



ST. JOSEPH-HOSPITAL
BREMERHAVEN



proCum Cert-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 6.0_2009.2 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	St. Joseph-Hospital Bremerhaven
Institutionskennzeichen:	260400219
Anschrift:	Wienerstraße 1, 27568 Bremerhaven
Ist zertifiziert nach proCum Cert inklusive KTQ[®] mit der Zertifikatnummer:	2013-0206-BREM-11-K-002227
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft, Frankfurt am Main
Gültig vom:	07.06.2013
bis:	06.06.2016

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der proCum Cert	3
Vorwort der KTQ®	4
Vorwort der Einrichtung	6
Die Kategorien	7
1 Patientenorientierung	8
2 Mitarbeiterorientierung	14
3 Sicherheit	17
4 Informations- und Kommunikationswesen	21
5 Führung.....	23
6 Qualitätsmanagement	27
7 Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus	29
8 Verantwortung gegenüber der Gesellschaft.....	30
9 Trägerverantwortung.....	31

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 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 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, alternative Wohnformen und Rettungsdienstleistungen.

Gesellschafter der KTQ® sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) und der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e. V. (HB). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

Die Verfahrensinhalte, insbesondere der KTQ-Katalog, wurde hierarchie-, und berufsgruppenübergreifend in konstruktiver Zusammenarbeit zwischen der KTQ-GmbH und Praktikern aus dem Gesundheitswesen entwickelt und erprobt. Im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden die Kataloge entsprechend weiterentwickelt.

Mit dem freiwilligen Zertifizierungsverfahren und dem damit verbundenen KTQ-Qualitätsbericht bietet die KTQ® somit Instrumente an, die die Sicherung und stetige Verbesserung der Qualität in Einrichtungen des Gesundheitswesens für die Öffentlichkeit darstellen.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen Kriterien, die sich auf

- die Patientenorientierung,
 - die Mitarbeiterorientierung,
 - die Sicherheit,
 - das Informations- und Kommunikationswesen,
 - die Führung und
 - das Qualitätsmanagement
- der Einrichtung beziehen.

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

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren® gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft.

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



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 das **St. Joseph-Hospital Bremerhaven** 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 <http://www.ktq.de/> abrufbar.

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und
Pflegkassen 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

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser.

Das katholische Krankenhaus St. Joseph-Hospital Bremerhaven ist eine Einrichtung der St. Franziskus-Stiftung Münster.

Die Geschichte und Entwicklung des St. Joseph-Hospitals beginnt im Jahre 1875, in dem ein Kind des Kommerzienrates Wilhelm A. Riedemann an Diphtherie erkrankte und er bei den Krankenschwestern des heiligen Franziskus in St. Mauritz bei Münster /Westf. um eine Schwester zur Pflege bat. Dieser Krankheitsfall legte den Gedanken nahe, in Bremerhaven eine Niederlassung zu gründen. Das erstrebte Ziel der Gründung eines Hospitals ließ sich leider nicht sofort verwirklichen.

In zwei Etagen einer angemieteten Villa konnten durch den unermüdlichen Einsatz mehrerer Franziskanischer Ordensschwwestern bereits 100 Patienten aufgenommen werden. 1901 gründete sich der „Verein St. Joseph-Hospital“ und wurde in das Vereinsregister eingetragen. Die Fortschritte in der Medizin und das Aufblühen der Stadt Bremerhaven ließen die Notwendigkeit eines modernen Neubaus anstelle des nur notdürftig eingerichteten Krankenhauses immer dringlicher werden. Im April 1902 erfolgte die Grundsteinlegung, am 16. September die feierliche Einweihung und die Nutzung der fertig gestellten Räume. Anfang des Jahres 1904 konnte die Vollendung des Hauses gefeiert werden. Das Hospital war für 200 Patienten eingerichtet.

Mittlerweile ist das St. Joseph-Hospital ein modernes Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung in Bremerhaven und verfügt neben einem Onkologischem Zentrum über mehrere Fachabteilungen wie Innere Medizin mit den Schwerpunkten Onkologie und Palliativmedizin, Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie, Allgemein- und Unfallchirurgie, Viszeralchirurgie, Gefäßchirurgie, Plastischer Chirurgie, Anästhesie/Intensivmedizin, Schmerztherapie, Nuklearmedizin sowie einer Belegabteilung für Augenheilkunde. Das Leistungsangebot wird kontinuierlich erweitert und den regionalen Bedürfnissen angepasst. Das St. Joseph-Hospital verfügt derzeit über 208 Planbetten.

Rund 400 Mitarbeiter betreuen jährlich ca. 10.000 Patienten stationär und 23.000 Patienten ambulant.

Aus Sicht des St. Joseph-Hospitals bildet ein etablierten QM-Systems eine wichtige Grundlage für die gezielte Weiterentwicklung des Unternehmens. Durch die Zertifizierung gem. den Vorgaben von KTQ und proCum Cert soll auch eine stetige Überprüfung der QM-Strukturen erfolgen. Unser Kerngedanke besteht, darin, nach dem Gedanken: „Prüfet alles – und das Beste behaltet!“ die Struktur,- Prozess,- und die Ergebnisqualität sowie die Patientenorientierung kontinuierlich zu hinterfragen und so auf einem hohen Stand zu halten.

Mit dem vorliegenden Qualitätsbericht möchten wir Ihnen unsere Qualitätsarbeit vorstellen und Sie über unsere Leistungen informieren. Die Ausführungen sollen Ihnen einen Überblick über unser Krankenhaus und unser Arbeitsverständnis ermöglichen und die wichtigsten Zusammenhänge unserer Aufbaus- und Prozessorganisation deutlich machen. Sollten Sie darüber hinausgehende Informationen wünschen, stehen Ihnen die Mitarbeiter des St. Joseph-Hospitals Bremerhaven gerne zur Verfügung.

Wir möchten uns bei allen Kooperationspartnern und beteiligten Kliniken sowie bei den zuweisenden Ärztinnen und Ärzten für die gute und zumeist reibungslose Zusammenarbeit bedanken. Ebenso danken wir allen Patientinnen und Patienten für das entgegengebrachte Vertrauen. Nicht zuletzt gilt unser Dank und unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, da sie stets das Wohl und die Genesung unserer Patienten im Auge haben und unermüdlich an der Verbesserung unserer Versorgungsstrukturen arbeiten.

Ihre

A. Dierksen

Prof. Dr. H.-H. Heidtmann

Dr. C. Middendorf

Die Kategorien

1 Patientenorientierung

KTQ:

Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Informationen über geplante Krankenhausaufenthalte erhalten Patienten im Rahmen persönlicher Gespräche, während ambulanter Voruntersuchungen und durch unterschiedliche Informationsmaterialien. Zudem bietet unsere Homepage (www.josephhospital.de) Hinweise zur geplanten Aufnahme und zum Krankenhausaufenthalt. Die Zubringerstraßen sind gut ausgeschildert und durch drei umliegende Haltestellen, die von 8 unterschiedlichen Buslinien angefahren werden, sind wir mit dem öffentlichen Nahverkehr gut zu erreichen. Innerhalb des Hauses bietet eine Übersichtstafel Orientierung und die Mitarbeiter des Empfangs stehen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Leitlinien

Unserem Selbstverständnis nach und gemäß der Vorgabe unseres Leitbildes richten sich die medizinischen Standards sowie die Pflegestandards nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Die offiziellen Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften werden hierbei durch hausintern erstellte Behandlungsstandards ergänzt. Sowohl die nationalen Leitlinien als auch die hausinternen Standards sind allen Mitarbeitern zugänglich und werden regelmäßig aktualisiert.

Information und Beteiligung des Patienten

Alle Patienten werden während des gesamten stationären Aufenthaltes informiert und in angemessener Form an der Ausgestaltung der Behandlung beteiligt. Auf Wunsch des Patienten werden auch Angehörige über den Behandlungsverlauf informiert. Insbesondere fühlen wir uns der Wahrung der Patientenrechte verpflichtet, die Intim- und Privatsphäre der Patienten spielen ebenso eine bedeutende Rolle wie die ärztliche Schweigepflicht. Unterstützend werden zur Aufklärung standardisierte Aufklärungsbögen herangezogen, die in mehrsprachigen Versionen vorliegen. Die Seelsorge, dolmetschende Mitarbeiter und ein Patientenführsprecher stehen unseren Patienten gerne zur Verfügung.

Service, Essen und Trinken

Das St. Joseph-Hospital verfügt über Drei-, Zwei- und Einbettzimmer. Die Zimmer sind mit Telefon und Fernseher sowie einer Nasszelle ausgestattet.

Unsere Patienten erfahren neben der ärztlich-pflegerischen Versorgung einen individuellen Service. Eine abwechslungsreiche, ausgewogene und schmackhafte Nahrung trägt zu einem schnellen Genesungsprozess bei. Unsere Patienten können täglich aus drei verschiedenen Menüs auswählen. Hierbei berücksichtigen wir neben spezifischen Diätformen auch religiöse bzw. kulturelle Essgewohnheiten. Auf Wunsch und bei bestimmten Krankheitsbildern steht unseren Patienten eine Diätassistentin zur Verfügung.

Kooperationen

Um unseren Patienten eine optimale Versorgung zu bieten, kooperieren wir mit zahlreichen anderen Leistungsanbietern des Gesundheitssystems. In Zusammenarbeit mit externen Partnern haben wir am St. Joseph-Hospital ein Onkologisches Zentrum, ein Gefäßzentrum, sowie ein Beckenbodenzentrum eingerichtet. Darüber hinaus ermöglicht die enge Kooperation mit unterschiedlichen Selbsthilfegruppen die Betreuung der Patienten über den stationären Aufenthalt hinaus, z. B. dem Bremerhavener Palliativverein, dem Hospizverein „HOMBRE“ e. V., dem Verein „Leben mit Krebs“ e. V. oder „C.O.L.P.“ (für chronisch Lungenerkrankte). Wir wählen unsere Kooperationspartner sorgfältig aus. Die Organisation der Zusammenarbeit variiert dabei von vertraglich fixierten Kooperationen bis hin zu eher losen Informationsaustauschen zwischen den Beteiligten. Durch intensive Zusammenarbeit zwischen den Fachabteilungen und Berufsgruppen werden Verfahrensabläufe untereinander abgestimmt, so dass ein reibungsloser Behandlungsablauf möglich ist.

Erstdiagnostik und Erstversorgung

Unsere Zentrale Aufnahme ist rund um die Uhr für Notfälle geöffnet. Dort wird eine zeitnahe Aufnahmeuntersuchung durchgeführt sowie die ärztliche Vorgeschichte erhoben. Der zeitliche Aufwand richtet sich nach dem Schweregrad der Erkrankung. Bei Bedarf wird Kontakt zu Einweisern aufgenommen, um Vorbefunde berücksichtigen zu können.

Ambulante Diagnostik und Behandlung

Unser Ziel ist es, Patienten mit ambulant behandelbaren Erkrankungen zeitnah und fachlich kompetent zu versorgen.

Auch für ambulante Patienten ist die Zentrale Aufnahme 24 Stunden täglich geöffnet. In der zentralen Sprechstunde und der hämatologischen Ambulanz erfolgt terminierte ambulante Diagnostik und Behandlung. Dort erhalten Patienten Informationen und aufklärende Hinweise zum Thema ambulante Diagnostik und Behandlung. Vorbefunde zur Beurteilung und Einschätzung eines Patienten sind von großer Bedeutung, daher werden die mitgebrachten oder im Haus vorhandenen Befunde gesichtet und in die weitere Behandlung einbezogen. Niedergelassene Kollegen bzw. Hausärzte werden über die Behandlung ihrer Patienten durch die Übermittlung eines Arztbriefes sowie gegebenenfalls der Befunde und Medikamentenpläne informiert.

Ambulante Operationen

Ambulante Operationen werden vorwiegend in den vom Krankenhaus betriebenen MVZ's (Martin-Donandt-Platz und Dreibergen) oder im Zentral-OP durchgeführt. Die Terminierung aller ambulanten Operationen erfolgt zentral im elektronischen OP-Plan. Ambulante Sprechstunden dienen der Vorbereitung; in diesem Zusammenhang erhalten die Patienten, z. T. schriftlich, umfassende Informationen und werden aufgeklärt. Bereits im Aufwachraum wird im Rahmen der postoperativen Überwachung mit der Schmerztherapie begonnen.

Jeder Patient wird vor der Entlassung durch einen Arzt der jeweiligen Fachabteilung gesehen und erhält einen Entlassungsbrief.

Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Der Patient sowie seine Angehörigen werden bereits bei der Aufnahme über die Behandlungsplanung informiert. Optimierte und standardisierte Abläufe helfen dabei, eine optimale und angemessene Behandlung zu gewährleisten. Die bei der Aufnahme und im Rahmen der Anamnese erhobenen Daten sowie die individuellen Lebensumstände werden in der Behandlungsplanung berücksichtigt. Zur interdisziplinären und multiprofessionellen Abstimmung finden regelmäßige Fallbesprechungen zwischen den an der Behandlung Beteiligten statt. Der geäußerte Patientenwille, z. B. durch eine Patientenverfügung, wird bei der Planung der Diagnostik und Therapie berücksichtigt.

Therapeutische Prozesse

Patientenbezogene Therapiemaßnahmen werden grundsätzlich im Behandlungsteam abgestimmt und in der Patientendokumentation festgehalten, so dass alle an der Behandlung beteiligten Mitarbeiter informiert sind und die Patientenversorgung entsprechend organisiert ist. Für die Therapieplanung liegen in den Abteilungen pflegerische und/oder ärztliche Standards vor. Durch die ständige Anpassung der Therapieschemata gemäß den Fachgesellschaften ist die Leitlinienkonformität der Indikationsstellung und der Therapieformen sichergestellt. Das Onkologische Zentrum ist im Rahmen einer Zertifizierung zusätzlich ausgewiesen und anhand eines eigenen Qualitätshandbuches bewertet.

Operative Verfahren

Das OP-Statut regelt alle organisatorischen Aspekte unserer Operationssäle, bspw. ist ein OP-Koordinator benannt, dem die Zuständigkeit für die Terminplanung und -abstimmung obliegt. Auch die Koordination von Notfalloperationen gehört in seinen Verantwortungsbereich. Operationen erfolgen stets gemäß den aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften; zudem ist der Facharztstandard sichergestellt. Die persönliche Patientenaufklärung vor einer Operation wird durch anerkannte und standardisierte Aufklärungsbögen, die in mehreren Sprachen vorliegen, unterstützt. Der Operationsbereich ist rund um die Uhr für die operativen Abteilungen einsatzbereit. Zur Steigerung der Patientensicherheit werden bei jedem Patienten die relevanten Informationen vor, während und nach dem Eingriff dokumentiert.

Visite

In den regelmäßig stattfindenden Visiten werden der Gesundheitszustand der Patienten sowie der Erfolg der Therapie erhoben, um die Patientenversorgung zu überprüfen und sie bei Bedarf individuell an den Krankheitsverlauf anzupassen. Im Rahmen der Visiten wird der Patient auch über die Entwicklung seines Zustandes und etwaige Behandlungsänderungen aufgeklärt. In den Abteilungen finden die Visiten in definierten Zeitfenstern statt und werden gemeinsam mit dem Pflegedienst durchgeführt.

Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Unser Ziel ist es, die stationäre Behandlung durch ein auf das jeweilige Krankheitsbild abgestimmtes prä- und poststationäres Angebot optimal zu ergänzen und so die Dauer des stationären Aufenthaltes möglichst gering zu halten. Vor allem elektive

Patienten in den operativen Abteilungen werden schwerpunktmäßig prästationär auf die Operation vorbereitet. Hierfür sind feste Sprechstunden abteilungsspezifisch eingeplant, wobei die Zeiten übergreifend koordiniert sind. Auch die Anästhesiesprechstunde ist auf die Sprechstundenzeiten der operativen Abteilungen abgestimmt. Zum einen bietet dieses Verfahren einen höheren Komfort für die Patienten, zum anderen ist so die Aufklärung sowohl durch die operative Fachabteilung als auch durch die Anästhesie sichergestellt. Der Patient erhält nach Abschluss der prästationären Untersuchung einen EDV-gestützten Kurzarztbrief; die Ergebnisse der poststationären Behandlung fließen in den endgültigen Arztbrief ein.

Entlassung

Die Entlassung erfolgt standardisiert durch eine an den Expertenstandard Entlassungsmanagement angelehnte Leitlinie. Bei der Aufnahme wird der Weiterbetreuungsbedarf erfasst und der Sozialdienst frühzeitig eingeschaltet. Im Rahmen der Visiten und Teamgespräche wird der Entlassungstermin festgelegt und regelmäßig überprüft. Der Patient wird frühzeitig über seinen Entlassungstermin informiert. Mit den Patienten wird ein Entlassungsgespräch geführt, das auch Informationen über die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt gibt. Die Entlassungspapiere werden rechtzeitig für den weiterbehandelnden Arzt fertig gestellt. Bei weiterem Versorgungsbedarf wird durch das Pflegepersonal eine Pflegeüberleitung erstellt.

Kontinuierliche Weiterbetreuung

Durch die Entlassungsplanung werden weiterbetreuende Einrichtungen bzw. Angehörige frühzeitig einbezogen. Der Kontakt zu weiterbehandelnden Ärzten und Einrichtungen erfolgt durch Entlassungsbriefe, die die aktuelle Medikation beinhalten. Besonderheiten oder Probleme werden vorab per Telefon besprochen. Der Sozialdienst organisiert die Bereitstellung von Heil- und Hilfsmitteln oder stellt den Kontakt zu Selbsthilfegruppen her.

Umgang mit sterbenden Patienten

Entsprechend unserer christlichen Orientierung versuchen wir, die Wünsche und Bedürfnisse sterbender Patienten in jeder Phase des Sterbeprozesses zu berücksichtigen und den Angehörigen Möglichkeiten zur Unterstützung und Entlastung zu bieten. Basierend auf einem stiftungsübergreifenden Positionspapier wurde im St. Joseph-Hospital eine Leitlinie „Umgang mit Menschen in der letzten Lebensphase und Verstorbene“ erstellt.

Wir verfügen über eine eigene Palliativstation. Sterbende Patienten werden gemäß dem aktuellen Erkenntnisstand der Palliativmedizin und –pflege, u. a. durch eine adäquate Schmerzbehandlung und spezielle Lagerungstechniken, versorgt. Die Patienten werden in der Regel in Einzelzimmer verlegt. Angehörige erhalten die Möglichkeit, im Zimmer mit aufgenommen zu werden. Die Palliativstation arbeitet eng mit dem Bremerhavener Palliativverein e.V., dem Hospizmodell „HOMBRE“ e. V. und der Krebsberatungsstelle „Leben mit Krebs“ e. V. zusammen. Die Mitarbeiter der Station verfügen über entsprechende Fachweiterbildungen für Palliativpflege bzw. -medizin. Allen Mitarbeitern werden Schulungen zum Thema Sterben / Umgang mit Trauer angeboten.

Umgang mit Verstorbenen

Zur patientenorientierten Versorgung gehört für uns auch der würdevolle Umgang nach dem Tod. Daher erhalten Angehörige auf Wunsch die Möglichkeit, die Patientenzimmer individuell auszugestalten und in Ruhe Abschied zu nehmen. Zur Begleitung stehen die Krankenhausseelsorge und andere Fachkräfte zur Verfügung, die auch religiösen Bedürfnissen nachkommen.

proCum Cert:

Besondere Zuwendung und Präsenz für Patienten gewährleisten

Die besondere Zuwendung sowie Begleitung und Überwachung richtet sich nach den Notwendigkeiten und den Bedürfnissen der Patienten.

Eine besondere Zuwendung und Unterstützung für die Patienten bieten vor allem die Mitarbeiter der Krankenhausseelsorge. Sowohl eine evangelische als auch eine katholische Seelsorgerin sind im Haus tätig. Sie sind für Patienten und Angehörige jederzeit ansprechbar und können zusätzlich zu festen Sprechzeiten bzw. auf Anfrage konsultiert werden. Darüber hinaus ist ehrenamtlich ein Besuchsdienst der katholischen Kirche tätig und ein Patientenfürsprecher aktiv. Unsere christliche Werteorientierung zeigt sich auch in der Gestaltung des Krankenhauses. Die hauseigene Kapelle bietet einen Ort der Begegnung und zum Rückzug, an dem sich Patienten und Mitarbeiter zu Gottesdiensten treffen, aber auch im stillen Gebet Ruhe finden können.

Berücksichtigung der spirituellen bzw. religiösen Dimension von Krankheit und Krankheitsbewältigung

Für eine umfassende Berücksichtigung der religiösen und spirituellen Bedürfnisse eines jeden Patienten ist die Seelsorge in enger Zusammenarbeit mit dem Behandlungsteam zuständig. Aushänge im gesamten Haus geben Hinweise zum seelsorgelichen Angebot; zudem besteht jederzeit die Möglichkeit, unsere Seelsorgerinnen auf ihren Rundgängen auf den Stationen anzusprechen. Den Seelsorgerinnen ist es wichtig, die Elemente der christlichen Wertetradition patientenindividuell in den Behandlungsprozess zu integrieren. Daher umfasst ihr Leistungsspektrum eine Vielzahl an Angeboten, u. a. Gebet am Krankenbett, Vorsingen/ gemeinsames Singen, gemeinsame Besuche der Kapelle, Gespräche, Verteilung von Schriften und Symbolen.

Sensibilität und Respekt für Patienten mit nicht christlich kulturellen und religiösen Hintergrund

Unser ökumenischer Gedanke äußert sich zunächst im sehr guten Zusammenspiel von evangelischer und katholischer Seelsorge. Damit alle Patienten und Angehörigen, egal welcher Glaubensgemeinschaft sie angehören, gleichermaßen in einen ganzheitlichen Versorgungsprozess eingebunden werden können, organisieren unsere Seelsorgerinnen auf Wunsch auch einen Seelsorger einer anderen Religion oder vermitteln Kontakte zu spezifischen Einrichtungen. Die Kapelle steht als Raum der Stille allen Religionen offen.

Behandlung und Betreuung von besonderen Personengruppen

Dem erhöhten Betreuungs- und Zuwendungsbedarf bestimmter Patientengruppen wie z. B. dementer Patienten, Koma-/ Wachkomapatienten oder Patienten mit chronischen Wunden werden unsere Mitarbeiter durch eine intensive Unterstützung gerecht. Der kontinuierliche Austausch zwischen allen an der Behandlung Beteiligten ist hier besonders wichtig. So sind regelmäßige Besprechungen, gemeinsame Therapieplanungen und gemeinsame Visiten Bestandteil der Behandlung. Patienten, die aufgrund ihres sozialen Umfeldes einen erhöhten Betreuungsbedarf aufweisen, erleben ebenfalls eine intensive Fürsorge, damit sie einen respektvollen und menschlichen Umgang erfahren.

Berücksichtigung der besonderen Erfordernisse bei der Behandlung von Kindern

Unser Krankenhaus verfügt nicht über eine spezielle medizinische Abteilung für Kinder. Im Notfall ist durch qualifiziertes Personal und die apparative Ausstattung die Erstversorgung gewährleistet. Anschließend erfolgt die Verlegung in eine Kinderklinik der Umgebung. Ein Notfallkoffer zur Versorgung von Kindern wird vorgehalten.

Sicherstellung einer Weiterbetreuung von Palliativpatienten

Um eine lückenlose Versorgung von Palliativpatienten nach der stationären Versorgung sicherzustellen, arbeiten wir eng mit einem Netzwerk aus externen Kooperationspartnern zusammen, u. a. mit ambulanten Pflege- und Palliativdiensten, dem Bremerhavener Palliativverein, mit einem ehrenamtliche ambulanten Hospizdienst und mit dem Verein „Leben mit Krebs“ e. V. In den wöchentlichen berufsgruppenübergreifenden Teambesprechungen der Palliativstation wird die umfassende Organisation der Weiterbetreuung veranlasst.

2 Mitarbeiterorientierung

KTQ:

Planung des Personalbedarfs

Die Personalbedarfsplanung erfolgt im Zuge der jährlichen Wirtschaftsplanung. Verantwortlich für die Koordination ist die Personalabteilung. Die Geschäftsführung, die Pflegedirektion und die Chefärzte sind verantwortlich für die Planungen. Die Mitarbeitervertretung ist gemäß den gesetzlichen Vorgaben in die Personalplanung eingebunden. Der Personalbedarf orientiert sich an den Leistungsprofilen der Abteilungen. Im Rahmen der Vorbereitungsgespräche wird auf Basis der Vorjahresdaten, möglicher Veränderungsraten und geplanter strategischer Entscheidungen (z. B. Änderung des Leistungsspektrums) die Planung für das Folgejahr durchgeführt und ein Stellen- und Kostenplan entwickelt. Die Geschäftsführung gleicht die zu erwartenden Personalkosten mit den geplanten Erlösen ab. In Gesprächen mit den Chefärzten und der Pflegedirektion kommt es dann ggf. zu Anpassungen im Personalbudget für das Folgejahr.

Personalentwicklung/Qualifizierung

Im Gesundheitswesen sind die Mitarbeiter die wichtigsten Faktoren im Behandlungsprozess. Daher verpflichten wir uns im Leitbild zum Angebot einer qualitativ hochwertigen Personalentwicklung. 2012 wurde das Referat Bildung etabliert. Die organisatorische Einordnung einzelner Stellen ist dem Organigramm unseres Hauses zu entnehmen. Für viele Bereiche bestehen Stellenbeschreibungen. Bei den jährlichen Mitarbeitergesprächen unterscheiden wir zwischen Förder- und Zielvereinbarungsgesprächen. Zielvereinbarungsgespräche werden mit den Führungskräften geführt, Fördergespräche erhalten Mitarbeiter ohne Führungsverantwortung. Für beide Gespräche gibt es einen Leitfaden. Da die Fördergespräche als Entwicklungs- und nicht als Kontrollinstrument konzipiert sind, wurde bewusst auf die Integration eines punktegestützten Beurteilungssystems verzichtet. Innerbetriebliche Fortbildungen, stiftungsübergreifende Schulungen und Teilnahme an externen Fortbildungen werden den Mitarbeitern angeboten.

Einarbeitung von Mitarbeitern

Neue Mitarbeiter werden bei uns systematisch und umfassend anhand eines Einarbeitungskonzeptes mit ihrem Aufgabengebiet und dem Arbeitsumfeld vertraut gemacht. Regelmäßige Einarbeitungsveranstaltungen finden statt. Zusätzlich veranstaltet die St. Franziskus-Stiftung halbjährlich einen Einführungstag in Münster. Jeder neue Mitarbeiter bekommt einen erfahrenen Kollegen als Paten zur Seite gestellt, der ihm relevante Informationen vermittelt und während der ersten Zeit als fester Ansprechpartner dient. Während der Einarbeitungsphase sind Erst-, Zwischen- und Abschlussgespräche vorgesehen.

Ausbildung

Angegliederte Ausbildungsstätte ist die Krankenpflegeschule St. Joseph-Hospital. Das Leistungsspektrum umfasst die Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpflegern sowie den Weiterbildungskurs zum Praxisanleiter. Die theoretische Ausbildung erfolgt gemäß einem offiziell verabschiedeten Curriculum. Wir legen auf eine gute Theorie- und Praxis-Vernetzung Wert und haben dementsprechende Maßnahmen etabliert. Z. B. findet im 6. Semester ein 3- bis 4-wöchiges Praxisprojekt statt, bei dem die Auszubildenden mit Unterstützung der Praxisanleiter eigenständig eine Station leiten. Außerdem ist die Stelle einer zentralen Praxisanleiterin eingerichtet. Neben der pflegerischen Ausbildung werden den Auszubildenden u. a. Methoden der Gesprächsführung vermittelt, die bspw. das aktive Zuhören beim Patienten fördern.

Fort- und Weiterbildung

Unser jährliches Fortbildungsprogramm basiert auf den Bedarfserhebungen der Abteilungen und Berufsgruppen, auf Vorschlägen der Mitarbeiter und der Beauftragten für innerbetriebliche Fortbildungen. Die Teilnahme an Fortbildungen wird nachhaltig unterstützt. Zusätzlich können unsere Mitarbeiter das Fort- und Weiterbildungsangebot unseres Trägers, der St. Franziskus-Stiftung, nutzen. Somit stehen unseren Mitarbeitern neben unseren eigenen Angeboten eine Vielzahl an Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten zur Verfügung. Die fachärztliche Weiterbildung erfolgt gemäß den Vorgaben der Landesärztekammer. Unterweisungen auf den Gebieten des Brandschutzes, der Hygiene, des Datenschutzes, der Arbeitssicherheit etc. sind für alle Mitarbeiter verpflichtend. So ist gewährleistet, dass die Mitarbeiter neben ihrer fachlichen Kompetenz auch das notwendige Wissen auf den Gebieten besitzen, die die Arbeit in einem Krankenhaus zwingend begleiten.

Mitarbeiterorientierter Führungsstil

In unserem Haus ist eine mitarbeiterorientierte Führung nach einheitlichen Grundsätzen etabliert. Hierzu sind im Leitbild verbindliche Grundsätze definiert, u. a. zu Menschenbild, Privatsphäre, Gesunderhaltung und Teamentwicklung. Daneben ist es uns wichtig, dass unsere Mitarbeiter in strategische Planungen eingebunden sind. So werden z. B. im Rahmen von Projekten Arbeitsgruppen gebildet, die aus Mitarbeitern verschiedener Berufsgruppen und Hierarchieebenen bestehen. Unseren Führungskräften werden Schulungen zum Führungsverhalten angeboten.

Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Die im Krankenhaus gelebten Arbeitszeitregelungen basieren auf den gesetzlichen und tariflichen Bestimmungen des Arbeitszeitgesetzes und der Arbeitsvertragsrichtlinien der Caritas. Um die individuellen Mitarbeiterbedürfnisse sowie die arbeitsmedizinischen Empfehlungen (z. B. Verhältnis Arbeits-, Ruhe- und Wechselzeiten) zu berücksichtigen, finden zahlreiche unterschiedliche Arbeitszeitmodelle (z. B. Teilzeit, Altersteilzeit) Anwendung. Die Überprüfung der geplanten und gesetzlichen Regelungen erfolgt durch computergestützte Dienstpläne.

Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Ein betriebliches Vorschlagswesen ist etabliert, Ideen und Wünsche der Mitarbeiter sind ausdrücklich willkommen. Durch die Richtlinie zum betrieblichen Vorschlagswesen sind die Bearbeitung und die Prämierung von Vorschlägen geregelt. Als Anlaufstelle für Beschwerden ist das Beschwerdemanagement für Mitarbeiter eingerichtet. Zusätzlich stehen die Mitarbeitervertretung, der Vorgesetzte und das Direktorium den Mitarbeitern bei Beschwerden zur Verfügung.

proCum Cert:

Wahrnehmung der Fürsorgepflicht für die Mitarbeiter

Auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf legen wir großen Wert. Daher haben wir u. a. eine Kooperation mit einer in der Nähe befindlichen Kinderkrippe vereinbart und bieten verschiedene Arbeitszeitmodelle an. Zur Stärkung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit unserer Mitarbeiter achten wir zum einen auf betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz. Zum anderen sollen Arbeitsüberlastungen und Überstunden vermieden werden. Eine Vereinbarung Ampelkonto ist in mehreren Bereichen etabliert.

Wertschätzung und Anerkennung vermitteln, Verbundenheit fördern

Im Leitbild sind gegenseitiger Respekt, Toleranz und Vertrauen verankert. Jede Führungskraft ist daher bei uns ein Vorbild und handelt dementsprechend. Während der Einarbeitung bieten die regelhaft stattfindenden Gespräche zwischen Mitarbeitern und Vorgesetzten, im Arbeitsalltag die jährlichen Mitarbeitergespräche eine strukturierte Plattform zum Meinungsaustausch und zur Vermittlung von Feedback. Biografisch bedeutende Daten unserer Mitarbeiter würdigen wir entsprechend, bspw. findet jährlich eine Jubilarfeier statt.

Hilfe zur Bewältigung persönlicher Krisen

In persönliche Krisensituationen stehen unsere beiden Seelsorgerinnen den Mitarbeitern auf Wunsch unterstützend zur Seite. Daneben stehen einem Mitarbeiter weitere Ansprechpartner zur Verfügung, an die er sich je nach persönlichem Krisenfall wenden kann, z. B. Mitarbeiter der Personalabteilung, Mitglieder der Mitarbeitervertretung, eine Psychologin sowie die Betriebsärztin.

Förderung der sozialen und christlich-ethischen Kompetenz der Mitarbeiter

Wir betreuen unsere Patienten mit fachlicher und sozialer Kompetenz auf Grundlage christlicher Werte. Maßgebend für die Vermittlung und Vertiefung christlichen Basiswissens ist unser Leitbild. Schulungen hierzu finden hausintern und auf Trägerebene statt. Das eingerichtete Ethikkomitee und die Institution der ethischen Fallbesprechungen erlauben bei kritischen Therapieentscheidungen die gemeinsame Erarbeitung von Handlungsempfehlungen auf Basis der christlichen Wertevorstellung.

3 Sicherheit

KTQ:

Arbeitsschutz

Um die Vorgaben des Arbeitsschutzes sicherzustellen, haben wir eine Fachkraft für Arbeitssicherheit, Sicherheitsbeauftragte, Strahlenschutzbeauftragte sowie eine Hygienefachkraft benannt. Unterstützt werden diese durch eine externe Betriebsärztin, die an zwei Tagen pro Woche vor Ort ist. Der Arbeitssicherheitsausschuss tagt quartalsweise gemäß seiner Geschäftsordnung. Alle vorgeschriebenen Vorkehrungen zur Vermeidung von Unfällen sind getroffen. Die Dokumentation und Meldung von Arbeitsunfällen erfolgt nach einem standardisierten Verfahren; zudem wird eine Unfallstatistik geführt. Zur Überprüfung der Arbeitsschutzvorschriften finden regelmäßig Begehungen und Unterweisungen statt.

Brandschutz

Im Krankenhausalarmplan haben wir in Absprache mit der Feuerwehr umfassende Regelungen zum Verhalten im Brandfall getroffen. Ein Brandschutzbeauftragter sowie ein Brandhelfer sind benannt. Der Krankenhausalarmplan ist allen Mitarbeitern bekannt und steht jederzeit elektronisch zur Verfügung. Zudem sind die wichtigsten Regelungen des Alarmplans, v. a. zum Brandschutz, als Aushänge in allen Bereichen angebracht. Darin finden sich Hinweise zu den Melde- und Alarmierungswegen und wichtige Verhaltensanweisungen. Im gesamten Haus sind Pläne mit den aktuellen Flucht- und Rettungswegen montiert. Unsere Mitarbeiter erhalten regelmäßige Brandschutzunterweisungen, die sie sowohl mit den Maßnahmen für die Brandbekämpfung als auch den Brandverhütungsvorschriften vertraut machen. Die Teilnahme ist verpflichtend. Regelmäßige Begehungen sowie Prüfungen der Brandmeldeanlage und der Löscheinrichtungen stellen sicher, dass alle Vorkehrungen zur Brandvermeidung sowie für den Brandfall getroffen sind.

Umweltschutz

Der schonende Umgang mit den Ressourcen ist für uns selbstverständlich. Neben der Energieeinsparung achten wir verstärkt auf Abfallvermeidung. Ein System zur Mülltrennung ist etabliert; unsere Mitarbeiter wurden entsprechend geschult und Aushänge informieren über die Vorgaben. Über die gesetzlichen Vorgaben hinaus erstellen wir jährlich eine Abfallbilanz. Bei der Beschaffung neuer Produkte achten wir auf ihre ökologische Unbedenklichkeit. In Beschaffungsentscheidungen fließen daher eine Reihe umwelttechnischer Kriterien mit hinein, z. B. das Vorhandensein von Umweltsiegeln sowie Statistiken über Energieverbrauch, Schadstoffgehalt und Recyclingfähigkeit.

Katastrophenschutz

Im Falle von Katastrophen und Großschadensereignissen in Bremerhaven und Umgebung stehen wir rund um die Uhr mit den entsprechenden Ressourcen zur Verfügung. Im Alarmfall ist die Einrichtung einer Krankenhauseinsatzleitung vorgesehen.

Diese wird durch den Empfang mithilfe eines Alarmierungsschemas informiert. Die Verantwortlichkeiten sind im Alarmplan des Hauses geregelt.

Nichtmedizinische Notfallsituationen

Um den Ausfall technischer Versorgungseinrichtungen zu vermeiden, haben wir umfassende Präventionsmaßnahmen getroffen. Eine 24-stündige Rufbereitschaft des technischen Dienstes ist eingerichtet. Die Stromversorgung kann im Bedarfsfall durch ein Notstromaggregat aufrechterhalten werden; einen entsprechenden Dieselvorrat halten wir immer vor. Zudem ist eine Batterieanlage für Stromausfälle bei medizinischen Geräten vorhanden. Zur Sicherstellung der Sauerstoffversorgung verfügen wir über eine Anlage zur Sauerstoffnotversorgung. Zur EDV-Datensicherung stehen zwei Loder-Anlagen an verschiedenen Standorten im Haus. Die Prüfung und Wartung der technischen Anlagen in Form von Sicherheitstests erfolgt in regelmäßigen Abständen durch unseren externen Kooperationspartner.

Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Im Rahmen der Aufsichtspflicht sorgen die Mitarbeiter für eine sichere Umgebung der Patienten. Risiken werden systematisch erfasst bspw. durch ein Sturzassessment und dementsprechende Beratung. Patienten, die aufgrund ihres Zustandes oder ihres Krankheitsbildes sich selbst oder andere gefährden, werden in unserem Haus in besonderem Maße betreut, um Gefahrensituationen zu vermeiden. Desorientierte Patienten werden pflegestützpunktnah und wenn möglich in Sichtkontakt untergebracht. Zahlreiche schriftliche Regelungen helfen den Mitarbeitern, die Aufsichtspflicht für die entsprechenden Patientengruppen zu gewährleisten. Bei allen Maßnahmen stehen die Würde und das Recht auf Selbstbestimmung des Patienten als höchstes Gut im Vordergrund.

Medizinisches Notfallmanagement

In unserem Krankenhaus sind die erforderlichen Maßnahmen getroffen, um Patienten auch in lebensbedrohlichen Situationen, z. B. Reanimationsnotfall, versorgen zu können. Das Vorgehen und die Alarmierungswege bei medizinischen Notfällen sind schriftlich geregelt und allen Mitarbeitern bekannt. Ein Reanimationsteam kann im Ernstfall rund um die Uhr über ein definiertes Alarmsystem gerufen werden. Das Team ist der Intensivstation angeschlossen. Zwei standardisiert bestückte Notfallwagen sind auf der Station vorgehalten, ein weiterer Wagen in der Notaufnahme. Die Qualifikation des Reanimationsteams ist durch entsprechende Schulungen sichergestellt. Zusätzlich finden jährliche Pflichtschulungen für alle Mitarbeiter des Hauses statt.

Hygienemanagement

Die Gewährleistung einer optimalen Hygienesituation ist uns wichtig. Hierfür haben wir einen Hygieneplan erarbeitet, der neben der Organisation und den Regelungen der Krankenhaushygiene auch spezielle Vorgehensweisen, z. B. beim Ausbruch bestimmter Erreger, definiert. Unsere Hygienekommission tagt halbjährlich gemäß den Vorschriften des Robert-Koch-Institutes. Durch regelmäßige Hygieneschulungen ist für einen angemessenen Kenntnisstand bei den Mitarbeitern gesorgt.

Die Einhaltung der Hygienerichtlinien wird streng geprüft, z. B. durch Kontrollen des Gesundheitsamtes sowie interne Begehungen, um zu keinem Zeitpunkt eine Gefährdung der Patienten und Mitarbeiter zuzulassen. Das HACCP -Konzept (Hazard Analysis Critical Control Point oder Risiko Analyse Kritischer Kontroll-Punkte) ist in der Küche umgesetzt und berücksichtigt alle Komponenten der Speiserversorgung von der Anlieferung der Lebensmittel bis zur Speisenausgabe auf den Stationen.

Hygienerrelevante Daten

Hygienerrelevante Daten wie z. B. Infektionserkrankungen werden kontinuierlich erfasst und an die entsprechenden Meldestellen weitergeleitet. Darüber hinaus nehmen wir an der Krankenhausinfektionssurveillance (KISS) teil, bislang in der Intensivstation, im Bereich der Händehygiene und im Bereich der Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus Stämme (MRSA). Die KISS-Teilnahme wird kontinuierlich weiterentwickelt. Zudem ermöglicht uns die Teilnahme am Arbeitskreis der Hygienekräfte auf Stiftungsebene immer aktuell an der Entwicklung und Umsetzung neuer Leitlinien zu hygienerlevanten Themen zu partizipieren.

Infektionsmanagement

Um Patienten, Angehörige, Besucher und Mitarbeiter vor Infektionen zu schützen, enthält der Hygieneplan neben den allgemeinen Hygienevorschriften umfassende Regelungen zum Infektionsmanagement auf Basis des Infektionsschutzgesetzes. U. a. wird der Umgang mit Patienten, die mit speziellen Infektionserregern infiziert sind, erklärt. Jeder definierte Risikopatient wird standardmäßig bereits in der zentralen Aufnahme gescreent und ggf. isoliert untergebracht. Durch die Teilnahme an der bundesweiten „AKTION Saubere Hände“ stellen wir eine flächendeckende Händedesinfektion sicher. Regelmäßige Kontrollen gewähren eine ständige Analyse und somit frühzeitige Erkennung potentieller infektiöser Fehlentwicklungen. Regelmäßige Schulungen der Mitarbeiter minimieren die Gefahrenpotentiale.

Arzneimittel

Durch die enge Zusammenarbeit mit einer externen Krankenhausapotheke im Versorgungsverbund ist die kontinuierliche Versorgung mit Arzneimitteln gewährleistet. Patienten werden bei der Aufnahme nach ihrer bisherigen Medikation gefragt, um diese bei der weiteren Arzneimitteltherapie zu berücksichtigen. Darüber hinaus bietet die Apotheke einen Anamneseservice an, der u. a. Wechselwirkungen und Doppelmedikationen prüft und patientenindividuelle Vorschläge zur Umsetzung der Medikation erstellt. Regelmäßig tagt eine Arzneimittelkommission und stellt somit die Aktualität der Arzneimittelliste sicher. Durch Begehungen des Apothekenpersonals wird die Einwandfreie Lagerung und Anwendung der Arzneimittel sichergestellt.

Blutkomponenten und Plasmaderivate

Wir besitzen eine Großhandelsgenehmigung gemäß Arzneimittelgesetz, sodass Blutprodukte an Dritte abgegeben werden können, obwohl wir keine eigene Spendeneinrichtung vorhalten. Der sichere Umgang mit Blut, Blutkomponenten und Plasmaderivaten ist in einem Qualitätsmanagementhandbuch Transfusionswesen geregelt. Hier sind sowohl das Verfahren zum Einsatz von Eigen- als auch von Fremdblut beschrieben.

Die Anforderung und Verwaltung von Blutprodukten erfolgt elektronisch. Somit kann die Transfusionshistorie patientenbezogen verfolgt werden und auch ein stationsbezogenes Transfusionsmonitoring ist möglich.

Medizinprodukte

Der Umgang mit Medizinprodukten ist für alle Mitarbeiter umfassend geregelt, um eine sichere Handhabung zu gewährleisten. Dies beinhaltet auch die Einweisung der Mitarbeiter in die jeweiligen Medizinprodukte. Anwenderspezifische Anforderungen bei der Beschaffung werden, wenn möglich, berücksichtigt. Die Instandhaltung der Medizinprodukte ist durch die Zusammenarbeit mit einem externen Dienstleister sichergestellt. Ein elektronisches Bestandsverzeichnis über die Medizinprodukte wird aktuell geführt.

4 Informations- und Kommunikationswesen

KTQ:

Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Im St. Joseph-Hospital ist ein umfassendes Krankenhausinformationssystem etabliert, welches u. a. die elektronische Anforderung von labordiagnostischen Maßnahmen, Blut und Blutprodukten sowie von immunhämatologischen Untersuchungen erlaubt. Ebenso sind EDV-Module für eine elektronische OP-Planung und -Dokumentation, Brieferstellung, Diagnose- und Therapieverschlüsselung sowie Zugriffe auf Labor- und Radiologiebefunde integriert. Die Zugriffsmöglichkeiten für die Mitarbeiter auf die elektronische Patientenakte bestehen durch Terminals in allen Arbeitsbereichen und einer W-LAN-Infrastruktur. Aufgrund der hohen Sensibilität von Patientendaten erfolgt die Zuteilung von Zugriffsrechten nach einem Rollenkonzept in Abhängigkeit von der jeweiligen Funktion eines Mitarbeiters.

Regelungen zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Alle hausinternen Regelungen zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten sind auf Grundlage gesetzlicher Vorgaben und unter Berücksichtigung der Datenschutzbestimmungen erstellt.

Die Dokumentation erfolgt teilweise elektronisch mit Hilfe spezieller Software-Module im Krankenhausinformationssystem. Die übrige Dokumentation wird in den dafür vorgesehenen papiergebundenen Patientenakten vorgenommen. Neben fachspezifischen dezentralen Archiven verfügen wir seit 2007 über ein zentrales elektronisches Patientenaktenarchiv, so dass der Zugriff zu alten Akten jederzeit gewährleistet ist.

Verfügbarkeit von Patientendaten

Die an der Behandlung eines Patienten beteiligten Mitarbeiter haben rund um die Uhr Zugriff auf die benötigten Patientendaten. Die Akten seit dem Jahr 2006 liegen elektronisch vor. Hierzu besteht ein Kooperationsvertrag mit einem externen Dienstleister über die Archivierung und den Scanprozess. Aber auch die Archive der älteren Akten sind zugänglich. Zur Gewährleistung der Aktenvollständigkeit haben wir einen mehrstufigen Prüfprozess etabliert. Die Regelungen zur Archivierung finden sich in unserer Archivordnung.

Information der Krankenhausleitung

Die Krankenhausleitung ist jederzeit über die aktuellen Entwicklungen im St. Joseph-Hospital informiert. Monatlich gibt es standardisierte Controllingberichte zu den medizinischen Leistungsdaten sowie zu den betriebswirtschaftlichen Zahlen. Daneben ist die Krankenhausleitung in interne Arbeitsgruppen und Gremien eingebunden (z. B. Hygienekommission, OP-Kernarbeitsgruppe) und erhält somit die aktuellen Informationen. Durch das etablierte Risikomeldesystem (RISKOP) wird das Direktorium zeitnah über Risikopotentiale informiert. Zudem ermöglichen Mitarbeiter- und Patientenbefragungen einen weiteren Informationsgewinn für mögliche Verbesserungspotentiale.

Informationsweitergabe (intern/extern)

Die interne Kommunikationsstruktur sowie das Besprechungswesen sind standardisiert geregelt; Besprechungen werden in der Regel protokolliert. Neben dem Regelbesprechungswesen sind weitere Informationskanäle etabliert, z.B. Rundschreiben oder Mitarbeiterversammlungen. Zusätzlich informiert ein regelmäßiger hausinterner Newsletter die Mitarbeiter über aktuelle Geschehnisse.

Unser Anliegen ist es auch, (potenziellen) Patienten zielgruppengerechte Informationen zur Verfügung zu stellen, z.B. durch spezielle Flyer und Broschüren, das Angebot ambulanter Sprechstunden oder auch Veranstaltungen unserer Patientenakademie. Die Informations- und Kommunikationsstruktur zu externen Dienstleistern ist über Dienstleistungsverträge geregelt, zu niedergelassenen Ärzten im Wesentlichen über die Arztbriefe und telefonische Kontakte.

Organisation und Service

Unser Empfang ist täglich zwischen 06:00Uhr und 23:00Uhr besetzt. Er ist der erste Anlaufpunkt im Krankenhaus und gibt sowohl Patienten als auch Besuchern hilfreiche Informationen. Zudem ist der Empfang für die Vermittlung und Koordination der Anrufe zuständig. Anrufer erhalten Auskunft zu ihrer Fragestellungen und werden im Bedarfsfall an andere Mitarbeiter weiterverbunden. Unterstützend ist vormittags am Empfang eine Ordensschwester tätig, die Patienten hilft bzw. begleitet.

Regelungen zum Datenschutz

Patienten- und Mitarbeiterdaten sind äußerst sensibel. Zum einen gilt es, die gesetzlichen Bestimmungen einzuhalten, zum anderen ist die Privatsphäre der Patienten und Mitarbeiter zu schützen. Hierfür arbeiten wir nach dem „Datenschutz und Melde-recht der katholischen Kirche 2006“. Ein externer Datenschutzbeauftragter von der St. Franziskus-Stiftung ist benannt. Verschiedene Sicherheitsmaßnahmen, z. B. zum Schutz vor unerwünschten elektronischen Zugriffen oder die Verschlüsselung beim elektronischen Versand sensibler Daten, sind etabliert. Zudem achten wir auf eine hohe Durchdringung der Datenschutzregelungen, u. a. durch Begehungen sowie Datenschutzs Schulungen.

5 Führung

KTQ:

Vision, Philosophie und Leitbild

In gemeinsamer Abstimmung unterschiedlicher Berufsgruppen aus verschiedenen Einrichtungen der St. Franziskus-Stiftung wurden grundlegende Vorgaben in Form eines Leitbildes erarbeitet, festgelegt und eingeführt. Dieses bildet die verbindliche Grundlage unseres Handelns. Durch den Aufbau einer Qualitätsmanagementstruktur werden die entwickelten Grundsätze durch verschiedene Projekte und Maßnahmen umgesetzt. Ziel der Planung und Entwicklung war und ist es, die christliche Grundprägung in den Entscheidungen und Tätigkeiten unseres Krankenhauses sichtbar zu machen. Das Leitbild dient uns in schwierigen Situationen als Kompass, der uns Orientierung gibt.

Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Das Direktorium des Hauses fördert durch verschiedene Aktivitäten eine Verbesserung der Kommunikation und Information der Mitarbeiter. Die Zusammenarbeit der Führungsebene mit der Mitarbeitervertretung ist vertrauensvoll und kooperativ. Zur Förderung der Identifikation mit dem Unternehmen werden eine Reihe von gemeinsamen Aktivitäten wie z.B. Betriebsfeste und Mitarbeiter-Adventsfeiern organisiert. Durch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen oder Supervisions- und Coachingangebote erhalten die Mitarbeiter die Möglichkeit, sich auf stetig steigende Anforderungen in ihrem Aufgabengebiet einzustellen.

Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Unser organisatorisches Konzept zur Erfüllung ethischer Aufgaben umfasst ein klinisches Ethikkomitee, die Krankenhausseelsorge sowie ethische Fallbesprechungen. Die Arbeit und Zusammensetzung des Ethikkomitees ist in einer Satzung geregelt. Die zeitnahe Einbindung des Ethikkomitees in den Behandlungsprozess ist durch die ethischen Fallbesprechungen sichergestellt. Jeder Mitarbeiter ist berechtigt, eine solche Besprechung zu beantragen. Diese erfolgt mit Hilfe eines standardisierten Frage- und Protokollbogens. Die Aufgabenstellung der Seelsorge ist im Seelsorgekonzept definiert und beinhaltet u. a. ein breites Beratungsangebot für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter.

Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

In enger Abstimmung mit dem Träger werden jährliche Berichts- und Planungskonferenzen durchgeführt. Hier werden Ziele im Einklang mit dem Leitbild und Strategien entwickelt und zeitlich festgesetzt. Durch die aktive Gestaltung von Kooperationen mit umliegenden Gesundheitseinrichtungen wird eine enge Verzahnung angestrebt und umgesetzt. Die medizinische Ausrichtung und Weiterentwicklung der Schwerpunkte des Hauses erfolgt unter Berücksichtigung der regionalen Bedürfnisse. Durch den Aufbau medizinischer Versorgungszentren wird die Zukunftsfähigkeit des Hauses nachhaltig gefördert.

Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Kooperationen dienen der Optimierung und Komplettierung der Patientenversorgung. Unsere Kooperationspartner wählen wir anhand definierter Kriterien sorgfältig aus, z. B. spielen Standortüberlegungen eine Rolle und die Identifikation mit unserer Unternehmensphilosophie muss erkennbar sein. Kooperationen pflegen wir derzeit u. a. zu anderen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten. Kooperationen werden fair, zuverlässig und kompetent gestaltet. In unseren Kooperationen stellen wir ein partnerschaftliches Verhältnis zum gegenseitigen Vorteil her. Wir sind erreichbar für Nachfragen sowie offen für den Austausch von Ideen und Informationen, wobei die Optimierung der Patientenversorgung im Vordergrund steht.

Festlegung einer Organisationsstruktur

Die Organisationsstruktur ist im Organigramm eindeutig festgelegt und steht im Intranet zur Verfügung. Zudem sind den Mitarbeitern eine so genannte Besprechungs-matrix und eine Beauftragtenliste zugänglich, so dass klar ist, an wen sie sich im Be-darfsfall wenden können. Da Kompetenzen und Verantwortlichkeiten eindeutig zuge-ordnet sind, sind die Kommunikations- und Koordinationswege der Patientenorgani-sation so kurz wie möglich. Für Patienten und Angehörige sind die Ansprechpartner über die Abteilungen oder den Empfang erreichbar.

Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Das übergeordnete Führungsgremium ist das Direktorium, das seine Führungsauf-gaben regelhaft im Rahmen der Direktoriumssitzungen wahrnimmt. Die Effektivität und Effizienz der Gremien sind durch eine strukturierte Organisation der verantwortli-chen Mitarbeiter und die Anwendung von Managementwerkzeugen (u. a. Nachver-folgung der Umsetzung von Beschlüssen durch Protokollwiedervorlage und Termin-kontrolle) sichergestellt. Neben den Führungsgremien sind Projekt- und Prozessma-nagementstrukturen ebenfalls fest integriert.

Innovation und Wissensmanagement

Bereits im Leitbild verpflichten wir uns zur Förderungen von Innovationen. Darüber hinaus ist es unser Ziel, vorhandenes Wissen den Mitarbeitern zugänglich und ver-fügbar zu machen. Wir haben ein betriebliches Vorschlagswesen etabliert. Angesto-ßene Innovationen werden in unterschiedlich besetzten Projektgruppen weiterentwi-cgelt. Im Rahmen des Aufbaus eines umfassenden Wissensmanagements haben wir bereits eine Vielzahl an Maßnahmen etabliert, z. B. Internet, Intranet, Präsenzbiblio-theken, Zugang zu Online-Datenbanken. Ein wesentliches Ziel der Fort- und Weiter-bildung ist es, in den Bereichen des Hauses Wissen zu erzeugen und bereitzustellen, wodurch Prozesse und Strukturen optimiert und Veränderungen angeregt werden sollen.

Externe Kommunikation

Ziel der Öffentlichkeitsarbeit ist es, die interessierte Öffentlichkeit über Angebote und Leistungen des Hauses zu informieren und eine positive Außendarstellung zu errei-chen.

Die Steuerung der Öffentlichkeitsarbeit orientiert sich an den Vorgaben des Leitbildes der St. Franziskus-Stiftung. Zentrales Steuerungsorgan ist die hauptamtliche Stabsstelle für Unternehmenskommunikation der St. Franziskus-Stiftung. Für den Außenauftritt steht ein von der Stiftung erstelltes Marketinghandbuch zur Verfügung, in dem alle wesentlichen Publikationsformen für in- und externe Kommunikation festgelegt sind.

Es ist ein Mitarbeiter der Verwaltung als Beauftragter für Öffentlichkeitsarbeit benannt. Durch einen regelmäßiger Austausch im Arbeitskreis für Öffentlichkeitsarbeit der Stiftung findet ein permanenter Abgleich der lokalen Marketingmaßnahmen mit Stiftungsvorgaben und -maßnahmen statt.

Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Wir stellen uns externen Beurteilungen, erfassen Risiken und werten diese aus. 2010 wurde ein Meldesystem für Beinahezwisehenfälle (CIRS) eingeführt. In den Fachabteilungen werden regelmäßig Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen durchgeführt. Im Pflegedienst sowie im ärztlichen Dienst werden Komplikationen anhand von Kennzahlen erhoben. Im Verwaltungsbereich runden finanzielle Kennzahlen das Risikomanagement ab. Durch die Umsetzung von verschiedenen Empfehlungen als Maßnahmen (z.B. Einführung einer OP-Checkliste auf Grundlage der Weltgesundheitsorganisation) wird kontinuierlich an der Weiterentwicklung des Risikomanagements gearbeitet.

proCum Cert:

Entwicklung und Pflege einer christlichen Unternehmenskultur

Die Mitarbeiter leisten durch ihre qualifizierte und menschlich zugewandte Arbeit den wichtigsten Beitrag zu einer christlichen Unternehmenskultur. Der christliche Gedanke der Nächstenliebe ist im Leitbild verankert und wird im Klinikalltag gelebt. Sichtbar wird er in zahlreichen Symbolen und Ritualen wie christlichen Veranstaltungen, Kreuze in allen Patientenzimmern, Statue des Heiligen St. Joseph im Eingangsbereich etc. Die Dienstgemeinschaft wird u. a. durch gemeinsame Feiern und Patronatsmessen am Namenstag des Heiligen St. Joseph sowie die Einbeziehung von Mitarbeitern der betreffenden Berufsgruppen und Hierarchien in das Ethikkomitee gefördert. Zudem freuen wir uns, wenn Mitarbeiter die christliche Unternehmenskultur aktiv mit gestalten, z. B. im Rahmen von Gottesdiensten und Messen.

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

Die Identifikation mit dem Leitbild ist eine zwingende Voraussetzung für die Einstellung. Leitende Positionen werden ausschließlich mit Personen besetzt, die sich zu einer christlichen Konfession bekennen. Für die Auswahl von Mitarbeitern der ersten Führungsebene ist die St. Franziskus-Stiftung gemeinsam mit dem Direktorium verantwortlich. Bei der Auswahl werden die Kriterien des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes beachtet.

Soziale Verantwortung, Rücksichtnahme und ethische Sensibilität in der Personalführung

Wir beschäftigen schwer behinderte Mitarbeiter und haben zu deren Interessenvertretung einen Schwerbehindertenbeauftragten ernannt. Bei Mitarbeitern, die die an sie gestellten Anforderungen nicht mehr erfüllen können, ergreifen Vorgesetzte und Kollegen unterstützende Maßnahmen, z. B. Einsatz an einem anderen Arbeitsort innerhalb des Hauses, Begleitung durch das betriebliche Wiedereingliederungsmanagement sowie die Hinzuziehung des Integrationsfachdienstes. Unser christliches Menschenbild äußert sich ferner in der Beschäftigung älterer Mitarbeiter und der Berücksichtigung ihrer besonderen Erfordernisse, u.a. die Möglichkeit der Altersteilzeit.

Besondere Aspekte eines umfassenden Risikomanagements

Unser Ziel ist es, Behandlungsfehlern durch eine systematische Qualitätssicherung vorzubeugen und Risiken frühzeitig zu erkennen. Dazu zählt auch, bislang ärztlich wahrgenommene Tätigkeiten auf andere qualifizierte Berufsgruppen zu übertragen sowie die Pflege von pflegefernen Tätigkeiten zu entlasten, damit beide Disziplinen ausreichend Zeit für ihre eigentliche Aufgabe, die Tätigkeit am Patienten, haben. Es existiert eine Struktur zur Erkennung und Besprechung von (möglichen) Behandlungsfehlern (Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen). Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten erfolgt im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten.

6 Qualitätsmanagement

KTQ:

Organisation

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsstelle der Geschäftsführung zugeordnet. Die Planung und Steuerung der Qualitätsziele obliegt der Projektsteuerungsgruppe, wobei die Umsetzung der Ziele auf den Leitungsebenen erfolgt. Es bestehen Projekt- und Arbeitsgruppen sowie Qualitätszirkel, die zu verschiedenen Themen eingerichtet sind. Interne Visitationen in Form von kollegialen Dialogen und Begehungen dienen als wichtiges Instrument zur Identifikation sowie zum Austausch von Best Practice zwischen den einzelnen Bereichen. Best Practice Lösungen erfolgen ebenfalls auf Stiftungsebene zwischen allen Häusern.

Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Unser Haus hat auf der Basis des Leitbildes ein umfassendes Qualitätsmanagement aufgebaut, welches die Bereiche aktiv mit einbezieht. Die Projektsteuerungsgruppe setzt u.a. Qualitätsziele fest, steuert die Projekt- und Arbeitsgruppen und achtet auf die Einbeziehung aller Bereiche sowie die Weiterentwicklung und Anpassung des Qualitätsmanagement. Eine optimale Patientenversorgung und Wirtschaftlichkeit kann nur durch Identifikation, Analyse und ständige Verbesserung der zugrunde liegenden Prozesse erreicht werden.

Zur Optimierung werden sowohl medizinische und ökonomische Daten sowie Anregungen von Patienten, Mitarbeitern und Kooperationspartnern genutzt, zugrundeliegende Prozesse und Strukturen untersucht, Abläufe angepasst und Kooperationen verbessert.

Patientenbefragung

Eine regelmäßige Überprüfung der Patientenzufriedenheit ist uns wichtig, damit wir kontinuierlich an der Verbesserung der Patientenversorgung arbeiten können. Deswegen führen wir zum einen dauerhaft eine kontinuierliche Patientenbefragung durch, zum anderen finden im Zwei- bis Dreijahresrhythmus episodische Patientenbefragungen statt. Die letzte episodische Patientenbefragung wurde im Frühjahr 2012 von einem externen Institut durchgeführt. Die Auswertungen beider Befragungen helfen uns, weitere Verbesserungspotentiale zu identifizieren.

Befragung externer Einrichtungen

Neben einer erstmalig im Jahr 2012 stattgefundenen Zuweiserbefragung werden die weiterbehandelnden Pflegeeinrichtungen regelmäßig vom Sozialdienst befragt. Weitere hilfreiche Rückmeldungen erhalten wir durch direkte und persönliche Ansprache unter anderem im Rahmen von Chefarztbesuchen in Arztpraxen, ärztlichen Fortbildungen, Teilnahmen an Ärztestammtischen und Gesprächen mit Kooperationspartnern.

Mitarbeiterbefragung

Zufriedene Mitarbeiter tragen positiv zum Genesungsprozess unserer Patienten bei. Aus diesem Grund werden im Dreijahresrhythmus Mitarbeiterbefragungen mit einem externen Institut durchgeführt. Ziel ist es, die Mitarbeiterzufriedenheit zu erfassen und diese durch die Identifikation gezielter Maßnahmen kontinuierlich zu verbessern. Die Ergebnisse werden analysiert und in den Abteilungen vorgestellt.

Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Patienten haben immer die Möglichkeit, Beschwerden und Wünsche zu äußern. Die Bearbeitung erfolgt zeitnah. Durch konstruktive Problemlösungen versuchen wir, die Zufriedenheit zu erhöhen bzw. wiederherzustellen. Unser strukturiertes Beschwerdemanagement bietet neben der persönlichen Ansprache und dem Freitextfeld in der kontinuierlichen Patientenbefragung auch die Beschwerdeäußerung in einem eigens dafür vorgesehenem Formular. Jeder namentlich gekennzeichnete Beschwerdeführer erhält nach Eingang eine Rückmeldung. Durch einen Flyer werden die Patienten und Angehörigen auf die Möglichkeit hingewiesen sich an den Patientenführsprecher zu wenden. Zusätzlich wurde 2013 ein strukturiertes Verfahren bei Mitarbeiterbeschwerden ins Leben gerufen.

Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Qualitätsrelevante Daten werden im Rahmen der ext. Qualitätssicherung nach §137 SGB V erhoben. Zusätzlich werden Qualitätsindikatoren aus Routinedaten genutzt. Im Rahmen von regelmäßigen Quartalsgesprächen werden diese Daten mit den Abteilungen kommuniziert, um Verbesserungspotentiale zu identifizieren und Dokumentationsfehler zu beheben. Verantwortlich sind die Chefarzte der Abteilungen. Das Qualitätsmanagement und das Medizincontrolling betreuen dieses Projekt gemeinsam, die Geschäftsführung ist über die Projektsteuerungsgruppe und die Teilnahme an den Quartalsgesprächen eingebunden. Hier werden auch daraus abzuleitende Ziele festgelegt.

Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Unser Ziel ist es, die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung in das hausinterne Qualitätsmanagementsystem zu integrieren, um Verbesserungen für die Behandlungsqualität und Patientensicherheit ableiten zu können. Zusätzlich zur gesetzlich vorgeschriebenen externen Qualitätssicherung nehmen wir an einem Benchmark mit den anderen Krankenhäusern der St. Franziskus-Stiftung teil. Durch den computer-gestützten Zugriff auf die Daten der Vorjahre können Verbesserungspotentiale erkannt, Ziele formuliert und Strategien zur Optimierung entwickelt werden.

7 Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus

proCum Cert:

Integration der Seelsorge ins Krankenhaus

Die Krankenhausseelsorge ist in die Betriebsorganisation eingebunden, ohne dabei jedoch in ihrer Selbständigkeit eingeschränkt zu sein. Wir haben eine evangelische und eine katholische Seelsorgerin beschäftigt. Beide sind zu festen Zeiten im Haus und zudem per Telefon erreichbar. Auf Trägerebene waren unsere Seelsorgerinnen an der Erarbeitung des einrichtungsübergreifenden Seelsorgekonzeptes beteiligt. Aus dem internen Seelsorgekonzept ergibt sich die Organisation und Struktur der Seelsorge.

Auch hausintern haben sie Einfluss auf wichtige Elemente unserer Unternehmenskultur. Z. B. zeigten beide aktives Engagement bei der Erarbeitung von Leitlinien im Rahmen der Sterbekultur und wirken im hauseigenen Ethikkomitee mit.

Strukturelle Rahmenbedingungen und Organisation der Seelsorge

Für seelsorgerische Gespräche stehen ausreichend Räumlichkeiten zur Verfügung. Neben den eigenen Büros können für sensible Gespräche auch Aufenthaltsräume, Arztzimmer und Besprechungsräume sowie die Kapelle genutzt werden. Beide Seelsorgerinnen verfügen über eine hohe fachliche Qualifikation und bilden sich auf ihrem Themengebiet kontinuierlich fort.

Angebote der Seelsorge

Im Seelsorgekonzept sind die Zuständigkeiten und Aufgaben der Krankenhausseelsorge definiert. Neben Gesprächsangeboten für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter nehmen die Seelsorgerinnen auch an interprofessionellen Besprechungen, insbesondere auf der Palliativstation, teil. Des Weiteren umfasst das Angebot u. a. evangelische und katholische Gottesdienste, Sondergottesdienste sowie ökumenische Andachten und die Gestaltung des Krankenhausalltags (z. B. gemeinsame Spaziergänge mit Patienten). Ebenfalls bietet die Seelsorge anlassbezogen sogenannte „Atempausen“ für Mitarbeiter an.

Verbindung und Zusammenarbeit mit Kirchengemeinden

Wir wollen die Patienten dabei unterstützen, die Verbindung zu ihrer Gemeinde auch während des stationären Aufenthaltes aufrecht zu erhalten. Hierfür pflegen wir aktiv die Beziehungen zu Kirchengemeinden und -gruppen, z. B. nimmt die evangelische Seelsorgerin an der monatlichen Pfarrdiakonen-Konferenz der evangelischen Gemeinden, die katholische Seelsorgerin am monatlichen „Dies communis“-Treffen der im pastoralen Dienst Beschäftigten teil. Ein ehrenamtlicher Besuchsdienst, der von der örtlichen Gemeinde der katholischen Kirche unterhalten wird, kommt einmal pro Woche ins Krankenhaus.

8 Verantwortung gegenüber der Gesellschaft

proCum Cert:

Übernahme von Verantwortung für Ausbildung

„Junge Menschen lassen wir an unserem Wissen und unserer beruflichen Erfahrung teilhaben, um ihnen den Weg in das berufliche Leben zu eröffnen.“ Bereits im Leitbild verpflichten wir uns zur Ausbildung. An unserem Haus ist eine staatlich anerkannte Krankenpflegeschule angegliedert, an der junge Menschen zu Gesundheits- und Krankenpflegern ausgebildet werden. Daneben beteiligen wir uns an der Ausbildung von Operationstechnischen Assistenten, Anästhesietechnischen Assistenten, Rettungsassistenten, Medizinstudenten, Seefahrerschülern und Altenpflegeschülern. Im Rahmen der Ausbildung werden den Schülern auch christliche Inhalte vermittelt.

Förderung ehrenamtlichen bzw. bürgerschaftlichen Engagements

Unser Ziel ist es, durch die Gewinnung ehrenamtlicher Unterstützung die Patientenversorgung zu verbessern. Wir pflegen eine enge Zusammenarbeit mit dem Bremerhavener Palliativverein e.V. und dem Verein „Leben mit Krebs“ e. V., der Patienten auf ehrenamtlicher Basis sowohl zu Hause als auch im Krankenhaus betreut. Auch ein ehrenamtlicher katholischer Besuchsdienst ist bei uns tätig. Darüber hinaus sind ehrenamtliche Mitarbeiter auf der Palliativstation aktiv.

9 Trägerverantwortung

proCum Cert:

Vorgaben und Beiträge zur Strategie

Unser Träger, die St. Franziskus-Stiftung, legt großen Wert auf die explizite Ausgestaltung seines christlichen Unternehmensprofils und formuliert entsprechende strategische Vorgaben wie z. B. Leitbild, Zukunftsorientierung und Weiterentwicklung. Um allen Versorgungsanforderungen gerecht zu werden, bestehen zwischen den Einrichtungen der Stiftung enge Kooperationen. Auch stiftungseigene Unternehmen, z. B. im Bereich des ganzheitlichen Gebäudemanagements (Facilitymanagements) die Firma FAC'T, sind Teil der Strategie. Neben diesen übergeordneten Strukturen treiben wir die regionale Vernetzung weiter voran, z. B. durch die Bildung medizinischer Kompetenzzentren.

Vorgaben für die Unternehmensführung

Die Stiftung führt die einzelnen Häuser jeweils als selbständige GmbH. Damit sind wir wirtschaftlich unabhängig und selbst verantwortlich. Das operative Geschäft wird eigenverantwortlich vom Direktorium übernommen, strategische Entscheidungen wie Personal- und Qualitätsmanagement entwickeln wir gemeinsam mit dem Träger. Es besteht eine vom Träger verbindlich erlassene Satzung für das Direktorium und den Geschäftsführer; zusätzlich werden zwischen Direktorium und Träger Zielvereinbarungsgespräche geführt.

Personalverantwortung

Im Leitbild sind die Grundsätze der Führung und die Anforderungen an Führungskräfte definiert. Neben der fachlichen Qualifikation wird der Sozialkompetenz eine hohe Bedeutung beigemessen. Auf die Zugehörigkeit zur katholischen oder evangelischen Kirche wird geachtet; eine gelebte Christlichkeit wird erwartet. Führungskräften werden spezielle Fort- und Weiterbildungsangebote unterbreitet. Auch die Freistellung für Exerzitien ist möglich.

Wahrnehmung der Aufsichtsverantwortung

Neben dem Stiftungsvorstand, der die operative Aufsichtsverantwortung übernimmt, liegt die Gesamtaufsicht bei der Gesellschafterversammlung. Gesellschafter sind zu 51 % die St. Franziskus-Stiftung, zu 49 % der Verein St. Joseph-Hospital e. V. Die Gesellschafterversammlung tagt quartalsweise. Sie entscheidet über relevante Maßnahmen und erfüllt die im Gesellschaftsvertrag definierten Aufgaben, u. a. die Genehmigung des Wirtschafts- und Investitionsplans und Personalentscheidungen für leitende Mitarbeiter. Eine kurze und direkte Kommunikation zwischen dem Stiftungsvorstand und unserem Direktorium ist zusätzlich dadurch sichergestellt, dass der Vorstandsvorsitzende der St. Franziskus-Stiftung gleichzeitig Mitgeschäftsführer unseres Krankenhauses ist.