



Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen



## proCum Cert-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 6.0\_2009/2 für Krankenhäuser

**Krankenhaus:** Krankenhaus Maria Hilf  
**Institutionskennzeichen:** 260720216  
**Anschrift:** Maria-Hilf-Straße 2  
54550 Daun

**Ist zertifiziert nach proCum Cert  
inklusive KTQ<sup>®</sup> mit der Zertifikatnummer:** 2015-0303-DAUN-11-K-002011  
**durch die von der KTQ-GmbH  
zugelassene Zertifizierungsstelle:** proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft,  
Frankfurt am Main

**Gültig vom:** 31.07.2015  
**bis:** 30.07.2018

## Inhaltsverzeichnis

<i>Vorwort der proCum Cert</i> .....	3
<b>Vorwort der KTQ<sup>®</sup></b> .....	4
<b>Vorwort der Einrichtung</b> .....	6
<b>Die Kategorien</b> .....	8
1 Patientenorientierung .....	9
2 Mitarbeiterorientierung .....	14
3 Sicherheit .....	17
4 Informations- und Kommunikationswesen .....	20
5 Führung.....	22
6 Qualitätsmanagement .....	25
7 Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus .....	27
8 Verantwortung gegenüber der Gesellschaft.....	28
9 Trägerverantwortung.....	29

## **Vorwort der proCum Cert**

Die proCum Cert GmbH ist eine eigenständige konfessionelle Zertifizierungsgesellschaft, die von der katholischen und der evangelischen Kirche, namentlich durch den Katholischen Krankenhausverband Deutschlands (KKVD) und den Deutschen Evangelischen Krankenhausverband (DEKV) ins Leben gerufen wurde.

Gesellschafter der proCum Cert sind neben den genannten Krankenhausverbänden die beiden christlichen Wohlfahrtsverbände Caritas (DCV) und Diakonie (DWdEKD) sowie deren Versicherungsdienst Ecclesia.

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

Das kombinierte pCC-KTQ-Zertifikat geht in seinen Anforderungen über die hinaus, die im KTQ-Manual beschrieben sind. Ziel der proCum Cert ist, christliche Werte in das Qualitätsmanagement einzubeziehen und in der Organisation zu verankern. Hierfür wurden 24 weitere Qualitätskriterien formuliert, die es in dem KTQ-Manual mit seinen derzeit 63 Kriterien nicht gibt.

Das KTQ-Manual ist vollumfänglicher Bestandteil des proCum Cert-Anforderungskataloges. Um das pCC-KTQ-Zertifikat zu erhalten, muss das Krankenhaus sowohl die Erfüllung aller Voraussetzungen für das KTQ-Zertifikat, als auch die Erfüllung der zusätzlichen proCum Cert-Anforderungen nachweisen.

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

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

Hedwig Semmusch

Geschäftsführung  
proCum Cert GmbH

## Vorwort der KTQ®

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

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

Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

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

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit,
- das Informations- und Kommunikationswesen,
- die Führung und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

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

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren® gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Krankenhausbereiche überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses

---

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

der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

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

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009/2. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet einen strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass das **Krankenhaus Maria Hilf** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen - einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter [www.ktq.de](http://www.ktq.de) abrufbar.

**Dr. med. G. Jonitz**

Für die Bundesärztekammer

**S. Wöhrmann**

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

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

Für die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

**A. Westerfellhaus**

Für den Deutschen Pflegerat

## Vorwort der Einrichtung

### Sehr geehrte Leserinnen und Leser, liebe Patienten,

wir freuen uns, dass Sie sich für unser Krankenhaus und unsere Arbeit interessieren.

Das Krankenhaus Maria Hilf in Daun/Eifel steht in der Trägerschaft der Kongregation der Schwestern von der HI. Jungfrau und Märtyrin Katharina.

Die Ordensgründerin Regina Protmann nahm sich 1571 im Alter von 19 Jahren mit gleichgesinnten Gefährtinnen der Not der Menschen im ausgehenden Mittelalter an. Hauptziel und Aufgabe der Ordensgemeinschaft war die Sorge um die Pflege des kranken Menschen in seinen seelischen und körperlichen Bedürfnissen und die Bildung und Ausbildung der Kinder und Jugendlichen, insbesondere der Mädchen. Diese Ziele verfolgte die Ordensgemeinschaft über mehr als vier Jahrhunderte und ist heute Träger von Krankenhäusern, Seniorenheimen, Schulen, Krankenpflege- und Altenpflege-Schulen.

Das Krankenhaus wurde Anfang der 70er Jahre neu gebaut und wird durch umfangreiche Renovierungs- und Sanierungsmaßnahmen ständig erweitert und modernisiert. 1952 wurde die Staatliche Krankenpflegeschule eröffnet, die später durch eine Krankenpflegehilfeschule und 1996 durch eine staatlich anerkannte Altenpflegeschule erweitert wurde.

Die Behandlung und Pflege alter und kranker Menschen hat in den Einrichtungen unseres Trägers eine lange Tradition. Dieser und unser „gesetzlicher Qualitätsbericht“ (sehen Sie dazu unsere Homepage) gibt Ihnen einen Eindruck, wie wir diese traditionellen Werte und Erfahrungen dazu nutzen, Ihnen eine qualitativ hochwertige Versorgung und Behandlung zu gewährleisten.

Das Ziel unserer täglichen Bemühungen ist eine medizinisch und pflegerisch qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Patientenversorgung sowie eine hohe Mitarbeiterorientierung. Um dafür die nötigen Bedingungen zu schaffen, werden sowohl die räumlichen und personellen Strukturen, aber auch die Abläufe regelmäßig bedarfsgerecht angepasst. So haben wir beispielsweise die Psychosomatische Abteilung, die Ambulante Onkologie, Cafeteria sowie die MRT Abteilung komplett saniert und modernisiert beziehungsweise neu errichtet. Weitere Modernisierungen, wie der Neubau der Intensivstation, eine neue Radiologie und Endoskopie, u.v.m. verbessern die baulichen Strukturen unseres Krankenhauses erheblich. Die Befragungsergebnisse der Patientenbefragungen bestätigen diese Optimierungen. Zentrale Bedeutung für eine vorzeigbare Qualität in der Leistungserbringung haben die gut geplanten Umsetzungen aller Abläufe des Krankenhauses von der Aufnahme des Patienten über die Behandlung und Diagnostik bis hin zur Entlassung und Weiterbehandlung. Wir wollen während des gesamten Krankenhausaufenthaltes kompetent für die Patienten da sein, die Zertifizierungen bestätigen und honorieren diese Anstrengungen.

Angegliedert ist dem Krankenhaus ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)\*, welches sich auf unserem Gelände befindet. Die stationäre und ambulante Behandlung im Bereich der Orthopädie und Neurologie kann so besser und „wie aus einer Hand“ koordiniert werden. Das bringt den Patienten mehr Service und Sicherheit.

Wir sind in der Region gut vernetzt und arbeiten eng mit weiteren medizinischen und sozialen Einrichtungen, kirchlichen und öffentlichen Verbänden sowie Rettungs- und Pflegediensten zusammen. Damit sorgen wir für eine umfassende Versorgung unserer Patienten.

Die ständige Weiterentwicklung unserer Leistungen und die Einführung neuer Behandlungsmöglichkeiten sichert neben den vielen Arbeitsplätzen im Krankenhaus vor allem die schnelle, weil wohnortnahe, Versorgung unserer Patienten. Beispiele dafür sind die Schlaganfallereinheit (in der Fachsprache „Stroke unit“), in der wir akute Schlaganfälle nach wissenschaftlich abgesichertem Therapieschema in schnellstmöglicher Zeit behandeln, um Folgeschäden möglichst gering zu halten, ein Palliativbereich zur Betreuung schwerstkranker Menschen sowie die Behandlung psychosomatischer Erkrankungen in Kooperation mit einer weiteren Klinik am Ort.

\*Das MVZ wurde in diesem Verfahren nicht mitzertifiziert.

Wir behandeln als Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung die häufigsten Krankheiten und Unfallfolgen der Fachgebiete Innere Medizin / Geriatrie / Psychosomatik, Chirurgie/ Gefäßchirurgie, Orthopädie, Gynäkologie und Urologie.

Wir wissen, dass sich niemand einen Krankenhausaufenthalt wünscht. Sollte er dennoch einmal nötig sein, sind Sie bei uns in besten Händen - getreu unserem Leitspruch „Gesund werden, gesund bleiben“.

Für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhaus Maria Hilf

Herr Franz-Josef Jax  
Geschäftsführer

Herr Günter Leyendecker  
Prokurist

# Die Kategorien



# 1 Patientenorientierung

KTQ:

## 1.1 Rahmenbedingung der Patientenversorgung

### 1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das Krankenhaus Maria Hilf ist zentral im Innenstadtbereich gelegen. Für Patienten und Besucher wurde ein großer und gut beleuchteter Parkplatz auf dem Krankenhausgelände geschaffen. Unser Empfang am Haupteingang ist ständig besetzt und erteilt die gewünschten Auskünfte. Gebäude- und Etagenübersichtspläne sind in der Eingangshalle und an den Aufzügen zu finden. Wir planen die Aufnahmen möglichst frühzeitig und bereiten viele unserer Patienten bereits im Rahmen von Sprechstunden hierauf vor. Das Ergebnis sind zügige Aufnahmen ohne unnötige Wartezeiten. Über Internet und Druckschriften, aber auch mündlich, können sich unsere Patienten bereits im Vorfeld informieren.

### 1.1.2 Leitlinien

Für häufige Erkrankungen sind hausinterne Standards und Leitlinien entwickelt, die sich an wissenschaftlichen Vorgaben orientieren. Wir passen sie dem einzelnen Patienten und seinen Wünschen entsprechend an. So kann der jeweils bestmögliche Ablauf für Diagnostik, Therapie und Pflege gewählt und gewährleistet werden.

### 1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Beim medizinischen und pflegerischen Aufnahmegespräch und bei vielen weiteren Kontakten werden die Behandlungsschritte mit unseren Patienten abgestimmt. Hierbei klären wir auch, ob Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten zu berücksichtigten sind.

In Beratungsgesprächen, durch Aushänge und Informationsordner in den Patientenzimmern weisen wir auf unsere Angebote hin. Auf Wunsch des Patienten erfolgt eine enge Einbindung seiner Angehörigen. Durch Bereichspflege ist eine Pflegekraft für eine kleinere Anzahl von Patienten verantwortlich. Sie steht für Fragen und Wünsche als persönlicher Ansprechpartner bereit.

Sprachliche, kulturelle und religiöse Besonderheiten der Patienten werden berücksichtigt. Mitarbeiter mit Fremdsprachenkenntnissen und Aufklärungsbögen stehen in mehreren Fremdsprachen zur Verfügung.

Eine Verfahrensanweisung zum Umgang/ Therapie und Diagnostik von Patienten mit Demenz ist implementiert.

### 1.1.4 Service, Essen und Trinken

Den Patienten stehen gut ausgestattete Zimmer mit elektrisch verstellbaren Betten, Telefon, Radio und Fernsehen (über Kopfhörer) und Toilette und meist auch Dusche zur Verfügung. Die Bereiche des Krankenhauses sind barrierefrei. In unserer Küche wird noch selbst gekocht. Die Patienten können aus einer Speisekarte wählen und werden hierbei durch Servicepersonal beraten. Spezielle Diäten und Kostangebote, wie z.B. für Vegetarier, Allergiker und Muslime werden ebenfalls angeboten, ggf. auch mit Diätberatung. Patienten mit Sondenkost oder Ernährungsrisiken können durch speziell ausgebildete Mitarbeiter betreut und mit Therapieempfehlungen auch für zuhause versorgt werden (Ernährungsplan und Kostaufbauplan). Der Expertenstandard Ernährung wird derzeit auf zwei Stationen als Pilotprojekt durchgeführt.

### 1.1.5 Kooperationen

Neben Ärzten und Pflegekräften wirken auch Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden, Sozialarbeiter sowie Seelsorger an der Behandlung mit. Berufs- und fachabteilungsübergreifende Besprechungen sind etabliert. Fachärzte verschiedener Gebiete können als Experten hinzugezogen werden. Labor und Röntgenabteilung sind ständig besetzt.

## 1.2 Notaufnahme

### 1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Notfallversorgung und stationäre Aufnahmen werden durch qualifiziertes ärztliches und pflegerisches Personal durchgeführt.

Die Notfallaufnahme ist jederzeit besetzt. Ärzte sind auch im Bereitschaftsdienst für die eigene Fachabteilung zuständig.

Der Facharztstandard wird durch Anwesenheit oder fachärztliche Hintergrunddienste und Visiten gewährleistet. Die Informationssammlung bei Aufnahme, Untersuchungsbefunde und der weitere Behandlungsverlauf sind in Dokumentationssystemen hinterlegt.

## 1.3 Ambulante Versorgung

### 1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Jährlich werden mehr als 20.000 Patienten in unserer Einrichtung ambulant betreut. Dabei arbeiten wir eng mit angegliederten Praxen und niedergelassenen Ärzten zusammen. So können wir unsere Patienten bestmöglich versorgen und Doppeluntersuchungen vermeiden. Für planbare Behandlungen werden Termine vergeben, z.B. für die Spezial- oder Chefarztsprechstunden der Fachabteilungen.

Wartezonen sind mit Lesestoff und teilweise auch Fernsehen und Getränken ausgestattet.

### 1.3.2 Ambulante Operationen

Für ambulante Operationen werden unsere Patienten durch die operativen Disziplinen (Chirurgie/ Gefäßchirurgie, Orthopädie, Urologie, Gynäkologie) und die Anästhesie vorbereitet und betreut.

Ein spezieller Bereich ist für Patienten vor und nach ambulanten Operationen vorgehalten. Nach Abschlussuntersuchungen und gründlichen Beratungen durch die Ärzte der operativen Disziplin und der Anästhesie können die Patienten wieder nach Hause gehen. Für eine entsprechende Schmerztherapie und eine gute Information des Hausarztes wird Sorge getragen.

## 1.4 Stationäre Versorgung

### 1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Anerkannte wissenschaftliche Empfehlungen aus Medizin und Pflege und gesetzliche Vorgaben werden umgesetzt.

Patienten und Angehörige sind durch Beratungsgespräche gut informiert und eingebunden. Diagnostische und therapeutische Maßnahmen werden durch Ärzte auf einheitlichen Formularen angefordert und anschließend in einer sinnvollen Reihenfolge und unter Beachtung vorgegebener Zeitziele durchgeführt. Wir lassen die Behandlungsschritte unserer Patienten und eingehende Untersuchungsergebnisse durch qualifizierte Fachärzte kontrollieren.

#### 1.4.2 Therapeutische Prozesse

Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten prüfen gemeinsam den individuellen Genesungsprozess unserer Patienten. Die Entscheidung für eine Operation wird durch einen Ober- oder Chefarzt gestellt. Die Stationen sind rund um die Uhr mit ausgebildeten Pflegekräften besetzt.

Für ausgewählte Patienten erfolgt eine strukturierte Pflegeplanung. Die Wirksamkeit von Schmerztherapien wird überprüft.

#### 1.4.3 Operative Verfahren

OP-Termine für planbare Eingriffe werden frühzeitig abgestimmt. Die Kapazitäten des OP-Bereichs und der Intensivstation werden dabei im Vorfeld berücksichtigt.

Unsere Patienten werden rechtzeitig aufgeklärt. Ein festgelegtes Vorbeugesystem zur Verwechslung von Patient oder OP-Gebiet (Team Time Out, Patientenarmband) vermeidet unerwünschte Zwischenfälle. Notfallpatienten können jederzeit operiert werden.

#### 1.4.4 Visite

Die Patienten erhalten regelmäßig Visiten durch Chefärzte, Oberärzte, Belegärzte und Stationsärzte. Risikopatienten und Neuaufnahmen werden täglich von einem Oberarzt gesehen. Die Visiten werden vom Pflegedienst und bei Bedarf auch von weiterem Fachpersonal begleitet, z.B. Physio- oder Sprachtherapeuten. Wir legen Wert darauf, dass unsere Patienten alles verstehen, was ihnen während der Visite bezüglich ihrer Krankheit erklärt wird und dass sie Gelegenheit haben, krankheitsbezogene Fragen vorzutragen.

Separate Gesprächstermine, auch für Angehörige, können vereinbart werden.

#### 1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Durch ambulante Untersuchungen wird im Vorfeld geklärt, ob eine Operation oder ein Krankenhausaufenthalt notwendig ist. Auch nach der Entlassung sind Behandlungen in unseren Ambulanzen möglich, z.B. für Wund- oder Laborkontrollen.

### **1.5 Übergang in andere Bereiche**

#### 1.5.1 Entlassung

Wir planen die Entlassung und Verlegung unserer Patienten möglichst frühzeitig. Der Sozialdienst / die Pflegeüberleitung erfährt schon zu Beginn der stationären Behandlung von den Patienten, für die nach der Entlassung ein Platz in einer Rehabilitationsklinik, einem Pflegeheim oder bei einem ambulanten Pflegedienst bereit stehen soll. Der Entlassungstermin wird rechtzeitig mit dem Patienten und seinen Angehörigen abgestimmt.

Vor der Entlassung werden die Patienten nochmals gründlich untersucht und durch Ärzte und Pflegekräfte darüber beraten, wie sie sich weiter verhalten sollen.

Gerne binden wir auch Angehörige ein und geben ihnen Hilfestellung für die häusliche Versorgung.

#### 1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Durch die Zusammenarbeit mit Hausärzten, Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten ist eine nahtlose Betreuung nach der Entlassung gewährleistet.

Frühzeitig und in Absprache mit dem Patienten und seinen Angehörigen wird geklärt, ob beispielsweise ein Pflegebett oder ein Rollstuhl besorgt werden soll oder die Einstufung in eine Pflegestufe zu beantragen ist. Wird erstmals ein Pflegedienst gebraucht, so findet das erste Kennenlernen oft schon im Krankenhaus statt.

Befunde und Entlassungsbrief werden dem Patienten mitgegeben, bei Pflegebedürftigkeit auch ein ausführlicher Bericht für den Pflegedienst oder das Heim.

## **1.6 Sterben und Tod**

### **1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten**

Das Krankenhaus ermöglicht ein Sterben in Ruhe und Würde. Patientenverfügungen werden berücksichtigt. Die medizinisch-pflegerische Versorgung sorgt für eine Linderung von Schmerzen. Sterbende erhalten nach Möglichkeit ein Einbettzimmer. Die Angehörigen können bei ihnen übernachten und erfahren Zuwendung durch Seelsorger und medizinische Mitarbeiter. Die Spendung von Sakramenten ist möglich. Auch für Patienten nichtchristlicher Konfessionen kann geistlicher Beistand organisiert werden.

### **1.6.2 Umgang mit Verstorbenen**

Verstorbene werden bei uns würdevoll versorgt. Ihre Angehörigen erhalten ausreichend Zeit, um Abschied zu nehmen. Für eine Aufbahrung steht ein Verabschiedungsraum zur Verfügung. Die Angehörigen werden auf Wunsch in ihrer Trauerarbeit begleitet.

*proCum Cert:*

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

Patienten vor einem operativen Eingriff werden durch Pflegekräfte begleitet, Schwerstkranke zusätzlich durch einen Arzt überwacht.

Unser Haus bietet Räume für Gespräche und Begegnungen, Stille und Gebet.

Auf Wunsch des Patienten werden die Angehörigen mit eingebunden. Sie können sich durch unsere medizinischen Mitarbeiter, aber auch durch die Pflegeüberleitung, die Sozialarbeiterin, Seelsorger und sonstige Experten beraten und unterstützen lassen.

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

Die Krankenhausseelsorge ist ein unverzichtbarer Bestandteil unseres Hauses. Unser Seelsorger besucht Patienten am Krankenbett und unterstützt bei der Krankheitsbewältigung, unabhängig von der jeweiligen Konfession. Sakramente, Gottesdienste und Gebete werden Patienten und Angehörigen angeboten. Natürlich stehen auch unsere Ärzte und Pflegekräfte für Gespräche zur Verfügung und kümmern sich fürsorglich um die Patienten. Wir lassen unsere Patienten auch dann nicht allein, wenn sie oder ihre Angehörigen schwere Entscheidungen treffen müssen.

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

Als katholische Klinik steht unser Haus allen Menschen offen, egal welcher Konfession. Dem kulturellen Hintergrund entsprechend, sind sowohl Patienten als auch Mitarbeiter aus unterschiedlichen Ländern bzw. Kulturen bei uns vertreten. Wir respektieren den Glauben und die Kultur unserer Patienten und unterstützen sie in ihren Bedürfnissen, z. B. durch die Kontaktaufnahme zu anderen Geistlichen oder bei der Einhaltung religiöser (Speise-)Vorschriften. Für viele fremdsprachige Patienten stehen Mitarbeiter mit entsprechenden Sprachkenntnissen bereit. Aufklärungsmaterial

liegt teilweise in fremdsprachiger Übersetzung vor.

#### 1.A.4 Behandlung und Betreuung von besonderen Personengruppen:

Bei körperlich oder geistig behinderten Patienten wird vor Aufnahme geklärt, ob eine Betreuungsperson mit aufgenommen werden kann. Handelt es sich um Patienten mit Heimbeatmung, wird der Patient grundsätzlich auf unserer Intensivstation behandelt. Patienten, die insbesondere außerhalb der Station nicht allein gelassen werden dürfen, werden besonders betreut. Eine Verfahrensanweisung zum Umgang von Patienten mit Demenz ist implementiert.

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

In unserem Haus werden jüngere Kinder fast ausschließlich ambulant betreut. Sollte ausnahmsweise doch eine stationäre Behandlung angeschlossen werden, übernachtet meist bei Kleinkindern ein Elternteil als Begleitperson im Patientenzimmer. Unsere jungen Patienten werden vorrangig in der Notfallambulanz behandelt.

#### 1.A.6 Sicherstellung einer Weiterbetreuung von Palliativpatienten:

Bei Palliativpatienten ist eine Heilung ihrer schweren Krankheit nach ärztlichem Ermessen nicht mehr möglich. Ihre Behandlung soll Schmerzen und andere Beschwerden lindern. Palliativpatienten können nahtlos in unserem Palliativbereich weiterbetreut werden. Werden sie nach Hause entlassen, unterstützen wir Patienten und Angehörige, indem wir organisatorische Hilfestellung leisten, die nötigen Pflegemaßnahmen erklären und für seelischen Beistand sorgen.

## 2 Mitarbeiterorientierung

KTQ:

### 2.1 Personalplanung

#### 2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Wir gewährleisten ein hohes Qualifikationsniveau unserer Mitarbeiter und stellen sicher, dass ausreichend Personal vorhanden ist. Wir berücksichtigen bei der Stellenberechnung beispielsweise die Anzahl der behandelten Patienten und ihre Krankheitsschwere und vergleichen sie mit Anhaltszahlen aus anderen Krankenhäusern. Eine hochwertige Patientenbehandlung wird durch qualifiziertes Personal sichergestellt. Führungskräfte und Mitarbeitervertretung sind in die Planung einbezogen. Neue Mitarbeiter suchen wir nach festgelegten Kriterien aus.

### 2.2 Personalentwicklung

#### 2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Personalentwicklung bedeutet für uns die angemessene Förderung unserer Mitarbeiter, auch hinsichtlich ihrer ethischen und sozialen Kompetenz. Hierbei orientieren wir uns an dem Bedarf unseres Krankenhauses und an den persönlichen Zielen unserer Beschäftigten. Darüber hinaus sind Anforderungen an die fachliche Qualifikation in Stellenbeschreibungen festgelegt. Wir bieten Mitarbeitergespräche und Fortbildungen innerhalb und außerhalb des Hauses.

#### 2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Neue Mitarbeiter lernen wichtige Ansprechpartner kennen und erhalten eine Mappe mit vielfältigen schriftlichen Informationen. Neuen Mitarbeitern steht in den ersten Wochen ein Pate zur Seite, der die Integration erleichtert. Für die fachliche Einarbeitung ist der Vorgesetzte verantwortlich, der dies an befähigte Mitarbeiter delegieren kann. In vielen Bereichen existieren detaillierte Einarbeitungschecklisten. Arbeitsanweisungen, Standards und Feedbackgespräche erleichtern die Einarbeitung.

#### 2.2.3 Ausbildung

Wir betreiben eine eigene Schule für Gesundheits- und Krankenpflege-, sowie Altenpflege und sind in diesem Sektor eine der größten Ausbildungsstätten der Umgebung. An unseren Ausbildungsorten stehen weitergebildete Praxisanleiter zur Verfügung. Sie sind das Bindeglied zwischen der Schule und den Einsatzorten und dort für die ordnungsgemäße Ausbildung verantwortlich. Praktische Lernziele werden durch Praxisanleiter und Mitarbeiter der Krankenpflegeschule gemeinsam festgelegt. Die Leitung der Krankenpflegeschule steht in enger Zusammenarbeit mit der Pflegedienstleitung. Mitarbeiter übernehmen einen Teil der theoretischen Ausbildung als Dozenten. Die Verwaltung bietet kaufmännische Lehrstellen an.

#### 2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Wir führen Fortbildungsveranstaltungen durch. Ein Jahresfortbildungsprogramm existiert in der Pflege, zusätzlich werden aktuelle Themen eingeflochten. Wissenschaftliche Entwicklungen, Leistungsangebote unseres Hauses, gesetzliche Vorgaben und nicht zuletzt Mitarbeiterwünsche bestimmen das Programmangebot. Die Innere Medizin organisiert von der Ärztekammer zertifizierte Fortbildungen, die auch Ärzten außerhalb des eigenen Bereichs offen stehen. Außerdem nutzen unsere Mitarbeiter externe Fort- und Weiterbildungsangebote, Tagungen und Kongresse. Anschließend

geben sie ihr neu erworbenes Wissen an die eigenen Kollegen weiter. Die medizinischen Abteilungen bieten eine strukturierte Facharztweiterbildung an. Informationsquellen wie Internet, Fachzeitschriften und Fachbücher stehen unseren Mitarbeitern zur Verfügung.

## **2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern**

### **2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil**

Der Führungsstil in unserem Hause ist mitarbeiterorientiert und partnerschaftlich im Sinne einer gelebten Dienstgemeinschaft und im Bewusstsein der gemeinsam getragenen Verantwortung. Das Leitbild verpflichtet zu Informationsaustausch, einer vertrauensvollen Zusammenarbeit und einem respektvollen Umgang miteinander. Die Mitarbeiter werden in Entscheidungsprozesse einbezogen. Konflikte werden sachlich ausgetragen und gemeinschaftlich gelöst. In Gesprächen diskutieren Vorgesetzte mit Mitarbeitern fachliche und persönliche Entwicklungsmöglichkeiten und erhalten Rückmeldung über ihre Zufriedenheit. Die Ergebnisse aus Gesprächen und Befragungen, aus Lob und Kritik, nutzen wir, um Verbesserungen am Arbeitsplatz und in der Führung zu erreichen.

### **2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit**

Die Arbeitszeitregelungen richten sich nach den Erfordernissen der Abteilungen und wurden gemeinsam mit der Mitarbeitervertretung erarbeitet. Die elektronische Zeiterwirtschaft ermöglicht eine kontinuierliche Planung der Arbeitszeit. Die Regelungen entsprechen dem Arbeitszeitgesetz und sind tarifkonform. Mitarbeiterwünsche werden berücksichtigt. Die Dienstplanung erfolgt für die Mehrheit der Mitarbeiter EDV-gestützt. Vorgesetzte und Personalabteilung überwachen die Einhaltung der Arbeitszeiten und die Vermeidung von nicht planmäßigen Überstunden.

### **2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden**

Unsere Mitarbeiter haben im Arbeitsalltag Anregungen und Verbesserungsvorschläge. Rückmeldungen von Mitarbeitern sind in unserem Krankenhaus ausdrücklich erwünscht. Durch solche Meinungsäußerungen lassen sich Arbeitsbedingungen und -abläufe verbessern. Eingereichte Ideen werden genutzt und umgesetzt, soweit sie finanziell und organisatorisch realisierbar sind. Ansprechpartner für Mitarbeiterbeschwerden sind Vorgesetzte oder die Mitarbeitervertretung aber auch direkt die Geschäftsführung.

Eine Mitarbeiterbefragung wurde durchgeführt.

*proCum Cert:*

### 2.A.1 Wahrnehmung der Fürsorgepflicht für die Mitarbeiter:

Durch das Angebot von Teilzeitarbeit tragen wir zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie bei und nehmen Rücksicht auf die persönliche Lebensplanung. Auch bei der Dienst- und Urlaubsplangestaltung nehmen wir Wünsche wahr und berücksichtigen z.B. schulpflichtige Kinder. Über Information, Beteiligung und dem Einräumen von Entscheidungsspielräumen tragen wir zur Motivation und Gesunderhaltung unserer Mitarbeiter bei und bieten zudem gezielte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung an, z.B. das kostenlose Training an Fitnessgeräten, das Benutzen des Schwimmbades, einen Lauftreff, Anti-Stress- und Burn-Out Seminare, etc.

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

Besondere Leistungen unserer Mitarbeiter werden durch Lob und positives Feedback, aber auch durch die Förderung von Fortbildungen honoriert. Durch Mitarbeiterfeste und Betriebsausflüge fördern wir das Zusammengehörigkeitsgefühl. Dienstjubiläen werden gewürdigt. Verabschiedungen langjähriger Mitarbeiter finden in angemessenem, feierlichem Rahmen statt. Wir pflegen einen guten Kontakt zu ehemaligen Mitarbeitern und laden sie zur jährlichen Jubiläumsveranstaltung ein. Auch bei Betriebsfeiern und Gottesdiensten sind sie gerne gesehene Gäste.

#### 2.A.3 Hilfe zur Bewältigung persönlicher Krisen:

Bei persönlichen Krisen bieten wir unseren Mitarbeitern Hilfe und Unterstützung an, z.B. bei schweren Erkrankungen oder belastenden Ereignissen. Vorgesetzte und Kollegen stehen den Betroffenen zur Seite. In Notfällen wird unbürokratisch Hilfe geleistet. Krankenhauseelsorge, Sozialdienst, Betriebsarzt, Personalabteilung und Mitarbeitervertretung leisten fachkompetente Beratung. Auch die Geschäftsführung nimmt sich - auch kurzfristig - Zeit für die Sorgen der Beschäftigten.

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

Wir bieten Fortbildungen und Medien an, um die soziale, christlich-ethische und interkulturelle Kompetenz der Mitarbeiter zu fördern. Zusätzlich weisen wir auf externe Angebote hin. Konkrete ethische Fragen werden in moderierten Fallbesprechungen oder im Ethikkomitee erörtert. Von nicht-christlich geprägten Mitarbeitern erwarten wir, dass sie uns bei der Erfüllung unseres vom christlichen Menschenbild geprägten Auftrags unterstützen. Gleichzeitig respektieren wir andere Glaubensrichtungen bei unseren Mitarbeitern.



## 3 Sicherheit

KTQ:

### 3.1 Schutz- und Sicherheitssysteme

#### 3.1.1 Arbeitsschutz

Regelungen und Verfahren zum Arbeitsschutz sorgen für sichere Arbeitsplätze, auch für Mitarbeiterinnen während einer Schwangerschaft. Unsere Beschäftigten werden durch Sicherheitsbeauftragte und die Sicherheitsfachkraft angeleitet. Betriebsarzt, Hygienefachkraft und Mitarbeitervertretung überprüfen außerdem die Einhaltung und Wirksamkeit der getroffenen Vorsorgemaßnahmen, zum Beispiel durch Begehungen oder die gemeinsame Reflexion von Arbeitsunfällen in einem Ausschuss.

#### 3.1.2 Brandschutz

Brandschutzvorkehrungen erfolgen in Zusammenarbeit mit der örtlichen Feuerwehr und mit den örtlich zuständigen Behörden. In den Brandschutz durch bauliche und technische Maßnahmen werden erhebliche Mittel investiert. Die Verhütung von Bränden und das richtige Verhalten im Brandfall sind in der Brandschutzordnung beschrieben und werden den Mitarbeitern bei Unterweisungen vermittelt. Die Handhabung von Feuerlöschern wird praktisch geübt. Es besteht eine direkte Leitung zur Feuerwehrzentrale. Die Funktionsfähigkeit unserer Brandschutzeinrichtungen und -meldeanlagen wird regelmäßig überprüft.

#### 3.1.3 Umweltschutz

Bei der Beschaffung wird auf Umweltverträglichkeit der Produkte geachtet. Abfälle werden den gesetzlichen Bestimmungen entsprechend entsorgt. Der Umgang mit Gefahrstoffen und Gefahrgut ist sachgerecht. Mit Unterstützung von Fachberatern gelang es, den Energie- und Wasserverbrauch langfristig zu drosseln. So konnten durch eine moderne Heiztechnik und Gebäudeleittechnik der Strom- und Gasverbrauch deutlich reduziert werden. Durch Schulungsmaßnahmen z.B. zur Abfallentsorgung und Information über die erreichten Erfolge werden die Mitarbeiter motiviert, weiterhin ihren Beitrag zum Umweltschutz zu leisten.

#### 3.1.4 Katastrophenschutz

Der Katastrophenschutz im Krankenhaus Maria Hilf ist nach gesetzlichen Grundlagen, Verordnungen und Richtlinien aufgebaut. Unser Haus nimmt im Katastrophenfall Schwerverletzte auf und übernimmt auch im Falle eines Infektionsausbruchs (Pandemie) übergreifende Aufgaben.

#### 3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Wir verfügen über Ablauf- und Alarmpläne im Falle hausinterner Notfallsituationen wie Feuersalarm, Stromausfall, Ausfall von Aufzügen und technischen Einrichtungen. Das Notstromaggregat wird in regelmäßigen Abständen überprüft.

### 3.2 Patientensicherheit

#### 3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Wir besprechen mit unseren Patienten und gegebenenfalls ihren Angehörigen bereits bei der Aufnahme ins Krankenhaus mögliche Risiken, wie beispielsweise die krankheits- oder altersbedingte Sturzgefahr. Dadurch können wir geeignete Vorsichtsmaßnahmen treffen. Die Bandbreite der möglichen Maßnahmen und eine eventuelle Ein-

schränkung der Bewegungsfreiheit werden durch eine sorgfältige Überprüfung abgewogen. Demente und bewusstseinsgestörte Patienten sowie Kinder werden besonders beaufsichtigt. Sensible Bereiche, wie die Intensivstation und der Operationstrakt oder die Notfallaufnahme, sind nur nach Klingeln oder mit Mitarbeiterchip zugänglich. Es erfolgt eine Risikoabschätzung als gezielte Vorbeugemaßnahmen für Druckgeschwüre (Dekubitus) und Stürze.

### 3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

In den Fachabteilungen stehen ständig in Bezug auf Notfälle qualifizierte Mitarbeiter bereit. Sie werden über eine Notrufnummer informiert. Die Herz-Lungen-Wiederbelebung wird regelmäßig als Pflichtschulung trainiert. In den relevanten Bereichen befinden sich an zentraler Stelle Notfallkoffer mit festgelegtem Inhalt, der regelmäßig auf Funktionsfähigkeit überprüft wird. Defibrillatoren sind selbstverständlich ebenfalls vorhanden.

### 3.2.3 Hygienemanagement

Wir haben die organisatorischen Voraussetzungen für eine wirksame Krankenhaushygiene geschaffen. Hygienebeauftragter Arzt und Hygienefachkraft arbeiten mit einem beratenden Hygieniker zusammen. Wichtige Regelungen werden in der Hygienekommission beschlossen. Aktuelle Hygienerichtlinien, Reinigungs- und Desinfektionspläne sind für die Stations- und Funktionsbereiche des Krankenhauses vorhanden. Für das Hygienemanagement gelten die Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes. Es finden regelmäßige Hygienekontrollen statt. Das MRSA Management wurde Mitte 2014 zertifiziert.

### 3.2.4 Hygienerrelevante Daten

Wir befolgen die gesetzlichen Regelungen zu meldepflichtigen Erkrankungen und Infektionen. Die Meldewege sind schriftlich festgelegt und hausintern bekannt. Die hygienerlevanten Geräte/Anlagen und Wasseruntersuchungen werden den Richtlinien des Robert-Koch-Institutes entsprechend überwacht. Wir führen Statistiken zu Infektionen, Krankheitskeimen und Resistenzentwicklungen und vergleichen unsere Daten mit denen anderer Krankenhäuser. Sollten sich Auffälligkeiten ergeben, werden umgehend Gegenmaßnahmen ergriffen, um unsere Patienten und Mitarbeiter zu schützen.

### 3.2.5 Infektionsmanagement

In Anlehnung an die Vorgaben des Robert-Koch-Institutes haben wir in hausinternen Hygienerichtlinien und Standards festgelegt, wie möglicherweise infektiöse Patienten durch unsere Mitarbeiter zu betreuen sind. So können wir ansteckende Erkrankungen frühzeitig erkennen und ihrer Verbreitung entgegen wirken. Infektiöse Patienten werden isoliert. Patienten, die zu einer festgelegten Risikogruppe gehören, werden bei Krankenhausaufnahme auf den Problemkeim MRSA untersucht. Das Krankenhaus beteiligt sich an einem regionalen Arbeitskreis mit Beteiligung des Gesundheitsamtes (Zusammenschluss von Partnern aus dem Gesundheitswesen, um gemeinsam Problemkeime zu bekämpfen).

### 3.2.6 Arzneimittel

Das Krankenhaus Maria Hilf erhält Arzneimittel aus einer Zentralapotheke, die mit Fachpersonal die Ärzte über Wirkungen und Nebenwirkungen neuer und bereits im Einsatz befindlicher Medikamente berät. In der Arzneimittelkommission legen die Mitarbeiter der Apotheke und die verantwortlichen Ärzte gemeinsam das vorrätig gehal-

tene Arzneimittelsortiment fest. Auch selten benötigte Medikamente können sofort beschafft werden. Außerhalb der Dienstzeiten der Apotheke steht ein Notfalldienst zur Verfügung. Die Arzneimittelbestände werden sorgfältig überwacht. Medikamente werden ärztlich angeordnet und in der Patientenkurve dokumentiert.

### 3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Blutkonserven beziehen wir vom Blutspendedienst des Deutschen Roten Kreuzes. Die Vorgehensweise bei Blutübertragungen ist in einem für Mitarbeiter verbindlichen Handbuch geregelt. Die patientenbezogene Chargendokumentation erfolgt EDV-gestützt, so dass auch später noch genau nachvollzogen werden kann, wer der Empfänger bestimmter Präparate war. Die gesetzlichen Vorgaben und Regelungen zur Kontrolle werden genau eingehalten, um Risiken für unsere Patienten auszuschließen.

### 3.2.8 Medizinprodukte

Medizingeräte werden unter Beachtung der Bedienungsanleitungen des Herstellers und der gesetzlichen Vorgaben eingesetzt. Unsere Mitarbeiter sind in die korrekte Handhabung der Geräte eingewiesen. Der Bereich Medizintechnik wird durch die Haustechnik organisiert. Die Erprobung von Medizingeräten wird ebenfalls über die Medizintechnik koordiniert. Sicherheitstechnische und medizintechnische Kontrollen nach Prüfplan und die Reparatur von Medizingeräten erfolgen ausschließlich durch qualifizierte Fachleute.

## 4 Informations- und Kommunikationswesen

KTQ:

### 4.1 Informations- und Kommunikationstechnologien

#### 4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Ein vernetztes EDV-System steht den Arbeitsbereichen zur Verfügung. Damit sind Daten zur Patientenbehandlung und weitere Anwendungen, wie z. B. die Terminplanung, allen Berechtigten online zugänglich. Passwortgeschützte Benutzerprofile legen den jeweils erlaubten Zugriff fest. Unsere Serversysteme sind gegen Ausfall und Datenverlust geschützt.

Die Mitarbeiter werden in neuen Anwendungen geschult und bei ihrer Arbeit unterstützt. Als weiteren Schritt zur elektronischen Patientenakte wurde 2011 ein Bildarchivierungssystem (PACS) eingeführt, mit dem die Röntgenbilder eines Patienten jederzeit auf den Arztrechnern aufzurufen sind.

### 4.2 Patientendaten

#### 4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Wir gewährleisten eine angemessene Dokumentation der Patientendaten und die langjährige Archivierung der Krankenakten. Wir benutzen ein einheitliches Kurvensystem, in dem die wichtigen Daten von Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten fortlaufend festgehalten werden. Das Behandlungsteam hat jederzeit Zugriff auf diese Informationen und kann sich so rasch über den aktuellen Patientenzustand orientieren, z.B. bei einem Schichtwechsel. Der Datenschutz hat höchste Priorität.

In zunehmendem Maße werden Informationen (z.B. Entlassungsbriefe und Befunde) EDV-gestützt erfasst und sind damit noch leichter verfügbar. Durch verschiedene Prüfmechanismen wird die Vollständigkeit der Patientenakten sichergestellt.

#### 4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Die Archivierung von Patientendaten erfolgt datenschutzgerecht und gewährleistet den zeitnahen Zugriff auf die Unterlagen. Mitarbeiter, die an der Patientenbetreuung beteiligt sind, haben jederzeit Zugriff auf archivierte Krankenakten und gespeicherte Patientendaten. Die Archivausleihe wird dokumentiert. Entlassungsbriefe, OP-Berichte und EDV-gestützt erstellte Befunde können von den Ärzten am Bildschirm aufgerufen werden.

### 4.3 Informationsmanagement

#### 4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Durch ein geregelt Kommunikationssystem ist die zeitnahe Information der Geschäftsführung über wichtige Vorgänge und Entwicklungen im Krankenhaus sichergestellt. Informationen werden bei regelmäßigen Besprechungen oder schriftlich in Form von Berichten oder Sitzungsprotokolle weitergegeben. Der Hausvorstand unterstützt die Geschäftsführung bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben in den Bereichen Organisations- und Führungsverantwortung.

#### 4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

In einem Krankenhaus sind viele Mitarbeiter unterschiedlicher Berufe an der Patientenbehandlung beteiligt. Damit dies reibungslos und sicher funktioniert, haben wir Regeln aufgestellt, wie Informationen weitergegeben werden müssen. Auch Informa-

tionen über Aktuelles in Medizin, Hygiene und Technik werden systematisch an die Mitarbeiter schriftlich oder bei regelmäßigen Besprechungen weitergegeben. Wir möchten, dass auch unsere Patienten, die zuweisenden Haus- und Fachärzte und die Öffentlichkeit gut über uns informiert sind. Hierzu nutzen wir verschiedene eigene Medien, wie unsere Krankenhauszeitschrift „Gesund werden - Gesund bleiben“, unsere Homepage mit aktuellen Informationen, sowie themenbezogene Falblätter und die Tagespresse. Wir sind bei verschiedenen Fach- und Laienveranstaltungen vertreten und haben Kontakte zu Verbänden und Gremien.

#### **4.4 Telefonzentrale und Empfang**

##### 4.4.1 Organisation und Service

Unser Empfang ist stets besetzt und für Patienten und Besucher die erste Anlaufstelle. Die dortigen Mitarbeiter sind mit den Gegebenheiten des Krankenhauses gut vertraut und erhalten zeitnah die benötigten Informationen. Sie sind auch Ansprechpartner für Probleme, die sie unverzüglich an die zuständigen Stellen weiterleiten.

#### **4.5 Datenschutz**

##### 4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Die Mitarbeiter unterliegen der Schweigepflicht und unterzeichnen bei Einstellung eine Verschwiegenheitserklärung. Der datenschutzgerechte Umgang mit sensiblen Informationen und insbesondere Patientendaten ist gewährleistet. Auskünfte über Patienten werden nur nach Entbindung von der Schweigepflicht erteilt. Ein betrieblicher Datenschutzbeauftragter berät und schult die Mitarbeiter und überprüft die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen.

## 5 Führung

KTQ:

### 5.1 Unternehmensphilosophie und -kultur

#### 5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Das Krankenhaus Maria Hilf steht in der Tradition unseres Trägers, der Ordensgemeinschaft der Katharinschwwestern. Wie alle Einrichtungen des Ordens verfolgen wir das Prinzip einer konsequenten Werte- und Gemeinwohlorientierung, die mit unternehmerischer Kompetenz, Innovations- und Veränderungsbereitschaft gelebt wird. Ausgehend vom Trägerleitbild hat das Krankenhaus unter breiter Einbeziehung der Belegschaft seine Vision und Mission in einem eigenen Leitbild festgeschrieben. Es legt konkret dar, wie unsere christliche Werteorientierung im Umgang mit den Patienten und im täglichen Miteinander gelebt wird.

#### 5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Das Zusammengehörigkeitsgefühl unserer Mitarbeiter und eine vertrauensvolle Zusammenarbeit sind wichtig für den Erfolg unserer Klinik. Ein reger Informationsfluss fördert die Transparenz über das betriebliche Geschehen. Die Geschäftsführung ist für jeden einzelnen Mitarbeiter ohne bürokratische Hürden direkt erreichbar.

Mitarbeiter in Notlagen erfahren persönliche Unterstützung. Durch Arbeitsgruppen und Besprechungen, aber auch durch Feste und Feierlichkeiten fördern wir die Kontaktpflege und den Austausch untereinander.

#### 5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Allgemeine Leitlinien zu ethischen Fragestellungen werden im Ethikkomitee entwickelt, um Mitarbeitern Unterstützung und Orientierungshilfe bei ethisch schwierigen Entscheidungen zu bieten. Ethische Einzelprobleme bei der Patientenbetreuung werden in interdisziplinären Fallbesprechungen beraten und gemeinsam Lösungsansätze gefunden.

Unser Seelsorgekonzept schließt Mitarbeiter ebenso wie Patienten und Angehörige ein. Ökumenische Offenheit und eine nicht missionierende Haltung sind hierbei selbstverständlich.

### 5.2 Strategie und Zielplanung

#### 5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Die Zielplanung orientiert sich an den durch unseren Träger vorgegebenen Rahmenbedingungen zu Entwicklung und Auftrag unserer sozialen Einrichtungen. Die Strategie- und Planungsprozesse werden durch die Geschäftsführung in Absprache mit den leitenden Ärzten und den Bereichsleitern festgelegt.

Sie werden dann im jährlichen Wirtschafts-, Stellen- und Investitionsplan dargestellt und vom Aufsichtsgremium des Trägers verabschiedet. Die Zielerreichung wird auch unterjährig regelmäßig überprüft.

#### 5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Wir nehmen unsere gesellschaftliche Verantwortung wahr. Beispielsweise fördern wir eine Patenschaft (Hilfsprojekt des Trägers in Afrika). Das Krankenhaus kooperiert mit Konsilärzten, Verbänden, radiologischer Praxis und Nachsorgeeinrichtungen.

Verschiedene Dienstleister werden in unsere Leistungserbringung einbezogen.

Die Auswahl der Kooperationspartner berücksichtigt wirtschaftliche Zielsetzungen.

## **5.3 Organisationsentwicklung**

### **5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur**

Die Organisationsstruktur ist in einem Klinikorganigramm grafisch dargestellt. Ausschüsse arbeiten nach festgelegter Geschäftsordnung, Führungskräfte und Mitarbeiter orientieren sich an Richtlinien, Anweisungen und Stellenbeschreibungen. Für spezielle Fragestellungen sind Beauftragte benannt. Zur Lösung komplexerer Probleme arbeiten die Mitarbeiter in Projektgruppen zusammen.

### **5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien**

Die Geschäftsführung wird bei ihrer Entscheidungsfindung durch Kommissionen und Gremien beraten, deren Aufgaben und Arbeitsweisen festgelegt sind. Die Koordination der Gremienarbeit erfolgt über gemeinsame Mitglieder.

So ist gewährleistet, dass die Entscheidungsträger und die Mitarbeiter auf dem notwendigen Informationsstand sind.

### **5.3.3 Innovation und Wissensmanagement**

Die Aufnahme neuer Geschäftsfelder erfolgt in Abstimmung mit dem Trägergeschäftsführer und unter enger Einbindung betroffener Mitarbeiter.

Die Einführung von neuen Behandlungsmethoden und anderen Innovationen wird gemeinsam geplant und begleitet. Bei größeren Maßnahmen kann auf das Know-how von Experten oder Beratungsfirmen zurückgegriffen werden. Anregungen der Mitarbeiterschaft werden zur Weiterentwicklung unseres Krankenhauses und zur Optimierung von Abläufen genutzt.

## **5.4 Marketing**

### **5.4.1 Externe Kommunikation**

Das positive Bild des Krankenhauses in der Öffentlichkeit wird durch vielfältige Informationen über unsere Behandlungs- und Betreuungsangebote unterstützt. Unsere Homepage, die Patientenbroschüre und medizinische Veranstaltungen richten sich an Ärzte, Patienten und alle Interessierten.

Auch durch Mitgliedschaft und Mitarbeit in Netzwerken und Verbänden ist unser Haus in der Öffentlichkeit präsent.

## **5.5 Risikomanagement**

### **5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems**

Wir haben ein klinisches Risikomeldesystem eingeführt, um die Patientensicherheit zu erhöhen. Für Themenfelder wie ärztliche Aufklärung, Dokumentation von Patientendaten, Ausschluss von Verwechslungen und Lagerungsschäden ist das Vorgehen in Anweisungen geregelt.

Stürzen, Druckgeschwüren und sonstigen Risiken beugen wir gezielt vor.

Darüber hinaus werden Kennzahlen genutzt, um unternehmerische Risiken und Chancen zu erkennen und hierauf frühzeitig reagieren zu können.

Die Patienten erhalten bei der Aufnahme ein Identifikationsarmband, das bis zur Entlassung getragen wird.

*proCum Cert:*

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

Das Krankenhaus Maria Hilf steht in der Tradition des Ordens der Katharinschwestern und seiner Gründerin Regina Protmann. Das Krankenhausleitbild unterstützt eine starke Verankerung unserer Tätigkeit im Sinne des christlichen Auftrags und einer gelebten Dienstgemeinschaft. Unsere christliche Unternehmenskultur zeigt sich in erster Linie im Umgang mit unseren Patienten, aber auch in der Mitarbeiterführung, in vielen Projekten, Feiern, Gottesdiensten, Traditionen und der Zusammenarbeit mit den Kirchengemeinden.

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

Die Gewinnung neuer Mitarbeiter erfolgt nach einem festgelegten Verfahren. Bewerbungen werden streng vertraulich behandelt und schnell bearbeitet. Die Bewerberauswahl erfolgt unter enger Einbindung der Bereiche und nach objektiven Kriterien. So gewinnen wir motivierte und qualifizierte Mitarbeiter, die auch in hohem Maße über soziale Kompetenz verfügen.

Wir legen großen Wert darauf, dass unsere künftigen Mitarbeiter sich mit unserer christlichen Grundhaltung identifizieren können und machen dies im Rahmen des Bewerbungsverfahrens deutlich.

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

Wir fördern leistungsschwächere oder beeinträchtigte Mitarbeiter. Sie sind selbstverständlicher Teil unserer Gemeinschaft. Mitarbeiter, die nach längerer Krankheit zurückkehren, werden unterstützt.

Sollte ein Personalabbau nötig sein, so kann dieser fast immer durch Umstrukturierungen und durch die natürliche Fluktuation umgesetzt werden.

#### 5.A.4 Besondere Aspekte eines umfassenden Risikomanagements:

Durch geregelte Verantwortungsbereiche trägt das Haus zur Risikoprävention bei. Die Delegation von Tätigkeiten an nachgeordnete Berufsgruppen ist auf wenige Ausnahmen beschränkt und genau festgelegt.

Wir haben ein Fehlermeldesystem eingeführt. Im Rahmen der Patientensicherheit widmen wir uns insbesondere um Risikofaktoren wie der Sicherheit im OP und bei der Arzneimittelversorgung. Unsere Patienten erhalten bei der Aufnahme ein Patientenarmband, das bis zur Entlassung getragen wird. Somit ist eine sichere Identifikation möglich.



## 6 Qualitätsmanagement

KTQ:

### 6.1 Qualitätsmanagement

#### 6.1.1 Organisation

Wir verstehen uns als christliches Krankenhaus, das eine hochwertige Patientenversorgung und menschliche Zuwendung bietet. Hieraus leiten sich unsere mit dem Leitbild verzahnte Qualitätspolitik und unser Qualitätshandbuch ab. Es bildet die im gesamten Krankenhaus gültigen Regelungen ab.

In der Qualitätsmanagement Steuergruppe werden Entscheidungen über Projekte und Maßnahmen getroffen. Der Qualitätsmanagementbeauftragte ist als Stabsstelle direkt der Geschäftsführung zugeordnet und koordiniert Maßnahmen der Qualitätsentwicklung. Es ist uns wichtig, alle Bereiche des Krankenhauses durch Informationen und Aktivitäten in das Qualitätsmanagement einzubinden.

#### 6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Die Qualitätsmanagementsteuergruppe koordiniert die Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -steigerung. Durch die Zusammensetzung des Ausschusses (Geschäftsführung, Pflegedienstleitung, Ärztlicher Direktor, Qualitätsmanagementbeauftragter) ist die Steuerung durch die oberste Führungsebene, die Abstimmung mit der Zielplanung unserer Klinik und die Finanzierung geplanter Maßnahmen gewährleistet. Gleichzeitig werden die Interessen der Beschäftigten berücksichtigt.

Durch Begehungen und Audits (Interviews) in den Bereichen und Abteilungen überprüfen wir die Erfüllung der Qualitätsanforderungen. Andere Checkmaßnahmen widmen sich speziellen Themen, z.B. der Patientendokumentation oder der Sterbebegleitung.

### 6.2 Befragung

#### 6.2.1 Patientenbefragung

Die Patientenbefragung wird zentral durch das Qualitätsmanagement koordiniert. Die Ergebnisse werden durch die Geschäftsführung, Führungskräfte und bereichsbezogen durch die Mitarbeiter selbst analysiert und Verbesserungsprojekte abgeleitet.

Es finden Befragungen von Patienten durch ein eigenes Befragungssystem statt. Die Ergebnisse werden bekannt gegeben. Konkreten Hinweisen von Patienten und Angehörigen auf Unregelmäßigkeiten wird umgehend nach Meldungen nachgegangen.

#### 6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Wir führen Befragungen von Einweisern durch; außerdem sind wir im Austausch mit Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten. Auch diese Rückmeldungen werden genutzt, um unsere Strukturen und Abläufe weiter zu verbessern.

#### 6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Eine Mitarbeiterbefragung hat im Frühjahr 2015 stattgefunden. Die Ergebnisse wurden im April 2015 vorgestellt. Zusätzlich stehen wir durch das „Prinzip der offenen Türe“ mit den Mitarbeitern im Austausch.

### 6.3 Beschwerdemanagement

#### 6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Wir sind im klinischen Alltag offen für Anregungen und Kritik unserer Patienten und

ihrer Angehörigen, damit auf ihre Bedürfnisse optimal eingegangen werden kann. Darüber hinaus werden die Patienten systematisch über den Fragebogen „Ihre Meinung ist uns wichtig“ eingeladen, Lob, Anregungen, Kritik oder Zufriedenheit zu äußern.

Den Rückmeldungen wird sorgfältig nachgegangen, um gemeinsam zu einer befriedigenden Lösung zu finden und uns stetig zu verbessern. Lob wird in die Bereiche zurückgemeldet.

## **6.4 Qualitätsrelevante Daten**

### **6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten**

In vielen Bereichen unseres Krankenhauses werden qualitätsrelevante Daten gesammelt, z.B. Hygienestatistiken oder Wartezeiten. Auch Daten zu Stürzen und Dekubitus werden analysiert.

### **6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung**

Wir beteiligen uns an den vorgeschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen. Die erforderlichen Daten zur Patientenversorgung werden direkt vor Ort durch Ärzte und Pflegekräfte in EDV-Programme eingegeben und-,fristgerecht an die Auswertungsstellen übermittelt .

Diese Qualitätssicherungsmaßnahmen ermöglichen uns eine Einschätzung unserer eigenen Leistungsfähigkeit im Vergleich zu anderen Kliniken. Die Ergebnisse werden von den beteiligten Berufsgruppen und Fachabteilungen geprüft.

## 7 Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus

*proCum Cert:*

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

Die Krankenhausseelsorge befindet sich nach personellen Veränderungen in einem Neuaufbau. Eine Arbeitsgruppe baut auf der Grundlage des Seelsorgekonzeptes und verschiedener Regelungen neue Formen der Seelsorge für Patienten und Mitarbeiter auf. Die Bedürfnisse von Kranken und deren Angehörigen, aber auch der Mitarbeiter stehen dabei im Mittelpunkt. Unterstützt wird die Arbeitsgruppe durch den krankenhauseigenen Seelsorger, sowie durch Besuchsdienste.

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

Wir finanzieren aus eigenen Mitteln die Krankenhausseelsorge. Unsere Krankenhausseelsorge arbeitet nach den Leitlinien der Kirchen, des Trägers und des Krankenhauses.

Begegnungen zwischen Seelsorgern und Patienten, ihren Angehörigen und den Mitarbeitern können vertrauensvoll und in angemessenen Räumlichkeiten stattfinden. Krankenhauskapelle und Konventkapelle laden zur stillen Meditation und spirituellen Besinnung ein.

### 7.A.3 Angebote der Seelsorge

Die spirituellen Bedürfnisse von Patienten und Mitarbeitern nehmen wir ernst und entsprechen ihnen mit vielfältigen Angeboten: Besuche am Krankenbett, persönliche Gespräche mit Patienten und Angehörigen, Spenden von Sakramenten und Segnungen, Sterbe- und Trauerbegleitung. Gottesdienste und Andachten in unserer Kapelle werden in die Patientenzimmer übertragen.

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

Das Krankenhaus Maria Hilf arbeitet mit den benachbarten katholischen und evangelischen Kirchengemeinden und kirchlichen Institutionen zusammen. Darüber hinaus sind viele unserer Mitarbeiter in den Kirchengemeinden engagiert. Unsere Gottesdienste werden auch von Nachbarn und ehemaligen Patienten sowie Mitarbeitern gerne besucht.

## 8 Verantwortung gegenüber der Gesellschaft

*proCum Cert:*

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

Das Krankenhaus Maria Hilf sorgt für die Schaffung und den Erhalt von Ausbildungs- und Praktikumsplätzen. Wir betreiben eine staatlich anerkannte Schule für Gesundheits- und Krankenpflege sowie eine Schule für Altenpflege.

Unsere Auszubildenden werden auch zu spezifisch christlichen und ethischen Themen unterrichtet, wie beispielsweise den Umgang mit Sterbenden und Trauernden. Über verschiedene Maßnahmen werben wir für unsere Ausbildungsstätte, z.B. durch unsere Homepage, den Besuch in allgemeinbildenden Schulen und die Teilnahme an Berufsinformationsbörsen.

Auf den Stationen, dem hauswirtschaftlichen Bereich, der Haustechnik sowie in der Verwaltung bieten wir Ausbildungs- und Praktikumsplätze.

### 8.A.2 Förderung ehrenamtlichen bzw. bürgerschaftlichen Engagements:

Unser Förderverein unterstützt uns durch Spenden und vielfältige Aktivitäten zum Wohle unserer Patienten.

Mit der ehrenamtlichen Hospizgruppe besteht eine gute Zusammenarbeit.

Die Ehrenamtlichen, die die Besuchsdienste der Pfarrei durchführen, übernehmen auf Wunsch auch weiteren Gesprächsbedarf. In Einzelfällen werden auch kleine Besorgungen getätigt.

## 9 Trägerverantwortung

*proCum Cert:*

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

Das unternehmerische Handeln des Krankenhauses steht im Einklang mit der strategischen Zielsetzung der Trägergesellschaft. Oberstes Ziel ist der Erhalt und die Fortentwicklung der Sozialeinrichtung auf der Grundlage des übergeordneten Leitbildes. Die Ordensgemeinschaft strebt weder eine Expansionspolitik an noch sind ihre Einrichtungen auf Gewinnmaximierung ausgerichtet.

Für die konkrete Umsetzung der strategischen Ausrichtung des Krankenhauses, z.B. hinsichtlich neuer medizinischer Fachgebiete, Zentren oder Kooperationen, ist die Geschäftsführung in enger Abstimmung mit dem Trägergeschäftsführer zuständig.

### 9.A.2 Vorgaben für die Unternehmensführung:

Grundsätzliche Rahmenbedingungen für die Trägergesellschaft sind von der Ordensgemeinschaft und von der Stiftung Regina Protmann – als Teil der Kirche – vorgegeben.

Die operative Führung vor Ort obliegt der Geschäftsführung. Die Personal- und Wirtschaftsplanung orientiert sich an den kirchenrechtlichen Vorgaben sowie an den strategischen Zielen der Trägergesellschaft. Ziel ist, die Sozialeinrichtungen der Trägergesellschaft nach den Grundgedanken der ethisch-christlichen/sozialen Ausrichtung und der notwendigen ökonomischen Betriebsführung nachhaltig am Markt zu positionieren.

Im Krankenhaus Maria Hilf werden keine Forschungsprojekte durchgeführt.

### 9.A.3 Personalverantwortung:

Es besteht eine abgestufte Personalverantwortung zwischen der Ordensgemeinschaft, dem aufsichtsführenden Stiftungsvorstand, der Trägergesellschaft und deren Krankenhausbetriebsgesellschaften wie der Krankenhaus Maria Hilf GmbH.

Mitarbeiter mit leitenden Aufgaben werden durch die jeweilige Geschäftsführung unterstützt und begleitet.

Die Ordensgemeinschaft strebt eine Kontinuität in der Besetzung von Führungspositionen an. Die Förderung und Begleitung der weltlichen Geschäftsführung der Betriebsstätten ist eine Aufgabe, die der Ordensgemeinschaft obliegt.

### 9.A.4 Wahrnehmung der Aufsichtsverantwortung

Der Ordensgemeinschaft obliegt die oberste Verantwortung für alle Sozialeinrichtungen im Rahmen einer abgestuften Aufbauorganisation. Der Stiftungsvorstand als Aufsichtsorgan erfüllt hierbei eine Überwachungsfunktion. Die aufbauorganisatorische Struktur für die Sozialeinrichtungen ist durch ein Leitungssystem gekennzeichnet. Die Kompetenzfestlegung ist in den jeweiligen Geschäftsordnungen geregelt. Träger und Geschäftsführung sind für den kirchlichen Charakter der Einrichtung verantwortlich.

Externe Berater, wie z. B. Wirtschaftsprüfer und Unternehmensberater, stehen der Stiftung zur Seite. Die sachgerechte Überwachung des Betriebsgeschehens wird durch diverse Instrumente sichergestellt, beispielsweise Risikoberichterstattung, Quartalsberichterstattung, kennzahlenorientierte Lageberichterstattung und regelmäßige Tagungen der Leitungsgremien.