



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen



Krankenhaus der
Barmherzigen Brüder Trier

proCum Cert-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 6.0_2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder
Institutionskennzeichen:	260720045
Anschrift:	Nordallee 1 54292 Trier
Ist zertifiziert nach proCum Cert inklusive KTQ[®] mit der Zertifikatnummer:	2015-TRIE-11-K-002001
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft, Frankfurt am Main
Gültig vom:	21.01.2016
 bis:	20.01.2019
Zertifiziert seit:	21.01.2004

Inhaltsverzeichnis

<i>Vorwort der proCum Cert</i>	3
Vorwort der KTQ®	4
Vorwort der Einrichtung	6
Die Kategorien	7
1 Patientenorientierung	8
2 Mitarbeiterorientierung	13
3 Sicherheit	16
4 Informations- und Kommunikationswesen	18
5 Führung.....	20
6 Qualitätsmanagement	23
7 Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus	25
8 Verantwortung gegenüber der Gesellschaft	26
9 Trägerverantwortung.....	27

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.

Hedwig Semmusch

Geschäftsführung
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) 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® 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.

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

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren[®] gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Krankenhausbereiche überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Mit dem KTQ-Qualitätsbericht werden umfangreiche, durch die Fremdbewertung validierte, Informationen über das betreffende Krankenhaus in standardisierter Form veröffentlicht.

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009/2. 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 **Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Trier** 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 abrufbar.

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung

Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier ist eine Einrichtung der BBT Gruppe, die sowohl die Qualitätspolitik als auch Qualitätsziele für alle trügereigenen Einrichtungen und Beteiligungsgesellschaften seit Jahren aktiv mitgestaltet und übergeordnete wesentliche Qualitätsziele festlegt.

Die Qualitätsziele und Qualitätsmaßnahmen des Trägers bilden die Grundlage für die Formulierung der Qualitätsziele und Maßnahmen des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Trier und sind wichtiger Bestandteil der zur Strategieentwicklung genutzten Balance Score Card. Diese wird in regelmäßig stattfindenden Dialogforen zwischen der Geschäftsführung und dem Direktorium abgestimmt und verbindlich festgelegt.

Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Als Krankenhaus der Schwerpunktversorgung und eines von fünf Notfallmedizinischen Zentren in Rheinland-Pfalz verfügt das Haus in der Versorgungsregion Trier über 612 Planbetten in 15 medizinischen Fachabteilungen.

In medizinischen Kompetenzzentren arbeiten Mediziner und Pflegefachkräfte aus verschiedenen Fachbereichen Hand in Hand. Die Kompetenzzentren entsprechen unserem ganzheitlichen Behandlungs- und Betreuungsansatz.

Folgende Zentren wurden aufgebaut und sind etabliert:

- Zentrum für Notaufnahme mit zertifizierter Chest Pain Unit und überregionales Traumazentrum
- Zentrum für Radiologie, Neuroradiologie, Sonographie und Nuklearmedizin
- Zentrum für Gefäßmedizin, zertifiziert nach den Vorgaben der deutschen Gesellschaft für Gefäßmedizin, der deutschen Gesellschaft für Radiologie und der deutschen Gesellschaft für Angiologie
- Zentrum für Augenheilkunde
- Shunt Zentrum
- Zentrum für Hypertonie
- Wirbelsäulenzentrum
- Moselzentrum für Kontinenz
- Dienstleistungszentrum OP
- EndoProthesenZentrum der Maximalversorgung

Die Versorgung onkologischer Patienten erfolgt im Onkologischen Zentrum unseres Hauses, welches über ein Darmzentrum, ein Prostatakarzinomzentrum, ein Lungenkrebszentrum, ein Uroonkologisches Zentrum sowie ein Hirntumorzentrum verfügt. Diese Zentren sind alle nach den hohen Anforderungen an die Behandlungs- und Strukturqualität der Deutschen Krebsgesellschaft durch Onkoert zertifiziert, bzw. Re-zertifiziert.

Die Gesamteinrichtung ist seit 2004 durchgängig pCC/KTQ® zertifiziert und darüber hinaus liegen mehrere Zertifizierungen für Teilbereiche z.B. Stroke Unit, Nephrologische Schwerpunktambulanz und Apotheke vor.

In 2015 wurden im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier von rund 2.450 Mitarbeitern ca. 27.500 Patienten stationär versorgt.

Die Kategorien

1 Patientenorientierung

KTQ:

1.1 Rahmenbedingung der Patientenversorgung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier ist zentral im Stadtgebiet gelegen und mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar. Für Patienten, Besucher und Angehörige steht ausreichender Parkraum zur Verfügung. Einbestellung, Terminvergabe sowie die Information der Patienten zum Aufnahmeverfahren erfolgen durch die behandelnden Fachabteilungen unter Berücksichtigung der Patientenwünsche. In der Patientenaufnahme erfolgt die administrative Aufnahme der Patienten durch qualifiziertes Personal. Danach werden die Patienten in die Stationen oder Bereiche weitergeleitet und wenn erforderlich dorthin begleitet.

1.1.2 Leitlinien

In den Fachabteilungen wird ein breites Therapiespektrum angeboten. Interne Leitlinien, Standards und Behandlungspfade, unter Berücksichtigung der Vorgaben der Fachgesellschaften, liegen vor und unterstützen die hochwertige und umfassende Versorgung der Patienten. Die Nationalen Expertenstandards in der Pflege werden berücksichtigt.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

In unmittelbarer Nähe des Haupteinganges befindet sich die Rezeption, deren Mitarbeiter den Patienten, Angehörigen und Besuchern rund um die Uhr unterstützend zur Verfügung stehen. Im Klinikbereich ist ein Wegeleitsystem vorhanden. Zur Orientierung außerhalb des Hauptgebäudes werden zusätzlich Übersichtspläne ausgehängt. An den Eingängen stehen Rollstühle und Gepäckwagen zur Verfügung. Der Weg zum Zentrum für Notfallaufnahme ist im Wegeleitsystem besonders hervorgehoben.

1.1.4 Service, Essen und Trinken

Die Gebäude der Versorgungseinheiten des Brüderkrankenhauses sind in eine gepflegte und während des Tages geöffnete Parkanlage eingebettet. Die Stationen sind bis auf wenige Ausnahmen modernisiert und patientenorientiert ausgestattet. Alle Zimmer der Normalstationen verfügen über TV und Telefon. Die Besuchszeiten sind mit Ausnahme der Intensivbereiche offen und werden flexibel gehandhabt.

Die Mitarbeiter tragen einen Ausweis mit Lichtbild, Namen und Funktion. Patienten, Angehörigen und Besuchern stehen zahlreiche Angebote an Räumen und Serviceleistungen zur Verfügung.

Die Speisenversorgung erfolgt durch die neue moderne Großküche des Krankenhauses. Ein Essensverteilungsplan sorgt für eine zügige, abgestimmte Stationsbelieferung mit warmem Essen. In der Verantwortung des Pflegedienstes wird auf den Umfang der Nahrungsaufnahme geachtet. Die Patienten haben die Möglichkeit zwischen verschiedenen Hauptmenüs zu wählen und Beilagen individuell zusammenzustellen. Kulturelle und religiöse Bedarfe können dabei berücksichtigt werden. Zur Ernährungsberatung stehen Diätassistentinnen zur Verfügung. Für bestimmte Krankheitsbilder, die der besonderen Ernährung bedürfen, werden Schulungen für die Patienten angeboten.

1.1.5 Kooperationen

Die Behandlung der Patienten erfolgt in Kooperation mit den Beteiligten der Patientenversorgung. Für die Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen Versorgung besteht eine Zusammenarbeit mit internen sowie externen Kooperationspartnern. Eine besonders enge Zusammenarbeit erfolgt in den etablierten Zentren.

1.2 Notaufnahme

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Zur Versorgung von medizinischen Notfällen steht das Zentrum für Notaufnahme rund um die Uhr zur Verfügung. Nach der Ersteinschätzung wird über die weitere medizinische und pflegerische Versorgung entschieden. Das Brüderkrankenhaus ist Notfallmedizinisches Zentrum des Landes Rheinland-Pfalz und überregionales Trauma-Zentrum. Die Berufsgenossenschaftliche Zulassung zur Schwerverletztenversorgung liegt vor. Es besteht eine gute und intensive Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst. Die ärztliche Besetzung des Notarztwagens der Berufsfeuerwehr der Stadt Trier erfolgt mit Ärzten der Anästhesie Abteilung des Brüderkrankenhauses. Die Aufnahme von Notfallpatienten erfolgt ausschließlich über das Zentrum für Notaufnahme.

Eine zeitnahe qualifizierte ärztliche und pflegerische Aufnahmeuntersuchung erfolgt bei allen Patienten. Dafür stehen in einigen Abteilungen eigens eingerichtete Aufnahmezimmer zur Verfügung. In den Stationen werden die Patienten teilweise gemeinsam ärztlich und pflegerisch unter Wahrung der Privat- und Intimsphäre aufgenommen. Bei der Aufnahme der Patienten erfolgt eine Sichtung vorhandener und mitgebrachter Vorbefunde. Dabei werden vorhandene elektronische Befunde sowie archivierte Patientenakten bei Ersteinschätzung und Therapieplanung berücksichtigt. Der Facharztstandard ist durch Anwesenheits- und Rufdienste gewährleistet. Beim Erstkontakt wird darauf geachtet, dass die Patienten die relevanten Informationen zum Behandlungs- und Tagesablauf erhalten. Die Information des Patienten wird durch Broschüren und Flyer unterstützt.

1.3 Ambulante Versorgung

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung/ 1.3.2 Ambulante Operationen

Ambulante Behandlungen erfolgen in den Fachabteilungen in Abhängigkeit der vorliegenden Ermächtigungen durch die Kassenärztliche Vereinigung.

Ambulante Operationen erfolgen in Organisation und Koordination durch das Dienstleistungszentrum OP. Die Fachabteilungen planen im Vorfeld ihre Eingriffe entsprechend der zur Verfügung stehenden OP-Kapazitäten ein. Vor- und Nachbetreuung erfolgen in einer eigenen Station, die postoperative Überwachung erfolgt zunächst im Aufwachraum.

Die einzelnen Fachabteilungen orientieren sich an den geltenden Leitlinien der Fachgesellschaften. Der Facharztstandard ist bei der Durchführung ambulanter Operationen sichergestellt. Erforderliche Voruntersuchungen werden im Vorfeld der Operation durchgeführt.

Jeder ambulant operierte Patient wird von einem Facharzt der behandelnden Abteilung sowie einem Anästhesisten abschließend vor der Entlassung untersucht.

Zur Sicherstellung der Weiterversorgung nach der Entlassung werden dem Patienten alle relevanten Informationen mitgegeben.

1.4 Stationäre Versorgung

1.4.1 Stationäre Versorgung, Diagnostik und Behandlungsplanung

Es erfolgt eine strukturierte Anamnese der medizinischen, sozialen und psychischen Situation des Patienten zur individuellen Behandlungsplanung. Die Dokumentation erfolgt auf abteilungsspezifischen Vordrucken und Formularen, zum Teil direkt elektronisch im Krankenhausinformationssystem. Durch den aufnehmenden Arzt erfolgt die erste Festlegung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen. Gemeinsam mit einem Facharzt wird der Behandlungsprozess für jeden Patienten individuell nach seiner Erkrankung und seinen Ressourcen festgelegt. Mit dem Ziel der ständigen Überprüfung und Anpassung finden tägliche Visiten, die Auswertung von Untersuchungsergebnissen und der Austausch der am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen statt. Die medizinische Verantwortung obliegt dem Chefarzt. Durch den Ärztlichen Dienst werden die erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen angeordnet. Die Koordination erfolgt durch die Mitarbeiter des Pflegedienstes.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Bereits im Aufnahmegespräch (ärztlich und pflegerisch) und während der gesamten Behandlung erfolgt die Abstimmung von diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen mit den Patienten. Dabei stehen für viele Untersuchungen und Behandlungsmaßnahmen Informationsmaterialien (Aufklärungsbögen, Broschüren, Videos) zur Verfügung. Vertrauliche Gespräche, auf Wunsch des Patienten mit Einbezug der Angehörigen, erfolgen in geschützter Atmosphäre. Bei schwerst- und chronisch Kranken ist uns die ganzheitliche Betreuung besonders wichtig. Schmerzambulanz und -therapie werden durch die Anästhesieabteilung wahrgenommen. Der Facharztstandard ist gewährleistet.

Zertifizierte medizinische Zentren wie das Onkologische Zentrum mit Darm-, Prostatakarzinom-, Lungenkrebs- und Gefäßzentrum sowie z.B. das Endoprothesenzentrum der Maximalversorgung sind etabliert. In den diagnostisch/therapeutischen Abteilungen stehen hochwertige medizinisch technische Ausstattungen und Geräte zur Verfügung. Die Bereitstellung der Medikamente erfolgt durch die eigene Apotheke. Notfalldepots für spezielle Medikamente sind eingerichtet.

Für viele diagnostische und therapeutische Maßnahmen liegen in den med. Fachabteilungen sowie im Pflegedienst Verfahrensanweisungen, Standards und Prozessbeschreibungen vor. Aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse und gesetzlich geforderte Vorgaben werden berücksichtigt. Abteilungsübergreifende Regelungen z. B. Hygienerichtlinien, Bluthandbuch, usw. sind vorhanden. Die gültigen internen Regelungen sind im Intranet für die Mitarbeiter einsehbar.

Die notwendigen Absprachen zur Koordination des Behandlungsprozesses finden in einer ausgeprägten Regelkommunikation (z.B. Abteilungs-, Team- und Röntgenbesprechungen, Schmerzkonferenzen

usw.) statt. Ein Konsilwesen ist etabliert. Darüber hinaus werden erforderliche Maßnahmen auch individuell vereinbart und abgesprochen. Mitarbeiter der Seelsorge, des Fachpsychologischen Zentrums, der Physiotherapie und der Abteilung für Soziale Beratung und Betreuung werden bei Bedarf in den Behandlungsablauf integriert.

1.4.3 Operative Verfahren

Für das Dienstleistungszentrum OP regelt eine Geschäftsordnung den OP-Betrieb. Ein Leitungsteam, bestehend aus Ärztlichem und Pflegerischem Leiter, koordiniert den OP-Betrieb. Die erforderlichen Saalkapazitäten und Ressourcen sind den Fachabteilungen zugeteilt. Notfalleingriffe werden je nach Dringlichkeit in den geplanten Ablauf integriert mit der Zielsetzung geplante Termine einzuhalten. Eine Operationsbereitschaft für die Besetzung von mindestens zwei OP Sälen wird rund um die Uhr vorgehalten.

1.4.4 Visite

Die Regelungen zur Durchführung der Visiten sind in den Stationsordnungen festgelegt. Wochentags erfolgt für jeden Patienten eine Visite durch den Stationsarzt, am Wochenende durch den diensthabenden Arzt, einmal wöchentlich eine Chefarztvisite. Die Visiten werden gemeinsam von Ärzten und Pflegekräften durchgeführt. Bei Bedarf nehmen z. B. Physiotherapeuten oder weitere Berufsgruppen an den Visiten teil. Vor der Visite am Bett erfolgt eine Kurvenvisite. Die Integration der Patienten steht im Vordergrund. Im Intensivbereich finden täglich mehrere Visiten statt.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Die Planung und Indikationsstellung erfolgt in den Fachabteilungen in Absprache mit weiteren beteiligten Fachabteilungen, z. B. der Anästhesie unter Beachtung von Standards und Leitlinien. Die Organisation der prä- und poststationären Versorgung sowie der teilstationären Versorgung im Bereich der Dialyse ist abteilungsspezifisch geregelt. Verantwortlich für die Planung und den organisatorischen Ablauf ist die primär versorgende Fachabteilung.

Für die Durchführung der teil-, prä- und poststationären Versorgung gelten die gleichen Vorgaben und Regelungen hinsichtlich der Komplikationsprophylaxe, der Abstimmung mit weiterversorgenden Einrichtungen wie bei der stationären Versorgung.

Die Information von Patienten und Angehörigen erfolgt durch die Fachabteilung. Informationsmaterialien werden zur Verfügung gestellt.

Die Information an weiterversorgende Einrichtungen erfolgt über einen Arztbrief und ggf. einen Überleitungsbogen. Ein Austausch erfolgt gegebenenfalls im telefonischen Kontakt. Für häufige teilstationäre Versorgungen sind mit den ambulant tätigen Ärzten Absprachen getroffen.

1.5 Übergang in andere Bereiche

1.5.1 Entlassung / 1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Das Entlassungsmanagement ist in einer Prozessbeschreibung gemäß dem Nationalen Expertenstandard Entlassung für alle Abteilungen verbindlich geregelt und festgeschrieben. Die Einbindung der Angehörigen erfolgt individuell und auf Wunsch des Patienten. Die Abteilung für Soziale Beratung und Betreuung, der die Pflegeüberleitung zugeordnet ist, ist in das Entlassungsmanagement integriert. Bei Entlassung oder Verlegung erfolgt eine enge Kooperation mit nachsorgenden ambulanten und stationären Pflegediensten und Einrichtungen. Patienten und Angehörige werden frühzeitig in die Gespräche und Planungen integriert. Auf Wunsch wird der Kontakt zu Selbsthilfegruppen und Vereinen hergestellt. Als zentrale koordinierende Stelle fungiert das Patienteninformationszentrum. Rückfragen bzw. Wiedervorstellung in der Klinik sind jederzeit möglich.

Die Bereitstellung kompletter Informationen innerhalb des Bräuderkrankenhauses erfolgt durch Übergabegespräche sowie durch die Mitgabe der Patientendokumentation im Optiplansystem und Krankenhausinformationssystem. Bei der Verlegung bzw. Entlassung der Patienten erfolgt die Weitergabe der erforderlichen Daten und Informationen durch Arztbrief, Pflegeüberleitungsbogen bzw. Befundkopien.

1.6 Sterben und Tod

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Die Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen gehört nach unserem christlichen Selbstverständnis zu den zentralen Aufgaben unseres Hauses. Unterstützung und Handlungsanweisung finden sich im Leitfaden Sterbebegleitung sowie dem Seelsorgekonzept. Zur Begleitung sterbender Patienten schaffen wir entsprechende würdevolle Rahmenbedingungen und binden die Angehörigen mit ein. Die Angehörigen haben die Möglichkeit beim Patienten zu bleiben oder im Gästehaus untergebracht zu werden, um in der Nähe zu sein.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Der würdevolle und respektvolle Umgang mit Verstorbenen ist ein wesentlicher Ausdruck unserer christlichen Werthaltung. Ihre Angehörigen erhalten ausreichend Zeit, um Abschied zu nehmen. Zur Unterstützung der Mitarbeiter beim Umgang und der Versorgung verstorbener Patienten sind verschiedene Vorgaben und Standards vorhanden.

Die Angehörigen werden auf Wunsch in ihrer Trauerarbeit durch Mitarbeiter der Seelsorge begleitet. Auch Bräuche und Vorschriften von nicht-christlichen Religionen werden, soweit dies möglich ist, unterstützt. Auf Wunsch wird der Kontakt zu Vertretern dieser Religionsgemeinschaften hergestellt.

proCum Cert:

1.A.1 Besondere Zuwendung und Präsenz für Patienten gewährleisten

Patienten wird auf Wunsch der Besuch eines Gottesdienstes oder der Klosterkirche ermöglicht. Für die Patienten besteht die Möglichkeit die Kommunion auch in ihren Krankenzimmern zu empfangen. In den letzten Jahren wurde bei der Neugestaltung der Patientenzimmer, der Wartezonen und den Funktionsräumen besonderer Wert auf eine den Bedürfnissen und Erwartungen der Patienten gerichtete Gestaltung gelegt.

Ehrenamtliche Mitarbeiter unterstützen die Versorgung der Patienten. Sie tun dies indem sie für die Patienten eine begleitende und betreuende Funktion wahrnehmen. Diese reicht von der Begleitung der Patienten zur Station, bis zur Erledigung von Einkäufen und Botengängen.

1.A.2 Berücksichtigung der spirituellen bzw. religiösen Dimension von Krankheit und Krankheitsbewältigung

Neben den Patientenzimmern und Funktionsräumen bietet das Brüderkrankenhaus eine Vielzahl von besonderen Räumen und Angeboten: Schulungs- und Konferenzräume, Cafeteria, Bibliothek sowie eine großzügige Parkanlage. Die Klosterkirche und die Maria-Hilf Kapelle stehen für Patienten, Angehörige, Mitarbeiter und Besucher als Räume der Stille zur Verfügung. Verschiedene Veranstaltungen zu medizinischen und anderen Themen werden angeboten. Der Verein Kunst und Kultur veranstaltet ganzjährig Ausstellungen, Konzerte und Lesungen.

1.A.3 Sensibilität und Respekt für Patienten mit nicht christlichem kulturellen und religiösen Hintergrund

In den Aussagen unserer Grundsätze und Leitlinien sind für die Mitarbeiter verbindliche Vorgaben formuliert, die den Umgang mit allen Menschen unabhängig von Religion und Nationalität beschreiben. Die seelsorgerische Begleitung erfolgt durch die Mitarbeiter des Seelsorgeteams unabhängig von der Religionszugehörigkeit der Patienten. Auf Wunsch wird der Kontakt zu Vertretern anderer Religionsgemeinschaften hergestellt. Bei der Speisenversorgung wird den religiösen und kulturellen Wünschen der Patienten Rechnung getragen.

1.A.4 Behandlung und Betreuung von besonderen Personengruppen

Die Integration der Mitarbeiter des Seelsorgeteams in den Behandlungsprozess erfolgt in allen Bereichen des Krankenhauses. Die Seelsorge stellt sich in den Bereichen und Stationen vor und das Seelsorgeangebot wird in Broschüren und Aushängen bekannt gemacht. Ein Seelsorgekonzept regelt die Arbeit der Seelsorger. Besonderer Schwerpunkt ist die Begleitung der Patienten in den Intensivstationen und der Onkologie sowie deren Angehörige.

Mitarbeiter im direkten Patientenkontakt werden zu Themen der Kommunikation und Gesprächsführung geschult. Die Mitarbeiter der Information sind im Patienten- und Kundenkontakt besonders geschult.

1.A.5 Berücksichtigung der besonderen Erfordernisse bei der Behandlung von Kindern

Die Versorgung von Kindern wird in wenigen Fachabteilungen ermöglicht. Dabei wird auf die Einbeziehung der Eltern in den Behandlungsprozess sehr viel Wert gelegt. Eltern können ihre Kinder bis zum OP begleiten.

Besonderer Wert wird auf die kindgerechte Information zu bevorstehenden operativen Verfahren gelegt. Eltern haben die Möglichkeit im Patientenzimmer bei dem Kind oder in Zimmern des Gästehauses zu übernachten.

1.A.6 Sicherstellung einer Weiterbetreuung von Palliativpatienten

Für die Überleitung von schwerstkranken und palliativen Patienten stehen die Mitarbeiter der Abteilung für Soziale Beratung und Betreuung zur Verfügung. Die Vorbereitungen einer Überleitung bzw. Verlegung werden in Absprache zwischen dem ärztlichen und pflegerischen Dienst unter Einbezug der weiterversorgenden Einrichtung getroffen. Zu den weiterversorgenden Einrichtungen bestehen Kontakte und Kooperationen. Das Brüderkrankenhaus ist Mitgesellschafter des Hospizvereins Trier und unterstützt die stationäre Palliativversorgung.

2 Mitarbeiterorientierung

KTQ:

2.1 Personalplanung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Die Kontinuität der Patientenbehandlung wird durch die Bereitstellung entsprechend qualifizierten Personals sichergestellt. Dies erfolgt unter Berücksichtigung des genehmigten Wirtschaftsplanes. Zur Besetzung im Pflegebereich werden zur Personalplanung die Anhaltszahlen der Pflegepersonal-Regelung zugrunde gelegt. Veränderungen oder die Ausweitung des Leistungsangebotes werden bei der Personalbedarfsplanung berücksichtigt. Monatliche Überprüfungen dienen der frühzeitigen Erkennung von Abweichungen und ermöglichen ein zeitnahes Reagieren. Das Ausschreibungs- und Bewerberauswahlverfahren für neue Mitarbeiter ist festgelegt.

2.2 Personalentwicklung

2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Die Geschäftsordnung des Trägers für Direktionen bildet die Verantwortlichkeiten für die Personalentwicklung in den Einrichtungen ab.

Ein Personalentwicklungskonzept liegt für die Mitarbeiter und Berufsgruppen vor. Führungskräfte werden regelmäßig in Führungskräfteworkshops geschult. Ein modulares Fortbildungsangebot für Führungskräfte der mittleren Führungsebene wurde entwickelt und wird zur Weiterentwicklung des Führungsnachwuchses umgesetzt. Ein Kompetenzmodell wurde entwickelt und bildet Funktions- und Anforderungsprofile für verschiedene Stellen/ Funktionen im BKT ab.

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Alle neuen Mitarbeiter werden im Rahmen von Einführungstagen in die Dienstgemeinschaft eingeführt. Die Mitglieder der Krankenhausleitung und weitere Mitarbeiter aus verschiedenen Abteilungen, Bereichen und der Mitarbeitervertretung stellen sich vor. Wichtige Informationen über die Einrichtung und die Organisation werden weitergegeben mit der Zielsetzung des gegenseitigen Kennenlernens und als Hilfestellung.

Für die Mitarbeiter des Pflegedienstes und des Ärztlichen Dienstes erfolgt die Einführung in Organisation und Struktur an einem weiteren Einführungstag.

Einarbeitungsstandards liegen im Rahmen eines Einarbeitungskonzeptes vor. Mentoren unterstützen die Mitarbeiter in den jeweiligen Arbeitsbereichen. Strukturierte Gespräche zu festgelegten Zeiträumen der Einarbeitungsphase zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern dienen zur Überprüfung des Einarbeitungsprozesses.

2.2.3 Ausbildung

Das Bildungsinstitut für Gesundheitsfachberufe ist für die Organisation und Durchführung der Krankenpflege- und Physiotherapieausbildung sowie den pflegerischen Fachweiterbildungen verantwortlich. Alle Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen finden nach aktuellen Lehrplänen unter Berücksichtigung der geltenden gesetzlichen Vorgaben statt. Mit mehreren Einrichtungen der Region bestehen Kooperationen zur Durchführung verschiedener Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen. Zur Sicherstellung des Lernerfolges und der praktischen Begleitung dienen der Einsatz von Mentoren und Praxisanleitern und das Führen von Schülerhandbüchern.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Ein sich am genehmigten Wirtschaftsplan orientierendes Fortbildungsbudget ist festgelegt. Für den Bereich des Pflege- und Funktionsdienstes gibt es ein Fort- und Weiterbildungskonzept als Grundlage für die Planung. Die Fortbildungsbudgets der medizinischen Fachabteilungen werden durch den jeweiligen Chefarzt gesteuert, Fortbildungsbeauftragte sind benannt. Strategische Fort- und Weiterbildungen, z. B. Führungskräfte trainings und Stationsleiterlehrgänge werden unter Berücksichtigung des Budgets genehmigt und durchgeführt.

Die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist in einem Antrags- und Genehmigungsverfahren geregelt. Grundsätzlich kommen die Regelungen der Arbeitsvertragsrichtlinien der Caritas zur Anwendung. Intern werden im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung bedarfsorientierte Qualifizierungsmaßnahmen angeboten.

Im Bräuerkrankenhaus stehen für Fort- und Weiterbildungen eine angemessene Anzahl von Räumen mit entsprechender Größe und Ausstattung sowie den erforderlichen Medien zur Verfügung.

Eine Grundausstattung an Fachliteratur wird in den Fachabteilungen und Bereichen vorgehalten und steht den Mitarbeitern zur Verfügung.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Der integrative, mitarbeiterorientierte Führungsstil des Hauses leitet sich aus den Grundsätzen und Leitlinien des Trägers ab und ist in der Geschäftsordnung für die Direktorien festgeschrieben. Durch spezielle, auf die Wahrnehmung der Führungsaufgaben abgestimmte Seminare und Schulungen z. B. Kommunikation und Führung, Führen mit Zielen werden Führungskräfte bei der Umsetzung der Vorgaben unterstützt. Der Einbezug und die Beteiligung der Mitarbeiter wird durch Motivation zur Projektarbeit und die Struktur des PRIMA (Professionelles Ideen Managements) deutlich.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Die Erfassung und Überprüfung hinsichtlich der Einhaltung der gesetzlich und tariflich geregelten Arbeitszeiten erfolgt durch die Umsetzung der Vorgaben aus der Dienstvereinbarung zwischen Mitarbeitervertretung und Krankenhausleitung. Ein elektronisches Zeitwirtschaftssystem ist eingeführt. Den Mitarbeitern wird eine Flexibilisierung der Dienst- und Anwesenheitszeiten unter Berücksichtigung der sichergestellten Patientenversorgung ermöglicht.

2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Auf der Basis einer seit 1996 bestehenden Dienstvereinbarung zum Betrieblichen Vorschlagswesen wurde eine Trägerrichtlinie entwickelt, die den Umgang mit Mitarbeiterideen nach einem Vorgesetztenmodell für die Mitarbeiter der BBT Gruppe regelt. Das Konzept nennt sich PRIMA. In PRIMA ist eine Online-Bearbeitung der Ideen auf Datenbankbasis möglich. Darüber hinaus gibt es für Mitarbeiterbeschwerden und -wünsche die Möglichkeit sich an die Mitarbeitervertretung zu wenden. Die Mitarbeitervertretung hat Sprechstunden eingerichtet.

proCum Cert:

2.A.1 Wahrnehmung der Fürsorgepflicht für die Mitarbeiter

Aus unserem christlichen Selbstverständnis und als zukunftsorientierter Arbeitgeber ist uns die Zufriedenheit unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wichtig. Mit zielgerichteten familienfreundlichen Angeboten wollen wir unseren Teil dazu beitragen, dass sich Beruf und Familie im Alltag besser miteinander vereinbaren lassen. Seit 1994 sind wir Mitglied im "Deutschen Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser" (DNGfK).

Ein Steuerkreis zur Gesundheitsförderung wurde eingerichtet mit der Zielsetzung geeignete Maßnahmen zur Gesunderhaltung zu entwickeln und zu koordinieren.

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

Die vorgegebenen rechtlichen Rahmenbedingungen bestimmen im Wesentlichen den Umfang der Zusammenarbeit zwischen Hausleitung und Mitarbeitervertretung. Eine Regelkommunikation zwischen Mitarbeitervertretung und Hausleitung ist etabliert. Weitere Strukturen wie beispielsweise die Mitarbeiterversammlung oder der Neujahrsempfang werden dazu genutzt die Mitarbeiter über anstehende Maßnahmen und strategische Planungen zu informieren.

Eine Vielzahl von freiwilligen Leistungen wird für die Mitarbeiter vorgehalten, z.B. kostengünstiger Parkraum, Feste und Feiern, Jubiläumswendungen, usw.

Einmal jährlich findet eine Verabschiedungsfeier mit Gottesdienst unter Beteiligung der Mitarbeitervertretung und Hausleitung statt. Beim Tod eines Mitarbeiters wird ein würdiger Abschied gestaltet. Dies geschieht in Absprache mit den Angehörigen. Ruheständler werden regelmäßig zu stattfindenden Festen und Feierlichkeiten der Dienstgemeinschaft eingeladen. Die Mitarbeiterzeitschrift wird ihnen zugestellt

2.A.3 Hilfe zur Bewältigung persönlicher Krisen

Das Krankenhaus bietet den Mitarbeitern bei der Bewältigung persönlicher Krisen und Belastungssituationen individuelle Unterstützungen an. Die Mitarbeiter des Seelsorgeteams, der Abteilung für Soziale Beratung und Betreuung und des Fachpsychologischen Zentrums stehen den Mitarbeitern unterstützend und beratend zur Verfügung.

2.A.4 Förderung der sozialen und christlich-ethischen Kompetenz der Mitarbeiter

Interne und externe Fortbildungsveranstaltungen werden von den Mitarbeitern zur Förderung ihrer persönlichen und sozialen Kompetenz genutzt. Zur weiteren Unterstützung bestehen Supervisions- und Coachingangebote für einzelne Mitarbeiter oder Teams. Für die Unterstützung in Grenzsituationen besteht die Möglichkeit der Beratung durch das Klinische Ethikkomitee.

Die Grundsätze und Leitlinien sowie die christlichen Werte des Trägers sind Orientierungsaspekte und werden in ihrer ethischen Relevanz beachtet und in Entscheidungen mit einbezogen. Dabei kommt der Erlebbarkeit dieser Vorgaben eine hohe Bedeutung zu.

3 Sicherheit

KTQ:

3.1 Schutz- und Sicherheitssysteme

3.1.1 Arbeitsschutz

Ein Arbeitsschutzausschuss ist unter der Leitung der Fachkraft für Arbeitssicherheit eingerichtet. Für die Gebäudekomplexe sind Sicherheitsbeauftragte geschult und eingesetzt. Arbeitsunfälle werden im Zentrum für Notaufnahme versorgt. Ein Gefahrstoffkataster zur Erfassung und Umgang mit Gefahrstoffen ist erstellt. Die betriebsmedizinische Versorgung erfolgt durch den Betriebsarzt. Die Mitarbeiter werden regelmäßig untersucht. Schutzimpfungen werden für die Mitarbeiter angeboten.

3.1.2 Brandschutz

Für einen Brand- und/oder Katastrophenfall sind die Vorgehensweisen im Alarm- und Einsatzplan festgelegt. Die gesamte Einrichtung ist mit Flucht- und Rettungswegeplänen ausgestattet. Optische Brandmelder sind installiert. Für die Mitarbeiter finden regelmäßig verpflichtende Brandschutzschulungen mit praktischen Übungen statt. Brandschutz- und Evakuierungsübungen werden in enger Zusammenarbeit mit der Berufsfeuerwehr der Stadt Trier durchgeführt. Hydranten-Verzeichnisse und Anfahrtspläne sind mit der Feuerwehr abgestimmt.

3.1.3 Umweltschutz

In den Grundsätzen und Leitlinien des Trägers sind Handlungsanweisungen zum umweltschonenden Arbeiten und Sparen von Ressourcen beschrieben. In den Bereichen, in denen es möglich ist, entlasten wir die Umwelt. Regelungen für den Umgang mit Sondermüll liegen vor. Ein Abfallbeauftragter ist benannt, ihm obliegt die Überwachung der Abfallentsorgung. Mit der Entsorgung werden nur zugelassene Firmen betraut. In Kooperation mit den Stadtwerken wird ein Blockheizkraftwerk betrieben. Das BKT ist Mitglied im Netzwerk Energieeffizienz der Stadtwerke Trier.

3.1.4 Katastrophenschutz

Das BKT ist als notfallmedizinisches Zentrum des Landes mit seinen Versorgungsschwerpunkten in den Katastrophenschutz nach Landesrecht eingebunden.

Ein Alarm- und Einsatzplan regelt das Vorgehen im Katastrophenfall. Die Verantwortlichkeiten sind geregelt.

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Das Vorgehen bei nicht medizinischen Notfallsituationen, z. B. Bombendrohung, ist im Alarm- und Einsatzplan für die gesamte Einrichtung geregelt. Verantwortlichkeiten, Zuständigkeiten und Abläufe sind definiert. Die Stromversorgung ist durch Batterien und Notstromaggregate gewährleistet. Die Patientenversorgungsbereiche sind mit Akkuhandlampen und Brandschutzhauben ausgestattet. Für den Ausfall der EDV existiert ein Ausfallkonzept.

3.2 Patientensicherheit

3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Die Mitarbeiter des ärztlichen und pflegerischen Dienstes sind in erster Linie verantwortlich für die Patientensicherheit während der Behandlung. Für die Versorgung von Patienten mit besonderen Sicherheitsrisiken gibt es zusätzliche Verfahrens- und Dienstanweisungen. Im Pflegedienst wird diesen Patienten z. B. durch Zimmer- oder Bereichspflege Rechnung getragen. Bei Eigen- oder Fremdgefährdung werden die Schutzmaßnahmen im Behandlungsteam abgesprochen. Schutz und Sicherheit der uns anvertrauten Menschen stehen dabei im Vordergrund.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Für alle medizinischen Notfälle steht ein Reanimationsteam rund um die Uhr zur Verfügung. Das Reanimationsteam (Arzt und Pflegekraft der Anästhesie-Abteilung) wird einrichtungsintern telefonisch über die so genannte Notfallnummer alarmiert und begibt sich mit entsprechender Ausrüstung zum Einsatzort. In allen Stationen und Bereichen stehen Notfallkoffer mit der erforderlichen Ausstattung zur Verfügung. Für die Mitarbeiter finden regelmäßig Reanimationsübungen statt.

3.2.3 Hygienemanagement

Die Abteilung für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention ist mit 5,8 Vollkräften und einem Arzt in Ausbildung zum Krankenhaushygieniker besetzt. Entsprechende Qualifikationen liegen vor.

Eine Hygienekommission ist etabliert und tagt regelmäßig. Dabei werden hygienerelevante Themen besprochen, Maßnahmen und Umsetzungsstrategien festgelegt. Abteilungsspezifische Hygiene- und Desinfektionspläne liegen vor. Die Mitarbeiter der Klinikhygiene stehen als Ansprechpartner zur Verfügung und führen Schulungen und Veranstaltungen zu hygienerelevanten Themen durch.

3.2.4 Hygienerelevante Daten

Durch die Mitarbeiter der Klinikhygiene werden in der Einrichtung hygienerelevante Daten erhoben und ausgewertet. Die Kriterien, die zu einer entsprechenden Datenerhebung führen, liegen in den Abteilungen vor und orientieren sich unter anderem an den Vorgaben des Robert Koch Institutes. In der Hygienekommission werden die Auswertungen besprochen und ggf. erforderliche Maßnahmen festgelegt. Durch Teilnahme an Studien erfolgen statistische Vergleiche mit anderen Einrichtungen.

3.2.5 Infektionsmanagement

Hygienesichernde Maßnahmen sind für alle Bereiche vorgegeben und in verschiedenen Formen wie z. B. Isolationsrichtlinien oder Dekontaminations- und Desinfektionsvorgaben, im Hygieneplan zusammengefasst und in den Bereichen bekannt gemacht. Die Überprüfung hinsichtlich der Umsetzung der Vorgaben erfolgt durch die Mitarbeiter der Klinikhygiene in Form von Messungen und Probenentnahmen. Zudem erfolgen Begehungen, teilweise unangekündigt. Die Untersuchungsergebnisse werden mit den Mitarbeitern der Bereiche und in der Hygienekommission besprochen. Schulungen finden regelmäßig statt.

Die Einhaltung der Hygierichtlinien ist in den vorher erwähnten Regelwerken für alle Mitarbeiter verbindlich festgelegt. Um die Qualität des Hygienemanagements im Brüderkrankenhaus zu gewährleisten und zu verbessern, sind auch weiterhin intensive Schulungen, Stationsvisiten, entsprechende Kontrollmaßnahmen sowie individuelle Beratungen vorgesehen. In der Zentralsterilisation werden regelmäßig Überprüfungen der Sterilisationsverfahren durchgeführt. Im Bereich der Krankenhausküche ist das HACCP Konzept etabliert und wird fortgeschrieben.

3.2.6 Arzneimittel

Die Bereitstellung der zur medikamentösen Therapie benötigten Arzneimittel erfolgt durch die eigene Apotheke des Brüderkrankenhauses, die nach den Vorgaben der Landesapothekerkammer und DIN EN ISO zertifiziert ist. Eine Arzneimittelliste für das Krankenhaus ist durch die Arzneimittelkommission festgelegt. Spezielle Medikamente werden in Absprache mit dem leitenden Apotheker für die jeweilige Fachabteilung beschafft und bereitgestellt. Darüber hinaus werden Medikamente unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben selbst hergestellt. Unter der Verantwortung des Apothekers werden Zytostatika zentral hergestellt.

Eine auf das Leistungs- und Versorgungsspektrum des Hauses abgestimmte Materialwirtschaft stellt die zur Behandlung erforderlichen Medizinprodukte zur Verfügung.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Blut und Blutprodukte werden durch die Blutbank des Zentrallabors bevorratet und zur Verfügung gestellt. Bestellwesen und Anwendung sind im Qualitätshandbuch für die klinische Anwendung von Blutprodukten beschrieben.

In regelmäßigen Treffen der Transfusionskommission unter Leitung des Transfusionsverantwortlichen wird das Vorgehen besprochen und aktualisiert. Die Überprüfung erfolgt durch regelmäßige Selbstinspektionen. Die Mitarbeiter, die mit Blut und Blutprodukten arbeiten oder diese anwenden, sind informiert.

3.2.8 Medizinprodukte

Der Umgang mit Medizinprodukten sowie deren Einsatz sind per Dienstanweisung verbindlich geregelt. In den Abteilungen sind Medizinprodukteverantwortliche und -beauftragte benannt. Inbetriebnahme und Ersteinweisung erfolgen nach Vorgabe. Erforderliche sicherheitstechnische Kontrollen und Messungen werden durch die Mitarbeiter der Medizintechnik-Werkstatt durchgeführt und dokumentiert. Eine Gerätedatenbank ist im Intranet einsehbar. Neben den allgemeinen Medizinprodukten sind die Vorgaben für den Umgang mit Sterilgut in den Hygienehandbüchern festgelegt.

4 Informations- und Kommunikationswesen

KTQ:

4.1 Informations- und Kommunikationstechnologien

4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Ein Krankenhausinformationssystem ist etabliert. Alle Bereiche des Brüderkrankenhauses sind in das EDV-System integriert und miteinander vernetzt. Durch die Vernetzung ist für am Behandlungsprozess beteiligte Berufsgruppen ein schneller und zeitlich uneingeschränkter Zugriff auf Patientendaten möglich. Es besteht ein abgestuftes Berechtigungs- und Zugriffskonzept mit Rollendefinition und grundsätzlichen Berechtigungen. In allen relevanten Bereichen des Hauses stehen internetfähige Arbeitsplätze zur Verfügung. Das Intranet ist wesentlicher Bestandteil der internen Kommunikation. Anwenderschulungen werden angeboten.

4.2 Patientendaten

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Zur Dokumentation der Patientendaten steht den ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern ein einheitliches System zur Verfügung. Die Verantwortlichkeiten und das Vorgehen sind geregelt. Die Mitarbeiter werden geschult und informiert. Die Patientenakte steht allen dazu berechtigten Mitarbeitern zur Verfügung. Ein Krankenhausinformationssystem ist etabliert.

Alle wichtigen Maßnahmen und Daten der Patientenversorgung werden zeitnah durch die an Diagnostik und Behandlung beteiligten Berufsgruppen in einem einheitlichen Dokumentationssystem dokumentiert. Aktuelle Veränderungen des Behandlungsablaufes und bei Visite getroffene Anordnungen werden in das Dokumentationssystem eingetragen. Eine Übersicht zum Verlauf der Behandlung für die am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen ist möglich.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Die aktuelle Patientendokumentation befindet sich während des Aufenthaltes in den Stationen, in denen der Patient behandelt wird. Stationäre Patientenakten werden nach der Behandlung im Zentralarchiv archiviert. Die Archivierung ambulanter Patientenakten unterliegt der Zuständigkeit der jeweiligen Abteilung und erfolgt dezentral. Vorhandene elektronische Daten, z. B. Labordaten, Radiologiebilder und Befunde, Entlassungsbriefe und Operationsberichte, sind rund um die Uhr für Berechtigte verfügbar.

4.3 Informationsmanagement

4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Zur Information der Krankenhausleitung sind unterschiedliche Strukturen etabliert. Dazu gehören ein etabliertes Berichtswesen, die Mitarbeit in Gremien und Kommission durch Mitglieder der Hausleitung und eine etablierte Regelkommunikation. Darüber hinaus erfolgt ein monatlicher Abgleich im Rahmen der Programmsteuerung über laufende Projekte und Aktivitäten. Ein regionaler Pressespiegel wird erstellt und steht der Krankenhausleitung zur Verfügung.

4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

Die Informationsweitergabe innerhalb des Krankenhauses findet in einer interdisziplinären und berufsgruppenübergreifenden Regelkommunikation (z. B. Team-, Abteilungs- und Röntgenbesprechung, Tumorboard, usw.) statt. Zudem stehen das interne Mailsystem und das Intranet zur Kommunikation zur Verfügung.

Informationen, die sich auf die Behandlung der Patienten beziehen, werden bei Verlegungen innerhalb des Hauses durch die Weitergabe der kompletten Patientenakte sichergestellt. Elektronische Daten stehen den Berechtigten im Krankenhaus Informationssystem zur Verfügung.

Die Information der Öffentlichkeit erfolgt bei aktuellen Anlässen durch Pressemitteilungen und Veranstaltungshinweise an Presse, Funk und Fernsehen. Eine Stabstelle für Unternehmenskommunikation, die für die Information der Öffentlichkeit verantwortlich ist, ist eingerichtet. Durch die Mitarbeiterzeitung Hörrohr und die Trägerzeitungen Leben und Wir!, die im Hause ausliegen, können sich Patienten und Besucher informieren.

4.4 Telefonzentrale und Empfang

4.4.1 Organisation und Service

In der Eingangshalle unmittelbar am Haupteingang befinden sich die Rezeption/ Information und die Telefonzentrale. Eine ausreichende Besetzung der Information wird durch Doppelbesetzung von 6.00 - 17.00 Uhr gewährleistet. Die Mitarbeiter der Rezeption stehen Patienten, Angehörigen und Besuchern für Fragen und die Weitergabe von Informationen zur Verfügung. Sie kennen die Struktur des Krankenhauses und können bei Anfragen entsprechend reagieren und in die zuständigen Bereiche weiterleiten.

4.5 Datenschutz

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Grundlage zur Wahrung des Datenschutzes sind die gesetzlichen Regelungen. Diese sind für alle Mitarbeiter verbindlich festgelegt. Alle Mitarbeiter unterliegen der Schweigepflicht. Patientenbezogene Daten werden nur mit Einverständnis der Patienten weiter gegeben. Auf elektronische Daten ist durch individuelle Anwenderprofile und Passwortschutz nur berechtigten Mitarbeitern der Zugriff möglich. Als Ansprechpartner für Fragen des Datenschutzes ist ein Datenschutzbeauftragter benannt.

5 Führung

KTQ:

5.1 Unternehmensphilosophie und -kultur

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Die Mitarbeiter des Brüderkrankenhauses setzen sich seit 1990 mit dem Leitbildgedanken auseinander und haben unter Beteiligung der Berufsgruppen gemeinsam mit dem Träger ein Leitbild entwickelt und eingeführt. Die Grundlage der Grundsätze und Leitlinien basiert auf den von der Ordensgemeinschaft der Barmherzigen Brüder von Maria-Hilf festgelegten christlichen Werten. Nach der Einführung der Grundsätze und Leitlinien 1994 erarbeiteten die Mitarbeiter des Pflegedienstes ein darauf aufbauendes Pflegeleitbild. Das Pflegeleitbild wurde 1996 eingeführt.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Mitarbeiter werden anlassbezogen zur Teilnahme an Direktoriumssitzungen eingeladen. Die Mitglieder des Direktoriums stehen bei Bedarf den Mitarbeitern als Ansprechpartner zur Verfügung. Vertrauensfördernde Maßnahmen werden als Ausdruck der Wertschätzung initiiert und angeboten. Dabei sind Transparenz und Beteiligung von Betroffenen wichtige Eckpfeiler einer vertrauensvollen Zusammenarbeit. Das Angebot von Schulungen und Qualifizierungsmaßnahmen gehört neben der Weitergabe von Informationen zum Spektrum der kooperativen Zusammenarbeit. Mitarbeiterfest und gemeinsame Veranstaltungen werden gefördert und durch die Hausleitung aktiv mitgestaltet. Die Zusammenarbeit der Krankenhausführung und der Mitarbeitervertretung erfolgt strukturiert.

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

In den Grundsätzen und Leitlinien sowie den christlichen Werten des Trägers sind Grundaussagen auf der Basis eines christlichen Menschenbildes und allgemeiner ethischer Grundsätze festgelegt. Ein Klinisches Ethikkomitee hat in 2006 seine Arbeit aufgenommen und führt regelmäßig Sitzungen durch. Ethische Fallbesprechungen finden bei Bedarf statt. Die Mitglieder des Ethikkomitees stehen Mitarbeitern, Patienten und Angehörigen für ethische Fragestellungen zur Verfügung.

5.2 Strategie und Zielplanung

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Die Zielplanung des Brüderkrankenhauses Trier wird unter Nutzung eines Managementsteuerungsinstrument (Balanced Scorecard) in enger Abstimmung mit der Geschäftsführung jährlich aktualisiert und fortgeschrieben. Weiterer Bestandteil der Zielplanung ist der Versorgungsauftrag durch den Landeskrankenhausplan. Die Weiterentwicklung der medizinischen Schwerpunkte wird neben dem Versorgungsauftrag auch durch den aktuellen Stand der Medizin geprägt. Längerfristige strategische Ziele werden durch die Hausleitung in Zusammenarbeit mit einer Kerngruppe von Führungskräften in Strategieworkshops erarbeitet.

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Kooperationen werden zur Realisierung der Zielplanung und Strategie geschlossen, zum gemeinsamen Nutzen. Ökonomische Gesichtspunkte werden berücksichtigt, sind jedoch nicht alleinige Grundlage. Mit den Kooperationspartnern finden Austauschtreffen statt.

Das Brüderkrankenhaus betreibt eine Obdachlosenambulanz und -küche. Ein Sozialfond zur medizinischen Versorgung von Härtefällen ist eingerichtet.

5.3 Organisationsentwicklung

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Grundsätzliche Regelungen zur Festlegung der Organisationsstruktur sind in der Geschäftsordnung festgeschrieben. In einem Organigramm ist die Organisationsstruktur des Brüderkrankenhauses dargestellt, die Verantwortlichkeiten sind festgelegt. Für Teilbereiche sind ebenfalls Organigramme erstellt und veröffentlicht. Zur Durchführung von Projekten liegt ein trägerweit einheitlicher Projektmanagementleitfaden vor. Dieser bezieht sich unter anderem auf das Vorgehen, die Verantwortlichkeit und die Ressourcenbereitstellung für die Durchführung von Projekten. Ein Projektmanagementbüro ist eingerichtet.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Die Krankenhausführung wurde dem Direktorium vom Träger übertragen. Das Direktorium tagt wöchentlich. Eine Tagesordnung sowie ein Protokoll zur Sitzung werden erstellt.

Die Arbeitsweise des Direktoriums ist in der Geschäftsordnung verbindlich festgelegt. Das Direktorium beruft die Mitglieder von Kommissionen und Ausschüssen unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorschriften. Die Arbeitsweise und die Verantwortlichkeiten der Gremien sind festgelegt. Mit der Zielsetzung von Transparenz und Einbindung der Fachlichkeiten in die Gremienarbeit sowie die Förderung der interdisziplinären Kooperation arbeiten alle Gremien in der Einrichtung. Protokolle und Veröffentlichungen dienen der Transparenz.

Finanzen und Investitionen werden in einem jahresbezogenen Wirtschaftsplan und einem auf mehrere Jahre angelegten Investitionsplan unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben festgeschrieben und umgesetzt. Im medizinischen und pflegerischen Bereich tragen die Chefärzte und der Pflegedirektor Budgetverantwortung. Die Verantwortlichen werden monatlich über die Plan- und Ist-Daten informiert.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

Planungen zu Innovationen erfolgen über die Balanced Scorecard, den Investitionsplan und Wirtschaftsplan sowie Führungskräfteworkshops. In der Regel werden die Innovationen unter Nutzung des Projektmanagements eingeführt (z.B. Projekt Küche/OP, Ausbau Bettenabteilung, Bildungscampus).

Wo erforderlich werden Kooperationen geschlossen.

Zur Wissensvermittlung werden verschiedene Methoden eingesetzt (Hospitation, interne Fortbildung, Angebote des Bildungsinstitutes, E-learning Plattform).

5.4 Marketing

5.4.1 Externe Kommunikation

Die Krankenhausführung wird planmäßig im Rahmen der Regelkommunikation über aktuelle Entwicklungen und Vorgänge in der Einrichtung informiert. Weitere Informationen erhalten sie durch ihre Mitarbeit in größeren Projekten. Ein monatliches Berichtswesen ist etabliert.

Eine Stabsstelle Unternehmenskommunikation ist eingerichtet und unterstützt die Krankenhausführung bei der Kommunikation nach außen und fungiert als Ansprechpartner für die Medien.

5.5 Risikomanagement

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Ein Risikomanagement ist in Teilbereichen z.B. durch die Berücksichtigung von Vorgaben des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit umgesetzt. Ein Risikomanagement wurde etabliert und ein strukturiertes Klinisches Risikomanagement, inkl. eines Rückmeldesystems befindet sich in der Aufbauphase. Die Mitarbeiter wurden informiert und geschult.

proCum Cert:

5.A.1 Entwicklung und Pflege einer christlichen Unternehmenskultur

Die Berücksichtigung ethischer Aspekte in der Organisation des Brüderkrankenhauses erfolgte in den letzten Jahren mit zunehmender Intensität. Dabei wurde auf den Grundsätzen und Leitlinien sowie dem christlichen Menschenbild aufbauend eine entsprechende Struktur geschaffen. Ein Klinisches Ethikkomitee ist eingerichtet. Grundsätzlich können alle Mitarbeiter diese Strukturen bei ethischen Frage- oder Problemstellungen nutzen. Die Mitarbeiter sind aber trotzdem alle, jeder für sich, zur Einhaltung der Vorgaben durch Leitbild und christliches Menschenbild, besonders im Umgang mit den Patienten, verpflichtet.

5.A.2 Suche und Einstellung von Mitarbeitern, die das christliche Profil der Einrichtung stärken

Das Bewerbungs- und Bewerberauswahl-Verfahren sind im Personalmarketing und -entwicklungskonzept geregelt. Im Kompetenz- und Anforderungsprofil sind die wesentlichen Inhalte für die einheitlich erfolgenden Stellenausschreibungen definiert. In den Vorstellungsgesprächen ist die Ziel- und Wertevermittlung anhand der Grundsätze und Leitlinien ein wesentlicher Bestandteil. Die Inhalte des Leitbildes werden genutzt, um Bewerbern Ziele und Werte der Einrichtung zu vermitteln.

5.A.3 Soziale Verantwortung, Rücksichtnahme und ethische Sensibilität in der Personalführung

Im Brüderkrankenhaus Trier sind Menschen mit Behinderungen beschäftigt. Das ist gewollt, um unsere Grundsätze und Leitlinien sowie die Werte, z. B. der fördernden Sorge mit Leben zu füllen und erlebbar zu machen. Eine Schwerbehindertenvertretung ist etabliert und arbeitet in enger Kooperation mit der Mitarbeitervertretung zusammen.

Personalabbau erfolgte bisher nur über die natürliche Fluktuation. In Verantwortung für die Arbeitsplätze hat kein Outsourcing stattgefunden.

Die Planung der Finanzierung besonderer humanitärer Aufgaben erfolgt über die Balanced Scorecard. Schwerpunkte dabei sind die medizinische Versorgung zahlungsunfähiger Patienten sowie Wohnungsloser.

5.A.4 Besondere Aspekte eines umfassenden Risikomanagements

Besondere Aspekte eines umfassenden Risikomanagements wie z. B. die Umsetzung der Vorgaben des Aktionsbündnisses Patientensicherheit erfolgen in Verantwortung der jeweiligen Fachabteilungen und Bereiche.

Ein etabliertes Befragungs- und Beschwerdemanagement dient der Überprüfung der erlebten Qualität und trägt zur Weiterentwicklung im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses bei.

6 Qualitätsmanagement

KTQ:

6.1 Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation

Die Qualitätsmanagement-Abteilung des Krankenhauses besteht seit 2001, ist mit vier Vollkräften besetzt und in die Organisation als Stabstelle der Hausleitung eingebunden. Die benötigten Ressourcen werden bereitgestellt. Qualitätspolitik und -ziele des Bräderkrankenhauses Trier basieren auf den Grundsätzen und Leitlinien. Durch die Hausleitung werden die Qualitätsziele festgelegt.

Hierarchie- und berufsgruppenübergreifend unterstützten Qualitätsmanagement-Beauftragte in den Abteilungen und Bereichen die Einbindung in ein gelebtes Qualitätsmanagement.

Es finden Informations- und Schulungsveranstaltungen zu Themen des Qualitätsmanagements statt.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Die Überprüfung der Zielerreichung erfolgt z. B. durch das Befragungsmanagement. Eine Prozessmanagementstruktur und ein Projektmanagementleitfaden sind etabliert und dienen der Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements.

Das Prozessmanagement unterstützt die Erreichung einer gewünschten Transparenz hinsichtlich der Abläufe und Prozesse.

6.2 Befragung

6.2.1 Patientenbefragung, 6.2.2 Befragung externer Einrichtungen, 6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Im Bräderkrankenhaus Trier werden seit 1999 regelmäßig Patienten- und Mitarbeiterbefragungen durchgeführt. Einweiserbefragungen finden seit 2004 statt. Die Durchführung der Befragungen erfolgt durch externe Unternehmen, die eine vorgabenkonforme Durchführung gewährleisten. Die Ergebnisse der Befragungen wurden auf Haus-, Abteilungs- und Bereichsebene analysiert und ausgewertet und sind Grundlage für Verbesserungsmaßnahmen. Die Ergebniskommunikation erfolgt durch die QM-Abteilung im Rahmen von Informationsveranstaltungen sowie im Intranet.

6.3 Beschwerdemanagement

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Rückmeldungen von Patienten, Angehörigen und Partnern sind uns sehr wichtig. Seit 1999 werden schriftliche Rückmeldungen im Rahmen eines aktiven Beschwerdemanagements erfasst und bearbeitet. Die strukturellen Voraussetzungen (Rückmeldebogen, Sammelstelle und Ansprechpartner) sind etabliert. Zudem besteht die Möglichkeit sich direkt an den Beschwerdemanager (Assistent Hausoberer) zu wenden. Im Internet ist ein Kontaktformular eingerichtet, welches auch für Rückmeldungen genutzt werden kann.

6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Verantwortlich für die medizinische und pflegerische Qualitätssicherung der Einrichtung sind die Abteilungsleiter. Eine Infektionsstatistik wird zentral durch die Klinikhygiene geführt und ausgewertet und die Ergebnisse in den Abteilungen bekannt gemacht.

Die Sammlung qualitätsrelevanter Daten erfolgt auf zwei Ebenen. Einmal werden Daten, die die Gesamteinrichtung betreffen, erhoben. Zum anderen erfolgt die Erhebung qualitätsrelevanter Daten in den Abteilungen/ Bereichen. Die Verantwortlichkeiten sind in der QM-Struktur festgelegt. Die Auswertung und Interpretation der Ergebnisse erfolgt mit Unterstützung der bestehenden QM-Strukturen. Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier ist Mitglied des QKK e.V., dessen Ziel die Entwicklung und strukturierte Auseinandersetzung mit Qualitätsindikatoren kirchlicher Krankenhäuser ist. Dabei steht die medizinisch pflegerische Versorgungsqualität im Vordergrund. Darüber hinaus beteiligt sich das Krankenhaus seit 2012 an der Initiative Qualitäts Medizin (IQM).

6.4 Qualitätsrelevante Daten

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Die Erfassung der für die externe Qualitätssicherung erforderlichen Daten, erfolgt in den medizinischen Fachabteilungen durch ärztliche und pflegerische Mitarbeiter, die für diese Aufgabe geschult wurden. Die Mitarbeiter werden durch das Medizincontrolling und die QM-Abteilung unterstützt. Die QM-Abteilung organisiert den Datenexport und steht als zentraler Ansprechpartner für die Abteilungen und die externen Abgabestellen zur Verfügung.

Die Rückmeldung der Ergebnisse der externen Qualitätssicherung von der Bundes- und Landesgeschäftsstelle zu den erhobenen Daten erfolgt an die Hausleitung, den Ansprechpartner und die jeweiligen Chefarzte. Die Interpretation und Auswertung der Ergebnisse liegt primär in der Verantwortung der Abteilung. In den Abteilungen werden die Ergebnisse den Mitarbeitern vorgestellt und ggf. entsprechende Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet. Anfragen der Abgabestellen werden in Zusammenarbeit mit der QM-Abteilung bearbeitet und beantwortet.

7 Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus

proCum Cert:

7.A.1 Integration der Seelsorge ins Krankenhaus

Die Mitarbeiter des Seelsorgeteams sind in die Organisation des Krankenhauses integriert und nehmen ihre Aufgaben in allen Bereichen wahr. Das Seelsorgeteam hat die Bereiche des Krankenhauses aufgeteilt, so dass feste Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Die Zusammenarbeit mit allen Berufsgruppen insbesondere mit den Mitarbeitern der Stationen und Bereiche ist durch die häufigen, fast täglichen Kontakte gewährleistet. Außerhalb der Dienstzeit besteht eine Rufbereitschaft. In den Stationen und Bereichen sind die Mitarbeiter der Seelsorge in den Arbeitsablauf integriert und nehmen an Besprechungen und Teamsitzungen teil.

7.A.2 Strukturelle Rahmenbedingungen und Organisation der Seelsorge

Ein Seelsorgekonzept ist etabliert. Die zur Umsetzung des Seelsorgekonzeptes erforderlichen Strukturen und Rahmenbedingungen (z. B. Gottesdiensträume, Büro- und Arbeitsräume, Medien) sind vorhanden. Die Mitglieder des Seelsorgeteams verfügen über die erforderlichen Qualifikationen. In allen Räumen sind Kreuze aufgehängt. Marienbilder und Bilder und Statuen des Ordensgründers finden sich in vielen Räumen. Besonders gestaltete und gestaltbare Verabschiedungsräume stehen zur Verfügung. Christliche Symbole prägen das Bild der Einrichtung.

7.A.3 Angebote der Seelsorge

Als konfessionelles christliches Krankenhaus hat die Berücksichtigung der spirituellen Dimension von Krankheit und Krankheitsbewältigung für uns eine besondere Bedeutung.

In der Klosterkirche finden besondere liturgische Feiern der Ordensgemeinschaft statt, zu der auch alle Patienten, Mitarbeiter und Gäste eingeladen sind. Ein liturgischer Wochenplan wird durch das Seelsorgeteam erarbeitet und durch Aushänge in der gesamten Einrichtung (insbesondere in den Stationen und Bereichen) bekannt gemacht. Im Rahmen vieler Feste, Feierlichkeiten und Veranstaltungen finden Gottesdienste oder zu Beginn der Veranstaltungen geistige Impulse statt. Gottesdienste werden über den hauseigenen Fernsehkanal direkt in die Krankenzimmer übertragen.

Ein vielfältiges Liturgieangebot zur Kommunikation des christlichen Glaubens wird vorgehalten. Es steht umfangreiches Informationsmaterial in Form von Broschüren und Flyern zur Verfügung.

Für die Mitarbeiter besteht die Möglichkeit der Beratung durch Mitglieder des Seelsorgeteams. Darüber hinaus gibt es weitere Beratungs- und Unterstützungsangebote in Form von Schulungen mit spirituellem Inhalt, Wallfahrten, Einkehrtagen und die Teilnahme an den regelmäßig stattfindenden Gottesdiensten und Feiern. Durch das Seelsorgeteam wurde ein "Forum Seelsorge" initiiert und ist etabliert.

7.A.4 Verbindung und Zusammenarbeit mit Kirchengemeinden

Entsprechend dem Seelsorgekonzept erfolgt eine gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen dem Brüderkrankenhaus und den Pfarrgemeinden. Die Krankenhausseelsorge als Teil der regionalen Pastoralkonferenz nimmt diese als Gelegenheit zu Kontakt und Austausch mit den jeweils zuständigen Ortspfarrern wahr. Gottesdienstzeiten werden mit der Pfarrei St. Martin abgestimmt. Besuchsdienste der Pfarreien werden unterstützt.

8 Verantwortung gegenüber der Gesellschaft

proCum Cert:

8.A.1 Übernahme von Verantwortung für Ausbildung

Ein Bildungsinstitut für Gesundheitsfachberufe ist etabliert und koordiniert die Aus-, Fort- und Weiterbildung im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung.

Christliche Inhalte finden besondere Berücksichtigung in den Ausbildungskonzepten. Die Mitarbeiter des Seelsorgeteams sind in die Vermittlung dieser Ausbildungsinhalte (z. B. christliches Menschenbild, Sakramentenlehre, Nottaufe, usw.) eingebunden und begleiten die Auszubildenden während der gesamten Ausbildungszeit. Praxisanleiter und Mentoren werden eingesetzt. Regelmäßige Treffen zwischen Mentoren, Praxisanleitern und den Mitarbeitern der Krankenpflegeschule unterstützen den Theorie-Praxis-Transfer.

Die Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen ist im Sinne christlicher Tradition fest im Unterricht der Ausbildungsgänge verankert.

Zu Beginn und Abschluss von Aus- und Weiterbildungsgängen finden Gottesdienste statt.

Die Ermittlung der Werteorientierung und Motivation der Bewerber sind wichtige Bestandteile des Bewerbungsverfahrens. Für die Durchführung des Bewerbungsverfahrens sind Vorgaben und Regelungen beschrieben und festgelegt.

Möglichkeiten zur Absolvierung der Praktika werden in vielen Bereichen (z. B. Krankenpflege, Verwaltung, Medizintechnik, Technik, usw.) angeboten. Die Praktikanten werden während ihres Praktikums von Bezugspersonen begleitet und betreut.

Im Bereich der Weiterbildungen sind Kooperationspartner eingebunden. Bei der Auswahl der Kooperations- und Austauschpartner wird auf die christliche Werteorientierung geachtet.

8.A.2 Förderung ehrenamtlichen bzw. bürgerschaftlichen Engagements

Zur Förderung der Patientenbegleitung und der menschlichen Zuwendung für Patienten und Angehörige wurde von 2007 bis 2008 ein Konzept zum Einsatz von Grünen Damen und Herren entwickelt und implementiert. Um das Ehrenamt im Krankenhaus auf Zukunft hin zu stabilisieren und auszubauen werden die ehrenamtlichen Mitarbeiter für ihre Aufgaben geschult und motiviert sich als Teil der Dienstgemeinschaft zu fühlen.

9 Trägerverantwortung

proCum Cert:

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

Die Zielsetzung des Trägers ist eine zeitgemäße Umsetzung des Heilsauftrags Jesu im Dienste am Menschen.

Die strategische Ausrichtung des Trägers in Bezug auf die Leistungsangebote ist bedarfs- und nachfrageorientiert. Die Balanced Scorecard wird als strategisches Instrument genutzt.

Die Ausbildung junger Menschen in unseren Einrichtungen ist für uns Tradition und Verpflichtung zugleich.

Der Träger nimmt Einfluss auf die Bildung von Kooperationen. Sie müssen konform den Grundsätzen und Leitlinien sein und dem Unternehmensziel dienen.

Die grundsätzliche Zielsetzung des Trägers besteht darin, die bestehenden Geschäftsfelder zu sichern und nachhaltig in die Zukunft zu führen.

9.A.2 Vorgaben für die Unternehmensführung

Die BBT Gruppe gGmbH wird durch die Gesellschafterversammlung und den Aufsichtsrat gesteuert und durch die Geschäftsführung operativ geführt. Die Arbeitsweise der Gremien in der BBT Gruppe ist festgelegt. Ein strukturiertes Berichtswesen sowie eine Regelkommunikation innerhalb des Trägers sind aufgebaut und etabliert.

Gesellschafter, Aufsichtsrat und Geschäftsführung legen Wert darauf, dass die Grundlagen des kirchlichen Rechtes in allen Einrichtungen zur Umsetzung kommen. Der Träger legt Wert auf eine Zusammenarbeit der Einrichtungen mit den örtlichen Kirchengemeinden und -verbänden.

Leitlinien für Forschung im engeren Sinne liegen nicht vor, da der Träger entsprechend Auftrag und Unternehmenszielsetzung keine direkte Forschung betreibt.

Bei medizinischen Studien sind die Grundsätze und Leitlinien und unsere christlichen Werte Orientierungs- und Verpflichtungsrahmen für die Handelnden. Die Beteiligung an Studien/klinischen Prüfungen obliegt der Verantwortung der Einrichtungen.

9.A.3 Personalverantwortung

Der Träger nimmt die Gesamtverantwortung für alle seine Einrichtungen wahr. Als christlicher Träger basiert die Verantwortung auf einem in dialogischem Prozess entwickelten Leitbild. Zusätzlich wurde auf allen Ebenen des Trägers ein Wertedialog begonnen, der diesen Prozess unterstützend begleitet. Die kirchliche Datenschutzbestimmung sowie die kirchliche Grundordnung sind Bestandteile der Arbeitsverträge.

Mitglieder der Geschäftsführung werden durch Gesellschafter und Aufsichtsrat berufen. Im Konzept Personalmanagement sind die Anforderungen bzw. das Verfahren bei der Einstellung von leitenden Mitarbeitern auf Träger- und Einrichtungsebene festgelegt.

9.A.4 Wahrnehmung der Aufsichtsverantwortung

Die Aufsichtsverantwortung gegenüber der Geschäftsführung erfolgt durch Gesellschafterversammlung und Aufsichtsrat. Die Geschäftsordnung regelt die Zusammenarbeit.

Die Wahrnehmung der Aufsichtsverantwortung durch den Träger im Rahmen der Personalverantwortung ist klar geregelt. Eine Stabsstelle Personalentwicklung unterstützt eine vorausschauende Personalpolitik in allen Ebenen und Bereichen, insbesondere im Bereich der Führungskräfte.