige Reflexionsgespräche statt.

2018 wird das Bildungsinstitut für Gesundheitsberufe Südwestfalen (BiGS) zusammen mit dem Kreisklinikum Siegen und der DRK-Kinderklinik eröffnet. Dadurch werden über 350 Ausbildungsplätze mit modernsten Lernmöglichkeiten angeboten.

### **8.A.2 Förderung ehrenamtlichen, bürgerschaftlichen und ideellen Engagements**

Neben den Tätigkeiten der Seelsorge werden auch ehrenamtliche Mitarbeiter in der Krankenhaushilfe beschäftigt, die den hilfebedürftigen Patienten auf den Stationen bei Besorgungen des täglichen Lebens unterstützen oder für persönliche Gespräche bereitstehen. Zusätzlich arbeitet unser Haus eng mit der Ambulanten ökumenischen Hospizhilfe Siegen e.V. zusammen. Das Krankenhaus ist stetig um die Gewinnung und Förderung ehrenamtlicher Mitarbeiter bemüht.

## 9 Trägerverantwortung

*proCum Cert:*

### **9.A.1 Vorgaben und Beiträge des Trägers zur Strategie und Ausrichtung des Unternehmens**

Die von der Geschäftsführung erarbeitete „Strategie 2020“ zielt auf die Weiterentwicklung des Krankenhauses, die starke Aufstellung gegenüber zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen sowie die Erringung von Wettbewerbsvorteilen zur wirtschaftlichen Sicherung ab und basiert dabei auf den Vorgaben unseres christlichen Leitbilds. Das Ziel der sektoralen Vernetzung wird über den Auf- und Ausbau von Kooperationen mit vielfältigen Akteuren des Gesundheitswesens der Region angestrebt und realisiert.

### **9.A.2 Vorgaben für die operative Unternehmensführung**

Unser Leitbild dient als Grundlage aller Ziele und Unternehmensaktivitäten, konkretisiert wird es in den ethischen Leitsätzen und in der Strategie 2020. Unser Personalentwicklungskonzept dient der individuellen Förderung und Bindung von Potenzialarbeitskräften. Besonderes Augenmerk gilt dabei auch der spirituellen und ethischen Weiterbildung unseres Personals.

Leistungen, die dem christlichen Menschenbild widersprechen, liegen grundsätzlich nicht in unserem Leistungsspektrum.

### **9.A.3 Personalverantwortung des Trägers für die obersten Führungspositionen**

Die Berufung der Geschäftsführung und der Chefärzte erfolgt durch die Gesellschafterversammlung in enger Zusammenarbeit mit dem Verwaltungsrat. Die Berufung weiterer Führungspersonen erfolgt über das Direktorium. Die Förderung und Unterstützung von Führungskräften wird durch eine zielgerichtete Informationspolitik und regelmäßige Zielvereinbarungsgespräche zwischen der Geschäftsführung und den obersten Führungskräften gewährleistet.

### **9.A.4 Wahrnehmung der Aufsichtsverantwortung**

Die Besetzung des Verwaltungsrats erfolgt grundsätzlich unter Berücksichtigung der Anforderungen an die Erfüllung der Unternehmensziele unter Wahrung der christlich-ethischen Wertevorstellungen. Es finden quartalsweise Verwaltungsratssitzungen statt. Über aktuelle Projekte und dringliche Entscheidungen wird der Verwaltungsrat permanent von der Geschäftsführung informiert.