



Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen



**Krankenhaus der  
Barmherzigen Brüder Trier**

## **proCumCert-QUALITÄTSBERICHT**

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

<b>Krankenhaus:</b>	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder
<b>Institutionskennzeichen:</b>	260720045
<b>Anschrift:</b>	Nordallee 1 54292 Trier
<b>Ist zertifiziert nach proCumCert inklusive KTQ<sup>®</sup> mit der Zertifikatnummer:</b>	2018-0303-TRIE-11-K-002001
<b>durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:</b>	proCumCert GmbH Zertifizierungsgesellschaft, Frankfurt am Main
<b>Gültig vom:</b>	21.01.2019
<b>bis:</b>	20.01.2022
<b>Zertifiziert seit:</b>	21.01.2004

## Inhaltsverzeichnis

Vorwort der proCum Cert .....	3
Vorwort der KTQ® .....	4
Vorwort der Einrichtung.....	6
<b>Die Kategorien .....</b>	<b>7</b>
1 Patientenorientierung .....	8
2 Mitarbeiterorientierung .....	14
3 Sicherheit - Risikomanagement .....	17
4 Informations- und Kommunikationswesen .....	21
5 Unternehmensführung .....	23
6 Qualitätsmanagement .....	25
7 Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus .....	27
8 Verantwortung gegenüber der Gesellschaft .....	28
9 Trägerverantwortung.....	29

## **Vorwort der proCumCert**

Die proCumCert 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 proCumCert sind neben den genannten Krankenhausverbänden die beiden christlichen Wohlfahrtsverbände Caritas (DCV) und Diakonie (DWdEKD) sowie deren Versicherungsdienst Ecclesia.

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

Das kombinierte pCC-KTQ-Zertifikat geht in seinen Anforderungen über die hinaus, die im KTQ-Manual beschrieben sind. Ziel der proCumCert ist, christliche Werte in das Qualitätsmanagement einzubeziehen und in der Organisation zu verankern. Hierfür wurden 24 weitere Qualitätskriterien formuliert, die es in dem KTQ-Manual mit seinen derzeit 55 Kriterien nicht gibt.

Das KTQ-Manual ist vollumfänglicher Bestandteil des proCumCert-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 proCumCert-Anforderungen nachweisen.

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

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

Thomas Pawelleck

Geschäftsführung  
proCumCert 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 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,
- Sicherheit - Risikomanagement,
- 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 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 55 Kriterien des KTQ-Kataloges 2015. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet einen strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass das **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](http://www.ktq.de) abrufbar.

**Dr. med. B. Metzinger, MPH**

Für die Deutsche  
Krankenhausgesellschaft

**Dr. med. G. Jonitz**

Für die Bundesärztekammer

**F. Wagner**

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 trägereigenen 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 regelmäßig zwischen der Regionalleitung und dem Direktorium BKT 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** inkl. zertifizierter *ChestPain Unit* nach den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK) und zertifiziertem *überregionalem Traumazentrum* nach den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
- **Zentrum für Gefäßmedizin**, zertifiziert nach den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Gefäßmedizin, der Deutschen Gesellschaft für Radiologie und der Deutschen Gesellschaft für Angiologie
- **Shunt Zentrum**
- **Zentrum für Hypertonie**, zertifiziert nach den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie und der deutschen Hochdruckliga e.V. DHL<sup>®</sup>
- **EndoProthetikZentrum der Maximalversorgung**, zertifiziert nach den Vorgaben der Initiative EndoCert<sup>®</sup>
- **Moselzentrum für Kontinenz**, zertifiziert nach den Vorgaben der Deutschen Kontinenz Gesellschaft e.V.
- **Zentrum für Augenheilkunde**
- **Wirbelsäulenzentrum**
- **Zentrum für Radiologie, Neuroradiologie, Sonographie und Nuklearmedizin**
- **Herzzentrum** inkl. zertifiziertes *TAVI-Zentrum* und *überregionales HFU-Zentrum* nach den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V.
- **OP-Zentrum**

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 umfangreichen Anforderungen an die Behandlungs- und Strukturqualität der Deutschen Krebsgesellschaft durch Onkozert zertifiziert, bzw. Re-zertifiziert.

Die Gesamteinrichtung ist seit 2004 durchgängig pCC/KTQ<sup>®</sup> zertifiziert und darüber hinaus liegen mehrere Zertifizierungen für Teilbereiche wie z.B. Überregionale Stroke Unit, Nephrologische Schwerpunktambulanz, Apotheke oder die Physiotherapie-Schule vor.

In 2018 wurden im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier von rund 2.600 Mitarbeitern ca. 30.000 Patienten stationär versorgt.

# Die Kategorien

# 1 Patientenorientierung

## KTQ:

### Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier ist zentral im Stadtgebiet gelegen und mit öffentlichen Verkehrsmitteln sowie mit PKW / Taxi gut erreichbar. Es steht Parkraum zur Verfügung. Terminvergabe, Einbestellung sowie die Information der Patienten zum Aufnahmeverfahren erfolgen durch die behandelnden Fachabteilungen. In der zentralen Patientenaufnahme erfolgt die administrative elektive Aufnahme durch qualifiziertes Personal. Im Anschluss werden die Patienten auf die jeweiligen Stationen oder in die Bereiche weitergeleitet und wenn erforderlich dorthin begleitet.

### Leitlinien und Standards

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

### Information und Beteiligung des Patienten

In der Eingangshalle befindet sich die zentrale Krankenhausinformation. Hier erhalten die Patienten, Angehörige und Besucher rund um die Uhr (24/7) Unterstützung, so z. B. einen Lageplan zur Orientierung oder einen Handzettel mit Informationen über den gewünschten Zielbereich. Ferner stehen Rollstühle und Gepäckwagen zur Verfügung. Ein Wegeleitsystem ist etabliert. Der Weg zum Zentrum für Notaufnahme ist besonders hervorgehoben und in Deutsch und Englisch ausgeschildert. Im Patienteninformationszentrum (PIZ) können sich Patienten, Angehörige und Besucher über ein breites Spektrum an Erkrankungen und Gesundheitsinformationen informieren. Dies wird durch diverse Broschüren und Flyer unterstützt.

### Ernährung und Service

Die Gebäude sind in eine gepflegte und öffentlich zugängliche Parkanlage eingebettet. Viele Stationen sind modernisiert und patientenorientiert ausgestattet. Alle Zimmer verfügen über TV und Telefon. Es stehen spez. Raumangebote und Serviceleistungen zur Verfügung. Die Besuchszeiten werden mit Ausnahme der Intensivbereiche, flexibel gehandhabt. Die Speisenversorgung erfolgt durch die eigene neue moderne Großküche. Die Patienten haben die Möglichkeit zwischen verschiedenen Hauptmenüs zu wählen und Beilagen individuell zusammenzustellen. So ist auch ein vegetarisches Menü sichergestellt und religiöse sowie kulturelle Aspekte finden im Speisenangebot Berücksichtigung. Ein Verteilungsplan sorgt für eine zügige, abgestimmte Stationsbelieferung mit warmem Essen. Ein Getränkeangebot (Tee, Wasser) steht auf allen Stationen zur Verfügung. Auf den Umfang der Nahrungsaufnahme wird durch die Pflege geachtet. Zur Ernährungsberatung stehen Diätassistentinnen zur Verfügung.

### Erstdiagnostik und Erstversorgung

Zur Versorgung von Notfällen steht im Zentrum für Notaufnahme ein kompetentes Behandlungsteam mit Möglichkeiten zur apparativen Diagnostik rund um die Uhr zur Verfügung. Nach der digital unterstützten Ersteinschätzung wird über die weitere 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 Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst. Die ärztliche Besetzung des Notarztwagens der Berufsfeuerwehr der Stadt Trier erfolgt auch mit Ärzten der Anästhesie. Die Aufnahme von Notfallpatienten erfolgt über das Zentrum für Notaufnahme. Eine zeitnahe qualifizierte Aufnahmeuntersuchung erfolgt bei allen Patienten. Es erfolgt eine Sichtung bereits vorhandener und mitgebrachter Vorbefunde, archivierte Patientenakten werden berücksichtigt. Der Facharztstandard ist

gewährleistet. Beim Erstkontakt erhalten die Patienten relevante Informationen zum Behandlungs- und Tagesablauf.

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

Die elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung erfolgt in den einzelnen Fachabteilungen in Abhängigkeit von den jeweiligen Ermächtigungen durch die Kassenärztliche Vereinigung. Die Koordination der erforderlichen Diagnostik erfolgt über die jeweiligen Aufnahmezimmer oder Ambulanzen. Den Patienten werden die relevanten Informationen zur Weiterbehandlung in Form eines Arztbriefes am Behandlungsende mitgegeben. Zur Sicherung der Behandlungskontinuität können für Patienten auch ambulante Folgetermine bei niedergelassenen Fachärzten (sofern KV-Zulassung vorhanden) oder den dem Krankenhaus angegliederten Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) vermittelt werden.

### **Ambulante Operationen**

Ambulante Operationen erfolgen in Organisation durch das OP-Zentrum. Die Fachabteilungen planen im Vorfeld ihre Eingriffe gemäß der zur Verfügung stehenden OP-Kapazitäten ein. Ein primär für ambulante Operationen genutzter OP Saal steht zur Verfügung. Die postoperative Überwachung erfolgt zunächst im Aufwachraum. Vor- und Nachbetreuung erfolgen auf einer eigenen Station. Die Fachabteilungen orientieren sich soweit vorhanden an den geltenden Leitlinien der Fachgesellschaften. Der Facharztstandard ist sichergestellt. Voruntersuchungen werden im Vorfeld der Operation durchgeführt. Jeder ambulant operierte Patient wird von einem Facharzt der behandelnden Fachabteilung sowie einem Anästhesisten abschließend vor der Entlassung gesehen. Patienten die nicht entlassungsfähig sind werden in die entsprechende Fachabteilung übernommen. Zur Sicherstellung der Weiterversorgung nach der Entlassung erhält der Patient alle relevanten Informationen, so z. B. einen digital erstellten Arztbrief sowie den Hinweis sich bei Komplikationen umgehend im Zentrum für Notaufnahme vorzustellen.

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

Der Aufenthalt des Patienten beginnt mit einem Aufnahmegespräch. Es erfolgt eine strukturierte Anamnese zur individuellen Behandlungsplanung. Durch den aufnehmenden Arzt erfolgt die erste Festlegung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen. Gemeinsam mit einem Facharzt wird der Behandlungsprozess für jeden Patienten individuell festgelegt. Diesbezüglich stehen den Patienten bei Bedarf auch besondere Behandlungsangebote, wie z.B. Angebote für demenziell Erkrankte, Palliativ Care oder ein Konsilwesen zur Verfügung. Mit dem Ziel der Optimierung des Behandlungsprozesses finden tägliche Visiten, die Auswertung von Untersuchungsergebnissen sowie ein interdisziplinärer Austausch der am Behandlungsprozess Beteiligten statt.

### **Therapeutische Prozesse**

Therapeutische Prozesse werden durch den aufnehmenden und behandelnden Arzt geplant. Bereits im Aufnahmegespräch (ärztlich und pflegerisch) sowie während der Behandlung erfolgt die Abstimmung von diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen individuell mit den Patienten. Hausinterne Leitlinien, Behandlungspfade und Expertenstandards finden Berücksichtigung. Der Facharztstandard ist gewährleistet. Ferner stehen für Untersuchungen und Behandlungsmaßnahmen Informationsmaterialien zur Verfügung. Bei schwerst- und chronisch Kranken steht die ganzheitliche Betreuung besonders im Fokus.

Zertifizierte medizinische Zentren wie z. B. das Onkologische Zentrum sind etabliert. In den Fachabteilungen steht eine angemessene medizinisch-technische Ausstattung und Geräte zur Verfügung. Die Bereitstellung der benötigten Medikamente erfolgt durch die hauseigene Apotheke. Für diagnostische und therapeutische Maßnahmen liegen standardisierte Verfahren vor. Aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse und gesetzliche Vorgaben werden berücksichtigt.

Die Abstimmung des Behandlungsprozesses findet im Rahmen einer ausgeprägten Regelkommunikation statt, wie z.B. in Abteilungs-, Teambesprechungen, Tumorkonferenzen, etc.. Ein

Konsilwesen ist etabliert. Mitarbeiter der Seelsorge, des Fachpsychologischen Zentrums, der Physiotherapie und der Sozialen Beratung und Betreuung werden bei Bedarf in den Behandlungsablauf integriert.

### **Operative Prozesse**

Ein neues modernes OP-Zentrum ist etabliert. Eine Geschäftsordnung regelt die Aspekte der operativen Versorgung. Die Organisation und Koordination des OP-Betriebes obliegen der Leitung OP-Pflege, der Leitung Anästhesie-Pflege sowie einem organisierenden Oberarzt der Anästhesie. Der Chefarzt der Anästhesie ist für die OP-Koordination medizinisch gesamtverantwortlich. Die Zuteilung der OP-Kapazitäten und Ressourcen für die einzelnen Fachabteilungen erfolgt nach festgelegten Absprachen. Notfalleingriffe werden je nach Dringlichkeit in den Ablauf integriert. Eine Regelkommunikation sowie ad hoc Absprachen unterstützen den OP-Betrieb. Ferner existieren schriftliche OP-Standards. Für die Durchführung von operativen Eingriffen gilt der Facharztstandard. Ein Bereitschaftsdienst für die Besetzung von mindestens 2 OP Sälen wird rund um die Uhr vorgehalten. Die Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit, wie z.B. die Verwendung von Patientenarmbändern zur Identifikation, finden Berücksichtigung.

### **Visite**

Die Regelungen zu Zeiten und zur Durchführung der Visiten sind in den jeweiligen Stations- und Geschäftsordnungen festgelegt. Die Visitenzeiten werden dem Patienten bei Aufnahme mitgeteilt.

Wochentags erfolgt für jeden Patienten eine Visite durch den Stationsarzt sowie 1x wöchentlich eine Chefarztvisite, im Wahlleistungsbereich durch den Chefarzt bzw. Vertreter; am Wochenende durch den diensthabenden Arzt. Die Visiten werden zumeist gemeinsam von Ärzten und Pflegekräften durchgeführt. Bei Bedarf nehmen weitere Berufsgruppen, z. B. Physiotherapeuten, teil. Vor der Visite am Patientenbett erfolgt eine Kurvenvisite. Im Intensivbereich finden täglich mehrere Visiten statt.

### **Entlassungsprozess**

Das Entlassungsmanagement ist gemäß den gesetzlichen Vorgaben sowie dem Nationalen Expertenstandard Entlassung schriftlich verbindlich geregelt. Die Planung der Entlassung beginnt bereits bei Aufnahme des Patienten. Die Abteilung für Soziale Beratung und Betreuung, welche für die Pflegeüberleitung zuständig ist, ist in das Procedere integriert. Die Organisation und Kommunikation mit den weiterversorgenden Einrichtungen erfolgt ebenso über die Soziale Beratung und Betreuung. Bei Entlassung oder Verlegung erfolgt eine Kooperation mit den nachsorgenden Pflegediensten und Einrichtungen. Patienten und Angehörige werden mit einbezogen. Neben der Durchführung von Entlassungsgesprächen erhält der Patient zusätzliche Informationen bezüglich des Aufenthaltes mittels Übergabegespräch, durch Mitgabe der Patientendokumentation sowie einen Arztbrief für die Unterlagen, einen bundeseinheitlichen Medikationsplan und einen Pflegeüberleitungsbogen. Zusätzlich stehen für ausgewählte Erkrankungen teils umfangreiche Informationsmaterialien bereit. Auf Wunsch wird der Kontakt zu Selbsthilfegruppen und Vereinen hergestellt.

Die Versorgung mit Medikamenten über den stationären Aufenthalt hinaus erfolgt gemäß dem Konzept Entlassung sowie im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben. Dem Patienten werden entweder Medikamente mitgegeben oder ein Entlass-Rezept ausgestellt, so dass der Bedarf bis zum nächstmöglichen Hausarztbesuch sichergestellt ist. Heilmittel werden bedarfsgerecht am Entlassungstag rezeptiert oder dem Patienten mitgegeben.

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

Die Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen gehört nach dem eigenen christlichen Selbstverständnis zu den zentralen Aufgaben des Bräderkrankenhauses. Handlungsempfehlungen finden sich zur Orientierung im Leitfaden Sterbebegleitung sowie dem Seelsorgekonzept. Zur Begleitung sterbender Patienten werden würdevolle Rahmenbedingungen geschaffen. Die Angehörigen haben die Möglichkeit beim Patienten zu bleiben oder im hauseigenen Gästehaus untergebracht zu werden.

Mittels Informationsmaterial über den palliativmedizinischen Konsildienst ist es auch dem Patienten oder Angehörigen möglich, den Wunsch nach einer palliativen Begleitung zu äußern. Die Leitung obliegt der zuständigen Palliativmedizinerin. Eine Zusammenarbeit sowie ein Austausch mit dem örtlichen Hospiz und den regionalen ambulanten Hospiz-/Palliativdiensten ist etabliert. Bei Bedarf findet ein Erstkontakt bereits während des Krankenhausaufenthaltes statt.

### **Umgang mit Verstorbenen**

Der würdevolle Umgang mit Verstorbenen sowie deren Versorgung ist ein wesentlicher Ausdruck der christlichen Wertehaltung des Brüderkrankenhauses. Die Angehörigen erhalten ausreichend Zeit, um in angemessener Umgebung Abschied zu nehmen. Zur Unterstützung der Mitarbeiter sind ein entsprechender Leitfaden sowie diverse Standards vorhanden.

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

### ***proCumCert:***

#### **Gewährleistung besonderer Zuwendung und Präsenz für Patienten**

Der Transport von Patienten bzw. die Begleitung und Überwachung erfolgt gemäß den etablierten Standards durch examiniertes Pflegepersonal. Der Patientenbegleitdienst wird durch die zuständige Station organisiert.

Ein Konzept regelt die Einbindung ehrenamtlicher Mitarbeiter. Sie nehmen für die Patienten eine begleitende und betreuende Funktion wahr, bis hin zur Erledigung von Einkäufen.

Auf Wunsch wird Patienten der Besuch eines Gottesdienstes oder der Klosterkirche ermöglicht. Der Sonntagsgottesdienst wird in alle Patientenzimmer über die Fernschanlage übertragen. Es besteht die Möglichkeit, die Kommunion im Krankenzimmer zu empfangen.

Sprechzeiten mit Ärzten werden nach Terminabsprache ermöglicht. Visiten finden auf allen Stationen statt.

Wartezonen sind angemessen möbliert und gestaltet. Viele Bereiche verfügen über Aufenthaltsräume, Zeitschriften, Informationsmaterialien, Tageszeitung und die Bistumszeitung liegen aus.

In Patientenzimmern wird die Tageszeitung zur Verfügung gestellt, Fernseh- und Rundfunkgeräte sind installiert. Eine Cafeteria, Kapelle, Klosterkirche sowie eine Parkanlage stehen zur Verfügung.

#### **Berücksichtigung ethischer Problemstellungen**

Die ethischen Grundsätze sind in den Grundsätzen & Leitlinien festgehalten. Diese sind im Internet einsehbar und werden in der Öffentlichkeit vertreten. Ein Klinisches Ethik-Komitee ist etabliert und erstellt Handlungsempfehlungen. Ethische Fallbesprechung sowie die Ethikberatung stehen für patientenbezogene Fragestellungen zur Verfügung.

Das Bildungsinstitut bietet eine Reihe von Fortbildungen zur Förderung der ethischen Kompetenz an.

Die Seelsorge steht allen Patienten ebenso wie Mitarbeitern zur Verfügung.

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

Das etablierte Seelsorgekonzept enthält Vorgaben zur Berücksichtigung von spirituellen Bedürfnissen von Patienten mit anderem kulturellen Hintergrund. Die Mitarbeiter sind angehalten, kulturelle, religiöse und spirituelle Hintergründe und Besonderheiten entsprechend zu beachten.

Veranstaltungen kirchlich religiösen Charakters gibt es in Form von Wallfahrten, Ausstellungen, Workshops, Vorträgen und Konzerten. Der Verein Kunst und Kultur veranstaltet Ausstellungen, Konzerte und Lesungen.

Die Klosterkirche und Kapelle stehen als Räume der Stille zur Verfügung. Gottesdienste und liturgische Feiern der Ordensgemeinschaft finden regelmäßig statt. Auf Wunsch des Patienten bzw. der Angehörigen wird die Krankensalbung gespendet.

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

In den Grundsätzen und Leitlinien sowie dem Seelsorgekonzept 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. Auf Wunsch wird der Kontakt zu Vertretern anderer Religionsgemeinschaften hergestellt. Des Weiteren wird bei der Speisenversorgung den religiösen und kulturellen Wünschen der Patienten Rechnung getragen.

Zur Überwindung von Sprachbarrieren steht eine Liste fremdsprachiger Mitarbeiter sowie professioneller Dolmetscher zur Verfügung.

## **Sicherstellung einer adäquaten Schmerztherapie**

Ein hausinterner Schmerzstandard, welcher sich am WHO Schema sowie am Nationalen Expertenstandard Schmerzmanagement orientiert, kommt zur Anwendung. Ein Akutschmerzdienst und Schmerzkonsile durch zwei Fachärzte mit Zusatzqualifikation Schmerztherapie sowie geschulte PainNurses stehen zur Verfügung.

Die Intensität der Schmerzen wird anhand einer Schmerzskala aktiv abgefragt und bewertet, die Schmerztherapie nach einem abgestuften Schema entsprechend angepasst. Darüber hinaus erfasst der Schmerzdienst der Anästhesie strukturiert die Schmerzintensität von operierten Patienten und nimmt am Projekt QUIPS (Qualitätsverbesserung in der postoperativen Schmerztherapie) teil, um einen Vergleich mit anderen Kliniken zu ermöglichen sowie die Akutschmerztherapie zu verbessern.

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

Ein würdevoller und angemessener Umgang mit Patienten und deren Angehörigen mit sozial bedingtem Betreuungsbedarf ergibt sich aus dem christlichen Auftrag sowie den Grundsätzen und Leitlinien.

Auf die Behandlung und Betreuung von besonderen Personengruppen, z. B. altersbedingter erhöhter Betreuungsbedarf, spezifische Bedarfe von hochkontagiösen Patienten oder Patienten mit psychiatrischer oder Suchtsymptomatik wird mit speziellen Versorgungsangeboten individuell eingegangen. Darüber hinaus besteht ein umfangreiches Angebot der Beratung.

Des Weiteren erfolgt die Integration der Mitarbeiter des Seelsorgeteams in den Behandlungsprozess. Besonderer Schwerpunkt ist die Begleitung der Patienten auf den Intensivstationen und der Onkologie sowie deren Angehörige. Mitarbeiter werden zu Themen der Kommunikation und Gesprächsführung geschult.

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

Die Versorgung von Kindern wird nur in wenigen Fachabteilungen angeboten. Auf die Einbeziehung der Eltern in den Behandlungsprozess wird 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 oder im Gästehaus zu übernachten.

### **Sicherstellung einer qualifizierten palliativmedizinischen Behandlung**

Grundsätzlich besteht die Möglichkeit einer qualifizierten palliativmedizinischen Behandlung im Rahmen des etablierten konsiliarischen Palliativdienstes. Angebote der Fachstelle Palliativ Care / Palliativmedizin sowie Informationsmaterial stehen zur Verfügung.

Für die Überleitung von schwerstkranken und palliativen Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt 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. Das Brüderkrankenhaus ist Mitgesellschafter des Hospizvereins Trier.

## 2 Mitarbeiterorientierung

### **KTQ:**

#### **Personalbedarf**

Die Kontinuität der Patientenbehandlung wird durch die Bereitstellung von qualifiziertem Personal sichergestellt. Die Personalplanung orientiert sich in allen Dienstarten am genehmigten Wirtschaftsplan unter Berücksichtigung prospektiver Entwicklungen für das jeweilige Kalenderjahr. Die Festschreibung der genehmigten Planstellen erfolgt im Stellenplan. Zur Besetzung im Pflegebereich werden die Anhaltszahlen der Pflegepersonal-Regelung zugrunde gelegt. Veränderungen im Leistungsangebot werden bei der Personalbedarfsplanung entsprechend berücksichtigt. Monatliche Prüfungen dienen dem frühzeitigen Erkennen von Abweichungen und ermöglichen ein zeitnahes Reagieren. Das Ausschreibungs- und Bewerberauswahlverfahren für neue Mitarbeiter ist festgelegt.

#### **Personalentwicklung**

Die Geschäftsordnung der BBT-Gruppe für Direktorien bildet die Verantwortlichkeiten für die Personalentwicklung in den Einrichtungen ab.

Ein Personalentwicklungskonzept liegt vor und wird umgesetzt sowie gemäß dem Ordnungsrahmen des Mitarbeiterlebenszyklus strukturiert und organisiert. Ein Einarbeitungskonzept für Führungskräfte wurde entwickelt und eingeführt. Gemäß dem Konzept zur kontinuierlichen Führungskräfteentwicklung werden diese regelmäßig im Rahmen von Führungskräfteworkshops geschult. Ferner wurde ein modulares Fortbildungsangebot für Führungskräfte der mittleren Führungsebene entwickelt und zur kontinuierlichen Weiterentwicklung des Führungsnachwuchses umgesetzt. Des Weiteren wurde ein Kompetenzmodell entwickelt, welches die Funktions- und Anforderungsprofile für verschiedene Stellen/ Funktionen abbildet. In diesem Zusammenhang werden u. a. regelmäßige Zielvereinbarungs- und Zielerreichungs- sowie Personalentwicklungsgespräche geführt.

#### **Einarbeitung**

Neue Mitarbeiter werden im Rahmen von Einführungstagen in die Dienstgemeinschaft eingeführt. Das Direktorium sowie Mitarbeiter aus verschiedenen Bereichen und der Mitarbeitervertretung stellen sich vor. Es werden Informationen über die Einrichtung sowie die Struktur und Organisation in Form von Vorträgen und Informationsmaterialien weitergegeben, mit dem Ziel des gegenseitigen Kennenlernens sowie als Hilfestellung in den ersten Tagen.

Für Mitarbeiter der Pflege und des Ärztlichen Dienstes erfolgt die spezifische Einführung an einem weiteren zusätzlichen Einführungstag.

Individuelle Einarbeitungsstandards liegen im Rahmen des Einarbeitungskonzeptes vor. Mentoren unterstützen die Mitarbeiter in den jeweiligen Arbeitsbereichen. Strukturierte Gespräche zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern im Verlauf der Einarbeitungsphase dienen der Überprüfung des Einarbeitungsprozesses.

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

Das Brüderkrankenhaus ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Zwecks Koordination der Akademischen Lehre ist ein Lehrbeauftragter benannt. Die Facharztweiterbildung orientiert sich an den Vorgaben der Weiterbildungsordnung und Empfehlungen der Fachgesellschaften. In fast allen medizinischen Abteilungen gibt es darüber hinaus eigene Weiterbildungscurricula.

Ferner verfügt die Einrichtung über ein eigenes Bildungsinstitut (Bildungsinstitut der Barmherzigen Brüder - BIBB). Die Fortbildungsbeauftragten der med. Fachabteilungen, der Pflege und des BIBB

planen und koordinieren das Bildungsprogramm für intern und extern. Des Weiteren ist das BIBB für die Gesundheits- und Krankenpflege- und Physiotherapieausbildung sowie die pflegerischen Fachweiterbildungen zuständig. Alle Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen finden nach den jeweils gültigen Lehrplänen statt. Mit mehreren Einrichtungen der Region bestehen diesbezügliche Kooperationen. Zur Sicherstellung des Lernerfolges und der praktischen Begleitung dienen der Einsatz von Mentoren und Praxisanleitern sowie das Führen von individuellen Schülerhandbüchern.

Ein Fortbildungsbudget wird jährlich festgelegt. Für die Bereiche des Pflege- und Funktionsdienstes existiert ein Fort- und Weiterbildungskonzept. Die Fortbildungsbudgets der medizinischen Fachabteilungen werden durch den jeweiligen Chefarzt gesteuert, Fortbildungsbeauftragte sind benannt. Weiterführende Maßnahmen, wie z. B. Führungskräfte- oder Stationsleiterlehrgänge, werden individuell genehmigt. Intern werden bedarfsorientierte Qualifizierungsmaßnahmen angeboten. Eine angemessene Anzahl von Schulungs- und Konferenzräumen mit entsprechender Größe und Ausstattung sowie den erforderlichen Medien steht zur Verfügung. Eine Grundausstattung an Fachliteratur sowie Fachzeitschriften und Online-Zugängen wird in den Abteilungen vorgehalten.

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

Auf Basis der Dienstvereinbarung zwischen Mitarbeitervertretung und Hausleitung und der damit verbundenen Arbeitszeiterfassung können Mitarbeiterwünsche berücksichtigt werden. Die Erfassung und Überprüfung der gesetzlich und tariflich geregelten Arbeitszeiten hinsichtlich der Einhaltung erfolgt über ein elektronisches Zeitwirtschaftssystem. Den Mitarbeitern wird eine Flexibilisierung der Dienstzeiten unter Berücksichtigung der sichergestellten Patientenversorgung ermöglicht.

Die Kindertagesstätten St. Monika und St. Martin sind dem Brüderkrankenhaus angegliedert und haben neben dem öffentlichen Versorgungsauftrag auch den Betreuungsauftrag für Mitarbeiterkinder.

Ein Gesundheitsmanagement ist seit 2008 in der Einrichtung verankert und etabliert. Hierüber werden regelmäßige Angebote zu Themen des Gesundheitsschutzes für die Mitarbeiter gemacht. Die Organisation sowie Kommunikation der Aktivitäten erfolgt über die Gesundheitsmanagerin.

### **Ideenmanagement**

Auf Basis der Dienstvereinbarung zum Betrieblichen Vorschlagswesen wurde eine gruppenweite Richtlinie erstellt, die den Umgang mit Mitarbeiterideen für die BBT Gruppe regelt. Die Bearbeitung der über das "PRIMA-Ideenmanagement" eingereichten Beiträge erfolgt derzeit nach einem reinen Kommissionsmodell, d. h. alle Beiträge werden von einer namentlich benannten Kommission bewertet und entschieden. Neben der möglichen Einreichung von Ideen in Papierform ist dies im PRIMA-System auch über eine online-Datenbank möglich.

Darüber hinaus besteht für Mitarbeiter die Möglichkeit, sich mit individuellen Beschwerden und Wünschen an die Mitarbeitervertretung zu wenden. Diese hat regelmäßige Sprechstunden eingerichtet.

### ***proCumCert:***

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

Auf der Basis der Grundsätze & Leitlinien stellt die Mitarbeiterorientierung eine ganz besondere Bedeutung dar. Dies zeigt sich u. a. im Anspruch auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, der modularen Führungskräfteentwicklung, flexiblen Arbeitszeitmodellen, den internen Beratungs- und Unterstützungsangeboten. Seit 1994 ist das Brüderkrankenhaus Mitglied im "Deutschen Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser". Ein Steuerkreis Gesundheitsförderung, mit der Zielsetzung der Gesunderhaltung der Mitarbeiter wurde eingerichtet.

Des Weiteren gelten die Grundsätze des öffentlichen Dienstes und der BBT-Gruppe, dass Schwerbehinderte bei Bewerbung und gleicher Eignung gegenüber Nicht-Schwerbehinderten, bevorzugt werden. Es existiert eine Integrationsvereinbarung sowie eine Schwerbehindertenvertretung.

Das Brüderkrankenhaus ist seit Jahrzehnten ein wachsendes Unternehmen. Bislang wurden keine Mitarbeiter outgesourct. Alle Beschäftigten in Küche, Wäscherei, Bettenzentrale, Reinigungsdienst, Handwerker, Medizintechnik, Einkauf und Warenbeschaffung, etc. sind Mitarbeiter der Einrichtung.

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

Aussagen zur Wertschätzung und Anerkennung von besonderen Leistungen der Mitarbeiter sind Bestandteil der Grundsätze & Leitlinien. Einzelangebote und freiwillige Leistungen werden für die Mitarbeiter vorgehalten, z. B. Parkraum, Jubiläumsfeiern und -zuwendungen, Fortbildungsangebote, Gesundheitstage, etc.. 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 Zusammenarbeit zwischen Hausleitung und Mitarbeitervertretung wird im Wesentlichen durch die vorgegebenen rechtlichen Rahmenbedingungen bestimmt; eine Regelkommunikation ist etabliert.

### **Förderung einer durch christliche Werte geprägten sozialen und ethischen Kompetenz**

Die Grundsätze & Leitlinien sowie die christlichen Werte der BBT-Gruppe sind Orientierungsaspekte und werden in ihrer ethischen Relevanz beachtet und in Entscheidungen mit einbezogen. Der Erlebbarkeit dieser Vorgaben kommt eine besondere Bedeutung zu. Ein umfangreiches Angebot an internen und externen Fortbildungsveranstaltungen wird von den Mitarbeitern zur Förderung ihrer persönlichen und sozialen Kompetenz genutzt. Es gibt Supervisions- und Coaching-Angebote für einzelne Mitarbeiter oder Teams. Das Forum-Seelsorge bespricht Fragen zur praktischen Umsetzung in der Einrichtung. Zur Unterstützung in Grenzsituationen besteht die Möglichkeit einer ethischen Fallbesprechung oder Beratung durch das Klinische Ethikkomitee.

### **Auswahl und Einarbeitung von Führungskräften**

Das Anforderungsprofil nach dem Kompetenzmodell ist Grundlage für Stellenausschreibungen, Auswahlverfahren, Einarbeitung und Personalentwicklung. Es stellt den Rahmen zur Auswahl von Führungskräften dar. Ein Einarbeitungskonzept für Führungskräfte wurde entwickelt und eingeführt. Auch hieraus ergeben sich Anhaltspunkte, welche bei der Auswahlentscheidung für Führungskräfte berücksichtigt werden. Das Einarbeitungskonzept besteht im Wesentlichen aus einer Konzeptbeschreibung sowie entsprechenden Anlagen, welche die jeweiligen Vorgesetzten bei der strukturierten Einarbeitung von Führungskräften adäquat unterstützen.

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

Auf Basis der Vorgaben der BBT-Gruppe werden im Rahmen der Personalakquise sowie der Bewerbungsverfahren, in den einzelnen Einrichtungen ein einheitliches Anzeigenlayout sowie einheitliche Bewerbungsbögen verwendet, welche der Grundordnung der Deutschen Bischöfe zu Arbeitsverhältnissen im kirchlichen Dienst Rechnung tragen. Stellenanzeigen erfolgen in der Fach- oder Regionalpresse, Internet, Intranet sowie der internen Stellenbörse gemäß dem Personalmarketingkonzept. Darüber hinaus erfolgt ein Aushang in Schaukästen der Einrichtung. Die Abteilungsleiter sind am Ausschreibungs- und Auswahlverfahren sowie an der Entscheidung beteiligt.

Des Weiteren ist im Anforderungsprofil nach dem Kompetenzmodell die Ebene ethische Kompetenz/christliche Werte definiert. Bewerber und Bewerberinnen müssen einer christlichen Kirche angehören bzw. die christliche Orientierung der BBT-Gruppe befürworten.

## 3 Sicherheit - Risikomanagement

### KTQ:

#### Methoden des klinischen Risikomanagements

Die BBT-Gruppe betreibt ein einheitliches Risikomanagementsystem für alle Einrichtungen. Die Risikoverantwortung obliegt dabei der Führung der BBT-Gruppe sowie der Einrichtungen. Methoden, wie z.B. interne und externe Risikoaudits, regelmäßige Befragungen, Mitgliedschaft im „Aktionsbündnis Patientensicherheit“ oder das CIRS-Meldesystem, kommen zum Einsatz.

In den Einrichtungen sind Risikomanager, Risikobeauftragte und Risikoauditoren benannt. Eine entsprechende Qualifizierung ist gegeben.

#### Eigen- und Fremdgefährdung

Die Mitarbeiter der patientennahen Berufsgruppen sind in erster Linie verantwortlich für die Patientensicherheit. Die Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit finden Berücksichtigung. Für die Versorgung von Patienten mit besonderen Sicherheitsrisiken gibt es zusätzliche Handlungsanweisungen. Im Pflegedienst wird diesen Patienten z. B. durch Zimmer- oder Bereichspflege Rechnung getragen. Individuelle Schutzmaßnahmen werden im Behandlungsteam besprochen und abgestimmt. Schutz und Sicherheit der anvertrauten Patienten sowie der eigenen Mitarbeiter stehen dabei im Vordergrund.

#### Medizinisches Notfallmanagement

Für alle medizinischen Notfälle steht ein Notfall-/Reanimationsteam rund um die Uhr zur Verfügung. Dieses wird intern über die kommunizierte Notfallnummer alarmiert und begibt sich mit entsprechender Ausrüstung zum Einsatzort. Zusätzlich verfügen Funktionsbereiche über Notfallkoffer. Bestimmte Stationen, wie z. B. Intensivstationen, Zentrum für Notaufnahme oder Stroke Unit halten Notfallwagen vor. In festgelegten Bereichen und auf allen Stationen stehen Defibrillatoren zur schnellen Notfallversorgung bereit. Darüber hinaus beteiligt sich das Krankenhaus am deutschen Reanimationsregister (DGAI).

Für Mitarbeiter finden regelmäßig verpflichtende Reanimationskurse sowie Reanimationsübungen statt. Stationsweise erfolgen regelmäßige Fortbildungen in BLS (Basic Life Support) Maßnahmen. Auf freiwilliger Basis können alle pflegerischen und ärztlichen Mitarbeiter des Hauses die von eigens ausgebildeten Instruktorinnen durchgeführten ILS (Immediate Life Support) und ALS (Advanced Life Support) Kurse belegen.

#### Organisation der Hygiene

Die Abteilung für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention ist aktuell mit 4 Hygienefachpflegekräften, einer Hygienebeauftragten für Pflegeeinrichtungen und einem Krankenhaushygieniker besetzt. Entsprechende Qualifikationen liegen vor. Eine zusätzliche Beratung erfolgt leitliniengemäß durch einen qualifizierten externen Krankenhaushygieniker. Für jede medizinische Fachabteilung ist ein hygienebeauftragte/r Arzt/Ärztin benannt, für jede Station/Funktionsbereich zusätzlich ein/e Hygienebeauftragte/r in der Pflege. Eine Hygienekommission ist etabliert und tagt regelmäßig. Dabei werden hygienerelevante Themen besprochen, Maßnahmen und Umsetzungsstrategien festgelegt. Abteilungsspezifische Hygiene- und Desinfektionspläne sowie Isolationsrichtlinien liegen vor. Die Mitarbeiter der Krankenhaushygiene stehen als Ansprechpartner zur Verfügung und führen regelmäßig Begehungen, Kontrollen, Schulungen und Veranstaltungen zu hygienerelevanten Themen durch. Das Brüderkrankenhaus nimmt seit 2018 an der „Aktion saubere Hände“ teil.

## **Hygienerrelevante Daten, Infektionsmanagement**

Durch die Mitarbeiter der Klinikhygiene werden die hygienerlevanten Daten auf Basis von definierten Kriterien, welche sich u. a. an den Vorgaben des Robert Koch Institutes orientieren, erhoben und ausgewertet. In der Hygienekommission werden die Ergebnisse besprochen und ggf. erforderliche Maßnahmen abgeleitet. Die Teilnahme an Studien ermöglicht den Vergleich mit anderen Einrichtungen.

Hygienesichernde Maßnahmen sind für alle Bereiche verbindlich vorgegeben und in verschiedenen Formen, wie z. B. Isolationsrichtlinien oder Dekontaminations- und Desinfektionsvorgaben, im Hygieneplan zusammengefasst und bekannt gemacht. Die Überprüfung hinsichtlich der Umsetzung erfolgt durch die Mitarbeiter der Klinikhygiene in Form von Messungen und Probenentnahmen sowie Begehungen. Die Ergebnisse werden mit den Bereichen sowie in der Hygienekommission besprochen. Schulungen finden regelmäßig statt. In der Zentralsterilisation werden regelmäßig Prüfungen der Sterilisationsverfahren durchgeführt. In der Krankenhausküche ist das HACCP Konzept etabliert.

## **Arzneimittel**

Die Beschaffung sowie die Versorgung der Stationen mit den zur Therapie benötigten Arzneimitteln erfolgt durch die eigene Krankenhausapotheke. Diese ist seit 2007 nach den Vorgaben der Landesapothekerkammer und DIN EN ISO zertifiziert. Alle fest angestellten Apotheker haben den Fachapotheker für Klinische Pharmazie, eine Pharmazeutisch-Technische Assistentin (PTA) besitzt die Zusatzbezeichnung „PTA Onkologie“. Eine Arzneimittelliste für das Krankenhaus ist durch die Arzneimittelkommission erarbeitet und festgelegt und wird bei Bedarf aktualisiert. Spezielle Medikamente werden in Absprache mit dem leitenden Apotheker für die jeweilige Fachabteilung beschafft und bereitgestellt. Darüber hinaus werden in der Verantwortung des Apothekers Medikamente unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben, selbst zentral im Steril-Bereich der Apotheke hergestellt.

## **Labor- und Transfusionsmedizin**

Die Leitung der „Transfusionsmedizin“ unterliegt dem Transfusionsverantwortlichen des Hauses, der über eine entsprechende Qualifikation verfügt. Unterstützt wird er durch die Transfusionsbeauftragten der Abteilungen sowie die Fachbereichsleitung und Mitarbeiter des Blutdepots. Das Blutdepot steht ärztlicherseits ebenfalls unter der Leitung des Transfusionsverantwortlichen. Blut und Blutprodukte werden durch die Blutbank des Zentrallabors bevorratet und zur Verfügung gestellt. Bestellung und Anwendung sind im Qualitätshandbuch für Blutprodukte beschrieben. In regelmäßigen Treffen der Transfusionskommission werden Vorgehensweisen und Pläne über notwendige Änderungen besprochen, abgestimmt und beschlossen. Zudem führt jede Abteilung regelmäßig eine interne Fortbildungsveranstaltung zum Thema Blut und Umgang mit bzw. Anwendung von Blutprodukten durch. Jeder neue Mitarbeiter erhält eine Einweisung im Rahmen eines Einführungstages und wird zusätzlich durch den zuständigen Transfusionsbeauftragten in den wesentlichen Aspekten unterwiesen. Die Überprüfung der Umsetzung der Vorgaben erfolgt im Rahmen regelmäßiger Selbstinspektionen durch die Qualitätsbeauftragte Hämotherapie zusammen mit dem Transfusionsverantwortlichen.

## **Medizinprodukte**

Der Umgang mit Medizinprodukten sowie deren Einsatz sind mittels Dienstanweisung verbindlich geregelt. Ein Beauftragter für Medizinproduktesicherheit sowie Medizinprodukteverantwortliche und -beauftragte in den Abteilungen sind benannt. Inbetriebnahme und Einweisung in die ordnungsgemäße Handhabung von Medizinprodukten erfolgen nach Vorgabe. Erforderliche sicherheitstechnische Kontrollen, Wartungen, Reparaturen und Messungen werden durch die Mitarbeiter der Medizintechnik durchgeführt und dokumentiert. Eine Gerätedatenbank wird geführt und gepflegt. Neben den Vorgaben für die allgemeinen Medizinprodukte sind die Regelungen für den Umgang mit Sterilgut in den Hygienehandbüchern festgelegt.

## **Arbeitsschutz**

Die Regelungen zur Umsetzung des Arbeitsschutzgesetzes inklusive der Verantwortlichkeiten sind im Handbuch Arbeitsschutz definiert. Ein Arbeitsschutzausschuss ist unter der Leitung der Fachkraft für Arbeitssicherheit eingerichtet. Arbeitsschutzausschuss-Sitzungen finden regelmäßig statt, ebenso die turnusmäßigen Begehungen. Für die einzelnen Gebäudekomplexe sind jeweils Sicherheitsbeauftragte qualifiziert und werden entsprechend eingesetzt. Die Ermittlung und Beurteilung von Gefährdungen erfolgt in regelmäßigen Abständen oder bei Bedarf mittels standardisiertem Verfahren. Das Gefahrstoffverzeichnis zur Erfassung und zum Umgang mit Gefahrstoffen sowie die Sicherheitsdatenblätter werden vom Gefahrgutbeauftragten aktualisiert. Die technischen Regeln für biologische Arbeitsstoffe werden umgesetzt. Die betriebsmedizinische Versorgung der Mitarbeiter erfolgt durch den Betriebsarzt. Die Fachkraft für Arbeitssicherheit sowie der Betriebsarzt bieten regelmäßig Schulungen zu aktuellen Themen an.

## **Brandschutz**

Für einen Brand- und/oder Katastrophenfall sind die Melde- und Alarmierungswege sowie Abläufe und Verantwortlichkeiten in der Brandschutzordnung sowie im Alarm- und Einsatzplan beschrieben und festgelegt. Die Flucht- und Rettungspläne sind in allen Gebäudeteilen an markanten Punkten ausgehängt. Sammelplätze sind entsprechend ausgewiesen und gekennzeichnet. Für die Stationen sind in Absprache mit der Berufsfeuerwehr Trier Evakuierungspläne ausgearbeitet. Brandmelder sind installiert. Die Verzeichnisse der Hydranten sowie Anfahrtspläne sind mit der Feuerwehr abgestimmt. Für die Mitarbeiter finden regelmäßig verpflichtende Brandschutzschulungen mit praktischen Übungen statt. Des Weiteren werden Brandschutz- und Evakuierungsübungen in Zusammenarbeit mit der Berufsfeuerwehr Trier durchgeführt.

## **Datenschutz**

Grundlage zur Wahrung des Datenschutzes sind die gesetzlichen Regelungen sowie die Vorgaben der BBT-Gruppe. Diese sind für alle Mitarbeiter verbindlich festgelegt. Die Umsetzung der Datenschutzvorschriften in der Einrichtung obliegt der Hausleitung. Zu diesem Zweck sowie als Ansprechpartner für Fragen des Datenschutzes ist ein Datenschutzbeauftragter benannt. Alle Mitarbeiter unterliegen der Schweigepflicht. Patientenbezogene Daten werden nur mit Einverständnis der Patienten weitergegeben. Auf elektronische Daten haben durch individuelle Benutzer- und Rollenkonzepte sowie Passwortschutz nur berechtigte Mitarbeiter Zugriff. Es finden regelmäßige Begehungen und Überprüfungen bezüglich der Einhaltung des Datenschutzes statt. Die Datenschutzeschulung ist für alle Mitarbeitenden verpflichtend. Ergänzend hierzu werden individuelle Schulungen, z. B. aus aktuellem Anlass durchgeführt.

## **Umweltschutz**

Grundsätzliche Aussagen zum Umweltschutz in den Einrichtungen der BBT-Gruppe sind in den Grundsätzen und Leitlinien getroffen. Diese beziehen sich insbesondere auf die Förderung eines nachhaltigen Umweltbewusstseins bzw. auf Handlungsempfehlungen zum umwelt- und ressourcenschonenden Verhalten und Arbeiten. Diesbezüglich wird die Erreichung der Umweltziele durch verschiedene Maßnahmen oder in Form von Projekten und Arbeitsgruppen in den Bereichen unterstützt. Die Erfüllung der Aufgaben im Umweltschutz, speziell der gesetzlichen Vorgaben, obliegt insbesondere den von der Hausleitung benannten und qualifizierten Beauftragten sowie der Technischen Abteilung. Regelungen zur Abfallvermeidung, Abfalltrennung und Abfallentsorgung sowie zum Umgang mit Sondermüll liegen vor. Ein Abfallbeauftragter ist benannt, ihm obliegt die Überwachung der Abfallentsorgung. Die endgültige Verwertung erfolgt über zugelassene Entsorgungsunternehmen.

## **Katastrophenschutz**

Das Brüderkrankenhaus ist nach den Vorgaben des Landesgesetzes über den Brandschutz, die allgemeine Hilfe und den Katastrophenschutz verpflichtet Alarm- und Einsatzpläne aufzustellen und fortzuschreiben. Ziel ist die Bewältigung sowohl interner als auch externer Gefahrenlagen. Der Alarm- und Einsatzplan für das Brüderkrankenhaus beschreibt die interne Organisation, Abläufe und

Verantwortlichkeiten aller an den Abläufen beteiligten Personen und Personengruppen inklusive der Krankenhauseinsatzleitung und regelt im Katastrophenfall die Abläufe im Detail. Im Zuge der Einarbeitung wird der Alarm- und Einsatzplan neuen Mitarbeitern erläutert. Des Weiteren erfolgen Schulungen im Rahmen der Unterweisungen des Arbeitsschutzes sowie in den Brandschutzschulungen. Darüber hinaus finden Schulungen und Unterweisungen der Selbstschutzkräfte statt.

### **Ausfall von Systemen**

Ausfallszenarien inkl. der Verantwortlichkeiten, Maßnahmen und Abläufe sind im Alarm- und Einsatzplan beschrieben und für die gesamte Einrichtung geregelt. Darüber hinaus existieren einzelne bereichsbezogene Ausfallkonzepte. Bei Stromausfall stehen 2 durch Brennstoff betriebene Notstromaggregate sowie Batterien zur weiteren Stromversorgung zur Verfügung. Die Patientenversorgungsbereiche sind ferner mit Akkuhandlampen ausgestattet. Für den Ausfall der IT existiert ein eigenes Ausfallkonzept sowie ein Wiederanlauf-Notfallplan.

### ***proCumCert:***

#### **Besondere Aspekte eines umfassenden Risikomanagements**

Besondere Aspekte eines umfassenden Risikomanagements, z. B. die Umsetzung von Vorgaben des Aktionsbündnisses Patientensicherheit, erfolgen i. d. R. in Verantwortung der Fachabteilungen. Ein etabliertes Befragungs- und Rückmeldemanagement sowie die Durchführung von internen und externen Audits dienen der Überprüfung der erlebten Qualität und tragen zur Weiterentwicklung bei. Für die interne Bearbeitung von (Beinahe)-Vorkommnissen kommen interdisziplinäre und berufsgruppenübergreifende Methoden zum Einsatz. Regelungen zur Kommunikation mit der Öffentlichkeit sind festgeschrieben.

## 4 Informations- und Kommunikationswesen

### **KTQ:**

#### **Netzwerkstruktur und Datensysteme**

Ein modulares Krankenhausinformationssystem ist etabliert. Die Bereiche sind in das IT-System integriert und vernetzt. So ist für alle am Behandlungsprozess beteiligten Mitarbeiter ein schneller und uneingeschränkter Zugriff auf erforderliche Daten möglich. Es besteht ein abgestuftes Berechtigungs- und Zugriffskonzept. In allen relevanten Bereichen stehen internetfähige Arbeitsplätze zur Verfügung. Das Intranet ist wesentlicher Bestandteil der internen Kommunikation. Schulungen für Softwareanwendungen werden regelmäßig angeboten.

#### **Klinische Dokumentation**

Zur Dokumentation der patientenbezogenen Daten stehen den am Behandlungsprozess beteiligten Mitarbeitern ein digitales Krankenhausinformationssystem sowie ergänzend papiergestützte Dokumente zur Verfügung. Die Verantwortlichkeiten sowie die Abläufe sind geregelt, die Mitarbeiter entsprechend geschult und informiert. Die Patientenakte steht allen berechtigten Mitarbeitern zur Verfügung. Alle wichtigen Informationen zur Patientenversorgung werden zeitnah und qualitativ nachvollziehbar durch die an Diagnostik und Behandlung beteiligten Berufsgruppen in einem einheitlichen Dokumentationssystem dokumentiert. Dies gilt ebenso für Änderungen im Behandlungsverlauf sowie getroffene Anordnungen bei Visite.

#### **Verfügbarkeit und Archivierung**

Die im Krankenhausinformationssystem hinterlegten elektronischen Patientendaten, wie z. B. Labordaten, Befunde, etc., sind für zugriffsberechtigte Personen verfügbar, so dass eine zeitnahe qualitative Versorgung der Patienten zu jeder Zeit möglich ist. Die Patientendokumentation befindet sich während des Aufenthaltes auf den Stationen, in denen der Patient aktuell behandelt wird. Patientenakten stationärer Patienten werden nach der Behandlung im Zentral-Archiv archiviert. Eine Archivordnung regelt den administrativen Rahmen. Die Archivierung ambulanter Patientenakten obliegt der jeweiligen Fachabteilung und erfolgt dezentral.

#### **Information der Unternehmensleitung**

Zur Information der Hausleitung sowie internen Kommunikation sind unterschiedliche Strukturen vorhanden. Dazu gehören u. a. ein etabliertes Berichtswesen, die Mitarbeit in Gremien und Kommissionen durch Mitglieder der Hausleitung, Abonnements von Fachzeitschriften, Rundschreiben sowie eine etablierte Regelkommunikation mit unterschiedlichen Zielgruppen. Des Weiteren erfolgt ein monatlicher Statusbericht über laufende Projekte und Maßnahmen in der Einrichtung durch das Projektmanagementbüro im Rahmen der Projektportfoliosteuerung. Darüber hinaus steht der Hausleitung ein regionaler Pressespiegel zur Verfügung.

#### **Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang**

Die Kommunikation innerhalb des Hauses erfolgt sowohl über bestimmte Gremien als auch über verschiedene Medien und ist in einem Konzept geregelt. So erfolgt diese z. B. im Rahmen einer interdisziplinären und berufsgruppenübergreifenden Regelkommunikation (z. B. Team- und Abteilungsbesprechungen, Tumorboard, etc.), Mitarbeiterversammlung, Neujahrsempfang, das interne Mailsystem oder das Intranet. Informationen, die sich auf die Behandlung der Patienten beziehen, werden bei Verlegung innerhalb des Hauses durch Weitergabe der vollständigen Patientenakte sichergestellt. Elektronische Daten stehen den Zugriffsberechtigten im Krankenhausinformationssystem zur Verfügung. Die Information der Öffentlichkeit erfolgt bei aktuellen Anlässen durch Pressemitteilungen und Veranstaltungshinweise an Presse, Funk und Fernsehen. Eine Stabsstelle für Unternehmenskommunikation ist eingerichtet. Durch die Mitarbeiterzeitung

Hörrohr sowie die Zeitungen der BBT-Gruppe Leben und Wir!, die im Hause ausliegen, können sich Patienten und Besucher informieren.

Im Foyer am Haupteingang befinden sich die zentrale Information sowie die Telefonzentrale, welche rund um die Uhr besetzt ist. Die Mitarbeiter der Information stehen Patienten, Angehörigen und Besuchern für Fragen sowie die Weitergabe von Informationen zur Verfügung. Ein Lageplan zur Orientierung ist erhältlich, Wege werden erläutert, eine Informationstafel hilft bei der Orientierung. Eine aktuelle Liste relevanter Rufnummern (z. B. Hausleitung, Diensthabende Ärzte) liegt bereit.

## 5 Unternehmensführung

### **KTQ:**

#### **Philosophie/Leitbild**

Unter Beteiligung verschiedener Berufsgruppen der einzelnen Einrichtungen der BBT-Gruppe wurde 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. Darüber hinaus wurde ein Pflegeleitbild entwickelt und etabliert.

#### **Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen**

Die Führungsgrundsätze sind in den Grundsätzen und Leitlinien sowie den christlichen Werten festgelegt. Die Fachvorgesetzten sowie Mitglieder der Hausleitung und Mitarbeitervertretung stehen den Mitarbeitern als Ansprechpartner zur Verfügung. Vertrauensbildende und -fördernde Maßnahmen, z. B. individuelle Qualifizierungsmaßnahmen, Weitergabe wichtiger Informationen oder Mitarbeiterfest, werden als Ausdruck der Wertschätzung initiiert und angeboten sowie durch die Hausleitung aktiv mitgestaltet und gefördert. Dabei sind Transparenz und Beteiligung der Mitarbeiter wichtige Eckpfeiler der kooperativen Zusammenarbeit.

#### **Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung**

In den Grundsätzen und Leitlinien sowie den christlichen Werten der BBT-Gruppe sind Aussagen auf der Basis eines christlichen Menschenbildes und allgemeiner ethischer Grundsätze festgelegt. Ein Klinisches Ethikkomitee hat 2006 seine Arbeit aufgenommen. Die Mitglieder stehen Mitarbeitern, Patienten und Angehörigen für ethische Fragestellungen zur Verfügung. Ethische Fallbesprechungen finden bei Bedarf statt. Eine Ethikberatung sowie ein Ethik-Café sind als direktes Beratungsangebot für Mitarbeiter eingeführt.

#### **Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement**

Ein Marketingkonzept basierend auf dem Unternehmenskommunikationskonzept ist etabliert. Die Hausleitung wird turnusmäßig in der Regelkommunikation über aktuelle Entwicklungen und Vorgänge in der Einrichtung informiert. Ein monatliches Berichtswesen ist etabliert. Die Unternehmenskommunikation unterstützt die Regional- sowie die Krankenhausleitung bei der Kommunikation nach außen und fungiert als Ansprechpartner für alle Medien. Ein Alarm- und Einsatzplan sowie ein Krisenkommunikationskonzept liegen vor. Inhalte, Verantwortlichkeiten und Abläufe sind geregelt.

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

Die Strategie der Einrichtung wird jährlich durch die Hausleitung in Zusammenarbeit mit einer Kerngruppe von Führungskräften in einem festgelegten Procedere erarbeitet sowie mittels BalancedScorecard in Abstimmung mit der Regionalleitung bzw. der Geschäftsführung aktualisiert und fortgeschrieben. Weiterer Bestandteil der Zielplanung ist der Versorgungsauftrag gemäß Landeskrankenhausplan. Die Weiterentwicklung der Medizinstrategie wird neben dem Versorgungsauftrag bzw. Leistungsspektrum auch durch den aktuellen Stand der Technik geprägt.

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

Die Organisation, Verantwortlichkeiten sowie das Procedere für die jährliche Erstellung des Wirtschaftsplanes und den auf mehrere Jahre angelegten Investitionsplan sind geregelt. Die Überwachung der genehmigten Budgets erfolgt durch das Controlling. Die Budget-Verantwortlichen werden regelmäßig über die Plan-Ist Situation informiert.

Ein betriebswirtschaftliches Risikomanagement ist etabliert. Die Strukturen, Verantwortlichkeiten sowie das Berichtswesen sind definiert. Eine Wirtschaftsprüfung findet jährlich statt. Ferner werden Meldungen aus dem klinischen Risikomanagement integriert, soweit diese betriebswirtschaftlich relevant sind. Es findet eine quantitative und ggf. qualitative Bewertung der Risiken statt.

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

Die Vereinbarung von Kooperationen, z. B. mit Schulen, Hochschulen, Kliniken oder anderen Partnern, erfolgt zur Realisierung der Strategie und Zielplanung. Die Auswahl der Partner erfolgt entsprechend dem Selbstverständnis, den Grundsätzen und Leitlinien sowie der Geschäftspolitik. Es findet ein regelmäßiger Austausch statt. Darüber hinaus unterstützt die Einrichtung soziale, kulturelle und ökologische Projekte, z. B. Sozialfond für bedürftige Patienten, Peter-Friedhofen-Stiftung oder Kooperation mit der Caritas bzgl. der Flüchtlingsversorgung.

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

Grundsätzliche Regelungen zur Festlegung der Organisationsstruktur sind in einer Geschäftsordnung beschrieben. In einem Organigramm ist die Organisationsstruktur der Einrichtung dargestellt und die Verantwortlichkeiten festgelegt. Das Direktorium tagt wöchentlich. Die Arbeitsweise ist in der Geschäftsordnung verbindlich vereinbart. Das Direktorium beruft die Mitglieder der Kommissionen und Gremien sowie die Beauftragten, unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorschriften. Struktur, Arbeitsweise und Verantwortlichkeiten sind definiert. Die Durchführung von Projekten erfolgt gemäß dem BBT-Leitfaden zum Projektmanagement.

### **Innovation und Wissensmanagement**

Die Planung von Innovationen erfolgt in den meisten Fällen im Zuge der Strategieentwicklung über die BalancedScorecard sowie den Investitions- und Wirtschaftsplan. In der Regel erfolgt die Einführung von Innovationen in Form von Projekten. Zur Wissensvermittlung werden verschiedene Methoden eingesetzt, wie z. B. Hospitationen, interne Fort- und Weiterbildungen, weitere Angebote des Bildungsinstitutes.

### ***proCumCert:***

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

Die Berücksichtigung ethischer Aspekte erfolgte in den letzten Jahren mit zunehmender Intensität. Dabei wurden auf den Grundsätzen und Leitlinien sowie den christlichen Werten basierend entsprechende Strukturen geschaffen. Ein Klinisches Ethikkomitee ist eingerichtet. Ethische Fallbesprechungen finden im Bedarfsfall statt. Eine Ethikberatung sowie ein Ethik-Café sind als direktes Beratungsangebot für Mitarbeiter eingeführt. Alle Mitarbeiter, jeder für sich, ist zur Einhaltung der Vorgaben durch Leitbild und christliches Menschenbild, besonders im Umgang mit den Patienten, verpflichtet.

#### **Nachhaltigkeit in der Unternehmensführung**

Die Strategieplanung mittels BalancedScorecard erfolgt jährlich mit einem Ausblick (Leitziel) auf die nächsten 2-4 Jahre. Die Ziele in unterschiedlichen Bereichen sind mittel- bis langfristig ausgelegt und in 3 strategische Themenbereiche strukturiert. Des Weiteren erfolgt eine mittel- und langfristige Finanzplanung sowie bauliche Zielplanung. Grundsätzliche Aussagen und Ziele zum Umweltschutz in der BBT-Gruppe sind getroffen. Ökologische Nachhaltigkeitsaspekte sowie die Schonung natürlicher Ressourcen werden berücksichtigt.

## 6 Qualitätsmanagement

### **KTQ:**

#### **Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements**

Die Abteilung Qualitätsmanagement ist in die Organisation als Stabstelle der Hausleitung eingebunden. Die benötigten Ressourcen werden bereitgestellt. Qualitätspolitik und -ziele der Einrichtung basieren auf den Grundsätzen und Leitlinien und werden durch die Hausleitung festgelegt. Hierarchie- und berufsgruppenübergreifend unterstützen Qualitätsmanagementbeauftragte die praktische Umsetzung in den Abteilungen. Es finden bedarfsorientierte Informations- und Schulungsveranstaltungen zu Themen des Qualitätsmanagements sowie des Projekt- und Prozessmanagements statt.

#### **Vernetzung, Prozessgestaltung und -Optimierung**

Eine Prozessmanagementstruktur in Anlehnung an die Regelungen der BBT-Gruppe sowie ein Leitfaden für Projektmanagement sind etabliert und dienen u. a. der Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements bzw. der Einrichtung. Das Prozessmanagement unterstützt die Erreichung der gewünschten Transparenz hinsichtlich der Abläufe sowie deren kontinuierliche Verbesserung. Die Überprüfung der Zielerreichung erfolgt z. B. im Rahmen des etablierten Befragungsmanagements.

#### **Patientenbefragung, Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen, Mitarbeiterbefragung**

Es finden Patienten-, Mitarbeiter- und Einweiserbefragungen statt. Durchführung und Auswertung erfolgen durch externe Institute, die eine wissenschaftlich fundierte Umsetzung gewährleisten. Die Ergebnisse werden auf unterschiedlichen Ebenen analysiert und sind Grundlage für die Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen. Die Ergebniskommunikation und Vorstellung erfolgt durch die Abteilung Qualitätsmanagement im Rahmen von Informationsveranstaltungen sowie durch Veröffentlichung im Intranet.

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

Rückmeldungen von Patienten, Angehörigen und Partnern sind essentiell für eine kontinuierliche Verbesserung. Daher werden schriftliche Rückmeldungen im Rahmen eines Beschwerde- bzw. Rückmeldemanagements zentral erfasst und bearbeitet. Ablauf und Verantwortlichkeiten sind geregelt. Die strukturellen Voraussetzungen (Rückmeldebogen, Sammelstelle und Ansprechpartner) sind etabliert. Zudem besteht die Möglichkeit sich direkt an den Rückmeldemanager zu wenden. Auf der Internetseite ist ein Bereich Lob & Beschwerde inklusive Kontaktformular und Kontaktdaten eingerichtet.

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

Die Verantwortlichkeit für die Erhebung und Nutzung qualitätsrelevanter Daten obliegt der Hausleitung und den Fachabteilungsleitungen. Für die gesetzliche externe Qualitätssicherung (EQS) sind in allen betroffenen Abteilungen inhaltlich Verantwortliche und Dokumentationsbeauftragte benannt. Die medizinischen Fachabteilungen beteiligen sich zum Teil darüber hinaus an weiteren QS-Verfahren. Die Auswertungen der externen Qualitätssicherung stehen der Hausleitung sowie den Abteilungsleitern zur Verfügung, mit dem Ziel entsprechende Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten. Hygienedaten, z. B. Infektionsstatistik, werden zentral von der Abteilung Klinikhygiene erfasst und ausgewertet bzw. von externen Laboren zur Verfügung gestellt und die Ergebnisse in den Abteilungen kommuniziert.

Des Weiteren ist das Brüderkrankenhaus 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. Ferner beteiligt sich das Krankenhaus seit 2012 an der Initiative Qualitätsmedizin (IQM).

## 7 Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus

### **proCumCert:**

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

Die Seelsorge ist als eigenständiger Bereich unter der Leitung des Krankenhaus-Pfarrers in die Organisation integriert. Für die Stationen stehen feste Ansprechpartner des Seelsorgeteams zur Verfügung. Die Zusammenarbeit mit den Berufsgruppen ist ermöglicht. Die Mitarbeiter der Seelsorge können in die Arbeitsabläufe integriert werden und können an Besprechungen und Teamsitzungen teilnehmen. Es besteht eine Rufbereitschaft.

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

Die Rahmenbedingungen und die Organisation der Seelsorge ergeben sich aus dem vom Bistum Trier erlassenen "Orientierungsrahmen der Seelsorge in Krankenhäusern und Kliniken", dem eigenen Seelsorgekonzept sowie internen Erfordernissen. Die Mitglieder des Seelsorgeteams verfügen über die erforderlichen Qualifikationen. Strukturen und Rahmenbedingungen (Gottesdiensträume, Büro- und Sprechzimmer, Kommunikationsmedien, etc.) sind vorhanden.

Besonders gestaltete und gestaltbare Verabschiedungsräume stehen zur Verfügung. Christliche Symbole prägen das Bild der Einrichtung.

#### **Angebote der Seelsorge**

Die ökumenische Zusammenarbeit ist im Seelsorgekonzept beschrieben. Gemeinsame Aktionen der Krankenhauseelsorge und der ev. Gemeinde finden statt, z. B. Hausgebet im Advent. Eine Reflektion der Zusammenarbeit erfolgt u. a. in gemeinsamen Dienstgesprächen.

Die Mitarbeiter der Seelsorge führen in ausgewählten Bereichen eine aufsuchende Seelsorge durch, ansonsten erfolgt die Inanspruchnahme auf Anforderung. Eine Unterstützung in besonderen Situationen, z. B. Sterbe- oder Trauerbegleitung steht zur Verfügung. Die Seelsorge für Mitarbeiter wird als offenes Angebot gelebt. Darüber hinaus gibt es weitere Unterstützungsangebote in Form von Schulungen mit spirituellem Inhalt, Wallfahrten, Einkehrtagen.

Ein liturgischer Wochenplan wird durch Aushänge bekannt gemacht. Im Rahmen von Feierlichkeiten finden Gottesdienste oder zu Beginn von Veranstaltungen Impulse statt. Es steht umfangreiches Informationsmaterial (Broschüren, Flyern) zur Verfügung.

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

Entsprechend dem etablierten Seelsorgekonzept erfolgt eine gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit der örtlichen Pfarreiengemeinschaft. Die Krankenhauseelsorge nimmt diese als Anlass zur Kontaktpflege und zum Austausch mit den jeweils zuständigen Orts Pfarrern. Gottesdienstzeiten werden mit der Pfarrei St. Martin abgestimmt. Besuchsdienste der Pfarreien werden unterstützt.

Des Weiteren besteht ein Kreis aus ehrenamtlichen Kommunionhelfern, die durch den Bischof ihre Beauftragung erhalten.

## 8 Verantwortung gegenüber der Gesellschaft

### **proCumCert:**

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

Ein Bildungsinstitut der Barmherzigen Brüder bietet Ausbildungsplätze in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Physiotherapie an, unterstützt durch Kooperationen mit externen Partnern. Darüber hinaus werden Fachweiterbildungen sowie Fortbildungen angeboten.

Der Ablauf des Bewerbungsverfahrens ist definiert. Auf die christliche Werteorientierung der Bewerber wird großen Wert gelegt.

Eine Betreuung der Schülerinnen und Schüler erfolgt zur Förderung der beruflichen und persönlichen Entwicklung. Es existiert ein Konzept zur praktischen Anleitung sowie Gesprächsangebote durch die Seelsorge und Soziale Beratung und Betreuung. Auf die Vermittlung christlicher Unterrichtsinhalte wird Wert gelegt. In allen Kursen wird Ethikunterricht angeboten.

Diverse Praktikumsplätze (Krankenpflege, Verwaltung, Technik, usw.) werden bereitgestellt. Praktikanten werden von Bezugspersonen betreut.

#### **Förderung ehrenamtlichen, bürgerschaftlichen und ideellen Engagements**

Eine Ehrenamtsstruktur ist etabliert. Ein Konzept zum Einsatz von Grünen Damen und Herren, zur Verbesserung der menschlichen Zuwendung für Patienten und Angehörige, ist implementiert. Ehrenamtliche Mitarbeiter werden für ihre Aufgaben geschult und motiviert sich als Teil der Dienstgemeinschaft zu fühlen.

Der *Kunst- und Kulturverein am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier e. V.*, unterhält Patienten, Angehörige und Mitarbeiter mit einem kulturellen Programm.

## 9 Trägerverantwortung

### **proCumCert:**

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

Der Auftrag der Barmherzige Brüder Trier gGmbH ist eine zeitgemäße Umsetzung des Heilsauftrags Jesu im Dienste am Menschen. Die strategische Ausrichtung der Leistungsangebote ist bedarfs- und nachfrageorientiert. Die BalancedScorecard wird als strategisches Planungsinstrument genutzt. Die grundsätzliche Ausrichtung besteht darin, bestehende Geschäftsfelder zu sichern und nachhaltig in die Zukunft zu führen. Die Ausbildung junger Menschen ist Tradition und Verpflichtung zugleich. Die BBT-Gruppe nimmt Einfluss auf die Bildung von Kooperationen, welche konform den Grundsätzen und Leitlinien erfolgen und der Erreichung der Unternehmensziele dienen.

#### **Vorgaben für die operative Unternehmensführung**

Die Etablierung der Führungs- und Managementstrukturen ist eine wesentliche Grundlage für die erfolgreiche Umsetzung der strategischen Ziele. Die formulierte Mission und Vision sind Orientierungsrahmen für die Unternehmensführung. Die Verantwortung liegt beim Aufsichtsrat und der Geschäftsführung. Die Arbeitsweise der Gremien ist festgelegt. Ein strukturiertes Berichtswesen sowie eine Regelkommunikation sind etabliert. Gesellschafter, Aufsichtsrat und Geschäftsführung legen Wert auf die Einhaltung der Grundlagen des kirchlichen Rechtes sowie auf die Zusammenarbeit mit den örtlichen Kirchengemeinden und -verbänden. Die Würde und Ehrfurcht gegenüber dem Leben sind maßgeblich im Umgang mit Leistungsausschlüssen und problematisch zu beurteilenden Leistungsangeboten.

#### **Personalverantwortung des Trägers für die obersten Führungspositionen**

Die BBT-Gruppe nimmt die Gesamtverantwortung für alle ihre Einrichtungen wahr. Als christlicher Träger basiert diese auf einem in dialogischem Prozess entwickelten Leitbild. Zusätzlich wurde auf verschiedenen Ebenen der Gruppe ein Wertedialog begonnen. Kirchliche Grundordnung und kirchliche Datenschutzbestimmung sind Bestandteile der Arbeitsverträge. Im Konzept Personalmanagement sind die Anforderungen für die Stellenbesetzung von leitenden Mitarbeitern beschrieben. Auswahlgremien/ Findungskommission(en) werden individuell festgelegt. Mitglieder der Geschäftsführung werden durch Gesellschafter und Aufsichtsrat berufen.

#### **Wahrnehmung der Aufsichtsverantwortung**

Die Aufsichtsverantwortung gegenüber der Geschäftsführung erfolgt durch Gesellschafterversammlung und Aufsichtsrat. Die Gremienaufteilung orientiert sich an der Handreichung der Deutschen Bischofskonferenz. Die Entscheidungszuständigkeiten, Elemente der Zusammenarbeit und der Entscheidungsfindung sind jeweils in Geschäftsordnungen geregelt.