



proCum Cert/ KTQ -
QUALITÄTSBERICHT

Krankenhaus: St. Elisabeth-Krankenhaus gem. GmbH

Institutionskennzeichen: 260730365

Anschrift: Kaiserstraße 14
66842 Zweibrücken

Ist zertifiziert nach proCum Cert inklusive KTQ®

durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle

proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft

mit der Zertifikatnummer: 2006-0006-ZWEI-11-K-00158

Datum der Ausstellung: 20.10.2006

Gültigkeitsdauer: 19.10.2009

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Vorwort der proCum Cert | 3 |
| Vorwort der KTQ® | 4 |
| Einleitung | 6 |
| A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses..... | 8 |
| B Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses | 16 |
| C Qualitätssicherung | 37 |
| D Qualitätspolitik | 39 |
| E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung | 40 |
| F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum | 42 |
| G Weitergehende Informationen | 43 |
| H Ausstattung | 44 |
| 1. Patientenorientierung im Krankenhaus | 46 |
| 2. Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung | 53 |
| 3. Sicherheit im Krankenhaus | 57 |
| 4. Informationswesen | 60 |
| 5. Krankenhausführung | 62 |
| 6. Qualitätsmanagement | 67 |
| 7. Spiritualität und Kirchlichkeit | 70 |
| 8. Verantwortung gegenüber der Gesellschaft | 73 |
| 9. Trägerverantwortung | 76 |

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 (DEVK) ins Leben gerufen wurde.

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

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

Das kombinierte pCC-KTQ-Zertifikat geht in seinen Anforderungen über die hinaus, die im KTQ-Manual beschrieben sind. Ziel der proCum Cert ist, christliche Werte in das Qualitätsmanagement einzubeziehen und in der Organisation zu verankern. Hierfür wurden 67 weitere Qualitätskriterien formuliert, die es in dem KTQ-Manual mit seinen derzeit 72 Kriterien nicht gibt.

Das KTQ-Manual ist vollumfänglicher Bestandteil des proCum Cert-Qualitätshandbuchs. 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.

Clemens Gattinger
Geschäftsführer
proCum Cert GmbH

Vorwort der KTQ®

Die KTQ-Zertifizierung ist ein krankenhausspezifisches Zertifizierungsverfahren, das getragen wird von der Bundesärztekammer (BÄK), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Deutschen Pflegerat (DPR) und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherungen¹. Darüber hinaus wurde der Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e. V. (HB) - mit Beginn des Routinebetriebes im „Niedergelassenen Bereich“ ebenfalls Gesellschafter der KTQ-GmbH. 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 wurden ausschließlich von Krankenhauspraktikern entwickelt und erprobt.

Mit diesem Zertifizierungsverfahren bietet die KTQ® den Krankenhäusern ein Instrument an, mit dem sie die Qualität ihrer Leistungen durch die Zertifizierung und den zu veröffentlichenden KTQ-Qualitätsbericht nach außen transparent darstellen können.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen, von Krankenhauspraktikern entwickelten Kriterien, die sich auf die Patientenorientierung, die Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit im Krankenhaus, das Informationswesen, die Krankenhausführung und das Qualitätsmanagement 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 Visitoren gezielt hinterfragt und durch Begehungen einzelner Krankenhausbereiche überprüft.

¹ Zu diesen zählen: der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., der AOK-Bundesverband, der BKK Bundesverband, der IKK-Bundesverband, der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Bundesknappschaft, die See-Krankenkasse.
St. Elisabeth-Krankenhaus gem. GmbH, Zweibrücken
proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft

Auf Grund des positiven Ergebnisses der Selbst- und 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.

Jedem KTQ-Qualitätsbericht ist ein Vorwort der KTQ-gGmbH vorangestellt, darauf folgen eine Einleitung, in der drei bis vier innovative, patientenorientierte Leistungen beschrieben werden, die Strukturdaten sowie eine Beschreibung zu jedem der insgesamt 72 Kriterien des KTQ-Kataloges.

Wir freuen uns, dass das Krankenhaus mit diesem Qualitätsbericht allen Interessierten - in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen - einen umfassenden Überblick hinsichtlich seines Leistungsspektrums, seiner Leistungsfähigkeit und seines Qualitätsmanagements vermitteln kann.

Der Qualitätsbericht ist auch auf der KTQ-Homepage unter <http://www.ktq.de/> abrufbar.

Prof. Dr. F.-W. Kolkmann
Für die Bundesärztekammer

Dr. H. D. Scheinert
Für die Spitzen-
verbände der Krankenkassen

Dr. M. Walger
Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

M.-L. Müller
Für den Deutschen Pflegerat

Einleitung St. Elisabeth Krankenhaus

„Die Liebe Christi drängt uns“. Dieser Satz sagt aus, was das St. Elisabeth Krankenhauses seit nunmehr fast 100 Jahre auszeichnet. Das Krankenhaus wurde 1907 als Einrichtung der Armen Franziskanerinnen von der heiligen Familie zu Mallersdorf gegründet, Existenz und Tätigkeit werden durch den Auftrag des Ordensgründers Dr. Paul Josef Nardini und durch die caritative Sendung der Kirche vorgegeben. In diesem Sinne wurden auch die Grundsätze unseres Leitbilds verfasst und werden in der täglichen Arbeit gelebt und umgesetzt.

Das St. Elisabeth Krankenhaus verfügt über 258 Betten und bietet die Versorgung in folgenden Fachabteilungen an:

- Innere Medizin mit den anerkannten Schwerpunkten Kardiologie, Schlaganfalleinheit (Stroke Unit) Diabetologie, Gastroenterologie und Angiologie
- Allgemeine Chirurgie mit den anerkannten Schwerpunkten Visceralchirurgie, Unfallchirurgie und Gefäßchirurgie
- Intensivmedizin
- Radiologie
- Anästhesie und Schmerztherapie
- Belegabteilung Urologie
- Belegabteilung HNO

In diesen Abteilungen werden pro Jahr im Schnitt ca. 12 000 Patienten ambulant und stationär versorgt.



Das St. Elisabeth Krankenhaus hat im Laufe seiner Geschichte stets die Erfordernisse der Zeit erkannt und auf die entsprechenden Gegebenheiten flexibel reagiert. So hat auch die Qualitätsarbeit in unserem Krankenhaus eine lange Tradition aufzuweisen. Bereits im Jahr 2001 erhielt das St. Elisabeth Krankenhaus in Zweibrücken als erstes Krankenhaus in Rheinland-Pfalz und als achtes Krankenhaus bundesweit das Zertifikat von proCumCert inkl. KTQ verliehen. Weitere Zertifizierungen im Bereich der Apotheke durch die Landesapothekerkammer und im Bereich der Diabetologie u.a. durch den BVKD (Bundesverband Klinischer Diabetes-Einrichtungen e.V.) zeigen die erfolgreiche Arbeit im Bereich der qualitativ hochwertigen Patientenversorgung.

Der hier vorliegende Qualitätsbericht ist Bestandteil der erfolgreichen Re-Zertifizierung, die wir im Jahr 2006 gemeistert haben. Dies zeigt, dass das Krankenhaus auch den gestiegenen Anforderungen der Re-Zertifizierung gewachsen ist und dass der kontinuierliche Verbesserungsprozess ein elementarer Bestandteil unserer Qualitätsarbeit ist.

Das St. Elisabeth Krankenhaus hat, trotz erheblicher Ausweitung der medizinischen und pflegerischen Leistungsfähigkeit, seine ursprüngliche konfessionelle Tradition stets beibehalten und schafft so den Spagat zwischen moderner „High-Tech-Medizin“ und traditionellen christlichen Wertvorstellungen.

Die Krankenhausleitung

BASISTEIL

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1.1-1.6 Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1.1 *Allgemeine Merkmale des Krankenhauses (Anschrift, E-Mail, Internetadresse)*

Kaiserstr. 14
66482 Zweibrücken
info@krankenhaus-st-elisabeth.de
www.krankenhaus-st-elisabeth.de

A-1.2 *Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?*

260730365

A-1.3 *Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?*

St. Elisabeth gem. GmbH

A-1.3.1 *Welche Versorgungsstufe hat das Krankenhaus nach dem Landeskrankenhausplan?*

Regelversorgung

A-1.3.2 *Werden psychiatrische Fachabteilungen mit Differenzierung nach Schwerpunkten für das Krankenhaus ausgewiesen?*

Nein

A-1.4 *Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?*

Nein

A-1.4.1 *Arbeiten sonstige Einrichtungen mit dem Krankenhaus zusammen wie*

- Rehabilitationsklinik?**
- Psychiatrische Einrichtung?**
- Tagesklinik?**
- Pflegeeinrichtung?**
- Dialysezentrum?**
- Anerkannte Fort- und Weiterbildungseinrichtungen?**
- Arztpraxen?**
- Vertragliche Kooperationszentren (z. B. Apparategemeinschaften)?**
- Sonstige?**

A-1.4.2 *Gibt es an Ihrem Krankenhaus*

- eine Krankenpflegeschule?**
eine Kinderkrankenpflegeschule?
eine Krankenpflegehilfeschule?

A-1.5 *Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V
(Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)*

258

A-1.5.1 *Anzahl der Betten für den Maßregelvollzug (Die forensische Abteilung
ist von der KTQ-Zertifizierung ausgenommen)*

0

A-1.6 *Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:*

Stationäre Patienten:

6019

Ambulante Patienten:

5321

Davon Privatpatienten:

734

A-1.7 A Fachabteilungen

| Nr | Fachabteilung | Nicht bettenführ. Abt. mit fachl. n.weisungsg. Leitung (nb) | Zahl der Betten | Zahl stationäre Fälle | Haupt- oder Beleg-abteilung | Poliklinik/ Ambulanz? | Notfallaufnahme vorhanden? |
|------|--|---|-----------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 0100 | Innere Medizin | | 124 | | ha | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0103 | I.M. SP Kardiologie | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 0153 | I.M. SP Diabetes | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 0156 | I.M. SP Schlaganfallpatienten (Stroke units, Art. 7 Abs. 3 GKV-SolG) | | | | | | |
| 1500 | Allgemeine Chirurgie | | 94 | | ha | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 1516 | Allg. Chirurgie/SP Unfallchirurgie | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 1518 | Allg. Chirurgie/SP Gefäßchirurgie | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 2200 | Urologie | | 20 | | ba | | |
| 2600 | Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde | | 11 | | ba | | |
| 3600 | Intensivmedizin | | 9 | | ha | | |
| 3751 | Radiologie | <input checked="" type="checkbox"/> | | | ha | | |
| 3753 | Schmerztherapie | | 6 | | | | |
| XXXX | Anästhesie | <input checked="" type="checkbox"/> | | | ha | | |

A-1.7 B Mindestens Top-30 DRG (nach absoluter Fallzahl) des Gesamtkrankenhauses im Berichtsjahr

| | DRG dreistellig | Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch) | Fallzahl |
|-----------|------------------------|---|-----------------|
| 1 | F62 | Behandlung von Erkrankungen mit Herzschwäche | 205 |
| 2 | F73 | Bewusstseinsstörung mit Auswirkung auf den Kreislauf | 201 |
| 3 | F67 | Behandlung der Bluthochdruckerkrankung | 177 |
| 4 | K62 | Verschiedene Stoffwechselkrankheiten | 166 |
| 5 | F71 | Behandlung von Herzrhythmusstörungen und Reizleitungsstörungen des Herzmuskels | 142 |
| 6 | M02 | Entfernung der Vorsteherdrüse (= Prostata) oder Teilen der Prostata mittels einer Operation durch die Harnröhre | 121 |
| 7 | I68 | Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich ohne OP | 118 |
| 8 | E65 | Krankheiten mit zunehmender Verengung der Atemwege (=chronisch-obstruktiv) | 115 |
| 9 | G54 | Darmspiegelung (Koloskopie), mehr als 2 Belegungstage | 103 |
| 10 | B70 | Schlaganfälle mit bleibenden neurologischen Ausfällen | 102 |
| 11 | F72 | Akute Angina pectoris (zunehmende Herzenge) mit Infarktausschluss | 100 |
| 12 | E69 | Bronchitis und Asthma | 99 |
| 13 | I44 | Implantation einer Kniegelenksendoprothese | 98 |
| 14 | H14 | Gallenblasenentfernung mittels Schlüsselloch-Operation (=laparoskopische Gallenblasenentfernung) | 96 |
| 15 | D61 | Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) | 91 |
| 16 | G67 | Speiseröhren- oder Magen-Darm-Entzündung oder verschiedene Krankheiten der Verdauungsorgane | 85 |
| 17 | L20 | Operationen durch die Harnröhre, jedoch nicht an der Prostata | 81 |
| 18 | I24 | Gelenkspiegelung an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm | 75 |
| 19 | G66 | Bauchschmerzen oder Entzündung der Lymphknoten des Dünndarmgekröses | 74 |
| 20 | V60 | Alkoholvergiftung oder -entzug | 74 |
| 21 | B80 | Kopfverletzungen, Gehirnerschütterung | 72 |
| 22 | G24 | Eingriffe bei Bauchwandbrüchen, Nabelbrüchen und anderen „Brüchen“ | 71 |
| 23 | K60 | Zuckerkrankheit (=Diabetes Mellitus) | 70 |
| 24 | E77 | Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane | 70 |
| 25 | F60 | Herz-Kreislaferkrankungen mit akutem Herzinfarkt, ohne eindringende kardiologische Untersuchung | 68 |
| 26 | I48 | Revision oder Ersatz des Hüftgelenks | 67 |
| 27 | I30 | Komplexe Eingriffe am Kniegelenk | 65 |
| 28 | F39 | Unterbinden oder Stripping von Venen | 63 |
| 29 | G26 | Eingriffe am Anus | 61 |
| 30 | F66 | Verkalkung der Herzkranzgefäße | 58 |

A-1.8-2.0

A-1.8 *Welche besonderen Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote werden vom Krankenhaus wahrgenommen?
(Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)*

Innere Medizin mit den anerkannten Schwerpunkten *Kardiologie* (Herzerkrankungen), *Diabetologie* (Zuckerkrankheit), *Angiologie* (Gefäßerkrankungen) und *Stroke Unit* (Schlaganfallerkrankung). Zusätzlich verfügt die Abteilung über ein umfassendes Leistungsspektrum in den Bereichen Gastroenterologie (Erkrankung von Magen, Darm, Leber und Galle) und Pneumologie (Erkrankungen der Lunge).

Chirurgie mit den anerkannten Schwerpunkten *Gefäßchirurgie* und *Unfallchirurgie*. Die chirurgische Abteilung behandelt Notfalleingriffe aller Art.

Das Leistungsspektrum der Allgemeinchirurgie umfasst die Bauchchirurgie (Magen, Darm, Galle, Leisten- und Bauchwandbrüche) mit minimal invasiven Eingriffen („Schlüssellochoperationen“), Operationen bei Enddarmkrankungen und die Schilddrüsenchirurgie. Der anerkannte Schwerpunkt Gefäßchirurgie umfasst Gefäßersatzoperationen (Bypässe) und Eingriffe an Venen und am peripher-arteriellen Gefäßsystem. Die Gelenkchirurgie mit Sporttraumatologie und dem anerkannten Schwerpunkt Unfallchirurgie führt Gelenkersatzoperationen an Hüfte, Schulter, Sprunggelenk und Knie mit computergesteuerter Navigation durch. Zusätzlich werden Gelenkspiegelungen, Gelenkverschleißbehandlungen sowie Behandlungen von Sportverletzungen durchgeführt.

Die weiteren Leistungsbereiche **Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Urologie, Radiologie** (mit Computertomographie und Angiographie in 24-Stunden-Bereitschaft), **Anästhesie** (mit Eigenblutspende- und Prämedikationsambulanz), **Schmerzambulanz, Intensivmedizin, Zentrallabor, Krankenhausapotheke, Physikalische Therapie** (Krankengymnastik, Massagen) runden das Behandlungsangebot ab.

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:
Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?
Nein

A-1.9 Welche ambulanten Behandlungsmöglichkeiten bestehen (Auflistung in umgangssprachlicher Klerschrift)

- Neben den sog. „**Stationersetzenden Maßnahmen**“, d.h. Operationen, die ambulant durchgeführt werden können, z.B. Gelenkspiegelungen, Metallentfernungen, Krampfadern u.ä., bestehen zusätzlich über unsere Ambulanzen verschiedene Möglichkeiten zur ambulanten Behandlung.
- So können Patienten mit Gefäßerkrankungen in speziellen **Gefäßsprechstunden** diagnostische und therapeutische Hilfe erhalten.
- Ebenso können sich Patienten mit der Zuckerkrankheit ambulant behandeln lassen (**Sprechstunde Diabetisches Fußsyndrom und Diabetikerschulung**).
- Zur Abklärung einer OP-Indikation werden in der chirurgischen Abteilung zusätzliche Sprechstunden angeboten.
- Selbstverständlich können Notfälle jederzeit über unsere **Notfallambulanzen**, sowohl der Inneren Abteilung, als auch der Chirurgischen Abteilung, ambulant versorgt werden.
- Für Berufs- und Schulunfälle besteht eine eigene **BG-Ambulanz**.
- Die **Innere Abteilung** bietet ambulante Möglichkeiten bei Untersuchungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroskopie, Koloskopie), der Lunge (Bronchoskopie), Herzschrittmacherkontrollen und verschiedene Ultraschalluntersuchungen des Herzens und der Gefäße.
- In der Anästhesie besteht neben einer **Schmerzambulanz** die Möglichkeit der ambulanten OP-Vorbereitungen (Prämedikationssprechstunde inkl. Eigenblutspende).
- Die **radiologische Abteilung** führt ambulant Rekanalisationen verengter oder verschlossenen Arterien, ggf. mit Implantation sog. Gefäßstützen (Stents) durch.
- Die Abteilung **physikalische Therapie** besitzt ebenfalls die Zulassung zur ambulanten Behandlung, so dass es jedem Patienten möglich ist diese Leistung in Anspruch zu nehmen.

A-2.0 Welche Abteilungen haben die Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft?

Die chirurgische Abteilung unseres Hauses besitzt die Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Besteht die Zulassung zum Verletzungsartenverfahren der Berufsgenossenschaft?
Nein

A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A-2.1.1 Apparative Ausstattung

| Apparative Ausstattung | Vorhanden | Verfügbarkeit 24h sichergestellt | Apparate- gemeinschaft? |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Computertomographie | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Magnetresonanztomographie | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Herzkatheterlabor | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Szintigraphie | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Elektroenzephalogramm | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Angiographie | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Schlaflabor | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Kernspin | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Sonographie | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Röntgen | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Videobroncho-/Videoendoskopie | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Echoskopie/TEE | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Mikrobiologie | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Neuromonitoring für Schilddrüsenoperationen | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Computernavigation bei Gelenkersatzoperationen | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

| Therapeutische Möglichkeiten | Vorhanden | Apparategemeinschaft? |
|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Physiotherapie | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Bewegungsbad | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Balneophysikalische-Therapie | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Dialyse | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Logopädie | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Ergotherapie | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Schmerztherapie | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Eigenblutspende | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Gruppenpsychotherapie | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Einzelpsychotherapie | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Psychoedukation | | |
| Thrombolyse | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Bestrahlung | | |
| Diabatessschulung | <input checked="" type="checkbox"/> | |

A-2.1.3-2.1.4

A-2.1.3 *Existieren folgende erweiterte therapeutische Möglichkeiten?*

- Operativer Bereitschaftsdienst
- Präsenzbereitschaft
- Rufbereitschaft
- Blutdepot in Klinik
- Blutdepot außerhalb/ extern
- Regelung der Konsiliardienste im Haus vorhanden
- Regelung der Konsiliardienste extern vertraglich geregelt

A-2.1.4 *Welche weiteren Leistungsangebote bestehen?*

- Stomatherapeuten?**
- Diabetikerschule?**
- Pflegeeinrichtung als separate Einrichtung?**
- ambulante Pflege?**
- Inkontinenzberatung?**
- Pflegetelefonberatung?**
- Hospizeinrichtungen bzw. eine Palliativpflege?**
- Mutter-Kind-Behandlung?**

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1-1.4 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 0100 Innere Medizin

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum:

Herzerkrankungen:

- Anerkannter Schwerpunkt Kardiologie
- Anerkanntes Behandlungszentrum für koronare Herzerkrankungen im Rahmen der „strukturierten Behandlungsprogramme“ der Krankenkassen (DMP)
- Alle gängigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen einschließlich
- Herzschrittmacherbehandlung
- Echokardiographie
- Stressechokardiographie
- TEE (Ultraschalluntersuchung des Herzens durch die Speiseröhre)
- Rechtsherzkathetermessplatz

Gefäßerkrankungen:

- Anerkannter Schwerpunkt Angiologie
- Alle gängigen Ultraschalluntersuchungen einschließlich Farbduplex

Zuckererkrankungen:

- Anerkannter Schwerpunkt Diabetes
- Anerkanntes Behandlungszentrum für Diabetiker im Rahmen der „strukturierten Behandlungsprogramme“ der Krankenkassen (DMP)
- Behandlungseinrichtung für Diabetes Typ II
- Diabetesschulung (AOK-Vertrag)
- Diabetesfußstation
- Diabetische Fußambulanz
- Zertifiziert nach „AG-Fuß ADE/Deutsche Diabetes-Gesellschaft“

Lungenerkrankungen:

- Endoskopische Untersuchungen in Videotechnik
- Alle gängigen Methoden der Lungenfunktionsprüfung

Erkrankungen von Magen, Darm, Leber und Galle:

- Alle endoskopischen Verfahren in Videotechnik sowie die gängigen Funktionsanalysen

Stoffwechsel- und Hormonerkrankungen (Nebenniere, Schilddrüse, Adipositas)

Schlafapnoescreening

Stroke-Unit:

- Regionales Zentrum zur Schlaganfallversorgung (4 Betten)

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte

Im Bereich der Gefäßerkrankungen erfolgt in der „Angiologischen Konferenz“ eine abteilungsübergreifende Zusammenarbeit von Gefäßchirurgen, Diabetologen/Angiologen und Radiologen.

B-1.4 Weitere Leistungsangebote

Kardiologische Ambulanz

Schrittmacherambulanz

Diabetes-Ambulanz

Diabetische Fußambulanz

Endoskopieambulanz für Magen- und Darmerkrankungen

Spezielle Ambulanz für chronisch-entzündliche Darmerkrankungen

Ambulante Chemotherapie bei Dickdarntumoren

Farbduplexsonographische Gefäßuntersuchungen

B-1.1 1500 Allgemeine Chirurgie

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum:

Bauchchirurgie:

- Alle Notfalleingriffe im Bauchraum, zum Beispiel wegen Darmverschluss oder Bauchfellentzündung verschiedener Ursachen oder akuter Blutungen.
- Eingriffe bei gut- und bösartigen Tumoren und sonstiger Erkrankungen folgender Organe:
 - Gallenblase und Gallenwege (Gallensteinleiden)
 - Dünn- und Dickdarm (Darmteil- und Dickdarmentfernungen, Behandlung von Komplikationen bei entzündlichen Darmerkrankungen "Morbus Crohn, Divertikulitis", Mastdarmentfernungen mit Reservoiranlage)
 - Magen- und Zwölffingerdarm (Geschwülste, Refluxerkrankung, Geschwürbildung)
 - Leber (Zysten, Tumore)
 - Bauchspeicheldrüse (Entzündungen, Zysten, Tumoren)

Die Minimal-Invasive-Chirurgie (MIC), sogenannte "Schlüssellochchirurgie" hat dabei einen besonderen Schwerpunkt. Ca. 97 % aller Gallenblasenentfernungen bei Steinleiden werden mit der Bauchspiegelungsmethode ("laparoskopisch") durchgeführt. Des Weiteren werden mit dieser Methode auch Dickdarmentfernungen, Eingriffe am Blinddarm (Appendektomie), am Magen (Magenband-Anlage bei extremem Übergewicht "Gastric banding", Refluxoperationen), an der Leber (Zystenentfernung) und bei Verwachsungen durchgeführt.

Enddarmchirurgie:

- Diagnostik mittels Ultraschalluntersuchungen (Endosonographie) und Druckmessung des Schließmuskels.
- Eingriffe an Enddarm und Schließmuskel bei Hämorrhoiden (Stapler-Operation nach Longo), Eiterbildungen und Entzündungen ("Abszessen und Fisteln"), Darmeinrissen ("Fissuren"), Tumoren sowie Darmvorfällen.

Eingriffe bei Bauchwandbrüchen ("Hernienchirurgie")

- Eingriffe bei Brüchen der Bauchwand (Leisten-, Schenkel-, Nabel- und Narbenbrüche) und in der Bauchhöhle mit Darmeinklemmungen.
- Bei Leistenbrüchen kommen unterschiedliche Methoden zur Anwendung:
 1. Mehrschichtige Bauchdeckennaht (Operation nach Shouldice)
 2. Offene Implantation eines Kunststoffnetzes (nach Lichtenstein) oder eines Kunststoffkörbchens (nach Rutkow)
 3. Kunststoffnetzimplantation mittels Bauchspiegelung ("Laparoskopische Bruchversorgung")

Eingriffe an Drüsen ("Endokrine Chirurgie")

Hierzu zählen besonders die Eingriffe an der Schilddrüse bei gutartigen und bösartigen Erkrankungen sowie Eingriffen an der Nebenniere.

Bei Schilddrüsenoperationen kommt das so genannte Neuromonitoring des Nervus recurrens (Elektrostimulation des Stimmbandnervens) zur Anwendung, welches bei dem Eingriff eine Funktions- und Lagekontrolle des Stimmbandnervens ermöglicht. Damit sind optimale Voraussetzungen zur Reduzierung der Komplikationen (Nervenschädigung/Lähmung, so genannte Recurrensparese) gegeben.

Gefäßchirurgie:

- Eingriffe an den Hals-, Bauch- und Beckenschlagadern sowie Bypass-Operationen bei Verschlüssen der Beinschlagadern, insbesondere mit Anschlüssen an den Unterschenkel- und Fußarterien ("cruraler und pedaler Bypass").
- Häufigere Operationen hier sind:
 - Ausschälung und Patchplastik der Halsschlagader
 - Entfernung einer Erweiterung der Bauchschlagader (Aneurysma) mit Gefäßersatz
 - Implantation einer Y-Prothese bei Verschuß der Beckenschlagadern
 - Bypass-Operation an den Beinen
 - Verwendung von Kunststoffprothesen bei Anschlußmöglichkeit an den Oberschenkelarterien
 - Bei Anschlußmöglichkeit an den Unterschenkel- und Fußarterien erfolgt der Ersatz durch körpereigene Venen ("crurale und pedale Venenbypässe"), insbesondere auch bei Patienten mit Diabetes mellitus und schwersten Durchblutungsstörungen der Füße ("Diabetisches Fußsyndrom"). Rekonstruktive Operationen an den Füßen nach erfolgreicher Verbesserung der Durchblutungssituation werden ebenso durchgeführt wie auch die weitere Versorgung mittels orthopädischem Schuhwerk in Zusammenarbeit mit Orthopädienschuhmachern.
- Shunt-Operationen bei Dialysepatienten und Implantation von Venenkathetern zur Vorbereitung auf die Dialyse.
- Operationen an den Venen
 - Entfernung (Stripping) von Krampfadern (Varizen), gegebenenfalls auch Verödung
 - Krampfadernoperation mit Behandlung eines offenen Beingeschwürs und anschließender Deckung der Wunden mittels plastischer Operationen und Hauttransplantationen

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte

Im Bereich der Gefäßerkrankungen erfolgt in der „Angiologischen Konferenz“ eine abteilungsübergreifende Zusammenarbeit von Gefäßchirurgen, Diabetologen/Angiologen und Radiologen.

B-1.4 Weitere Leistungsangebote:

BG-Sprechstunde

Präoperative Sprechstunden für die Bereiche Allgemein-, Gefäß- und Gelenkchirurgie einschließlich der prästationären Untersuchungen

Präoperative Gefäßuntersuchung (Doppler/Duplexsonographie) am Arterien- und Venensystem

Endosonographie

Schilddrüsenoperation mit Neuromonitoring

B-1.1 2200 Urologie**B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum**

- Operationen an Niere, Harnleiter, Blase, Prostata, Hoden und Harnröhre
- Blasenhebung bei Inkontinenz

B-1.1 2600 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde**B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum**

- Operationen an Nase, Ohren, Kehlkopf und Rachen

B-1.1 3600 Intensivmedizin**B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum**

- Behandlung von lebensbedrohlichen Erkrankungen (z. B. Herz, Kreislauf, Stoffwechsel, Sepsis),
- operative Intensivmedizin
- Schlaganfallbehandlung
- Vorbereitung großer Operationen von Patienten mit einschränkenden Vorerkrankungen

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte

Beatmungs-Möglichkeiten bei lebensbedrohlichen Erkrankungen, operative Nachbehandlung großer Eingriffe, kardiale Überwachung mit invasiver und nicht-invasiver Technik (Rechtsherzkatheter, PICCO-Methode).

Regionales Zentrum zur Schlaganfallversorgung

B-1.1 3751 Radiologie

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum

- Bildgebende Untersuchungen (teilweise in digitaler Form)
- Angiographien mit Erweiterung von Gefäßverengungen und Einsatz von Prothesen („Stents“)
- Computertomographie
- Knochendichtemessung

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte

Interventionelle Radiologie mit Einsatz von Kathedertechniken zum Aufdehnen und Wiedereröffnen von verschlossenen Gefäßen.

B-1.4 Weitere Leistungsangebote

Im Bereich der Gefäßerkrankungen erfolgt in der „Angiologischen Konferenz“ eine abteilungsübergreifende Zusammenarbeit von Gefäßchirurgen, Diabetologen/Angiologen und Radiologen.

B-1.1 3753 Schmerztherapie

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum

- Schmerzklinik zur teil- und vollstationären Behandlung chronischer Schmerzen
- Rückenschmerzen
- Tumorschmerzen
- Kopf- und Gesichtsschmerzen
- Nervenschmerzen (Neuropathien und Neuralgien)
- Fibromyalgie

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte

Die Behandlung der Schmerzkrankheit berücksichtigt neben medizinischen auch psychologische und soziale Aspekte der chronischen Schmerzkrankheit. Umgesetzt wird dies im multimodalen Therapieansatz. Grundvoraussetzung ist die enge Zusammenarbeit von Ärzten, Psychologen, Physiotherapeuten, Co-Therapeuten, Stationssekretärinnen, Krankenschwestern und Sozialarbeitern im Team.

B-1.1 XXXXX Anästhesie

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum

- Regional- und Allgemeinanästhesien in OP, Schockraum, Röntgen und Endoskopie
- Fiberoptische Intubation
- Prämedikationsambulanz
- Eigenblutspende
- Schmerztherapie.
- Operative Intensivmedizin

B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

0100 Innere Medizin

| Lfd Nr | DRG dreistellig | Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch) | Fallzahl |
|--------|-----------------|--|----------|
| 1. | F62 | Behandlung von Erkrankungen mit Herzschwäche | 205 |
| 2. | F73 | Bewusstseinsstörung mit Auswirkung auf den Kreislauf | 201 |
| 3. | F67 | Behandlung der Bluthochdruckerkrankung | 177 |
| 4. | K62 | Verschiedene Stoffwechselkrankheiten | 166 |
| 5. | F71 | Behandlung von Herzrhythmusstörungen und Reizleitungsstörungen des Herzmuskels | 142 |
| 6. | E65 | Krankheiten mit zunehmender Verengung der Atemwege (=chronisch-obstruktiv) | 115 |
| 7. | G54 | Darmspiegelung (Koloskopie), mehr als 2 Belegungstage | 103 |
| 8. | B70 | Schlaganfälle mit bleibenden neurologischen Ausfällen | 102 |
| 9. | F72 | Akute Angina pectoris (zunehmende Herzenge) mit Infarktausschluss | 100 |
| 10. | E69 | Bronchitis und Asthma | 99 |

1500 Allgemeine Chirurgie

| Lfd Nr | DRG dreistellig | Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch) | Fallzahl |
|--------|-----------------|--|----------|
| 1. | H14 | Gallenblasenentfernung mittels Schlüsselloch-Operation (=laparoskopische Gallenblasenentfernung) | 96 |
| 2. | G66 | Bauchschmerzen oder Entzündung der Lymphknoten des Dünndarmgekröses | 74 |
| 3. | B80 | Kopfverletzungen, Gehirnerschütterung | 72 |
| 4. | G24 | Eingriffe bei Bauchwandbrüchen, Rekonstruktion der Bauchwand | 71 |
| 5. | G26 | Eingriffe am Anus | 61 |
| 6. | G60 | Bösartige Tumoren der Verdauungsorgane ohne Strahlenbehandlung | 55 |
| 7. | G18 | Eingriffe an Dünn- und Dickdarm | 46 |
| 8. | G65 | Passagehindernis im Verdauungstrakt (z. B. Darmverschluss, Verwachsungen, Gallensteinverschluss) | 34 |
| 9. | G23 | Blinddarmentfernung | 31 |
| 10. | G25 | Eingriffe bei Leisten- und Schenkelbrüchen | 24 |

1516 Gelenk- und Unfallchirurgie

| Lfd Nr | DRG dreistellig | Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch) | Fallzahl |
|---------------|------------------------|---|-----------------|
| 1. | I68 | Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich ohne OP | 118 |
| 2. | I44 | Implantation einer Kniegelenksendoprothese | 98 |
| 3. | I24 | Gelenkspiegelung an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm | 75 |
| 4. | I48 | Revision oder Ersatz des Hüftgelenks | 67 |
| 5. | I30 | Komplexe Eingriffe am Kniegelenk | 65 |
| 6. | I18 | Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm | 44 |
| 7. | I13 | Komplexe Operationen am Oberarm, am Schienbein, am Wadenbein und/oder am Sprunggelenk | 43 |
| 8. | I51 | Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Oberschenkelknochen | 43 |
| 9. | I16 | Eingriffe am Schultergelenk | 30 |
| 10. | I57 | Mäßig Komplexe Operationen am Oberarm, am Schienbein, am Wadenbein und/oder am Sprunggelenk | 29 |

1518 Gefäßchirurgie

| Lfd Nr | DRG dreistellig | Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch) | Fallzahl |
|---------------|------------------------|--|-----------------|
| 1. | F39 | Unterbinden oder Stripping von Venen | 63 |
| 2. | K01 | Verschiedene Operationen (z. B. Wundversorgung bei Geschwür an den Füßen oder Beinen) bei Komplikationen der Zuckerkrankheit (=Diabetes) | 46 |
| 3. | F59 | Mäßig Komplexe Operationen an Blutgefäßen ohne Herz-Lungen-Maschine | 43 |
| 4. | F65 | Erkrankung der Blutgefäße an Armen oder Beinen | 39 |
| 5. | J64 | Infektion und Entzündung der Haut | 31 |
| 6. | F34 | Große Operationen an Blutgefäßen ohne Herz-Lungen-Maschine mit schweren Begleiterkrankungen | 28 |
| 7. | F63 | Venengefäßverschlüsse (Thrombosen) | 27 |
| 8. | F33 | Große Operationen an Blutgefäßen ohne Herz-Lungen-Maschine (mit Eingriffen an der Hauptschlagader) | 26 |
| 9. | F54 | Operationen an Blutgefäßen | 20 |
| 10. | F36 | Große Operationen an Blutgefäßen ohne Herz-Lungen-Maschine ohne schwere Begleiterkrankungen | 14 |

2200 Urologie

| Lfd Nr | DRG dreistellig | Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch) | Fallzahl |
|--------|-----------------|---|----------|
| 1. | M02 | Entfernung der Vorsteherdrüse (= Prostata) oder Teilen der Prostata mittels einer Operation durch die Harnröhre | 121 |
| 2. | L20 | Operationen durch die Harnröhre, jedoch nicht an der Prostata | 81 |
| 3. | L16 | Kleine Eingriffe an der Harnblase | 54 |
| 4. | K64 | Harnsteine und Harnwegsverengung | 32 |
| 5. | L65 | Beschwerden und Symptome der Harnorgane | 28 |
| 6. | L17 | Eingriffe an der Harnröhre | 26 |
| 7. | M12 | Eingriffe am Hoden | 26 |
| 8. | L40 | Spiegelung der Niere und der Harnleiter | 24 |
| 9. | L18 | Aufwendige Operationen durch die Harnröhre, die Niere und andere OP im Bereich der Nierenlager, ohne Nierensteinertrümmerung mit Stoßwellen | 15 |
| 10. | L41 | Spiegelung von Harnblase und/oder Harnleiter | 13 |

2600 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

| Lfd Nr | DRG dreistellig | Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch) | Fallzahl |
|--------|-----------------|--|----------|
| 1. | D11 | Entfernung der Gaumenmandeln | 8 |
| 2. | D06 | Operationen an Nasennebenhöhlen, Warzenfortsatz und/oder aufwändige Operationen am Mittelohr | 7 |
| 3. | D10 | Verschiedene Operationen an der Nase | 5 |
| 4. | D13 | Kleine Eingriffe an Ohr, Nase und Hals | 2 |

3600 Intensivmedizin

Die Fälle der Fachabteilung „Intensivmedizin“ werden in den jeweiligen Hauptabteilungen ausgewiesen, so dass hier keine separate Aufschlüsselung möglich ist. Im Jahr 2005 wurden auf der Intensivstation rund 1250 Patienten behandelt, bzw. überwacht. Dabei wurden insgesamt 12.180 Stunden Beatmungszeit geleistet.

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

0100 Innere Medizin

| Lfd Nr | ICD-10 Nr. (dreistellig) | Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch) | Fallzahl |
|--------|--------------------------|--|----------|
| 1. | I50 | Herzmuskelschwäche | 199 |
| 2. | R55 | Kurzdauernde Bewusstlosigkeit/Ohnmacht | 183 |
| 3. | I10 | Bluthochdruck ohne bekannte Ursache | 176 |
| 4. | E86 | Flüssigkeitsmangel | 162 |
| 5. | I20 | anfallartige Schmerzen in der Herzgegend (=Angina pectoris, z.B. mit typischen Ausstrahlungen in den linken Arm) | 157 |
| 6. | J44 | Sonstige chronisch obstruktive Lungenkrankheit | 121 |
| 7. | I48 | Vorhofflattern und Vorhofflimmern | 100 |
| 8. | I21 | Akuter Herzinfarkt | 92 |
| 9. | I63 | Schlaganfall aufgrund eines Hirngefäßverschlusses | 78 |
| 10. | F10 | Psychische und/oder Verhaltensstörung durch Alkoholkrankheit | 73 |

1500 Allgemeine Chirurgie (inkl. Gefäßchirurgie)

| Lfd Nr | ICD-10 Nr. (dreistellig) | Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch) | Fallzahl |
|--------|--------------------------|---|----------|
| 1. | I70 | Arterienverkalkung mit Durchblutungsstörungen | 114 |
| 2. | E11 | Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus mit Folgeerkrankungen | 108 |
| 3. | K80 | Gallensteinleiden | 104 |
| 4. | K40 | Leistenbruch | 69 |
| 5. | I83 | Krampfadern an den Beinen | 66 |
| 6. | S06 | Verletzungen innerhalb des Schädels | 65 |
| 7. | R10 | Bauch- und Beckenschmerzen | 62 |
| 8. | K35 | Akute Blinddarmentzündung | 36 |
| 9. | K43 | Eingeweidebruch (=Hernie) an der mittleren / seitlichen Bauchwand | 30 |
| 10 | K56 | Lebensbedrohliche Unterbrechung der Darmpassage aufgrund einer Darmlähmung und/oder eines Passagehindernisses | 29 |

1516 Gelenk- und Unfallchirurgie

| Lfd Nr | ICD-10 Nr. (dreistellig) | Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch) | Fallzahl |
|--------|--------------------------|--|----------|
| 1. | M17 | Kniegelenksarthrose | 128 |
| 2. | M23 | Binnenschädigung des Kniegelenkes (v.a. Meniskusschäden) | 92 |
| 3. | M16 | Chronischer Hüftgelenksverschleiß mit zunehmender Gelenkversteifung (=Arthrose) | 68 |
| 4. | S83 | Gelenkverschiebung, Verstauchung oder Zerrung von Gelenken oder Bändern des Kniegelenkes | 53 |
| 5. | S82 | Fraktur des Unterschenkels, einschl. oberes Sprunggelenk | 52 |
| 6. | S72 | Fraktur des Oberschenkelknochens | 49 |
| 7. | S42 | Knochenbruch im Bereich der Schulter oder des Oberarmes | 40 |
| 8. | M54 | Rückenschmerzen | 31 |
| 9. | M75 | Verletzungen im Schulterbereich | 31 |
| 10. | S52 | Fraktur des Unterarmes | 31 |

2200 Urologie

| Lfd Nr | ICD-10 Nr. (dreistellig) | Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch) | Fallzahl |
|--------|--------------------------|--|----------|
| 1. | N40 | Vergrößerung der Vorsteherdrüse (=Prostata) | 127 |
| 2. | C67 | Bösartige Neubildung der Harnblase | 52 |
| 3. | N13 | Erkrankung mit Harnverhalt und/oder Harnrücklauf in den Harnleiter | 38 |
| 4. | N20 | Nieren- und Harnleiterstein | 37 |
| 5. | R31 | Blutiger Urin ohne nähere Angaben | 27 |
| 6. | C61 | Bösartige Neubildung der Prostata | 24 |
| 7. | N35 | Verengung der Harnröhre | 22 |
| 8. | D41 | Unklare Neubildung der Harnorgane | 21 |
| 9. | N31 | Neuromuskuläre Fehlfunktion der Harnblase | 18 |
| 10. | R33 | Harnverhalt | 15 |

2600 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

| Lfd Nr | ICD-10 Nr. (dreistellig) | Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch) | Fallzahl |
|--------|--------------------------|--|----------|
| 1. | J34 | Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen | 10 |
| 2. | J35 | Chronische Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln | 8 |
| 3. | J32 | Chronische Entzündung der Stirn- oder Nasennebenhöhlen | 2 |
| 4. | H65 | Nichteitrige Mittelohrentzündung | 1 |
| 5. | J38 | Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfs | 1 |
| 6. | J43 | Lungenblähung | 1 |

3600 Intensivmedizin

Die Fälle der Fachabteilung „Intensivmedizin“ werden in den jeweiligen Hauptabteilungen ausgewiesen, so dass hier keine separate Aufschlüsselung möglich ist. Im Jahr 2005 wurden auf der Intensivstation rund 1250 Patienten behandelt, bzw. überwacht. Dabei wurden insgesamt 12.180 Stunden Beatmungszeit geleistet.

3753 Schmerztherapie

| LfdNr | ICD-10 Nr. (dreistellig) | Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch) | Fallzahl |
|-------|--------------------------|---|----------|
| 1. | M54 | Rückenschmerzen | 47 |
| 2. | M79 | Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes | 11 |
| 3. | G44 | Kopfschmerzsyndrome | 9 |
| 4. | G43 | Migräne | 6 |
| 5. | R52 | Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert | 3 |
| 6. | G56 | Schädigung eines Nerven an den Armen, nicht unfallbedingt | 1 |
| 7. | G58 | Sonstige Schädigungen eines Nerven | 1 |
| 8. | M48 | Sonstige Wirbelsäulenschleiferkrankungen | 1 |
| 9. | M53 | Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens | 1 |
| 10. | M75 | Verletzungen im Schulterbereich | 1 |

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

0100 Innere Medizin

| LfdNr | OPS-301 Nummer | Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch) | Fallzahl |
|-------|----------------|--|----------|
| 1. | 1632 | Spiegelung von Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm | 1120 |
| 2. | 1650 | Dickdarmspiegelung | 616 |
| 3. | 1710 | Lungenfunktionsprüfung | 368 |
| 4. | 5452 | Abtragung von erkranktem Gewebe des Dickdarmes bzw. Darmpolypen | 252 |
| 5. | 1640 | Endoskopische Darstellung der Gallenwege | 71 |
| 6. | 5431 | Endoskopische Anlage von Ernährungssonden zur künstlichen Ernährung unter Umgehung der Speiseröhre | 59 |
| 7. | 5513 | Endoskopische Operationen an den Gallengängen | 41 |
| 8. | 5378 | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers | 28 |
| 9. | 5377 | Implantation eines Herzschrittmachers | 27 |
| 10. | 5469 | Sonstige Operationen am Darm (z.B. Lösen von Verwachsungen, Aufdehnung von Darmabschnitten) | 22 |

1500 Allgemeine Chirurgie (inkl. Gefäßchirurgie)

| LfdNr | OPS-301 Nummer | Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch) | Fallzahl |
|-------|----------------|---|----------|
| 1. | 5892 | Sonstige Operationen mit Einschneiden der Haut und Unterhaut (z.B. Einlegen einer Drainage, Entfernung eines Fremdkörpers) | 203 |
| 2. | 5385 | Krampfaderoperation | 119 |
| 3. | 5511 | Gallenblasenoperation | 115 |
| 4. | 5469 | Andere Operationen am Darm | 95 |
| 5. | 5895 | Ausgedehntes Herausschneiden von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut | 86 |
| 6. | 5393 | Anlegen einer sonstigen Nebenverbindung und/oder Umgehungsverbindung an Blutgefäßen | 83 |
| 7. | 5381 | Ausräumen des am Verschlussort eines Blutgefäßes gelegenen Blutpfropfes (=Thrombus) | 80 |
| 8. | 5530 | Verschluss von Eingeweidebrüchen (=Hernien), die im Leistenbereich austreten | 76 |
| 9. | 5893 | Abtragung abgestorbener Hautzellen (=chirurgische Wundtoilette) und/oder Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut | 66 |
| 10. | 5865 | Abtrennen (=Amputation) des Fußes oder Absetzen des Fußes im Gelenk (=Exartikulation) | 58 |

1516 Gelenk- und Unfallchirurgie

| Lfd Nr | OPS-301 Nummer | Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch) | Fallzahl |
|--------|----------------|--|----------|
| 1. | 5812 | Arthroskopische Operation am Gelenknorpel und an den Menisken | 214 |
| 2. | 5822 | Einsetzen eines Gelenkersatzes (=Gelenkendoprothese) am Kniegelenk | 104 |
| 3. | 5811 | Operation an der Gelenkinnenhaut mittels Gelenkspiegel (=Arthroskop) | 100 |
| 4. | 5820 | Einsetzen eines Gelenkersatzes (=Gelenkendoprothese) am Hüftgelenk | 83 |
| 5. | 5790 | Einrichten von Knochenbrüchen mit minimal invasiver Operationsmethode | 68 |
| 6. | 5813 | Arthroskopische Operation am Kapselbandapparat des Kniegelenks | 59 |
| 7. | 5800 | Offen chirurgische Wiederholungsoperation an einem Gelenk | 51 |
| 8. | 5814 | Arthroskopische Operation am Kapselbandapparat des Schultergelenkes | 50 |
| 9. | 5794 | Einrichten von Mehrfragmentknochenbrüchen mit invasiver Operationsmethode mittels Knochenstabilisierungsmaterial (z.B. Drähte, Schrauben, Platten, extener Fixateur) | 48 |
| 10. | 5793 | Einrichten von Knochenbrüchen mit invasiver Operationsmethode | 40 |

2200 Urologie

| Lfd Nr | OPS-301 Nummer | Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch) | Fallzahl |
|--------|----------------|---|----------|
| 1. | 5601 | Herausschneiden oder Zerstören von Gewebe der Vorsteherdrüse mit Zugang durch die Harnröhre | 145 |
| 2. | 5585 | Einschneiden von (erkranktem) Gewebe der Harnröhre mit Zugang durch die Harnröhre | 115 |
| 3. | 5573 | Entfernung von erkranktem Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre | 86 |
| 4. | 5570 | Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase | 85 |
| 5. | 5572 | Anlage eines Blasenkatheters durch die Bauchdecke mittels eines Hautschnittes oder einer Punktionsnadel | 65 |
| 6. | 5581 | Erweiterung der verengten, äußeren Mündung der Harnröhre | 35 |
| 7. | 5562 | Eröffnung / Durchtrennung des Harnleiters, Harnleitersteinbehandlung mit Zugang über die Niere und/oder über die Harnröhre durch Spezialendoskop | 24 |
| 8. | 5550 | Einschneiden der Niere, Anlegen einer äußeren Nierenfistel, Steinentfernung und/oder Nierenbeckenplastik mit minimalinvasivem Zugang über die Niere | 23 |
| 9. | 5636 | Sterilisation mit Durchtrennung des Samenleiters | 22 |
| 10. | 5560 | Erweiterung des Harnleiters mit Zugang durch die Harnröhre und/oder über die Niere | 15 |

2600 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

| Lfd Nr | OPS-301 Nummer | Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch) | Fallzahl |
|--------|----------------|---|----------|
| 1. | 5215 | Operationen an der unteren Nasenmuschel | 26 |
| 2. | 5214 | Abtragung der Nasenscheidewand und/oder plastische Nachbildung | 13 |
| 3. | 5222 | Operationen am Siebbein und an der Keilbeinhöhle | 6 |
| 4. | 5281 | operative Mandelentfernung | 5 |
| 5. | 5221 | Operationen an der Kieferhöhle | 3 |
| 6. | 5212 | Operative Entfernung von erkranktem Gewebe der Nase | 2 |
| 7. | 5282 | operative Entfernung von Wucherungen der Rachenmandel (=Polypen) mit Mandelentfernung | 2 |
| 8. | 5285 | operative Entfernung von Wucherungen der Rachenmandel (=Polypen) ohne Mandelentfernung | 2 |
| 9. | 5200 | Einschneiden des Trommelfells zur Eröffnung der Paukenhöhle (z.B. bei eitriger Mittelohrentzündung, Paukenerguss) | 1 |
| 10. | 5201 | Entfernung einer Paukendrainage | 1 |

3600 Intensivmedizin

Die Fälle der Fachabteilung „Intensivmedizin“ werden in den jeweiligen Hauptabteilungen ausgewiesen, so dass hier keine separate Aufschlüsselung möglich ist. Im Jahr 2005 wurden auf der Intensivstation rund 1250 Patienten behandelt, bzw. überwacht. Dabei wurden insgesamt 12.180 Stunden Beatmungszeit geleistet.

B-1.8 Allgemeine Leistungsmerkmale der Fachabteilung

B-1.8 (Matrix) Allgemeine Leistungsmerkmale der Fachabteilung

| Nr | Fachabteilung | Durchschnittliche Verweildauer in Tagen | Abt.spez. Kinderbetten | Kinderkrankenschwester/ -pfleger |
|------|-------------------------------|---|------------------------|----------------------------------|
| 0100 | Innere Medizin | 9,83 | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 1500 | Allgemeine Chirurgie | 9,10 | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 2200 | Urologie | 5,72 | | |
| 2600 | Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde | 3,57 | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

B-1.8.1 Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 116 SGB V

Anzahl der Behandlungen nach § 116 SGB V pro Jahr:

2179

B-1.9 Spezifisch für die Fachabteilung:

B-1.9 Urologie

B-1.9.3 Wird in Ihrer Abteilung Kinderurologie betrieben?

Nein

Wenn ja,
Bis zu welchem Umfang wird kinderurologische Diagnostik und Therapie durchgeführt?

B-1.9.4 *Wird in Ihrer Abteilung urologische Onkologie betrieben?*
Nein
Wenn ja, ist die selbständige Durchführung von Chemotherapie möglich?
Nein

B-1.9 Intensivmedizin

B-1.9.5 *Art der Intensivstation?*
 interdisziplinär operativ
 fachgebunden operativ
 interdisziplinär operativ/konservativ
 fachgebunden konservativ

B-1.9.6 *Haben Sie zusätzlich eine Wachstation (Intermediate Care)?*
Nein
Wenn ja: Existiert eine ärztliche Leitung der Wachstation?
Nein

B-1.9.7 *Anzahl der Intensivpatienten pro Jahr*
1250

B-1.9.8 *Durchschnittliche Beatmungsdauer pro Patient (Angabe in Min.)*
584 min. pro Pat.

B-1.9 Anästhesie

B-1.9.9 A *Anzahl der Anästhesien insgesamt*
2478
differenziert nach:
Anzahl der Allgemeinanästhesien
1622
Anzahl der Regionalanästhesien
856

B-1.9.9 B *Differenzierung der Anästhesien nach ASA-Klassifikation in %-Anteil pro Jahr*

| | |
|-------|--------|
| ASA 1 | 16,13 |
| ASA 2 | 46,79% |
| ASA 3 | 34,21 |
| ASA 4 | 2,87% |
| ASA 5 | 0,0% |

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-2.1 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V Gesamtzahl (nach absoluter Fallzahl) im Berichtsjahr:

B-2.1 *Ambulante Operationen nach § 115b SGB V Gesamtzahl (nach absoluter Fallzahl) im Berichtsjahr:*

537

B-2.2 Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilungen im Berichtsjahr - Gesamtkrankenhaus

Gesamtkrankenhaus

| Rang | EBM-Nummer (vollständig) | in umgangssprachlicher Klarschrift | Fälle absolut |
|----------|--------------------------|---|---------------|
| 1 | 31142 | Gelenkspiegelung | 103 |
| 2 | 31231 | Operative Entfernung der Rachenmandeln | 80 |
| 3 | 31204 | Krampfaderoperation | 71 |
| 4 | 31132 | Metallentfernungen (Knochenstabilisierungsmaterial) | 62 |
| 5 | 31101 | Teilweise oder vollständige Entfernung der Vorhaut (Beschneidung) | 24 |

B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen (Fallzahl für das Berichtsjahr)

Hochschulambulanz (§ 117 SGB V)
entfällt

Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V)
entfällt

Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V)
entfällt

B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr)

| Nr | Fachabteilung | Ärztliche Leitung | Anzahl beschäftigter Ärzte insgesamt | Ärzte in Weiterbildung | Ärzte mit abgeschl. Weiterbildung | Ärzte mit fakult. Weiterbildung | Anzahl AIP | Liegt Weiterbildungs-befugnis vor? |
|------|----------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|------------|-------------------------------------|
| 0100 | Innere Medizin | <input checked="" type="checkbox"/> | 13 | 7 | 6 | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 1500 | Allgemeine Chirurgie | <input checked="" type="checkbox"/> | 14 | 5 | 9 | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2200 | Urologie | <input checked="" type="checkbox"/> | Belegabt. | | | | | <input type="checkbox"/> |
| 2600 | Hals-, Nasen-, Ohren | <input checked="" type="checkbox"/> | Belegabt. | | | | | <input type="checkbox"/> |
| 3600 | Intensivmedizin | <input type="checkbox"/> | | | | | | <input type="checkbox"/> |
| 3751 | Radiologie | <input checked="" type="checkbox"/> | 3 | | 3 | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3753 | Schmerztherapie | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| XXXX | Anästhesie | <input checked="" type="checkbox"/> | 10 | 2 | 8 | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Gesamt | | 40 | 14 | 26 | | | |

B-2.4 Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus):

B-2.4 Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus):

| Arzt | Weiterbildungsbefugnis | Dauer |
|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Chefarzt Dr. med. R. Kampschulter | Innere Medizin | 6 Jahre (volle Anerkennung) |
| Oberarzt Dr. med. C. Domke | Gastroenterologie | 1 Jahr |
| Chefarzt Dr. C. Metzner | Chirurgie | 4 Jahre |
| Chefarzt Dr. C. Metzner | Gefäßchirurgie | 1 Jahr |
| Chefarzt Dr. B. Muschalik | Othopädie | 2 Jahre |
| Chefarzt Dr. med. F. Bayerl | Anästhesie | 3 Jahre |
| Chefarzt Dr. med. V. Schleppe | Diagnostische Radiologie | 2,5 Jahre |

B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr)

| Nr | Fachabteilung | Anzahl beschäftigter Pflegekräfte | Prozentualer Anteil examinierter Krankenschw./ -pfleger | Prozentualer Anteil Krankenschw./ -pfleger mit Fachweiterbildung | Prozentualer Anteil Krankenpflegehelfer/in | Wird Hilfspersonal eingesetzt? |
|------|----------------------------------|-----------------------------------|---|--|--|--------------------------------|
| 0100 | Innere Medizin | 81 | 92,6 | 1,2 | 6,2 | |
| 1500 | Allgemeine Chirurgie | 55 | 94,6 | 1,8 | 3,0 | |
| 2200 | Urologie | 10 | 90,0 | 0 | 10,0 | |
| 2600 | Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde | 2 | 100,0 | | | |
| 3600 | Intensivmedizin | 24 | 79,2 | 20,8 | | |
| XXXX | Anästhesie | 7 | 14,3 | 85,7 | | |
| | Gesamt | 179 | 78,45 | 27,37 | 6,4 | |

B-2.5 Prozentualer Anteil der Mitarbeiter des Kranken- und Pflegepersonals, die über eine zweijährige Ausbildung verfügen

B-2.5 Prozentualer Anteil der Mitarbeiter des Kranken- und Pflegepersonals, die über eine zweijährige Ausbildung verfügen

0%

Prozentualer Anteil der Mitarbeiter, die über keine Ausbildung verfügen

0%

B-2.6-2.9

B-2.6 Prozentualer Anteil der psychologischen Psychotherapeuten (gemessen an der Gesamtzahl der Dipl.-Psychologen)

50%

B-2.7 Wie hoch war die Stellenbesetzung im vergangenen Jahr in folgenden Bereichen?

Ärztlicher Dienst

38,4

Pflegedienst

114,7

Medizinisch-Technischer Dienst

45,4

Funktionsdienst

30,1

Klinisches Hauspersonal

0

Wirtschafts- und Versorgungsdienst

22,7

Technischer Dienst

6,0

Verwaltungsdienst

21,6

Sonderdienste

3,0

Sonstiges Personal

0,6

B-2.8 Anzahl der weitergebildeten Mitarbeiter (Stichtag 31.12 Berichtsjahr)

Anzahl der Mitarbeiter in der Anästhesie

7

Anzahl der Mitarbeiter im OP

11

Anzahl der weitergebildeten Mitarbeiter im Verwaltungsdienst

5

Anzahl der Mitarbeiter in der Hygiene

1

Anzahl der Mitarbeiter für die Praxisanleitung

34

Anzahl der Stomatherapeut(en)

0

Anzahl der Diabetesfachschwester(n)

3

Anzahl der Mitarbeiter in der Ernährungsfachpflege

3

Anzahl der Qualitäts-/ Prozessberater

15

Anzahl sonstiger Mitarbeiter (unter Angabe des Faches)

B-2.9 Weitere Berufsgruppen (Stichtag 31.12 Berichtsjahr)

Anzahl der Sozialarbeiter

0

Anzahl der Dipl.-Psychologen

2

Anzahl sonstiger Mitarbeiter (unter Angabe des Faches)

C Qualitätssicherung

C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

| Nr | Leistungsbereich | Leistungsbereich wird im KH erbracht | Teilnahme an der externen QS | Dokumentationsrate KH | Dokumentationsrate Bundesdurchschnitt * |
|----|---|--------------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| 1 | Aortenklappenchirurgie | | | | |
| 2 | Cholezystektomie | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 99,1% | 100,0 |
| 3 | Gynäkologische Operationen | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 75,0% | 94,65 |
| 4 | Herzschrittmacher-Erstimplantation | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 100,0% | 95,48 |
| 5 | Herzschrittmacher-Aggregatwechsel | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 100,0% | 100,00 |
| 6 | Herzschrittmacher-Revision | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 100,0% | 74,03 |
| 7 | Herztransplantation | | | | |
| 8 | Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrochantäre Frakturen) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 100,0% | 95,85 |
| 9 | Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 100,0% | 92,39 |
| 10 | Karotis-Rekonstruktion | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 91,7% | 95,55 |
| 11 | Knie-Totalendoprothese (TEP) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 100,0% | 98,59 |
| 12 | Knie-Totalendoprothesen-Wechsel | | | | |
| 13 | Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-Chirurgie | | | | |
| 14 | Koronarangiografie / Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 76,0% | 99,96 |
| 15 | Koronarchirurgie | | | | |
| 16 | Mammachirurgie | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 0,0% | 91,68 |
| 17 | Perinatalmedizin | | | | |
| 18 | Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Siehe Dokumentationsrate der entsprechenden Leistungsbereichen | |
| 19 | Totalendoprothese (TEP bei Koxarthrose) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 98,5% | 98,44 |
| 20 | Gesamt | | | 96,2 | 95,47 |

* Die Vergleichsdaten des Bundesdurchschnitts stammen aus dem Jahr 2004, da für das Jahr 2005 zum Erhebungszeitpunkt noch keine Daten der BQS zur Verfügung gestellt wurden

C-2 Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V

Eine Aufstellung der einbezogenen Leistungsbereiche findet im Qualitätsbericht im Jahr 2007 Berücksichtigung

C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:
Qualitätssicherungsmaßnahmen

Modul 12/2 Appendektomie Dokumentationsrate KH 100%

C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP-Qualitätssicherungsmaßnahmen teil:

Im Rahmen des Schwerpunktes "Diabetologie" ist unsere Klinik als DMP-Krankenhaus zu stationären Versorgung zugelassen. Wir beteiligen uns an den qualitätssichernden Maßnahmen gemäß AOK-Schulungsvertrag (ambulanter Bereich) nach FQSD (Forum qualitätssichernde Maßnahmen in der Diabetologie). Darüber hinaus haben wir das FQSD-Projekt auf allen stationären Diabetes-Patienten aller Abteilungen ausgeweitet. Die Auswertung erfolgt jährlich durch ein unabhängiges Institut. Diese Daten werden im Vergleich zu den anderen Kliniken in Rheinland-Pfalz dargestellt ("Benchmarking"). Im Rahmen unseres "Diabetes-QM-Systems" dienen uns die Daten als Grundlage eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S.3 Nr. 3 SGB V

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach §137 Abs. 1 S.3 Nr. 3 SGB V

| Leistung | OPS der einbez. Leistungen | Mindestmenge (pro Jahr) pro KH / pro gel. Operateur | Leistung wird im KH erbracht | Erbrachte Menge (pro Jahr) pro KH | Erbrachte Menge (pro Jahr) pro gel. Operateur | Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr |
|---|----------------------------|---|------------------------------|-----------------------------------|---|---|
| Lebertransplantation | | 10 | Nein | | | |
| Nierentransplantation | | 20 | Nein | | | |
| Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus | | 5/5 | Nein | | | |
| Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas | | 5/5 | Nein | | | |
| Stammzelltransplantation | | 12+/- 2 (10-14) | Nein | | | |

C-5.2 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

Trifft nicht zu

SYSTEMTEIL

D Qualitätspolitik

Folgende Grundsätze sowie strategische und operative Ziele der Qualitätspolitik werden im Krankenhaus umgesetzt:

Basis unserer Arbeit und unserer Qualitätspolitik bildet das Leitbild des Krankenhauses. Gemäß dieses Leitbildes und der darin enthaltenen und erläuterten Grundsätze:

- Geistige Orientierung pflegen
- Die Würde des Menschen achten
- Fürsorge und Verantwortung leben
- Intensive Arbeitsgemeinschaft bilden
- Qualität unserer Arbeit fördern
- Hygiene und Umweltschutz verantworten
- Wirtschaftlichkeit beachten
- Führung und Motivation schaffen

arbeiten wir nach dem Motto: " Wer aufhört besser sein zu wollen, hat aufgehört gut zu sein".

Vor diesem Hintergrund ist es dem St. Elisabeth Krankenhaus Zweibrücken sehr wichtig, dass die kirchliche Ausprägung unseres Hauses in der alltäglichen Arbeit mit den Patienten und den Kollegen erlebbar ist.

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

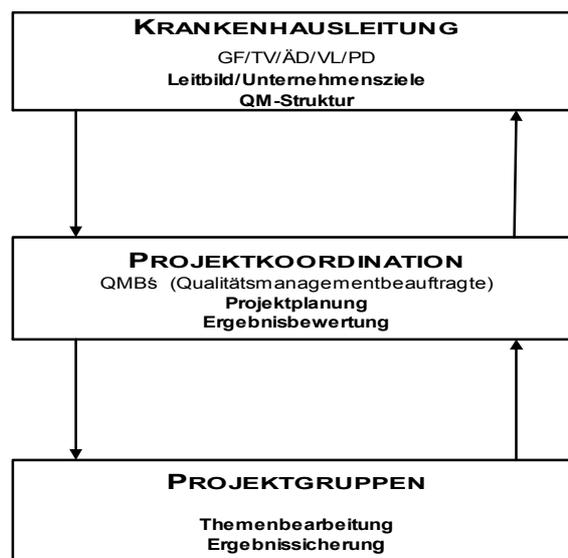
E-1 Der Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus stellt sich wie folgt dar:

Um die Qualität in unserem Hause kontinuierlich und systematisch weiterzuentwickeln, wird ein hohes Maß an Problembewusstsein und fachlicher Kompetenz benötigt und zwar zunächst auf der obersten Leitungs- und Entscheidungsebene. Deshalb wurden drei Mitglieder der Krankenhausleitung in einer entsprechenden Weiterbildung zu „Qualitätsmanagern“ qualifiziert.

Die breitenwirksame Umsetzung systematischen Qualitätsmanagements erfordert ein Netz von entsprechend qualifizierten „Helfern“. Hierzu wurden Mitarbeiter aus allen Abteilungen unseres Hauses zu „Qualitätsberatern“ ausgebildet.

Die Qualitätsberater haben die Aufgabe, in Abstimmung und Rückkopplung mit der obersten Entscheidungs- und Führungsebene, die angestrebte Qualitätsorientierung im Hause mit zu tragen, zu beraten, an die Basis zu multiplizieren und „vor Ort“ Prozesse und Projekte der Qualitätsentwicklung und –überprüfung zu moderieren.

Für den Aufbau unseres QM-Systems wurde von der Krankenhausleitung folgende Struktur festgelegt:



Um eine zielgerichtete QM-Entwicklung mit möglichst geringen Reibungsverlusten zu gewährleisten, wurde die Arbeit der einzelnen Ebenen in einer Geschäftsordnung geregelt.

E-2 Qualitätsbewertung

Das Krankenhaus hat sich im Berichtszeitraum an folgenden Maßnahmen zur Bewertung von Qualität bzw. des Qualitätsmanagements beteiligt (Selbst- oder Fremdbewertungen):

Zertifizierungen/ Fremdbewertungen

Bereits seit 1996 wird im St. Elisabeth-Krankenhaus Zweibrücken das von den Mitarbeitern entwickelte Leitbild mit zahlreichen Aktivitäten umgesetzt. Im Jahre 2001 hat man sich dann auf den Weg zur Zertifizierung begeben. Am 31.10.2003 fand die offizielle Zertifikatübergabe durch den Geschäftsführer der proCum Cert statt. Das St. Elisabeth-Krankenhaus in Zweibrücken hat damit als erstes Krankenhaus in Rheinland-Pfalz und als achtens bundesweit das begehrte Qualitätssiegel nach „proCum Cert (incl. KTQ)“ erhalten. Das Krankenhaus stellte sich fristgerecht im Herbst 2006 dem Verfahren der Re-Zertifizierung.

Weitere wichtige Schritte der Bewertung der Qualität, bzw. des Qualitätsmanagementsystems bestanden in der erfolgreichen Zertifizierung der hauseigenen Apotheke durch die Landesapothekerkammer im Jahr 2004.

Die interdisziplinäre Fußstation wurde im Sommer 2005 durch die „Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß“ der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) ebenfalls erfolgreich zertifiziert.

Ebenfalls im Sommer 2005 erhielt die diabetologische Abteilung unseres Krankenhauses das QMKD-Zertifikat des Bundesverbandes klinischer Diabeteseinrichtungen e.V. (BVKD e.V.) und damit die Anerkennung der DDG Stufe II (Erweiterte Anerkennung mit diabetesspezifischem Qualitätsmanagement).

Patientenbefragungen

Das St. Elisabeth Krankenhaus führt regelmäßig (alle 3 Jahre) eine Patientenbefragung durch. Diese wird von einem externen Institut durchgeführt, was valide Daten sichert und zudem die Möglichkeit beinhaltet, die Ergebnisse auch im externen Vergleich mit weiteren Krankenhäusern (zuletzt 103 Krankenhäuser) zu bewerten. Bei der letzten Befragung Winter 2004/2005 haben sich bei einer Rücklaufquote von 80% über 800 Patienten beteiligt. Die vorliegenden Fragebögen beinhalten ca. 50 Fragen und werden den Kategorien Qualität des Essens, Sauberkeit, Patientenzimmer, Kiosk/Cafeteria, Medizinische Versorgung, Wartezeiten, Schmerzlinderung, Aufnahme, Angehörigenintegration, Funktionsbereiche und Entlassung zugeordnet. Die Ergebnisse werden als Gesamtergebnis des Krankenhauses und auch als Abteilungsbezogene Ergebnisse ausgewertet und geben so deutliche Hinweise auf mögliche Verbesserungspotentiale und dienen auch als Grundlage unseres kontinuierlichen Qualitätsentwicklungskonzepts. Bei der letzten Befragung lag der ermittelte Index des Gesamthauses über dem Durchschnittswert der Vergleichshäuser, womit die Patienten die hohe Qualität unserer Arbeit bestätigten.

Mitarbeiterbefragung

Auch Mitarbeiterbefragungen werden in unserem Krankenhaus regelmäßig (alle 5 Jahre) durchgeführt. Diese Befragung wird ebenfalls von einem externen Institut durchgeführt und steht im Winter des Jahres 2006 wieder an. Bei der letzten Befragung wurden die ca. 50 Fragen in Kategorien wie z. B. Arbeitsumfeld, Direkte Vorgesetzte, Kollegen, Bezahlung, Arbeitsbelastung, Handlungsspielraum usw. unterteilt. Dabei waren die Mitarbeiter des St. Elisabeth Krankenhauses überdurchschnittlich stolz auf ihre Arbeit und sahen überdurchschnittliche gute Chancen ihre berufliche Ziele in unserer Klinik zu verwirklichen. Die weitere Befragung im Jahr 2006 wird zeigen, ob die zahlreichen Projekte, die nach der Befragung 2001 abgeleitet wurden, zur Steigerung der Zufriedenheit der Mitarbeiter beigetragen haben.

E-3 Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V

Das Krankenhaus kann hier Ergebnisse aus dem externen Qualitätssicherungsverfahren in tabellarischer Form darstellen
Keine Angaben!

F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

Im Krankenhaus sind folgende ausgewählte Projekte des Qualitätsmanagements im Berichtszeitraum durchgeführt worden:

| Nr. | Projekt | Status |
|-----|---|---|
| 1. | Befragung niedergelassener Ärzte Erfassung der Erfahrungen und Verbesserungsvorschlägen der niedergelassenen Ärzte im Einzugsgebiet des Krankenhauses | Projekt abgeschlossen |
| 2. | Patientenbefragung Systematische Erhebung von Zufriedenheitswerten und abteilungsbezogene Erarbeitung von Verbesserungspotentialen | Projekt läuft noch, Ergebnisse sind veröffentlicht, Verbesserungsprojekte werden noch gesammelt |
| 3. | Dekubitusmanagement Das hauseigene Dekubitusmanagement wurde dem national gültigen Expertenstandard angepasst. | Projekt läuft, wichtige Zwischenschritte sind erreicht |
| 4. | Zertifizierung Apotheke Zertifizierungsverfahren der Landesapothekerkammer erfolgreich durchlaufen | Projekt abgeschlossen |
| 5. | Zertifizierung der Fußstation Zertifizierungsverfahren der „Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß“ der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) erfolgreich durchlaufen | Projekt abgeschlossen |
| 6. | Zertifizierung der Diabetologie nach QMKD Zertifizierungsverfahren des Bundesverbandes klinischer Diabeteseinrichtungen e.V. (BVKD e.V.) und damit die Anerkennung der DDG Stufe II (Erweiterte Anerkennung mit diabetesspezifischem Qualitätsmanagement) erfolgreich durchlaufen | Projekt abgeschlossen |
| 7. | Analyse der abteilungsübergreifenden Kommunikation Festlegung von festen Besprechungszyklen einschließlich Einladungs- und Protokolldienst. | Projekt abgeschlossen |
| 8. | Strukturiertes Personalentwicklungskonzept Festlegung eines hausinternen Fort- und Weiterbildungsplans mit halbjährlicher Veröffentlichung. Einführung von strukturierten Zielvereinbarungsgesprächen im Bereich der mittleren Leitungsebene | Projekt abgeschlossen |
| 9. | Kennzahlen Einführung von Kennzahlen und eines entsprechenden Reportingsystems zur Prozessüberwachung und Steuerung | Projekt abgeschlossen |
| 10. | Erstellen von klinischen Behandlungspfaden Verbindliche Regelungen im Sinne von Behandlungsrichtlinien | Projekt läuft, wichtige Zwischenschritte sind erreicht |
| 11. | Implementierung eines Risk-Management Erarbeitung zum einheitlichen Vorgehen zur Vermeidung von Zwischenfällen und haftungsrechtlicher Schäden. Meldewesen entwickeln zu „Beinahe-Zwischenfällen“ | Projektplanung abgeschlossen |
| 12. | Entlassungsmanagement Umsetzung des national gültigen Expertenstandard im Projekt „Vernetzung“ gemeinsam mit den beteiligten Sozialstationen | Projekt abgeschlossen |

G Weitergehende Informationen

Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht:

Hr. A. Hans, Geschäftsführer

Ansprechpartner (z.B. Qualitätsbeauftragter, Patientenfürsprecher, Pressereferent;
Leitungskräfte verschiedener Hierarchieebenen):

| Weitere Ansprechpartner | | |
|--|--|----------------|
| Abteilung | Name | Telefon |
| Geschäftsführung | Hr. A. Hans Verwaltungsdirektor | 06332/82-9207 |
| Verwaltung | Sr. M. Jakobe Schmid Verwaltungsleiterin | 06332/82-9207 |
| Konvent | Sr. M. Margot Meier Oberin | 06332/82-0 |
| Pflegedienst | Hr. T. Frank Pflegedirektor | 06332/82-8400 |
| Radiologie Interventionelle Radiologie | Hr. Dr. med. V. Schleppi Chefarzt / Ärztlicher Direktor | 06332/82-8280 |
| Innere Medizin Internistische Intensivmedizin | Hr. Dr. med. H. Winter Chefarzt | 06332/82-8270 |
| Anästhesie/Schmerztagesklinik Operative Intensivmedizin | Hr. Dr. med. F. Bayerl Chefarzt | 06332/82-8480 |
| Allgemeinchirurgie Gefäßchirurgie | Hr. Dr. med. C. Metzner Chefarzt | 06332/82-8370 |
| Gelenk- und Unfallchirurgie | Hr. Dr. med. B. Muschalik Chefarzt | 06332/82-8170 |
| Seelsorge im Krankenhaus | Hr. Pfr. R. Breuer Hr. Pfr. T. Brach Sr. M. Angelinde Händel | 06332/82-0 |
| Koordinierungsstelle für pfleg. und soz. Hilfsangebote | Fr. S. Helff-Johann | 06332/82-9642 |
| Patientenfürsprecher | Hr. E. Bender | 06332/82-0 |
| Krankenpflegeschule | Sr. M. Elisa Döschl Schulleitung | 06332/82-9220 |

Links (z.B. Unternehmensberichte, Broschüren, Homepage):

Homepage: www.krankenhaus-st-elisabeth.de

Kontakt: info@krankenhaus-st-elisabeth.de

AUSSTATTUNG

H Ausstattung

H-1 Räumliche Ausstattung in den Fachabteilungen

H-1.1 A Anzahl der Einbettzimmer

| Nr | Fachabteilung | WG WC TV TEL | WG WC | WG WC TV | WG WC TEL | DU WC TV TEL | DU WC | DU WC TV | DU WC TEL |
|------|----------------------------------|-----------------|----------|-------------|--------------|-----------------|----------|-------------|--------------|
| 0100 | Innere Medizin | 2 | | | | 3 | | | |
| 1500 | Allgemeine Chirurgie | 3 | | | | 3 | | | |
| 2200 | Urologie | | | | | | | | |
| 2600 | Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde | | | | | | | | |
| 3600 | Intensivmedizin | | | | | | | | |
| 3751 | Radiologie | | | | | | | | |
| 3753 | Schmerztherapie | | | | | | | | |

H-1.1 B Anzahl der Zweibettzimmer

| Nr | Fachabteilung | WG WC TV TEL | WG WC | WG WC TV | WG WC TEL | DU WC TV TEL | DU WC | DU WC TV | DU WC TEL |
|------|----------------------------------|-----------------|----------|-------------|--------------|-----------------|----------|-------------|--------------|
| 0100 | Innere Medizin | 28 | | | | 13 | | | |
| 1500 | Allgemeine Chirurgie | 22 | | | | 7 | | | |
| 2200 | Urologie | 6 | | | | 2 | | | |
| 2600 | Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde | 2 | | | | | | | |
| 3600 | Intensivmedizin | | | | | | | | |
| 3751 | Radiologie | | | | | | | | |
| 3753 | Schmerztherapie | | | | | | | | |

H-1.1 C Anzahl der Dreibettzimmer

| Nr | Fachabteilung | WG WC TV TEL | WG WC | WG WC TV | WG WC TEL | DU WC TV TEL | DU WC | DU WC TV | DU WC TEL |
|------|----------------------------------|-----------------|----------|-------------|--------------|-----------------|----------|-------------|--------------|
| 0100 | Innere Medizin | 9 | | | | 1 | | | |
| 1500 | Allgemeine Chirurgie | 9 | | | | | | | |
| 2200 | Urologie | | | | | | | | |
| 2600 | Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde | | | | | | | | |
| 3600 | Intensivmedizin | | | | | | | | |
| 3751 | Radiologie | | | | | | | | |
| 3753 | Schmerztherapie | | | | | | | | |

H-1.1 D Anzahl der Mehrbettzimmer

Keine Mehrbettzimmer

H-1.3 Spezifisch für die Fachabteilung Urologie

Verfügt die Abteilung über ein Gerät zur extrakorporalen Stoßwellen-Lithotripsie (ESWL) und zur Ureterrenoskopie?

Nein

H-2 Ausstattung an medizinischen Geräten in der Fachabteilung

H-2.1 Für alle Fachabteilungen

| Nr | Fachabteilung | Notfallkoffer vorhanden |
|------|--|-------------------------------------|
| 0100 | Innere Medizin | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0103 | I.M. SP Kardiologie | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0153 | I.M. SP Diabetes | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 0156 | I.M. SP Schlaganfallpatienten (Stroke units, Art. 7 Abs. 3 GKV-SolG) | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 1500 | Allgemeine Chirurgie | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 1516 | Allg. Chirurgie/SP Unfallchirurgie | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 1518 | Allg. Chirurgie/SP Gefäßchirurgie | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2200 | Urologie | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2600 | Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3600 | Intensivmedizin | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3751 | Radiologie | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3753 | Schmerztherapie | <input checked="" type="checkbox"/> |
| XXXX | Anästhesie | <input checked="" type="checkbox"/> |

1 Patientenorientierung im Krankenhaus

1.1 Vorfeld der stationären Versorgung und Aufnahme

Die Organisation im Vorfeld der stationären Aufnahme erfolgt patientenorientiert.

1.1.1 Die Vorbereitungen einer stationären Behandlung sind patientenorientiert

Das Krankenhaus gewährleistet im Vorfeld der stationären Versorgung eine an den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Angehörigen orientierte Organisation und Gestaltung.

Im Stadtbereich ist das Krankenhaus ausgeschildert. Es stehen in unmittelbarer Nähe (ca. 3 Gehminuten) Parkplätze zur Verfügung. Die Möglichkeit den öffentlichen Nahverkehr zu nutzen, ist durch eine Bushaltestelle vor dem Eingang, die Nähe zum Hauptbahnhof und zum zentralen Busbahnhof gegeben. Zur Verkürzung der Aufenthaltsdauer können verschiedene Untersuchungen und Aufklärungsgesprächen prästationär erfolgen. Zusätzlich wird der Patient vor dem stationären Aufenthalt über Wahlleistungen und Besonderheiten informiert.

1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

Innerhalb des Krankenhauses ist die Orientierung für Patienten und Besucher sichergestellt.

Patienten und Besucher werden durch das Wegeleitsystem geführt. Eine zentrale Info-Tafel ist integriert und hilft beim Auffinden des gewünschten Zielortes. Die Notfallbereiche sind sowohl von der Liegendeinfahrt als auch vom Haupteingang durch rote Wegweiser (NOTFALL) deutlich erkennbar. Bei Bedarf begleiten Mitarbeiter der administrativen Aufnahme und der zentralen Aufnahme sowie der Begleitservice die Patienten zum Zielort. Alle stationären Neuaufnahmen werden auf die entsprechenden Stationen begleitet. Bei Bedarf stehen Sitzwagen und Gepäckhilfen zur Verfügung.

1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

Die Aufnahme erfolgt koordiniert unter Berücksichtigung der Bedürfnisse von Patienten nach Information, angemessener Betreuung und Ausstattung.

Die Patienten werden von der diensthabenden Pflegekraft und dem Zuständigen Arzt (Internist/Chirurg) in der zentralen Patientenaufnahme aufgenommen. Zeitgleich erfolgt der administrative Aufnahmeprozess durch die Verwaltungsmitarbeiter. Nach Abschluss aller Voruntersuchungen wird der Patient in die Fachabteilung begleitet. Die Patientenaufnahme ist immer durch qualifiziertes Fachpersonal besetzt, der Facharztstandard rund um die Uhr gewährleistet. Nach Ankunft des Patienten auf Station, erhält dieser ein Zimmer und wird in die weiteren Abläufe eingewiesen.

1.1.4 Ambulante Patientenversorgung

Die ambulante Patientenversorgung z. B. im Rahmen der Notfallambulanz, der Medizinischen Versorgungszentren (Psych.: der psychiatrischen Institutsambulanz), der Wiedereinbestellungsambulanz oder der Ermächtigungsambulanz (Uni.: Spezialambulanzen) verläuft koordiniert unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse.

In der Notfallambulanz können Notfälle rund um die Uhr versorgt werden. Alle Fachbereiche (Anästhesie, Chirurgie, Innere Abteilung) stellen jeweils einen diensthabenden Arzt und einen Arzt im Hintergrunddienst (Facharztstandard/Oberarzt). Ebenso sind alle angegliederten Funktionsbereiche (Radiologie, Labor) ständig besetzt, so dass alle diagnostisch wichtigen Untersuchungen jederzeit zur Verfügung stehen. Zusätzlich gibt es weitere ambulante Behandlungsmöglichkeiten, KV-Ermächtigungen und "stationersetzende Leistungen".

1.2 Ersteinschätzung und Planung der Behandlung

Eine umfassende Befunderhebung jedes Patienten ermöglicht eine patientenorientierte Behandlungsplanung .

1.2.1 Ersteinschätzung

Für jeden Patienten wird ein körperlicher, seelischer und sozialer Status erhoben, der die Grundlage für die weitere Behandlung darstellt.

Die Patienten werden zeitnah nach Eintreffen behandelt. Hierzu wird eine Anamnese erhoben, Untersuchungen durchgeführt und das weitere Vorgehen mit dem Patienten besprochen. Die Anamneseerhebung erfolgt strukturiert anhand von standardisierten Anamnesebogen (medizinisch und pflegerisch) und Aufnahmeprotokollen. Zusätzlich stehen zur Ersteinschätzung des Patienten die Unterlagen der bisherigen Aufenthalte, im EDV-System archivierte Befunde, ggf. Einweisungsunterlagen oder Notarztprotokolle und Pflegeüberleitungen zur Verfügung.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

Vorbefunde werden soweit wie möglich genutzt und zwischen dem betreuenden Personal ausgetauscht.

Die hauseigenen Vorbefunde sind in der EDV gespeichert und im Krankenblattarchiv abgelegt und können jederzeit eingesehen werden. Bei geplanten Aufnahmen werden vorab Vorbefunde und Krankenblätter zur Anamneseerhebung aus dem Archiv bereit gelegt, bei Notfallaufnahmen wird die alte Krankenakte aus dem Archiv geholt. Nach Rücksprache mit den einweisenden Fach-/Hausärzten werden Vorbefunde den Patienten zur stationären Aufnahme mitgegeben, bzw. zugesandt. Bei elektiven Eingriffen wird der Patient darauf hingewiesen vorhandene Vorbefunde zur Aufnahme mitzubringen.

1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

Für jeden Patienten wird der umfassende Behandlungsprozess unter Benennung der Behandlungsziele festgelegt.

Nach der Aufnahmeuntersuchung wird ein vorläufiger Plan für diagnostische und therapeutische Maßnahmen erstellt, der bei den täglichen Visiten durch den Stationsarzt, sowie bei Chef- und Oberarztvisiten gemäß des Verlaufs modifiziert wird. Weitere Bereiche wie Physiotherapie, Logopädie oder Ergotherapie können jederzeit hinzugezogen werden. Die Pflegeplanung wird bei Ankunft des Patienten auf der Station individuell erstellt. Die Dokumentation des Behandlungsprozesses beginnt bereits im Aufnahmeprotokoll und wird auf Station in der Patientenkurve fortgesetzt.

1.2.4 Integration der Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Mit Durchführung der Erstuntersuchung wird der Patient über Krankheitsbild und mögliche therapeutische Maßnahmen informiert. Anschließend erfolgt eine gemeinsame Entscheidung zur Planung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Der Patient wird über Ergebnisse und weitere Schritte kontinuierlich, z.B. bei den Visiten, informiert. Grundsätzlich erfolgen keine Maßnahmen ohne Informationsgespräch und Zustimmung des Patienten bzw. seines gesetzlichen Vertreters. Entscheidungen des Patienten bzw. seines gesetzlichen Vertreters werden respektiert.

1.3 Durchführung der Patientenversorgung

Die Behandlung und Pflege jedes Patienten erfolgt in koordinierter Weise gemäß multiprofessioneller Standards, um bestmögliche Behandlungsergebnisse zu erzielen.

1.3.1 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung

Die Behandlung und Pflege jedes Patienten wird umfassend, zeitgerecht und entsprechend professioneller Standards durchgeführt.

In unserem Haus existieren für die häufigsten Krankheitsbilder Verfahrensanweisungen (z.B. Apoplex, akutes Koronarsyndrom), in denen die Behandlung auf der Grundlage der anerkannten Richtlinien der Fachgesellschaften beschrieben und festgelegt sind. Die Pflegekonzepte regeln die Umsetzung der aktuellen Standards im Bereich der Pflege. Dafür stehen rund um die Uhr die entsprechenden Fachärzte und qualifiziertes Pflegepersonal zur Verfügung. Die Wirksamkeit der eingeschlagenen Therapie wird täglich im Rahmen der Visiten überprüft.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

Der Patientenversorgung werden Leitlinien mit, wo möglich, Evidenzbezug zugrunde gelegt.

Die Patienten in unserem Krankenhaus werden entsprechend der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen behandelt. Hierfür werden die Leitlinien der entsprechenden Fachgesellschaften in den Verfahrensanweisungen umgesetzt (z. B. Apoplex, Diabetes, Schmerzkonzept, Dekubitus- und Entlassungsmanagement). Aktuelle Veröffentlichungen und neueste wissenschaftliche Ergebnisse können zudem über das Internet und die zur Verfügung stehenden Fachzeitschriften abgerufen werden.

1.3.3 Patientenorientierung während der Behandlung

Der Patient wird in alle durchzuführenden Behandlungsschritte und Maßnahmen der Versorgung einbezogen und seine Umgebung ist patientenorientiert gestaltet.

Der Patient wird durch den Arzt über den Ablauf der Behandlung informiert, er erhält entsprechende Aufklärungsunterlagen zur Erläuterung und dokumentiert durch Unterschrift, dass er informiert und einverstanden ist. In Notfällen entfällt die Aufklärung. Prinzipiell wird der Patient über jede anstehende Maßnahme informiert.

Die Patientenzimmer sind den allgemeinen Anforderungen entsprechend ausgestattet, gebührenfreie Radio- und Fernsehnutzung sind selbstverständlich. Es stehen Aufenthaltsräume, Cafeteria und Kapelle zur allgemeinen Nutzung zur Verfügung.

1.3.3A Aufnahme in das Krankenhaus im Notfall und im Routinefall

In der Aufnahmesituation werden die Ängste und Sorgen der Patienten und ihrer Angehörigen einfühlsam berücksichtigt.

Im Rahmen der Aufnahme wird mit allen Patienten ein ärztliches und pflegerisches Anamnesegespräch geführt. Hierbei werden die weitere Behandlung und die Pflegeplanung festgelegt. In diesem Rahmen können auch schwierige Themen angesprochen werden. Der Patient wird entsprechend der Vorgabe unseres Leitbildes als Individuum respektiert. Persönliche Bedürfnisse werden in den weiteren Verlauf mit eingeplant, wo erforderlich und sinnvoll werden die Angehörigen mit einbezogen. Im Rahmen der Aufnahme sollen Ängste und Unsicherheiten des Patienten abgebaut werden.

1.3.3B Patienten unterwegs im Krankenhaus begleiten

Die Patienten werden auf ihren Wegen im Krankenhaus nicht allein gelassen.

Begleitung und Überwachung richten sich nach den Bedürfnissen der Patienten bzw. dem Umfang der geplanten Maßnahme. Von und zu invasiven Eingriffen und Operationen erfolgt die Begleitung durch examiniertes Pflegepersonal. Patienten gehen nur im Ausnahmefall zu nicht invasiven Untersuchungen (z. B. Sonographie, Röntgen) alleine. Bei Neuaufnahmen erfolgt die Begleitung der Patienten von der Aufnahme auf Station durch unseren Patienten-Begleitservice oder sie werden von examinierten Pflegekräften abgeholt. Patienten werden auf Wunsch zu den Gottesdiensten begleitet.

1.3.3C Wartezeiten, Wartezonen

Die Gestaltung der Wartezeiten und Wartezonen erleichtert den Patienten den Krankenhausaufenthalt.

Alle Patienten werden möglichst zeitnah zu Ihren Untersuchungen bzw. Behandlungen von Stationen abgerufen. In den Wartezonen gibt es Informationsbroschüren und Zeitschriften sowie Getränke. Stehen verschiedene Untersuchungen an, werden diese zeitlich koordiniert um Wartezeiten zu vermeiden. Zu den Sprechstunden werden Termine gegeben um lange Wartezeiten zu vermeiden. Die Wartezonen sind patientengerecht eingerichtet. Es bestehen Sitzmöglichkeiten, behindertengerechte Toiletten. Wo dies baulich zu realisieren ist, sind die Wartezonen von den Fluren abgetrennt.

1.3.3D Rahmenleistungen und besondere Angebote

Den Patienten wird durch besondere Angebote der belastende Aufenthalt im Krankenhaus erleichtert.

Es bestehen verschiedene Aufenthaltsmöglichkeiten wie Aufenthaltsräume für Nichtraucher und Raucher, Cafeteria, Foyer, Park und Kapelle. Im Park ist eine Wassertretanlage integriert. Die Seelsorge hat einen Gesprächsraum, der sowohl für Einzel- als auch für Gruppengespräche geeignet ist. Jedes Patientenzimmer ist mit einem Fernseher und Radioanschluss ausgestattet, die gebührenfrei genutzt werden können. Aktuelle Tageszeitungen und Illustrierte können in der Cafeteria erworben werden. Lesestoff wird zudem über die hauseigene Bücherei zur Verfügung gestellt.

1.3.3E Sensibilität und Respekt im Blick auf Patienten mit anderem kulturellen und spirituellen Hintergrund

Wir achten den kulturellen und spirituellen Hintergrund unserer Patienten und begegnen ihnen einfühlsam und rücksichtsvoll.

Im tägl. Stationsablauf werden auf kulturelle oder religiöse Besonderheiten Rücksicht genommen (z. B. spezielle Essenswünsche, Gebetszeiten). Es besteht ein Verzeichnis der Ansprechpartner von verschiedenen Glaubensgemeinschaften und Konfessionen. Die Mitarbeiter mit Kenntnissen in den verschiedenen Fremdsprachen werden zu "Übersetzungsdiensten" eingesetzt. Zudem existiert für die Stadt Zweibrücken eine Liste mit Dolmetschern. Die Vermittlung erfolgt über die Pforte. Weiterhin stehen fremdsprachige Aufklärungsbögen zur Verfügung.

1.3.3F Versorgung von Kindern

Die Versorgung von Kindern berücksichtigt eine kindgerechte Behandlung innerhalb des Krankenhauses.

Für die Aufnahme von Kindern stehen spez. Betten zur Verfügung. Des Weiteren gibt es einen Aufenthaltsraum mit Spielmöglichkeiten und Büchern. Medizinisches Notfallequipment steht auf Intensiv zur Verfügung. Während der Behandlung werden die Eltern bzw. Angehörigen über alles informiert und aufgeklärt. Bei Kindern unter 6 Jahren sowie bei Behinderten besteht die Möglichkeit der kostenlosen Übernachtung eines Elternteils. Auf Wunsch können Psychologen, Seelsorger oder weitere Experten jederzeit hinzugezogen werden.

1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

Bei der Verpflegung werden die Erfordernisse, Bedürfnisse und Wünsche der Patienten berücksichtigt.

Die Patienten haben die Wahl zwischen Menues und krankheitsbezogener Diätkost. Es besteht die Möglichkeit verschiedene Komponenten der Mahlzeiten auszutauschen, um so die individuellen Wünsche zu berücksichtigen. Die Erfassung der Mahlzeiten erfolgt über einen mobilen PC. Der Transport erfolgt auf vorgewärmtem mikrowelleneigenem Geschirr in thermoisolierten Transportwagen. Jede Mahlzeit wird im Tablettsystem gereicht. In festgelegten Zeitfenstern erfolgt die Ausgabe der Mahlzeiten. Innerhalb dieser erfolgen nach Möglichkeit keine Visiten oder Untersuchungen.

1.3.5 Koordination der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Diagnostische und therapeutische Maßnahmen werden vom behandelnden Arzt angeordnet und in ihrer Dringlichkeit festgelegt. Der Pflegedienst koordiniert die Maßnahmen nach Absprache mit den jeweils zuständigen Abteilungen (z.B. Röntgen, Endoskopie). Transport und Begleitung des Patienten werden ebenfalls vom Pflegedienst organisiert und bei Bedarf von qualifiziertem Personal durchgeführt. Bei operativen Eingriffen wird durch Festlegung von Prioritäten gewährleistet, dass die Diagnostik zum Eingriffstermin abgeschlossen ist.

1.3.6 Koordination der Behandlung: OP-Koordination

Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.

Die Operationsbereitschaft ist rund um die Uhr gewährleistet. Zur Erstellung von Richtlinien zur OP-Planung und zur Koordination der Abläufe existiert eine OP-Organisationskommission. Verantwortlich für die Koordination ist der Chefarzt der Anästhesie. Es findet täglich eine OP-Besprechung unter Beteiligung aller relevanter Berufsgruppen zur Festlegung des OP-Programmes für den Folgetag statt. Das vorläufige OP-Programm wird zur Kenntnisnahme in die betroffenen Bereiche verteilt. Ungeplante Notoperationen werden in das laufende OP-Programm eingeschoben.

1.3.6A Vorkehrungen für die Patientensicherheit

Das Krankenhaus setzt systematische Maßnahmen zur Vermeidung von Patientenrisiken (Risikomanagement) um.

Die Anwendung von Evidenz basierten Leitlinien und Standards sorgt für eine Verringerung von Risiken. Zusätzlich sind zu Kernprozessen unseres Hauses gültige VA und AA formuliert die bei Ihrer regelgerechten Anwendung eine Risikominimierung einschließen. Durch Begehungen zur Arbeitssicherheit werden mögliche technische oder bauliche Risiken identifiziert und Maßnahmen beschlossen, um Risiken für Patienten und Mitarbeiter zu minimieren. Bei Bekanntwerden eines Zwischenfalles erfolgen interdisziplinäre Fallbesprechungen um ein erneutes Auftreten zu verhindern.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

Die Behandlung des Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Patientenversorgung.

Zur Patientenversorgung arbeiten alle Beteiligten zusammen. So finden regelmäßige interdisziplinäre Besprechungen und Visiten der ärztlichen Mitarbeiter statt (z.B. bei den Röntgenbesprechungen, den angiologischen Konferenzen oder der Diabetesversorgung). Im Rahmen unseres Konsildienstes stehen zur umfassenden Behandlung diverse Fachdisziplinen zur Verfügung. Die Übermittlung wichtiger Daten zu externen Leistungserbringern erfolgt zum Teil in digitaler Form. Zusätzlich finden abteilungsinterne Fallbesprechungen unter Einbeziehung der beteiligten Mitarbeiter statt.

1.3.7A Integration ehrenamtlicher Dienste in die Patientenversorgung

Vielfältige ehrenamtliche Dienste sind im Krankenhaus anerkannt und in die Patientenbetreuung integriert.

In unserem Krankenhaus ist die katholische Krankenhaushilfe ehrenamtlich tätig. Die Mitarbeiterinnen unterstützen täglich den Stationsablauf (z.B. Servieren von Tee und Wasser, Botengänge). Sie werden am ersten Tag durch die Mitarbeiter der jeweiligen Station eingewiesen und sind im Stationsteam integriert. Zusätzlich ist ein ehrenamtlicher Patientenbegleitdienst in der Patientenaufnahme organisiert. Die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen werden zu allen Veranstaltungen im Haus eingeladen. Dadurch gewährleisten wir die Integration in die Dienstgemeinschaft.

1.3.7B Integration der Seelsorge in die Behandlung und Versorgung der Patienten sowie die Betreuung ihrer Angehörigen

Die Seelsorge leistet einen unverzichtbaren, wahrnehmbaren Beitrag zur Patientenversorgung.

Bereits im Aufnahmeprozess werden Patienten und Angehörige auf die Angebote der Seelsorge hingewiesen. Das Seelsorgeteam informiert sich zudem anhand der Patientenliste der Aufnahme über den Patientenstand und bieten dann auf den Stationen die Angebote der Seelsorge an. Sie informieren vor jedem Krankenbesuch die Pflegekräfte, um die Gesprächstermine mit den diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu koordinieren. Seelsorgerische Tätigkeiten wie z.B. die Krankensalbung werden in der Patientendokumentation vermerkt und bei der Übergabe weitergegeben.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

Die Visitation des Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Patientenversorgung.

Jeder Patienten wird täglich vom zuständigen Stationsarzt visitiert. Einmal wöchentlich findet zusätzlich eine Chefarztvisite und eine Oberarztvisite statt. Auf der interdisziplinären Fußstation wird die Visite interdisziplinär durchgeführt. Begleitet werden die Visiten von einer Pflegekraft. Auf der Intensivstation findet mindestens einmal täglich eine Chefarztvisite statt. Entscheidungen werden mit dem Patienten besprochen, in der Krankenakte dokumentiert und in den Pflegeplan übertragen. Bei Bedarf werden weitere Fachkräfte z.B. Physiotherapeuten beteiligt.

1.3A Kommunikation

Um die Bewältigung von lebensverändernden Situationen zu erleichtern, wird eine gute Information und Kommunikation gepflegt.

1.3A.1 Sprechzeiten

Wir sind offen für die notwendigen Gespräche mit Patienten und Angehörigen und nehmen uns die entsprechende Zeit dafür.

Hauptansprechpartner für die Patienten und Angehörigen sind die Pflegekräfte und der jeweils zuständige Stationsarzt. Auf Wunsch besteht auch außerhalb der Visite die Gelegenheit zu einem Gespräch. Gespräche mit Angehörigen erfolgen nach individueller Absprache. Während der Regeldienstzeiten ist der Stationsarzt bzw. dessen Vertreter erreichbar. Während der Bereitschaftsdienstzeiten ist in den Hauptfachabteilungen ein diensthabender Assistenzarzt im Hause anwesend und ständig erreichbar, je ein Facharzt ist in Rufbereitschaft.

1.3A.2 Qualifizierte Gesprächsführung

Wir verbessern unsere Gesprächskompetenz.

Bereits in den Stellenbeschreibungen wird die soziale Kompetenz der jeweiligen Stelleninhaber vorausgesetzt. Zusätzlich erwerben die Mitarbeiter durch verschiedene Fort- und Weiterbildungen (z.B. Praxisanleiter, Stationsleitungen etc.) weitere empathische Fähigkeiten. Bestandteil der Weiterbildung waren unter anderem Moderationstechniken.

1.4 Übergang des Patienten in andere Versorgungsbereiche

Die kontinuierliche Weiterversorgung des Patienten in anderen Versorgungsbereichen erfolgt professionell und koordiniert gesteuert unter Integration des Patienten.

1.4.1 Entlassung und Verlegung

Der Übergang in andere Versorgungsbereiche erfolgt strukturiert und systematisch unter Integration und Information des Patienten und ggf. seiner Angehörigen.

Das Konzept unseres Entlassungsmanagements ("Koordinierungsstelle für pflegerische und soziale Hilfsangebote") beinhaltet neben den Aufgaben des Sozialdienstes auch Überleitung, Pflegeberatung und Entlassungsgespräche. Das Vernetzungsprojekt mit amb. Pflegediensten hat gemeinsame Überleitungsbogen, gemeinsame Kommunikationsstrukturen und -inhalte sowie Reflexionsgespräche als Schwerpunkte. Die Einbeziehung von Angehörigen beginnt bereits zu einem frühzeitigen Zeitpunkt. Weiterbehandelnde Einrichtungen werden frühzeitig über die Koordinierungsstelle informiert.

1.4.2 Bereitstellung kompletter Informationen zum Zeitpunkt des Überganges des Patienten in einen anderen Versorgungsbereich (Entlassung/ Verlegung u. a.)

Das Krankenhaus sichert eine lückenlose Information für die Weiterbehandlung oder Nachsorge des Patienten.

Die Patientenakte als Informationssammlung begleitet den Patient in alle Bereiche. Befunde sind zudem in der EDV einzusehen. Bei internen Verlegungen erfolgen ein ärztliches und pflegerisches Übergabegespräch. Bei Entlassung erhält der Patient einen vorläufigen Entlassungsbrief. Der endgültige Entlassungsbrief wird dem Hausarzt zugesandt. Im Rahmen des Projektes "Vernetzung" wurden die Informationswege verbindlich festgelegt. Die "Koordinierungsstelle" ist in die Planung der weiteren Versorgung eingebunden und überwacht die Informationsweitergabe.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

Vom Krankenhaus wird eine kontinuierliche Weiterbetreuung des Patienten durch Kooperation mit den weiterbetreuenden Einrichtungen bzw. Personen sichergestellt.

Unser Krankenhaus baut eine aktive Vernetzung innerhalb der Versorgungsregion auf und entwickelt sie kontinuierlich weiter. Bei externen Verlegungen werden den weiterbehandelnden Institutionen alle erforderlichen Informationen übergeben. Durch das 2004 gestartete Projekt "Vernetzung" wurden die erforderlichen Maßnahmen und Informationswege, z.B. wöchentliche Reflexionsgespräche, mit den externen Partnern verbindlich festgelegt.

Die Vorgehensweisen für Verlegungen und Entlassungen sind in Arbeitsanweisungen festgelegt.

1.4.3A Sicherstellung einer Weiterbetreuung palliativer Patienten

Wir sehen den besonderen Bedarf schwerstkranker und sterbender Patienten und kümmern wir uns um die notwendige palliative Weiterversorgung.

Im Rahmen des Konzeptes der KOS werden die Angehörigen früh auf die Entlassung des Patienten vorbereitet. In Absprache mit ihnen wird der Hilfsbedarf ermittelt und frühzeitig vor Entlassung notwendige Hilfsmittel organisiert. Die KOS stellt den Kontakt zu weiterbetreuenden Institutionen (z. B. ambulante und stationäre Hospizeinrichtungen) her und informiert diese über den Pflegebedarf in Form einer Pflegeüberleitung.

Durch individuelle Beratungsgespräche wird sichergestellt, dass die Patienten ohne qualitativen Bruch in die Weiterversorgung entlassen werden können.

2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

2.1 Planung des Personals

Durch die Personalplanung ist die kontinuierliche Bereitstellung einer angemessenen Anzahl an qualifizierten Mitarbeitern gesichert.

2.1.1 Planung des Personalbedarfes

Die Planung des Personalbedarfes umfasst die Bereitstellung einer angemessenen Zahl an entsprechend qualifizierten Mitarbeitern.

Die Personalplanung erfolgt jährlich als Gesamtplanung durch die Verwaltungsleitung. In die Personalplanung fließen die Vorgaben der jährlichen Kostenbudgets sowie der Case-Mix-Ansätze ein. Die langfristige Steuerung der Personalplanung erfolgt durch das Personalcontrolling. Hierzu werden monatlich die abteilungsbezogenen Personalplanungen (Stellenplan) aktualisiert und die Veränderungen den zuständigen Leitungen mitgeteilt. Fluktuationsraten werden ermittelt, die Zahlen weisen keine Auffälligkeiten auf.

2.1A Neue Mitarbeiter gewinnen und einstellen

Wir suchen neue Mitarbeiter und berücksichtigen dabei kirchlichen Charakter und Auftrag unseres Krankenhauses.

2.1A.1 Personalsuche, die unser Profil stärken

Wir suchen Mitarbeiter, die unser Profil stärken, und vermitteln in der Personalsuche unsere christliche Werteorientierung.

Die Einstellung von Mitarbeitern erfolgt gemäß der Empfehlung der deutschen Bischofskonferenz (der neu eingestellte Mitarbeiter muss einer Religionsgemeinschaft angehören). Diese Anforderung, wie auch die im zentralen und den dezentralen Leitbildern beschriebene soziale Kompetenz, wird in der Stellenausschreibung entsprechend dargestellt. Die Personalgewinnung im Pflege- und Funktionsdienst erfolgt auch durch enge Zusammenarbeit mit der angegliederten Krankenpflegeschule. Diese ist Ausbildungsstätte für 3 Krankenhäuser.

2.1A.2 Umgang mit Bewerbern, Einstellungsgespräch

Wir suchen im Dialog die Übereinstimmung der Wertorientierungen zwischen Betrieb und Bewerber.

Im Umgang mit den Bewerbungsunterlagen gelten die Vorschriften der Datenschutzgesetze. Die Vertraulichkeit der Bewerbung ist jedem Bewerber zugesichert und wird auch eingehalten. Gemäß unseres Leitbildes, der Stellenausschreibungen und Stellenbeschreibung erfolgt eine Vorprüfung des Bewerbers. Beim Bewerbungsgespräch wird auf die Werte und Ziele des Unternehmens hingewiesen und dabei die Inhalte des Leitbildes vorgestellt. Es wird darauf geachtet, dass die Vorstellungsgespräche in persönlicher Atmosphäre und störungsfreier Umgebung stattfinden.

2.2 Personalentwicklung

Die Personalentwicklung des Krankenhauses orientiert sich an den Bedürfnissen des Hauses und der Mitarbeiter.

2.2.1 Systematische Personalentwicklung

Das Krankenhaus betreibt eine systematische Personalentwicklung.

Durch eine strukturierte Vorgehensweise stellen wir sicher, dass alle Mitarbeiter über die erforderliche Qualifikation verfügen. Hierzu bieten wir Fort-, Weiter- und Ausbildung, z.T. in Kooperation mit der naheliegenden Uni-Klinik Homburg/Saar, an. Freie Stellen werden, wenn möglich, durch eigene Mitarbeiter besetzt. Dazu werden die Mitarbeiter rechtzeitig durch Fort- und Weiterbildung qualifiziert. Mit den Führungskräften einzelner Berufsgruppen finden jährlich Zielvereinbarungsgespräche statt. Für interne Fortbildung besteht ein Schulungsplan.

2.2.1A Förderung der sozialen Kompetenz der Mitarbeiter

Wir sehen in der Sozialkompetenz eine Schlüsselqualifikation unserer Mitarbeiter.

In den Stellenbeschreibungen sind die Anforderungsprofile, auch soziale Fähigkeiten, definiert. Im Rahmen der MA-Beurteilung (z. B. Probezeitbeurteilung) wird auf die soziale Kompetenz eingegangen. Zur Förderung der sozialen Kompetenz und der kommunikativen Fähigkeiten werden Veranstaltungen angeboten. Dies sind u. a. Schulungen für die Auszubildenden und Gesprächskreise der Krankenhausesseelsorge.

2.2.1B Förderung der spirituellen und christlich-ethischen Kompetenz der Mitarbeiter

Mit der Förderung der christlich-ethischen Kompetenzen unserer Mitarbeiter verbreitern und festigen wir die Basis gemeinsamen Handelns.

Das St.-Elisabeth Krankenhaus Zweibrücken ist sich seiner christlich kirchlichen Verantwortung im Umgang mit Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern bewusst. So versuchen wir die Balance zwischen hochtechnisierter moderner Medizin und menschlicher Aufmerksamkeit und Zuwendung auch vor dem Hintergrund immer knapper werdender Mittel zu halten. In Veranstaltungen, z.B. zur Umsetzung des Leitbildes im Arbeitsalltag, wird den Mitarbeitern Unterstützung und Anregung zur Lösung dieser schwierigen Aufgaben angeboten.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

Das Krankenhaus stellt sicher, dass Wissensstand, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiter den Anforderungen der Aufgabe (Verantwortlichkeiten) entsprechen.

In den genannten Bereichen des Pflege- und Funktionsdienstes, der Radiologie, der Apotheke und der Krankenpflegeschule sind die Qualifikationsanforderungen in Stellenbeschreibungen festgelegt. Sie beinhalten Aufgabenbeschreibung, Weisungsbefugnis, spezifische Leistungsanforderungen und allgemeine Dienstvorschriften. Ansonsten ergeben sich die erforderlichen Qualifikationen aus den Aufgaben und Anforderungen, die der Besetzung der jeweiligen Stelle zugrunde liegen.

2.2.3 Fort- und Weiterbildung

Das Krankenhaus sorgt für eine systematische Fort- und Weiterbildung, die sowohl an den Bedürfnissen der Mitarbeiter als auch des Krankenhauses ausgerichtet ist.

Über einen innerbetrieblichen Fort- und Weiterbildungsplan, der halbjährlich erstellt und veröffentlicht wird, werden allen Mitarbeitern Schulungen zu verschiedenen Themen angeboten. Die Weiterbildung im ärztlichen Bereich orientiert sich an den Vorgaben der Ärztekammer. Im pflegerischen Bereich besteht eine Kooperation mit einem externen Fort- und Weiterbildungsinstitut.

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Interne Fortbildungen werden in unserem Haus in vollem Umfang vom Träger finanziert und die Dauer der Veranstaltung als Arbeitszeit anerkannt. Externe Veranstaltungen werden entsprechend der Schwerpunktsetzung und der Regelungen zu Fort- und Weiterbildung vom Haus finanziert. Das Budget für Fort- und Weiterbildung wird nicht abteilungsspezifisch aufgeteilt, vielmehr wird dem aktuellen Bedarf angepasst über die Finanzierung der einzelnen Veranstaltungen entschieden. Hiermit wird gewährleistet, dass die gesamtklinische Entwicklung im Vordergrund steht.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

Für Mitarbeiter sind angemessene Fort- und Weiterbildungsmedien zeitlich uneingeschränkt verfügbar.

Die Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien ist für alle relevanten Berufsgruppen gewährleistet. Eine Liste aller zur Verfügung stehenden Fachzeitschriften ist im Intranet veröffentlicht und somit jedem zugänglich. Dort werden auch die Orte der Auslage aufgelistet. Zusätzlich stehen in verschiedenen Bibliotheken (QM-Bibliothek, Bibliothek der Krankenpflegeschule, Besprechungszimmer) weitere Fachliteratur zur Verfügung. Weiterhin ist an allen PC-Arbeitsplätzen der Zugriff auf das Internet möglich. So ist der Zugang zu den neuesten Veröffentlichungen sichergestellt.

2.2.6 Sicherstellung des Lernerfolges in angegliederten Ausbildungsstätten

Angegliederte Ausbildungsstätten leisten eine Theorie-Praxis-Vernetzung und bereiten Mitarbeiter angemessen auf ihre Tätigkeiten im Rahmen der Patientenversorgung vor.

Durch die Anwendung eines Ausbildungscurriculum, des neuen Krankenpflegegesetzes und entsprechender Lehrpläne ist eine praxisorientierte Ausbildung in der Pflege sichergestellt. Im Rahmen- und Ausbildungslehrplan sind Lerninhalte für den "Lernort Praxis" vorgesehen. Über die Integration eines Mentoren und Praxisanleitersystems erfolgt eine enge Theorie-Praxis Verknüpfung. Auf jeder Station befindet sich mind. 1 Praxisanleiter. Diese werden in Schulungstagen und Ausbildungstreffen auf die Anleitung der Krankenpflegeschüler vorbereitet.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

Mitarbeiterinteressen werden angemessen bei der Führung des Krankenhauses berücksichtigt.

2.3.1 Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles

Im Krankenhaus wird ein festgelegter und einheitlicher Führungsstil praktiziert, der die Bedürfnisse der Mitarbeiter berücksichtigt.

Die Grundsätze zum mitarbeiterorientierten Führungsstil sind in unserem Leitbild festgelegt. So praktizieren wir einen kooperativen Führungsstil, der aber auch situativ sein kann, wenn die Sicherstellung der Patientenversorgung dies erfordert. Neue Mitarbeiter werden auf Grundlage strukturierter Einarbeitungskonzepte in einzelnen Berufsgruppen in die Dienstgemeinschaft integriert. So schaffen wir ein Arbeitsklima, in dem Toleranz und Wertschätzung entsteht.

2.3.1A Beteiligung der Mitarbeiter an der Entwicklung des Unternehmens im Sinne der Dienstgemeinschaft

Wir setzen das Konzept der Dienstgemeinschaft um und beteiligen die Mitarbeiter an der Entwicklung des Krankenhauses.

Die Geschäftsleitung hat zusammen mit der MAV ein "Betriebliches Vorschlagswesen" ins Leben gerufen. Hier können alle Mitarbeiter Verbesserungsvorschläge einreichen, die von einem Gremium geprüft und prämiert werden. Des Weiteren organisiert die MAV auch Veranstaltungen wie z.B. "Tag der offenen Tür", ein jährliches Sommerfest für alle Mitarbeiter, Gedenkgottesdienste für verstorbene Mitarbeiter, "Tag der Gesundheit". Zusätzlich wird mehrmals im Jahr die Hauszeitschrift "WIR" herausgegeben, deren Redaktion sich aus Mitarbeitern aller Abteilungen zusammensetzt.

2.3.1B Fehler- und Konfliktkultur

Wir mindern Risiken für Patienten, Mitarbeiter und Krankenhausträger durch eine Fehler- und Konfliktkultur.

Es ist unser Bestreben Risiken für Patienten zu minimieren. Hierzu pflegen wir einen konstruktiven Umgang mit Fehlern. Um Fehler zu erkennen und zu beheben gibt die Krankenhausführung einen strukturellen Rahmen vor, z.B. externe und interne Qualitätssicherungsmaßnahmen, (Fehlervermeidung ist Bestandteil des PROZESSmanagementsMitarbeitergespräche, interne Audits usw.

Zudem ist in unserem Haus ein Beschwerdemanagementsystem etabliert. Die schriftlichen Rückmeldungen können direkt vor Ort abgegeben werden, oder unter Wahrung der Anonymität im Briefkasten "Beschwerdemanagement" in der Eingangshalle eingeworfen werden.

2.3.1C Kultur der Anerkennung

Wir drücken unseren Mitarbeitern unsere Anerkennung und Wertschätzung aus und feiern ihre Erfolge.

Bei verschiedenen Anlässen z.B. Fest der heiligen Elisabeth, Neujahrsempfang, Sommerfest, bietet unsere Klinik den Mitarbeitern die Möglichkeit, an den vom Haus finanzierten Feierlichkeiten teilzunehmen. Mitarbeiter werden im Rahmen des Neujahrsempfangs für langjährige Betriebszugehörigkeit geehrt. Für Leistungen innerhalb des Vorschlagswesens ist ein Prämienrahmen definiert. Zum Abschluss des Pflegeexamens, der Fachweiterbildungen und zur Präsentation der Facharbeiten der Krankenpflegeschule organisiert und finanziert die Klinik den feierlichen Rahmen.

2.3.1D Hilfe zur Bewältigung persönlicher Krisen

Wir stehen unseren Mitarbeitern in persönlichen Krisen fürsorglich zur Seite.

Die christlichen Grundzüge unseres Hauses zeigen sich darin, dass der Mitarbeiter auch in Krisensituationen nicht alleine gelassen wird. Er hat immer die Möglichkeit sich an die Seelsorge, die jeweilige Abteilungsleitung, die MAV und auch an die Krankenhausleitung zu wenden. Bei Bedarf werden Kontakte zu Sucht- und Schuldenberatung, Selbsthilfegruppen usw. vermittelt. In Krisensituationen besteht die Möglichkeit den Beschäftigungsumfang, auch vorübergehend, zu reduzieren. Wenn nötig ist auch eine komplette Freistellung über einen begrenzten Zeitraum möglich.

2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Die Arbeitszeitregelungen richten sich nach den Vorgaben der AVR des Deutschen Caritas Verbandes in Verbindung mit dem Arbeitszeitgesetz. Für alle Arbeitsbereiche im Krankenhaus bestehen Rahmendienstpläne. Im Jahr 2004 wurde ein elektronisches Dienstplanprogramm eingeführt. Es besteht generell die Möglichkeit der Teilzeitarbeit, deren Umfang mit dem Mitarbeiter abgestimmt wird. Die Arbeitszeit kann nach den jeweiligen Gegebenheiten flexibel gestaltet werden, Mehrarbeitsstunden können in Form eines Arbeitszeitkontos gesammelt und später abgefeiert werden.

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Entsprechend unseres Leitbildes streben wir eine umfassende Integration neuer Mitarbeiter in unsere Dienstgemeinschaft an. Hierzu gibt es für zahlreiche Arbeitsbereiche Einarbeitungskonzepte. Die Arbeitsanweisung für den jeweiligen Bereich wird dem neuen Mitarbeiter zu Beginn des Arbeitsverhältnisses ausgehändigt. Jedem neuen Mitarbeiter wird zusätzlich ein Mentor bzw. Tutor zugewiesen, der ihn während der Einarbeitungszeit begleitet und ihm als Ansprechpartner dient. Der berufs- und abteilungsübergreifende Aspekt ist Bestandteil der Einarbeitungskonzepte.

2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zum Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden.

In einem geregelten Verfahren zum betrieblichen Vorschlagswesen ist der Ablauf zum Einbringen, Prüfen und Bewerten von Mitarbeitervorschlägen geregelt. Dadurch sollen die Mitarbeiter motiviert werden, Vorschläge zur Optimierung der Betriebsabläufe einzubringen. Prüfung und Bewertung der eingereichten Vorschläge erfolgt durch eine Kommission. Weiterhin können bei den Zielvereinbarungsgesprächen Vorschläge und Beschwerden eingebracht werden.

2.3.A Ausscheiden von Mitarbeitern

Wir pflegen Rituale beim Ausscheiden von Mitarbeitern.

Bei der Verabschiedung eines Mitarbeiters wird darauf geachtet, dass dies in einer angemessenen Atmosphäre geschieht. So wird beiden Seiten Gelegenheit gegeben sowohl über positive Seiten, als auch über konstruktive Kritik zu sprechen. Mitarbeiter die in Ruhestand gehen, werden von den jeweiligen Abteilungsleitern und Kolleginnen und Kollegen verabschiedet. Alle Mitarbeiter, die innerhalb eines Jahres in Ruhestand gegangen sind, werden zu Beginn des Folgejahres von der Klinikleitung zu einer separaten Verabschiedung eingeladen.

2.3.B Beziehungspflege zu ehemaligen Mitarbeitern

Wir pflegen die Beziehung zu unseren ehemaligen Mitarbeitern und erweisen ihnen damit unsere Wertschätzung.

Zum Neujahrsempfang werden ehemalige Mitarbeiter schriftlich eingeladen und können selbstverständlich auch an Feierstunden und Gottesdiensten teilnehmen. Die Mitarbeiterzeitung "WIR" wird mit umfangreichem Verteiler auch den Ehemaligen zugesandt. Ordensschwester und freie Mitarbeiter pflegen zu Ehemaligen Kontakte durch Besuche, Glückwünsche zu Festtagen, Einladung zu Jubiläen, wenn dies beiden Seiten angemessen erscheint. Jährlich erfolgt eine Einladung der ehemaligen Schüler/-innen und Dozent/-innen zum 10-jährigen Klassentreffen mit gemeinsamen Essen.

3 Sicherheit im Krankenhaus

3.1 Gewährleistung einer sicheren Umgebung

Das Krankenhaus gewährleistet eine sichere Umgebung für die Patientenversorgung.

3.1.1 Verfahren zum Arbeitsschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum Arbeitsschutz angewandt, das insbesondere Sicherheitsaspekte am Arbeitsplatz, bei Mitarbeitern, im Umgang mit Gefahrstoffen und zum Strahlenschutz berücksichtigt.

In unserem Krankenhaus ist ein Arbeitssicherheitsausschuss etabliert. Mitarbeiter aus verschiedenen Abteilungen wurden zu Sicherheitsbeauftragten ernannt und durch Weiterbildungen auf ihre Aufgaben vorbereitet. Der Ausschuss untersucht aufgrund von Unfallstatistiken und Ortsbegehungen Unfallschwerpunkte und erarbeitet geeignete Maßnahmen. Die Bestellung von Gefahrstoffen ist geregelt, Mitarbeiter, die mit Gefahrstoffen umgehen, sind entsprechend qualifiziert. Gefährdungsanalysen werden regelmäßig erstellt. Für Arbeitsunfälle existiert ein Meldewesen.

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Alle Regelungen zur Gewährleistung des Brandschutzes werden sowohl mit der Feuerwehr als auch mit den zuständigen Behörden abgestimmt. Brandschutzbegehungen finden regelmäßig statt. Anfahrtswegeplan und Hydrantenverzeichnis wurden gemeinsam mit der Feuerwehr festgelegt. Die Flucht- und Rettungswegepläne sind in allen Bereichen deutlich sichtbar angebracht. Sie werden überprüft, überarbeitet und bei baulichen Veränderungen angepasst. Brandschutzschulungen werden für alle Mitarbeiter jährlich angeboten.

3.1.3 Verfahren zur Regelung von hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung bei hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz angewandt.

Der interne Katastrophenschutzplan wurde mit der Landesregierung abgestimmt und zuletzt für das Jahr 2006 aktualisiert. Dabei wurden auch die Alarmierungskette sowie das telefonische Meldeschema überarbeitet. Der Katastrophenschutzplan liegt im Intranet vor und ist für jeden Mitarbeiter einsehbar. Eine Katastrophenschutzübung fand in Verbindung mit der Feuerwehr und den örtlichen Rettungsdiensten statt. Das Notstromaggregat wird monatlich durch einen Testlauf auf die Funktionsfähigkeit überprüft.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Pro Stockwerk sind in Notfallschränken an zentraler Stelle Sauerstoffflasche, Defibrillator und Reanimationsbrett bereitgestellt. Zusätzlich sind auf allen Stationen und in allen patientenbetreuenden Abteilungen Notfallkoffer mit standardisiertem Inhalt vorhanden. Über eine zentrale Notfallnummer, die auf der Intensivstation aufläuft, werden weitere Maßnahmen koordiniert. Über ein Schulungsprogramm werden die Mitarbeiter, mit den neuesten Reanimationsrichtlinien in praktischen Übungen vertraut gemacht.

3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

Für den Patienten wird eine sichere unmittelbare Umgebung gewährleistet und Maßnahmen zur Sicherung vor Eigen- und Fremdgefährdung umgesetzt.

Die Sicherheit unserer Patienten ist für uns von hohem Stellenwert. So werden spezielle Patientengruppen, wie z.B. ambulant zu operierende Kinder, nur von examiniertem Personal zu Untersuchungen oder in den OP gebracht. Spezielle Betten erhöhen die Sicherheit zusätzlich. Es besteht teilweise die Möglichkeit, Fenster gegen unbefugtes Öffnen zu sichern. Gefährdete Patienten werden in solchen Räumen untergebracht. In der Belegungsplanung der Stationen wird berücksichtigt, dass beaufsichtigungspflichtige Patienten in der Nähe des Stationszimmers untergebracht sind.

3.2 Hygiene

Im Krankenhaus wird ein systematisches, krankenhausesweit umgesetztes Verfahren zur effektiven Prävention und Kontrolle von Infektionen eingesetzt.

3.2.1 Organisation der Hygiene

Für die Belange der Hygiene ist sowohl die personelle Verantwortung als auch das Verfahren der Umsetzung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen krankenhausesweit geregelt.

Hygieneverantwortlicher Arzt im Hause ist der Ärztliche Direktor. Hygienebeauftragter Arzt ist ein Internist mit entsprechender Weiterbildung. Zusätzlich gibt es die Stelle einer Hygienefachkraft. Sie dient als Ansprechpartner für alle Fragen im Bereich Hygiene, überprüft und koordiniert die Vorgaben der Hygienekommission. Diese trifft sich mindestens zweimal pro Jahr, um Richtlinien zu erstellen und weiterzuentwickeln. Sie werden für die verschiedenen Bereiche des Hauses als Hygienepläne schriftlich festgelegt. Diese sind im Intranet veröffentlicht.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

Für die Analyse hygienerelevanter Bereiche wie auch die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen werden krankenhausesweit hygienerelevante Daten erfasst.

Die krankenhausesinternen und -externen Meldewege entsprechend der Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes sind für unser Krankenhaus verbindlich in einer Verfahrensanweisung geregelt. Hierbei wurden auch die Kriterien zur Auswertung der gesammelten Daten festgelegt. Über Auffälligkeiten bei mikrobiologischen Untersuchungen wird die Hygienefachkraft direkt vom Labor informiert. Die ermittelten Daten werden in der Hygienekommission besprochen, Verbesserungsmaßnahmen festgelegt und das Ergebnis wird den zuständigen Chefarzten mitgeteilt.

3.2.3 Planung und Durchführung hygiesichernder Maßnahmen

Hygiesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Die geltenden Richtlinien und Empfehlungen sind in hauseigenen Hygiene- und Desinfektionsplänen umgesetzt. Die im ISG vorgeschriebenen gesetzlichen Maßnahmen wurden in Zusammenarbeit mit dem zuständigen Gesundheitsamt schriftlich verbindlich geregelt und entsprechend umgesetzt. Die Hygienefachkraft überprüft die Umsetzung der festgelegten Vorgehensweisen entsprechend ihrer Stellenbeschreibung. Dazu werden in den einzelnen Abteilungen Begehungen durchgeführt. Die Unterweisung der Mitarbeiter erfolgt auf der Grundlage der Hygienepläne.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.

Die Grundlage der hygiesichernden Maßnahmen bilden die Hygienepläne, die von der Hygienekommission unter Einbeziehung des Gesundheitsamtes erstellt wurden. Die Hygienepläne wurden den Mitarbeitern in Fortbildungen bekannt gemacht und sind für jeden Mitarbeiter im Intranet einsehbar. Die Einhaltung der Hygienerichtlinien wird durch die Hygienefachkraft durch Begehungen, interne Audits, Begehungen durch das Gesundheitsamt und mikrobiologische Untersuchungen überwacht. Mit den entsprechenden Behörden besteht eine, kooperative Zusammenarbeit.

3.3 Bereitstellung von Materialien

Vom Krankenhaus werden die für die Patientenversorgung benötigten Materialien auch unter Beachtung ökologischer Aspekte bereitgestellt.

3.3.1 Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten.

Die Versorgung mit Medikamenten und Medizinprodukten erfolgt durch die hauseigene, von der Landesapothekerkammer zertifizierte Apotheke. Die Lagerhaltung der Medizinprodukte erfolgt entsprechend der DIN-Vorschriften und wird sowohl in der Apotheke als auch auf Station regelmäßig überprüft. Die Arzneimittelkommission wird jährlich vom Apothekenleiter einberufen. Es werden Streichungen bekannt gegeben, Produkte auf Antrag eingeführt und der Ressourcenverbrauch dargelegt. Die im Umlauf befindlichen Medizinprodukte haben vorher eine Produkttestung durchlaufen.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Die Arzneimittelkommission verabschiedet und überprüft in ihren Sitzungen sowohl die Richtlinien zur Arzneimittelversorgung, als auch die Arzneimittellisten. Der Kommission gehören alle Fachabteilungen an. Abweichungen sind durch Sonderanforderungen möglich. Der Arzneimittelbedarf wird von den Mitarbeitern erhoben und mit dem Stationsarzt abgestimmt, der die Anforderungsliste überprüft und freigibt. Die Belieferung der Verbrauchseinheiten erfolgt 2 mal pro Woche. Bei Bedarf kann jederzeit über eine Notanforderung erforderliche Medikation geordert werden.

3.3.3 Anwendung von Blut- und Blutprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Blut und Blutprodukten.

In unserem Haus gibt es die Verfahrensanweisung zum –Umgang mit Hämotherapeutika“. Sie wird in den jährlichen Sitzungen der Transfusionskommission besprochen und überarbeitet. Eigenblutspenden werden in enger Kooperation mit dem Blutspendedienst des DRK (Bad Kreuznach) durchgeführt. Die Dokumentation der Ausgabe und Anwendung von Blut oder Blutprodukten erfolgt chargen- und patientenbezogen über das EDV-System des Labors, in der Patientenakte sowie im "Look-back-Buch" der entsprechenden Station/Funktionsabteilung.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Medizinprodukte dürfen nur von Personen eingesetzt werden, die fachlich dazu geeignet und eingewiesen sind. Die Einweisung der in Frage kommenden Mitarbeiter wird im Gerätebuch dokumentiert. Zusätzlich wurden in den verschiedenen Abteilungen Gerätebeauftragte ernannt, die für die Einweisung neuer Mitarbeiter und den ordnungsgemäßen Einsatz der Geräte im Zuständigkeitsbereich verantwortlich sind. Reparaturen oder Wartungen der Medizinprodukte sind über die hauseigene Technikabteilung oder über Wartungsverträge mit den Herstellern geregelt.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Entsprechend der Inhalte unseres Leitbildes wird durch gezielte Maßnahmen der Umweltschutz gefördert. Allen Arbeitsbereichen liegt ein Abfall-Entsorgungsplan als verbindliche Anweisung vor. Der Wasserverbrauch wird erfasst und statistisch ausgewertet, um Hinweise zu Einsparungen zu erhalten. Die Bewässerung unserer Außenanlagen erfolgt mit Brunnenwasser. Neue Lüftungsanlagen werden grundsätzlich mit Wärmerückgewinnung ausgestattet. Die Aufheizung des Bewegungsbades erfolgt mit Abwärme von Kälteanlagen. Der Einbau einer Solarthermieanlage ist geplant.

4 Informationswesen

4.1 Umgang mit Patientendaten

Im Krankenhaus existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die Erfassung, Dokumentation und Verfügbarkeit von Patientendaten sicherstellt.

4.1.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Eine hausinterne Regelung zur Führung und Dokumentation von Patientendaten liegt vor und findet Berücksichtigung.

Die Dokumentation der schriftlichen Daten erfolgt in ein einheitliches Dokumentationssystem durch alle an der Behandlung beteiligten Gruppen. Entsprechende Regelungen liegen vor. Ebenfall geregelt ist die Erfassung und der Umgang mit Patientendaten im EDV-gestützten Krankenhausinformationssystem. Hier bestehen über abgestufte Zugriffsrechte, je nach Berechtigung, verschiedene Lese- und Schreibrechte. Nach Abschluss des Aufenthaltes wird die Patientendokumentation an das Medizincontrolling übergeben und auf Plausibilität überprüft.

4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

Vom Krankenhaus wird eine vollständige, verständliche, korrekte, nachvollziehbare und zeitnahe Dokumentation von Patientendaten gewährleistet.

Es erfolgt eine patientenbezogene Dokumentation aller relevanten Daten in ein einheitliches Dokumentationssystem, welches von allen beteiligten Berufsgruppen genutzt wird. Hierbei werden jeweils erbrachte Leistungen, Diagnosen, Untersuchungsergebnisse und Besonderheiten eingetragen, bzw. eingeehftet. Dadurch ist der aktuelle Zustand des Patienten jederzeit nachvollziehbar. Nach Behandlungsende und Entlassung wird die vorhandene Dokumentation im Medizincontrolling überprüft. Die geltenden Regelungen zur Dokumentation sind schriftlich festgelegt.

4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren, um den zeitlich uneingeschränkten Zugriff auf die Patientendokumentation zu gewährleisten.

Der Zugriff auf die Patientendokumentation von aktuellen stationären Patienten ist uneingeschränkt jederzeit den beteiligten Berufsgruppen möglich. Patientendokumentationen von früheren Krankenhausaufenthalten in unserer Klinik sind in unserem Zentralarchiv eingeordnet, zu dem der Zugang rund um die Uhr gewährleistet ist. Auch für Krankenhausaufenthalte in verschiedenen Abteilungen werden keine Teilakten angelegt.

4.2 Informationsweiterleitung

Im Krankenhaus existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die adäquate Weiterleitung von Informationen gewährleistet.

4.2.1 Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Bereichen

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Informationsweitergabe innerhalb und zwischen verschiedenen Krankenhausbereichen.

Entsprechend der Vorgaben unseres Leitbildes fördern wir die interdisziplinäre Kommunikation und Zusammenarbeit. Dementsprechend existieren in unserem Haus interdisziplinäre Kommunikationsstrukturen, wie Kommissionen, abteilungsübergreifende Besprechungs- und Behandlungskonzepte, die in einer Verfahrensanweisung (einschließlich Einladungsvorgehen, Protokollführung und Verteilerlisten) geregelt sind. Darüber hinaus bestehen weitere Möglichkeiten der Informationsweitergabe über Intranet, Rundschreiben, Mitarbeiterzeitung und andere Medien.

4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

Zentrale Auskunftsstellen im Krankenhaus werden mit Hilfe einer geregelten Informationsweiterleitung kontinuierlich auf einem aktuellen Informationsstand gehalten.

Als zentrale Anlaufstelle zur Information von Patienten, Mitarbeitern und Besuchern dient die "Pforte" (Rezeption) unseres Krankenhauses. Sie befindet sich im direkten Eingangsbereich und ist rund um die Uhr besetzt.

Alle Mitarbeiter sind über Struktur und Organisation des Krankenhauses informiert. Hierzu erhalten sie aktualisierte Verzeichnisse (z. B. Dienstpläne, Telefonnummern) von den zuständigen Stellen und könne zudem aktuelle Informationen im Intranet abrufen, z.B. Organigramm. Die Stationsbelegung wird zentral erfaßt.

4.2.3 Information der Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Es ist Ziel unseres Hauses, die Öffentlichkeit umfassend und zeitnah über unsere Einrichtung zu informieren. Hierzu führen die Hauptfachabteilungen Innere und Chirurgie jährlich mindestens eine Informationsveranstaltung, inkl. Vorträge und Posterausstellungen durch. Die Krankenhauszeitung "WIR" wird auch den externen Partnern zur Verfügung gestellt.

Als weiteres Informationsportal steht eine Homepage zur Verfügung.

Die laufende Information über aktuelle Entwicklungen findet im Rahmen von Pressekonferenzen statt.

4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

Daten und Informationen insbesondere von Patienten werden im Krankenhaus durch verschiedene Maßnahmen geschützt. Vgl. entsprechende landesrechtliche Regelungen (Regelungen zum Datenschutz finden sich in den Landeskrankengesetzen von Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Thüringen), in: Krankenhausrecht - Rechtsvorschriften des Bundes und der Länder, Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, 5. Auflage 1998; Ärztliche Berufsordnung.

Alle Mitarbeiter werden auf die besondere Verpflichtung zum Datenschutz schriftlich hingewiesen. Hierzu enthält der Dienstvertrag Anlagen mit den entsprechenden schriftlichen Regelungen zum Datenschutz in unserem Hause. Der Zugang zur vernetzten EDV-Struktur wird ermöglicht durch eine personengebundene Benutzernamen- und Kennwortvergabe. Die Benutzerverwaltung erfolgt durch ein restriktives, der jeweiligen Aufgabe angepasstes Gruppenkonzept. Der Datenschutzbeauftragte ist für die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen verantwortlich.

4.3 Nutzung einer Informationstechnologie

Im Rahmen der Patientenversorgung wird Informationstechnologie eingesetzt, um die Effektivität und Effizienz zu erhöhen.

4.3.1 Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie

Die Voraussetzung für eine umfassende und effektive Nutzung der unterstützenden Informationstechnologie wurde geschaffen.

Alle Abteilungen und Bereiche des Krankenhauses sind in die bestehende EDV-Struktur eingebunden. Dies bedeutet, dass neben den Stationen und Funktionsbereichen auch die gesamte Verwaltung, die Haustechnik und der Wirtschaftsbereich in das Netzwerk integriert sind. Auch eigenständige Bereiche wie z.B. die Apotheke und die Krankenpflegeschule sind eingebunden. Die Zugriffsrechte werden benutzerorientiert vergeben.

5 Krankenhausführung

5.1 Entwicklung eines Leitbildes

Das Krankenhaus entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.

5.1.1 Entwicklung eines Leitbildes

Das Krankenhaus entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.

Nach einer Eröffnungsveranstaltung wurde eine Projektgruppe gebildet, die das Leitbild unseres Hauses erarbeitete. Die Einbindung der MA aller Arbeitsbereiche, auch des Krankenhausdirektoriums war in jeder Phase der Leitbildentwicklung gewährleistet. Zur Weiterentwicklung werden Folgeveranstaltungen durchgeführt, zu denen Mitarbeiter aus allen Arbeitsbereichen eingeladen werden; Direktorium und Trägervertreter nehmen ebenfalls teil. Neue Mitarbeiter erhalten das Leitbild; bei den Einstellungsgesprächen wird auf die Inhalte aufmerksam gemacht.

5.1.1A Verankerung der christlichen Werteorientierung im Unternehmensleitbild

Die christliche Werteorientierung bestimmt das Unternehmensleitbild, seine Entwicklung, Umsetzung und Kommunikation.

Die MA werden im Rahmen der Bewerberauswahl auf das Leitbild und die sich daraus ergebenden Konsequenzen hingewiesen. Werte und Ziele unseres Krankenhauses werden dem Bewerber vermittelt und an Beispielen aus dem Leitbild erläutert. Ein Exemplar des Leitbilds wird dem Mitarbeiter mit dem Erhalt des Arbeitsvertrages ausgehändigt. Zusätzlich finden zum Thema Leitbild in einem externen Bildungshaus regelmäßig Seminare statt. Dadurch soll gewährleistet werden, dass die MA ihr Handeln auf das Leitbild ausrichten und es als Verpflichtung realisiert und gelebt wird.

5.2 Zielplanung

Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und steuert die Umsetzung der festgelegten Ziele.

5.2.1 Entwicklung einer Zielplanung

Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und nutzt diese für die Steuerung seiner Handlungen.

Unter Berücksichtigung des Leitbildes und der Zuweisung von Planbetten, Hauptfachabteilungen und med. Schwerpunkten durch den Landeskrankenhausplan wird der Bezugsrahmen hergestellt, in welchem der Träger das med. Leistungsspektrum klar definiert. Nach entsprechender Planungsvorbereitung mit den zuständigen Chefärzten kann so eine Weiterentwicklung unseres Leitungsspektrums gewährleistet werden. Da wir auch künftig die erforderlichen Investitionen aus eigener Kraft vornehmen wollen, wird der Zielplan mit dem Wirtschaftsplan abgestimmt.

5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

Die aktuelle Organisationsstruktur des Krankenhauses ist festgelegt unter Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten.

Für unser Krankenhaus wurde ein Organigramm entwickelt und im Intranet veröffentlicht. Das Organigramm bildet unsere Organisationsstruktur ab. Darin sind die aktuellen Funktionsträger namentlich benannt. Das Organigramm wird bei Veränderungen aktualisiert. Es besteht eine schriftliche Regelung zur Kommunikationsstruktur. Für die Kommissionen bestehen Geschäftsordnungen.

Für unser QM-System und die Projektarbeit existiert eine verbindliche Regelung der einzelnen Arbeitsschritte, Zuständigkeiten und Kompetenzen.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

Die Krankenhausleitung entwickelt einen Finanz- und Investitionsplan und übernimmt die Verantwortung für dessen Umsetzung.

Um das wirtschaftliche Überleben unseres KH zu sichern ist die Entwicklung des Finanz- und Investitionsplanes eine wichtige Maßnahme. Unter Berücksichtigung der genehmigten Budgets erfolgt die Planung, die in verschiedenen Bereichen (z.B. Investitionsmaßnahmen) über mehrere Jahre gehen. Trotz Konvergenzphase und schwieriger finanzieller Rahmenbedingungen investieren wir in die med. Leistungsfähigkeit unseres KH. Zur Einhaltung der ermittelten internen Budgets (z.B. Sach- und Personalkosten) wird ein aktives und kontinuierliches Controlling durchgeführt.

5.2.3A Finanzierung besonderer Aufgaben

Das Krankenhaus stellt Mittel für besondere, profilierende Aufgaben zur Verfügung.

Unser Krankenhaus stellt für besonderen Aufgaben im christlichen Sinne umfangreiche Mittel zur Verfügung. So wird die Seelsorge, z.B. über großzügig zur Verfügung gestellte Räumlichkeiten und Ausstattung unterstützt. Die kostenlose Essensausgabe an bedürftige Personen ist ein wesentliches Merkmal der caritativen Ausrichtung unseres Hauses. Humanitäre Aufgaben werden über Spenden oder Unterstützung von Partnerorganisationen in ärmeren Regionen (z.B. Rumänien) erfüllt.

5.3 Sicherstellung einer effektiven und effizienten Krankenhausführung

Das Krankenhaus wird effektiv und effizient geführt mit dem Ziel der Sicherstellung der Patientenversorgung.

5.3.1 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Leitungsgremien und Kommissionen

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise von Leitungsgremien und Kommissionen, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.

Zusammensetzung und Zuständigkeiten der Krankenhausleitung sind in der allgemeinen Dienstordnung geregelt. Zur Bearbeitung spezieller Aufgaben existieren vielfältige Kommissionen (z.B. Hygienekommission, Arbeitssicherheitskommission, Transfusionskommission), in denen auch, in unterschiedlicher Zusammensetzung, die verschiedenen Mitglieder der Krankenhausleitung tätig sind. Die Arbeit der verschiedenen Gremien ist jeweils durch eine Geschäftsordnung geregelt. Die Informationsvermittlung erfolgt durch die festgelegte Kommunikationsstruktur.

5.3.2 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.

Das Direktorium unseres Krankenhauses besteht aus Geschäftsführer, Verwaltungsleiterin, Oberin, Ärztlichem Direktor und Pflegedirektor. Aufgaben und Geschäftsfelder der einzelnen Mitglieder sind in der „Allgemeinen Dienstordnung“ geregelt. Zusätzlich sind alle Mitglieder der Krankenhausleitung in wechselnder Zusammensetzung in die verschiedenen Kommissionen und Gremien eingebunden. Zwei Mitglieder des Direktoriums sind direkt in das QM-System eingebunden. Die Besprechungsstruktur der Krankenhausleitung ist in der "Kommunikationsstruktur" festgelegt.

5.3.3 Information der Krankenhausführung

Die Krankenhausleitung wird regelmäßig über Entwicklungen und Vorgänge im Krankenhaus informiert und nutzt diese Informationen zur Einleitung verbessernder Maßnahmen.

Aufgaben/Zuständigkeiten der Krankenhausleitung sind in der „Allgemeinen Dienstordnung“ festgelegt. Die Informationen erhalten die Mitglieder im Rahmen ihrer Zuständigkeit. Zusätzlich erfolgt die Information im Rahmen der Kommissionsarbeit sowie durch die Einbindung in das QM-System. Die Mitglieder informieren sich gegenseitig über ihre Zuständigkeitsbereiche im Rahmen der regelmäßigen Besprechungen (alle 2 Wochen). Zudem erhalten sie Informationen durch Kennzahlen (z. B. Stellenpläne, Controllingberichte DRG und Sachkosten).

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

Die Krankenhausführung fördert durch geeignete Maßnahmen das gegenseitige Vertrauen und den gegenseitigen Respekt gegenüber allen Mitarbeitern.

Im Leitbild sind die wesentlichen Grundsätze vertrauensfördernder Maßnahmen definiert. So ist dort z. B. der Grundsatz des mitarbeiterorientierten Führungsstils festgelegt. Durch die QM-Aktivitäten fördert die Krankenhausleitung den Aufbau einer Kommunikationsstruktur. Zur Information der MA werden z.B. Intranet, Rundschreiben, sowie die MA-Zeitung "WIR" genutzt. Neue MA werden entsprechend der Einarbeitungskonzepte in den Bereichen vorgestellt, zu denen sie Kontakt haben. Das Gestalten von Mitarbeiterfesten unterstützt eine vertrauensvollen Zusammenarbeit.

5.3.4A Kommunikationsstrukturen

Wir schaffen effektive und vertrauensfördernde Kommunikationsstrukturen.

Entsprechend der Vorgaben unseres Leitbildes fördern wir die interdisziplinäre Kommunikation und Zusammenarbeit. Aufgabenbezogen sind verschiedene Kommissionen eingerichtet. Für jede Kommission besteht eine Geschäftsordnung. Für verschiedene med. Schwerpunkte bestehen abteilungsübergreifende Besprechungs- und Behandlungskonzepte. Die Seelsorge ist in das KH integriert. Sie führt Besuche auf den versch. Stationen durch, um Gespräche mit Patienten, Angehörigen und MA zu führen. Zusätzlich sind sie ständige Mitglieder bei den Besprechungen der Stationsleitungen.

5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben

Rechte und Ansprüche von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen werden krankenhausesweit respektiert und berücksichtigt.

5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

Im Krankenhaus werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt.

Die Grundsätze ethischen Handelns sind im Leitbild unseres Hauses formuliert. Die Workshops zur Konkretisierung und Weiterentwicklung des Leitbildes sensibilisieren die Mitarbeiter für ethische Problemstellungen. Für Hilfestellung in ethischen Grundfragen steht unser Seelsorgeteam in 24-Stunden-Bereitschaft zur Verfügung. Zudem werden Gesprächskreise angeboten. Die Seelsorge arbeitet eng mit der Pflegedienstleitung zusammen und nimmt an den Besprechungen der Stationsleitungen regelmäßig teil.

5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

Im Krankenhaus werden Bedürfnisse sterbender Patienten und ihrer Angehörigen systematisch berücksichtigt.

Die Begleitung Sterbender ist ein besonderer Auftrag, der sich aus unserem Leitbild ergibt. Das bedeutet für uns neben der Beachtung der Patientenbedürfnisse auch die Einbeziehung und Unterstützung der Angehörigen sowie frühe Einbeziehung der Seelsorge. Für den Umgang mit Sterbenden wurden von einer Projektgruppe Leitlinien erarbeitet. Wir sind uns bewusst, dass das Thema „Sterben und Tod“ nicht allgemein verbindlich zu regeln ist. Die Leitlinien sind als Hinweis zu verstehen, wie die individuelle Situation von Patienten und Angehörigen möglichst optimal zu gestalten ist.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

Im Krankenhaus gibt es Regelungen zum adäquaten Umgang mit Verstorbenen und deren Angehörigen.

Um Angehörigen das Abschiednehmen in einem angemessenen Rahmen zu ermöglichen gibt es in unserem Hause verbindliche Anweisungen. Durch diese Möglichkeit können Angehörige beim sterbenden und verstorbenen Patienten ungestört bleiben und Abschied nehmen. In dieser Zeit erfahren sie Unterstützung durch die Mitarbeiter aus Pflege, Medizin und Seelsorge. Der würdevolle Umgang mit Verstorbenen ist ein wichtiger Teil unseres Menschenbildes. Alle Stationen haben schriftliche Anleitungen zum Umgang mit Patienten und Angehörigen fremder Konfessionen bzw. Religionen.

5.A Managementkompetenz und Leitungsverantwortung im kirchlichen Krankenhaus *Das Management der Einrichtung führt das Krankenhaus werte- und leitbild-orientiert.*

5.A.1 Formulierung und Umsetzung von Führungsgrundsätzen

Die Leitung des Krankenhauses orientiert ihre Führungsgrundsätze an allen Mitarbeitern.

Die Grundsätze zur Führung von Mitarbeitern sind in unserem Leitbild schriftlich fixiert und werden in den dezentralen Leitbildern weiter konkretisiert. Diese Grundsätze beinhalten die Förderung einer kooperativen Zusammenarbeit aller Berufsgruppen, gegenseitige Toleranz und Wertschätzung. Entsprechend des Leitbildes fordern und fördern wir die Kompetenz unserer Mitarbeiter durch die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen. Durch die Einbindung von Führungskräften und Mitarbeitern in Projekt- und Kommissionsarbeit wird diese weiter gefördert.

5.A.2 Beachtung ethischer Prinzipien im Geschäftsverkehr und in der Betriebsführung

Im Geschäftsverkehr und in der Betriebsführung werden ethische Prinzipien beachtet.

Geschlossene Verträge werden von uns eingehalten. Ebenso kommen wir allen Zahlungsverpflichtungen pünktlich nach. Dies ist für uns eine Selbstverständlichkeit und eine Grundlage der vertrauensvollen Zusammenarbeit. Unser Krankenhaus ist an die kirchlichen Arbeitsvertragsrichtlinien gebunden. Unsere Mitarbeiter werden tarifgerecht bezahlt. Sind Stellenreduzierungen erforderlich, erfolgt dies sozialverträglich, ohne betriebsbedingte Kündigung. Das Leitbild verpflichtet uns zum sorgsamem Umgang mit der Umwelt.

5.A.3 Beachtung besonderer ethischer und sozialer Gesichtspunkte in der Personalführung

In der Personalführung werden ethische und soziale Gesichtspunkte berücksichtigt.

Mitarbeitern, die auf Grund einer Erkrankung nicht mehr an ihrem Arbeitsplatz beschäftigt werden können, wird im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten Unterstützung angeboten (z. B. Reduzierung der Arbeitszeit, Mithilfe bei der Wiedereingliederung) oder ein Ersatzarbeitsplatz angeboten. Sollte das nicht möglich sein, erhalten sie durch das Haus umfangreiche Unterstützung zur Durchsetzung der sozialrechtlichen Ansprüche. Wenn Aufgabenstellung und Tätigkeitsprofil dies zulassen, werden Planstellen mit behinderten Bewerbern besetzt.

5.A.4 Wahrnehmung der Fürsorgepflicht für die Mitarbeiter

Die Fürsorgepflicht für die Mitarbeiter wird bewusst wahrgenommen.

Der Träger fördert Prävention/Gesundheitsschutz der Mitarbeiter. Hierfür ist eine Arbeitssicherheitskommission eingesetzt, deren Arbeitsauftrag geregelt ist. Der Betriebsarzt informiert in Fortbildungen zu speziellen Gefährdungssituationen. Auf Anregung der Mitarbeiter finden daneben weitere Maßnahmen zur Prävention statt. Zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf besteht generell die Möglichkeit der Teilzeitarbeit, deren Umfang mit dem Mitarbeiter abgestimmt wird. Mitarbeiterwünsche bzgl. der Arbeitszeit werden mit den jeweiligen Vorgesetzten abgesprochen.

5.A.5 Stärkung und Gestaltung der Dienstgemeinschaft

Wir erfüllen den gemeinsamen Auftrag als Dienstgemeinschaft.

Der Träger fördert Bildung und Erhalt der Dienstgemeinschaft durch verschiedene Aktivitäten. Hierzu zählen Neujahrsempfang, Mitarbeiterfest, gemeinsame Gottesdienste, Mitarbeiterzeitung usw.. Die MAV organisiert jährlich ein Sommerfest und den "Tag der Gesundheit". Zusätzlich finden Veranstaltungen zur Prävention für MA statt (Wassergymnastik, Nordic-Walking-Kurse). Durch Maßnahmen wie Einarbeitungskonzepte, Einführungstage für die Auszubildenden und Praxisanleiter, wird sichergestellt, dass neue Mitarbeiter in die Dienstgemeinschaft integriert werden.

5.A.6 Ethische Profilierung und Förderung ethischer Kompetenz

Wir handeln ethisch verantwortlich und schaffen dafür die notwendigen Strukturen.

Die Grundsätze ethischen Handelns sind im Leitbild formuliert. Die Workshops zur Konkretisierung/Weiterentwicklung des Leitbildes sensibilisieren die MA für ethische Problemstellungen. In individuellen ethischen Fragen entscheidet der zuständige Chefarzt mit den Angehörigen nach dem aktuellen Stand medizinischer, ethischer und rechtlicher Erkenntnisse. Im Verbund mit der Uniklinik Homburg werden externe Fortbildungen zu ethischen Themen angeboten. Für Hilfestellung in ethischen Grundfragen steht unser Seelsorgeteam in 24-Stunden-Bereitschaft zur Verfügung.

5.A.7 Förderung einer umfassenden Qualitätsorientierung

Die Krankenhausleitung fördert eine umfassende Qualitätsorientierung und Risikoprävention.

Alle Abteilungen des Hauses sind mit einem QMB in das QM-System eingebunden. Diese wirken als Multiplikatoren und informieren in ihren Abteilungen. Durch verschiedene Informationsveranstaltungen (z.B. QM-Fortbildungen, Treffen der Führungskräfte, QM-Infomarkt) und die Nutzung der MA-Zeitung sowie des Intranet werden die Abteilungen aktiv eingebunden.

Es ist unser Bestreben Risiken für Patienten zu minimieren. Hierzu pflegen wir einen konstruktiven Umgang mit Fehlern. Es besteht ein "Beschwerdemanagement" für Patienten. Der Umgang mit Beschwerden ist verbindlich geregelt.

5.A.8 Sicherstellung einer umfassenden Versorgung auf gemeinsamer Werte- und Qualitätsbasis

Wir organisieren Versorgungsketten auf einer gemeinsamen Werte- und Qualitätsbasis.

Unser Krankenhaus hat ein besonderes Schnittstellenmanagement implementiert. Das Konzept wird unter der Bezeichnung "Koordinierungsstelle für pflegerische und soziale Hilfsangebote" umgesetzt und wurde mit dem Berliner Gesundheitspreis ausgezeichnet. Im Rahmen dieses Konzeptes wurden zahlreiche Kooperationen zur Verbesserung der Überleitung umgesetzt. Die Kooperationspartner wurden entsprechend der Zielvorgaben, welche mit der jeweiligen Kooperation erreicht werden soll, ausgesucht. Dabei wählen wir die Partner, die einen Synergieeffekt erwarten lassen.

6 Qualitätsmanagement

6.1 Umfassendes Qualitätsmanagement

Die Krankenhausführung stellt sicher, dass alle Krankenhausbereiche in die Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements eingebunden sind.

6.1.1 Einbindung aller Krankenhausbereiche in das Qualitätsmanagement

Die Krankenhausführung ist verantwortlich für die Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements.

Um die Qualität in unserem Hause weiterzuentwickeln, wurden aus allen Bereichen insgesamt 20 QM-Beauftragte benannt und in Weiterbildungen auf ihre Aufgabe vorbereitet. Von den 20 beauftragten Personen gehören 2 direkt der Krankenhausleitung an. Die Zusammenarbeit und Einbindung wurde im QM-Handbuch verbindlich schriftlich festgelegt. Die QM-Konferenz trifft sich mind. 4 mal im Jahr um Ziele und Vorgehensweisen zu koordinieren. Über eine festgelegte Informationsstruktur wird dafür gesorgt, dass Informationen im ganzen Krankenhaus zur Verfügung.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

Das Krankenhaus entwickelt, vermittelt und setzt Maßnahmen zur Erreichung von Qualitätszielen um.

Grundlage unserer Qualitätsziele bildet das Leitbild bzw. die daraus abgeleiteten Abteilungsleitbilder. Die Qualitätsziele leiten sich zusätzlich von den Ergebnissen der Fremdvisitation, internen Audits und Kennzahlen ab und werden in den Sitzungen der Krankenhausleitung und der QM-Konferenz festgelegt. Grundlage für die verschiedenen Prozessbeschreibungen in Medizin, Pflege und Verwaltung sind gültige Standards der verschiedenen Fachschaften sowie gesetzliche Forderungen. Die Qualitätsziele werden den Mitarbeitern über die QM Informationsstruktur vermittelt.

6.2 Qualitätsmanagementsystem

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Unser QM-System ist in einer Struktur mit drei Arbeitsebenen organisatorisch aufgebaut, deren Tätigkeiten in einer Geschäftsordnung geregelt sind. Die grundlegenden Entscheidungen werden in der Krankenhausleitung getroffen und in der QM-Konferenz mit den QM-Beauftragten abgestimmt. Die eigentliche Projektarbeit mit Arbeitsgruppen wird in dieser Konferenz festgelegt, Verantwortlichkeiten geregelt und die Vorgaben besprochen. Durch die insgesamt 20 QM-Beauftragten ist gewährleistet, dass jeder Bereich direkt in das Qualitätsmanagement eingebunden ist.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

Im Krankenhaus werden regelmäßig und systematisch Methoden der internen Qualitätssicherung angewandt.

Im Bereich der internen Qualitätssicherung kommen verschiedene Methoden zur Anwendung. Mittels Befragungen (sowohl Patienten als auch Mitarbeiter), dem Beschwerdemanagement und dem innerbetrieblichen Vorschlagswesen werden Kritik und Anregungen von Patienten, Angehörigen, Besuchern, Mitarbeitern und Kooperationspartner aufgenommen. Mit Hilfe von internen Audits, Begehungen und der Arbeit der verschiedenen Kommissionen (z.B. Hygiene, Arzneimittel, etc.) werden Kernprozesse überprüft.

6.3 Sammlung und Analyse qualitätsrelevanter Daten

Qualitätsrelevante Daten werden systematisch erhoben, analysiert und zu qualitätsverbessernden Maßnahmen genutzt.

6.3.1 Sammlung qualitätsrelevanter Daten

Über die gesetzlich vorgeschriebene externe Qualitätssicherung hinaus werden qualitätsrelevante Daten systematisch erhoben und analysiert.

Das Vorgehen im Bereich der externen Qualitätssicherung ist in einer Verfahrensanweisung schriftlich geregelt. Die Koordination übernimmt das Medizincontrolling. Darüber hinaus finden speziell in den Bereichen der Diabetologie und des Schlaganfalls Teilnahmen an externen Qualitätssicherungsprogrammen statt. Die Daten werden sowohl EDV-gestützt, als auch über andere Medien, z.B. Erhebungsbogen, erfasst. Die Ergebnisse dieser Daten werden sowohl abteilungsintern als auch in der Krankenhausleitung und der QM-Konferenz besprochen.

6.3.2 Nutzung von Befragungen

Regelmäßig durchgeführte Patienten- und Mitarbeiterbefragungen sowie Befragungen niedergelassener Ärzte werden als Instrument zur Erfassung von Patienten- und Mitarbeiterbedürfnissen und zur Verbesserung der Patientenversorgung genutzt.

Alle 3 Jahre erfolgt eine Patientenbefragung, alle 5 Jahre eine MA-Befragung, zusätzlich werden die niedergelassenen Ärzte der Region schriftlich befragt. Die Patienten- und Mitarbeiterbefragung wird von einem externen Institut durchgeführt und ausgewertet. Dadurch könne die internen Daten auch im Vergleich mit anderen Kliniken dargestellt werden. Nach Abschluss und Auswertung werden die Gesamtergebnisse im Rahmen einer MA-Versammlung veröffentlicht und die abteilungsbezogenen Ergebnisse in Teamsitzungen den Arbeitsbereichen vorgestellt.

6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

In der Klinik ist ein "Beschwerdemanagement" etabliert. So sind Erfassung, Weiterleitung, Bearbeitung sowie Auswertung der gesammelten Patientenmeinungen (Lob, Kritik, Anregung) verbindlich geregelt. Bereits bei Aufnahme werden die Patienten ausführlich über die Regelungen informiert, ein Formular ("Ihre Meinung ist uns wichtig") ist der Informationsbroschüre beigelegt. Als neutrale Ansprechpartner des Patienten stehen die "Koordinierungsstelle für pflegerische und soziale Hilfsangebote" und der Patientenführsprecher zur Verfügung.

6.4 Externe Qualitätssicherung nach §137 SGB V

Die Daten der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V werden systematisch erhoben und die Auswertungen zu qualitätsverbessernden Maßnahmen genutzt.

6.4.1 Beteiligung an der externen Qualitätssicherung

Das Krankenhaus beteiligt sich an den gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung.

Das Vorgehen im Bereich der externen Qualitätssicherung ist per Verfahrensanweisung explizit geregelt. Durch den "Mitarbeiter Medizinische Dokumentation" der zusätzlich zu den Aufgaben der externen Qualitätssicherung auch Aufgaben im Medizincontrolling erfüllt, ist ein kompetenter Ansprechpartner vorhanden. Durch die Regelungen in der Verfahrensanweisung ist das konkrete Vorgehen zur Datenerhebung, das Versenden der Daten und die Bearbeitung der Ergebnisse verbindlich geregelt.

6.4.2 Umgang mit Ergebnissen der externen Qualitätssicherung

Das Krankenhaus analysiert systematisch die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung und legt ggf. notwendige Konsequenzen fest.

Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung werden den zuständigen Oberärzten zur Verfügung gestellt. Diese sind verpflichtet, die Ergebnisse in ihren Abteilungen zu präsentieren. Anschließend werden die Ergebnisse im Intranet veröffentlicht. Bei Auffälligkeiten erfolgen in den Abteilungen Konsequenzen. Einzelmaßnahmen werden initiiert, Projekte werden in den Sitzungen der QMB koordiniert. Eine vergleichende Betrachtung der Vorjahresdaten zeigt eine deutlich positive Entwicklung. So steigen Dokumentationsraten und Datenqualität.

7 Spiritualität und Kirchlichkeit

7.A Spirituelle Unternehmenskultur

Eine spirituelle Unternehmenskultur zeichnet das Krankenhaus aus und bildet den Rahmen der Leistungserbringung bzw. der Arbeit.

7.A.1 Entwicklung und Pflege einer spirituellen Unternehmenskultur

Eine authentische spirituelle Unternehmenskultur wird gepflegt und Mitarbeitern, Patienten sowie der Öffentlichkeit vermittelt. Dazu leisten alle Mitarbeiter den ihren Möglichkeiten entsprechenden Beitrag.

Gemäß der Besonderheit eines christlichen Krankenhauses versuchen wir den Umgang mit unseren Mitmenschen im christlichen Sinne zu gestalten. Dementsprechend nehmen wir den Menschen in seiner Einzigartigkeit und Gesamtheit an und richten unsere Handlungen am Leitbild des Krankenhauses aus. Einen sehr wichtigen Beitrag dazu leisten die Mitarbeiter des Seelsorgeteams, die Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern immer als Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Unterstützt werden sie dabei durch die Ordenschwestern.

7.A.2 Spirituelle Begleitung und Förderung der Mitarbeiter

Die Mitarbeiter erfahren verlässliche, ihrer Situation und ihren Möglichkeiten entsprechende spirituelle Begleitung und Förderung.

Die Mitarbeiter unseres Hauses haben jederzeit die Möglichkeit das Angebot der Seelsorge zu nutzen. So steht das Team der Krankenhausseelsorge bei Bedarf für ein persönliches Gespräch zu Verfügung. Die Mitarbeiter haben 2-mal im Jahr die Möglichkeit an einem offenen Gesprächsabend teilzunehmen. Darüber hinaus werden besondere Freizeiten unter externer Moderation im Bildungshäusern der Diözese angeboten.

7.A.3 Ästhetik von Gebäuden und Räumen

Gebäude und Räume strahlen eine Atmosphäre aus, in der Mitarbeiter und Patienten sich willkommen und gut aufgenommen fühlen. Es werden lebensfördernde Kräfte und Impulse freigesetzt und verstärkt.

Über Symbole wie z.B. einem Wandmosaik des Stiftungsgründers, Pfarrer Dr. Paul Josef Nardini im Eingangsbereich und anderer Skulpturen und Bilder versuchen wir eine angenehme und lebensbejahende Atmosphäre zu schaffen. Der Eingangsbereich wird dekorativ, entsprechend der kalendarischen, wie auch der liturgischen Jahreszeit gemäß, gestaltet. In der nahe gelegenen Gartenanlage mit Wassertretanlage besteht die Möglichkeit für Mitarbeiter, Patienten und Besucher zu entspannen. Die Kapelle ist jederzeit für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter geöffnet.

7.B Spiritualität in der Begleitung und Versorgung der Patienten sowie im Umgang mit den Patienten

In der Begleitung und Versorgung der Patienten sowie im Umgang mit den Patienten wird die spirituelle Dimension umfassend berücksichtigt.

7.B.1 Berücksichtigung der spirituellen Dimension von Krankheit und Krankheitsbewältigung

Wir berücksichtigen die spirituelle Dimension von Krankheit und Krankheitsbewältigung sowie entsprechende Bedürfnisse der Patienten.

Im Krankenhaus besteht die Möglichkeit mit den einzelnen Mitgliedern des Seelsorgeteams über die Sinnfragen und ethische Fragen ins Gespräch zu kommen. Ziel solcher Gespräche ist es aber, die existenzielle persönliche Dimension der Krankheit und der Krankheitsbewältigung zu erschließen und dem Patienten ein individuelles Angebot der Begleitung zu machen. Dies kann durch gemeinsame Gebete, Gespräche oder Durchführung verschiedener Sakramente geschehen.

7.B.2 Spirituell geprägte Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen

Wir gestalten die Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen unter spirituellen Gesichtspunkten.

Im Krankenhaus wird, gemäß dem Leitbild die Begleitung von Sterbenden als wesentliche Aufgabe angesehen. So wurde speziell eine Verfahrensweisung "Leitlinien zur Begleitung Sterbender" erarbeitet. In ihr sind klare Vorgaben zur Zusammenarbeit mit der Seelsorge, zur Begleitung von Patienten und Angehörigen und zu Grundsätzen der Schmerztherapie und des pflegerischen Handelns enthalten. Zusätzlich findet sich in der Verfahrensweisung eine Übersicht der Ansprechpartner verschiedener Konfessionen und Religionen.

7.C Seelsorge im Rahmen der spirituellen Unternehmenskultur

Die Seelsorge leistet einen wesentlichen Beitrag zur Unternehmenskultur.

7.C.1 Integration der Seelsorge ins Krankenhaus

Die Seelsorge ist durch ein entsprechendes Seelsorgekonzept in die Prozesse und Strukturen des Krankenhauses integriert.

In unserem Haus gibt es einen Seelsorgedienst für evangelische und katholische Christen. Die jeweiligen Leitlinien der kath. bzw. ev. Krankenhauseelsorge liegen dem Seelsorgeteam vor und fanden bei der Erarbeitung des Seelsorgekonzeptes Berücksichtigung. Die Seelsorger werden zu ihren Konventen der Krankenhauseelsorger regelmäßig eingeladen, wodurch die Arbeit der Seelsorge des Hauses den jeweiligen Neuerungen, wenn nötig, angepasst werden kann.

7.C.2 Strukturelle Rahmenbedingungen und Organisation der Seelsorge

Wir schaffen Rahmenbedingungen für eine qualitativ hochwertige Seelsorge.

Die Krankenhauseelsorge verfügt über ein gemeinsames Büro/Gesprächszimmer, welches auch für immobile Patienten gut erreichbar ist. Auf Initiative der Krankenhauseelsorge wurde ein Gruppenraum multifunktional eingerichtet. Er dient nun für Gruppengespräche der Seelsorge innerhalb der Schmerztagesklinik, als auch als Gesprächsraum der Seelsorge für die MA. Die Krankenhauskapelle befindet sich im zweiten Stock des Hauses und ist jederzeit für Besucher geöffnet. Die Gottesdienste aus der Kapelle werden sowohl über Radio als auch über Fernseher übertragen.

7.D Einbindung des Krankenhauses in die Kirche und Gestaltung der Beziehungen zur Kirche

Wir bringen einladend und überzeugend zum Ausdruck, dass das Krankenhaus eine kirchliche Einrichtung ist, und pflegen die Beziehungen zur Kirche.

7.D.1 Gottesdienste und liturgische Angebote

Wir sorgen für ein vielfältiges Angebot gottesdienstlicher, liturgischer und anderer Veranstaltungen.

In der Krankenhauskapelle finden regelmäßig Gottesdienste statt. Die Anfangszeiten sind auf dem Gottesdienstplan, der auf den Stationen ausliegt, ersichtlich. Die Gottesdienste aus der Kapelle werden über die hausinterne Radio- und Fernsehanlage übertragen. Die Krankenkommunion wird mit Hilfe der Ordensschwwestern ausgeteilt. Die Seelsorger spenden auf Wunsch auch die Sakramente im Zimmer der Patienten (z.B. Krankensalbung- und Segnungswünsche). Dem Kirchenjahr entsprechend gibt es einzelne Segensangebote (z.B. Blasius Segen).

7.D.2 Kommunikation des christlichen Glaubens

Wir gestalten unsere Arbeit so und schaffen die Voraussetzungen, dass Menschen positive Erfahrungen mit dem christlichen Glauben, bzw. Entwicklungen im christlichen Glauben machen können.

Der christliche Charakter unseres Hauses spiegelt sich nicht nur in den Aktivitäten zur Umsetzung und Weiterentwicklung des Leitbildes wieder. Auch der katholische und evangelische Seelsorgedienst leistet einen wichtigen Beitrag, um die christlichen Wertvorstellungen im klinischen Alltag zu integrieren. So sorgen wir gemeinsam dafür, dass die Mitarbeiter Kompetenzen entwickeln, über den christlichen Glauben Auskunft zu geben und einen authentischen christlichen Lebensstil zu leben.

7.D.3 Gestaltung der Beziehungen zu Kirchengemeinden vor Ort

Wir suchen und pflegen die Verbindung zu Kirchengemeinden vor Ort und geben ihr Ausdruck.

Zu den umliegenden Gemeinden werden Kontakte gepflegt. Konkrete Beziehungen zu Kirchengemeinden bestehen zur Zeit nach Zweibrücken Mitte und Winterbach. Hier findet ein wechselseitiger Austausch an Information über Belange und Entwicklung der Arbeit des Krankenhauses in Gottesdienst, Gemeindebrief und regelmäßiger Fürbitte für MA und Patienten statt. So werden die Gottesdienstzeiten im KH in den Gemeindeblättern veröffentlicht. Bekanntmachungen der Kirchengemeinden werden an die Patienten weitergegeben.

8 Verantwortung gegenüber der Gesellschaft

8.A Wahrnehmung der Ausbildungsauftrags durch das Krankenhaus

Das Krankenhaus übernimmt aus seiner Verantwortung für die Gesellschaft heraus Bildungsaufgaben.

8.A.1 Ausbildungskonzepte

Das Krankenhaus vermittelt eine christliche Werteorientierung und setzt dies mit entsprechenden Ausbildungskonzepten um.

Nach den verbindlichen Landesvorgaben Rheinland-Pfalz wird seit 1. September 2005 nach dem Rahmenlehrplan und Ausbildungsrahmenplan für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege unterrichtet. Die Verknüpfung von Theorie und Praxis wird mit allen praktischen Einsatzorten durch Umsetzung von lernortspezifischen Lernsituationen in einem Lernkonzept umgesetzt.

Die Vermittlung des christlichen Menschenbildes wird gewährleistet durch das Lehren und Lernen orientiert an christlichen Werten in den jeweiligen Leitbildern der drei Ausbildungsstätten.

8.A.2 Teilnahme am christlichen Lebensvollzug der Einrichtung

Das Krankenhaus ermöglicht seinen Auszubildenden die Teilnahme am christlichen Lebensvollzug des Hauses.

Die Planung der christlichen Inhalte erfolgt gemäß dem Rahmenlehrplan und Ausbildungsplan und dem Leitbild des Hauses. Die Schüler gestalten mit den Seelsorgern Gottesdienste zu bestimmten Themen. Die Möglichkeit der Teilnahme am Katholikentag, Evangelischen Kirchentag und anderen christlichen Veranstaltungen wird gewährt. Zudem wird ein Sterbeseminar organisiert. Ebenso findet eine Besichtigung einer Hospizabteilung statt. Gezielte Praxisanleitungen bei Schwerstkranken und Sterbenden unter Berücksichtigung von transkulturellen Aspekten werden durchgeführt.

8.A.3 Interkollegialität und Integration der Ausbildungsstätten in die Einrichtung

Das Krankenhaus ermöglicht seiner Ausbildungseinrichtung die Mitwirkung in Entscheidungsgremien und eine enge Anbindung an den täglichen Dienstbetrieb.

In den Ausbildungsgängen ist die Anbindung an die Praxis sichergestellt. Dies geschieht durch fundierten theoretischen Unterricht, durch persönliche Anleitung während der Praxiseinsätze, durch Praxisanleiter und durch den ständigen Kontakt und Austausch der Ausbildungsstätte mit allen Abteilungen. Die Schule wird zusätzlich durch eine Qualitätsberaterin vertreten, die aktiv in die QM-Arbeit eingebunden ist. Die Schule gewährleistet durch Ausbildungskonferenzen die Information des aktuellen Ausbildungsstandes mit allen an der Ausbildung beteiligten Personen.

8.A.4 Auswahlkriterien

Das Krankenhaus achtet bei der Auswahl der Auszubildenden und Praktikanten auf die Einstellung zu christlichen Werten und zur Kirche.

Durch die gesetzlichen Vorgaben sind gewisse Auswahlkriterien vorgegeben, die wir dadurch erweitern, dass die Bewerber einer anerkannten Religionsgemeinschaft angehören müssen. Bewerber ohne Konfession werden aufgenommen, wenn die Konfessionslosigkeit ohne eigenes Zutun des Bewerbers zustande gekommen ist. Die Werteorientierung wird durch die Vorstellungsgespräche nach standardisierten Vorgaben überprüft. Hier werden auch Fragen nach Engagement in Jugendgruppen, kirchlichen Gemeinschaften und Vereinen sowie Freizeitbeschäftigung gestellt.

8.A.5 Angebot von Praktika

Das Krankenhaus bietet Praktikumsplätze an und sorgt für eine intensive Begleitung der Praktikanten.

Im Pflegedienst werden fast unbegrenzt Praktikanten aufgenommen. Diese großzügige Regelung wird praktiziert um einerseits junge Menschen die Gesundheits- und Krankenpflege zu interessieren. Andererseits ist es uns wichtig, dass sich unser Krankenhaus als lebendiger Bestandteil der Versorgungsregion zeigt.

Die Praktikanten kommen aus verschiedensten Bereichen, z.B. Schüler aus Schulen der Region, Praktikanten im Rahmen der Ausbildung zum Rettungssanitäter, Praktikanten der Fachhochschule für Pflegepädagogik sowie Weiterbildungsstätten für Pflegemanagement.

8.A.6 Kooperationen / Austauschprogramme

Das Krankenhaus achtet bei der Auswahl der Kooperationspartner im Rahmen der Ausbildung auf die Eignung hinsichtlich der Umsetzung der eigenen Ausbildungsziele.

Die Ausbildungsstätte des St. Elisabeth Krankenhaus führt für weitere zwei Ausbildungsträger die Ausbildung durch. Dabei handelt es sich um das St. Johannes Krankenhaus in Landstuhl und das Evangelische Krankenhaus in Zweibrücken. Mit allen Kooperationspartnern werden die Ausbildungsziele und -inhalte abgestimmt und bei der Auswahl der Kooperationspartner wird auf ein christlich orientiertes Leitbild geachtet. Die Schule achtet bei der Auswahl der Kooperationspartner im Rahmen der Ausbildung auf die Eignung hinsichtlich der Umsetzung der eigenen Ausbildungsziele.

8.A.7 Medienpräsenz / Marketing

Das Krankenhaus betreibt mit seiner Ausbildungsstätte aktive Öffentlichkeitsarbeit und bindet seine Auszubildenden ein.

Die Ausbildungsstätte betreibt Öffentlichkeitsarbeit zum Beispiel durch Presseerklärungen aus Anlass von Examensfeiern und Einrichtung neuer Weiterbildungslehrgänge, (z.B. Weiterbildung zum Praxisanleiter. Zusätzlich gehen die Lehrenden in allgemeinbildenden Schulen und Berufsfachschulen und informieren dort bei Berufsinformationsveranstaltungen über die Berufsbilder und Ausbildungsinhalte. Die Schüler leisten Mitarbeit im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit bei Veranstaltungen der drei Häuser durch Erarbeitung und Präsentation verschiedener Projekte.

8.B Einbindung in die Region (Gesamtkrankenhaus)

Das Krankenhaus ist auf vielfältige Weise in sein regionales Umfeld eingebunden und vernetzt.

8.B.1 Gestaltung der Kooperation mit anderen Leistungserbringern in komplementären und angrenzenden Versorgungsbereichen

Das Krankenhaus bringt sich als Teil eines regionalen Versorgungs-Netzwerkes mit seinen Ressourcen ein.

Unser Haus baut eine aktive Vernetzung in der Versorgungsregion auf und entwickelt sie weiter. So wurde in dem Projekt "Vernetzung" unter Beteiligung ambulanter Pflegedienste, Altenheimen und eines weiteren Krankenhauses Vorgaben zur Informationsweitergabe und Kontaktpflege festgelegt. Da wir Selbsthilfegruppen aktiv unterstützen, stellen wir Räumlichkeiten und personelle Ressourcen, z.B. für die Selbsthilfegruppe für Blinde, für Schlaganfall und Diabetes zur Verfügung. Mit Gebietskörperschaften und Behörden wird eine vertrauensvolle Zusammenarbeit gepflegt.

8.B.2 Förderung ehrenamtlichen und zivilgesellschaftlichen Engagements

Das Krankenhaus fördert bürgerschaftliches Engagement.

Soziales und ehrenamtliches Engagement wird von unserem Krankenhaus in verschiedener Form gefördert. Zum einen ist die Katholische Krankenhaushilfe in unserem Haus tätig und erfährt die entsprechende Unterstützung. Zum anderen besteht die Möglichkeit für Mitarbeiter sich aufgrund von ehrenamtlichen Tätigkeiten beurlauben zu lassen. Über Unterstützung von Spendenaufrufen und aktive Beteiligung an verschiedenen sozialen Projekten zeigt und fördert das Krankenhaus ehrenamtliches Engagement.

8.C Umgang mit Ressourcen und Förderung des Umweltbewußtseins

Das Krankenhaus schont die Umweltressourcen und fördert das Umweltbewußtsein.

8.C.1 Förderung eines christlich begründeten Umweltbewusstseins

Das Krankenhaus geht aus christlicher Verantwortung für die Schöpfung schonend mit Umweltressourcen um.

Entsprechend der Inhalte unseres Leitbildes wird durch gezielte Maßnahmen der Umweltschutz gefördert. Allen Arbeitsbereichen liegt ein Abfall-Entsorgungsplan als verbindliche Anweisung vor. Der Wasserverbrauch wird erfasst und statistisch ausgewertet, um Hinweise zu Einsparungen zu erhalten. Die Bewässerung unserer Außenanlagen erfolgt mit Brunnenwasser. Neue Lüftungsanlagen werden grundsätzlich mit Wärmerückgewinnung ausgestattet. Die Aufheizung des Bewegungsbades erfolgt mit Abwärme von Kälteanlagen. Der Einbau einer Solarthermieanlage ist geplant.

8.D Mitwirkung im Rahmen der Forschung

Das Krankenhaus beachtet ethische Vorgaben im Rahmen von Forschungstätigkeit.

9 Trägerverantwortung

9.A Verantwortung des Trägers für den Inhalt des Versorgungsauftrags

Der Träger macht Vorgaben zur Wahrnehmung des Versorgungsauftrags und kontrolliert ihre Umsetzung.

9.A.1 Präzisierung von Versorgungszielen und –aufgaben sowie Vorgaben für besondere Zielgruppen

Es sind Leitlinien und Ziele formuliert, wie das Krankenhaus im Rahmen seiner Einbindung in die allgemeinen Versorgungsstrukturen und im Blick auf bestimmte Zielgruppen seinen Versorgungsauftrag wahrnimmt.

Der Träger sichert durch zielorientierte Zusammenarbeit mit Planungsbehörden und Kostenträgern die Perspektiven unseres KH. Sehr früh wurde die Bedeutung von Diabetes, Schlaganfall und Gefäßkrankungen erkannt und entsprechende Konzepte umgesetzt. Durch den Aufbau einer Verbundkrankenpflegeschule wurde die Ausbildung gesichert. Schnittstellen- und Überleitungsmanagement werden gefördert. Bereits seit 1996 werden hierzu Konzepte erarbeitet und umgesetzt.

9.A.2 Profilierende Leistungs- und Versorgungsangebote

Es sind Leitlinien und Ziele für besondere Leistungen und Versorgungsangebote formuliert, die das Krankenhaus nach Inhalt, Durchführung und Qualität seines Leistungsangebots profilieren.

In unserem Leitbild ist die ganzheitliche Betreuung von Patienten in allen Lebensphasen klar definiert. Darauf aufbauend gewährleistet der Träger durch die Versorgungsschwerpunkte eine umfassende med. und pfleg. Betreuung. Für Med. Schwerpunkte, welche im KH nicht vorgehalten werden, stehen Kooperationen/Konsildienste zur Verfügung. Die Seelsorge ist in die Abläufe integriert. Ein Bereitschaftsdienst der Seelsorge besteht.

9.A.3 Vorgaben für als problematisch oder kontrovers beurteilte Leistungsangebote und für Leistungsausschlüsse

Es sind Leitlinien und Ziele formuliert, die das Verfahren und Verhalten in problematisch zu beurteilenden Behandlungs- und Entscheidungssituationen regeln.

Grundsätzlich steht unser Haus für eine Patientenaufnahme in 24-Stunden Bereitschaft zur Verfügung. Patienten werden nur dann abgelehnt, wenn die Ressourcen unseres Hauses ausgelastet sind (z. B. Beatmungsgeräte) und die Weiterleitung an eine andere Klinik medizinisch vertretbar ist. Definierte Ablehnungsgründe für bestimmte Patientengruppen existieren nicht. Der Träger finanziert und fördert zahlreiche Maßnahmen zur Sterbebegleitung. Der Träger unterstützt die Arbeit der Seelsorge und fördert deren Integration in die Abläufe und die Dienstgemeinschaft.

9.B Verantwortung des Trägers für die unternehmerische Umsetzung des Versorgungsauftrags

Der Träger macht Vorgaben für die unternehmerische Umsetzung des Versorgungsauftrags und kontrolliert ihre Einhaltung.

9.B.1 Ethische Grundsätze und Richtlinien für die Betriebsführung und die Wahrnehmung des Versorgungsauftrags

Es sind ethische Grundsätze sowie Richtlinien für die Betriebsführung und die Wahrnehmung des Versorgungsauftrags formuliert.

Bis zum Jahr 2001 stand das Krankenhaus unter Trägerschaft der „Armen Franziskanerinnen von der hl. Familie“. Aus den Aussagen des Ordensgründers Paul Joseph Nardini entstand das Leitbild der Ordensgemeinschaft. Im Jahr 2001 gründete die Ordensgemeinschaft die Nardinistiftung, Träger des Krankenhauses ist seither die gem. GmbH. Um die Arbeit des Krankenhauses auch weiterhin an den Aussagen Nardinis zu orientieren sind in den Aufsichtsgremien die Ordensleitung und weitere Mitglieder der Ordensgemeinschaft aktiv eingebunden.

9.B.2 Vorgaben für die strategische und operative Unternehmensführung

Es sind Vorgaben für die Unternehmensführung und -strategie formuliert.

Der Träger fördert aktiv die Zukunftssicherung unseres Krankenhauses. Unter Berücksichtigung der aktuellen Entwicklungen (DRG-Konvergenzphase, tarifliche und arbeitsrechtliche Veränderungen) werden im Sinne einer umsichtigen Geschäftsführung Rücklagen gebildet und Investitionen (Umbau, Neubau, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Aufbau neuer Abteilungen) getätigt. Nach Verhandlungen mit Planungsbehörde/Kostenträgern konnten neue Schwerpunkte erreicht werden (z. B. Gefäß-/Unfallchirurgie, Kardiologie, Stroke Unit, Schmerztagesklinik).

9.B.3 Gemeinwohlorientierung und Bewahrung der Schöpfung

Es sind Grundsätze und Leitlinien für die Wahrnehmung von gesellschaftlicher und Umweltverantwortung formuliert.

Im Sinne eines gemeinnützigen Krankenhauses leistet unser Haus einen wichtigen Beitrag für die Versorgungsregion. Natürlich im Sinne der Hauptaufgabe der Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens, dann aber auch, als einer der größten Arbeitgeber der Stadt, durch die Sicherung von Arbeitsplätzen. Zudem werden bei der Auftragsvergabe, wenn möglich, regionale Anbieter bevorzugt. Für die Schulen der Region werden jährlich rund 200 Praktikumsplätze zur Verfügung gestellt. Es wird täglich eine kostenlose Verpflegung für Obdachlose angeboten.

9.B.4 Leitlinien und Ziele für die Beteiligung an der Forschung (Medizin, Pflege u.a.)

Es sind Leitlinien und Ziele für die Beteiligung an der Forschung formuliert.

Da unser Krankenhaus keinen Forschungsauftrag hat, sind keine Leitlinien diesbezüglich erforderlich.

9.C Verantwortung des Trägers für die Spiritualität der Einrichtung und die Gestaltung ihrer Zugehörigkeit zur Kirche

Der Träger macht Vorgaben für die Pflege der Spiritualität der Einrichtung sowie die Gestaltung ihrer Zugehörigkeit zur Kirche und nimmt Anteil an ihrer Umsetzung.

9.C.1 Vorgaben zur spirituellen Prägung der Unternehmenskultur und ihrer Vermittlung

Für die spirituelle Prägung der Unternehmenskultur und ihre Vermittlung sind Leitlinien und Ziele formuliert sowie Konzepte entwickelt.

Mit einem seit 1997 andauernden Leitbildprozess schafft der Träger die Voraussetzungen, eine christlich geprägte Wertekultur im Krankenhaus zu verankern. Jährlich finden hierzu in einem externen Bildungszentrum moderierte Workshops statt. Im Rahmen dieser Workshops wird mit Mitarbeitern aller Berufsgruppen über „das christliche im katholischen Krankenhaus“ diskutiert. Dabei werden Wege gesucht um die im Leitbild definierten Anforderungen umzusetzen. Einen wesentlichen Bestandteil bildet zudem die Integration der Seelsorge in die Abläufe der Patientenversorgung.

9.C.2 Vorgaben zur Gestaltung der Beziehungen zur Kirche

Für die Gestaltung der Beziehungen zur Kirche sind klare Vorgaben und Ziele formuliert.

Der Träger achtete darauf dass, die kirchlichen Ordnungen eingehalten werden. Dies betrifft z. B. tarifliche Regelungen, kirchliche Richtlinien zum Datenschutz, sowie Vorgaben der deutschen Bischofskonferenz im Rahmen der Personaleinstellung. Um die Einhaltung zu kontrollieren bestehen verbindliche Regelungen (z. B. Personaleinstellung, Datenschutz) sowie eine strukturierte Zusammenarbeit mit der MAV. Das KH ist Mitglied in den Krankenhausgesellschaften Rheinland-Pfalz (Sitz des KH) und Bayern (Sitz des Trägers).

9.D Wahrnehmung von Aufsichtsverantwortung

Der Träger nimmt seine Aufsichtsverantwortung gegenüber der Geschäftsführung wahr.

9.D.1 Wahrnehmung von Personalverantwortung, Besetzung von Leitungspositionen

Der Träger nimmt seine Verantwortung bei der Besetzung der Leitungspositionen wahr.

Die Vorgaben der deutschen Bischofskonferenz werden bei der Personaleinstellung berücksichtigt. Es wird darauf geachtet, dass potentielle Stelleninhaber einer Religionsgemeinschaft angehören. Die allgemeinen Anforderungen an Führungskräfte leiten sich aus dem Leitbild ab. Jeder Bewerber wird bereits im Einstellungsgespräch über die Leitbildinhalte informiert und auf die Verbindlichkeit hingewiesen. Die Personalauswahl für leitende Angestellte (z.B. Chefärzte) erfolgt durch den Beirat.

9.D.2 Wahrnehmung der Aufsichtsverantwortung

Der Träger nimmt seine Aufsichtsverantwortung gegenüber der Geschäftsführung wahr.

Mit Gründung der gemeinnützigen GmbH im Jahr 2001 wurde die Struktur der Aufsichtsgremien überarbeitet und angepasst.

Die Überwachung des Geschäftsführers erfolgt durch einen Beirat. Der Beirat besteht aus einem Vorsitzenden und vier weiteren Mitgliedern. Im Beirat sind vertreten Mitglieder der Ordensgemeinschaft, ein Wirtschaftsprüfer sowie der Vorsitzende des Landespflegesatzsausschusses Rheinland-Pfalz. Die Beiratsmitglieder werden vom Stiftungsvorstand berufen. Der Beirat tagt mindestens zweimal jährlich.