

# Qualitätsbericht



## proCum Cert/KTQ- QUALITÄTSBERICHT

**Krankenhaus:** Ev. Elisabeth-Krankenhaus

Institutionskennzeichen: 260720012

Anschrift: Theobaldstraße 12  
54292 Trier

**Ist zertifiziert nach proCum Cert inklusive KTQ  
durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle  
proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft**

**mit der Zertifikatnummer: 2004-0209-TIER-11-E-00042**

**Datum der Ausstellung: 13.10.2004**

**Gültigkeitsdauer: 12.10.2007**

## Inhaltsverzeichnis

Vorwort der proCum Cert .....	3
Vorwort der KTQ® .....	4
Einleitung .....	6
Teil A:Allgemeine Merkmale .....	8
Teil B:Allgemeine Leistungsmerkmale .....	11
Teil C:Personalbereitstellung .....	18
Teil C:Aussattung.....	22
1. Patientenorientierung in der Krankenversorgung .....	25
2. Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung .....	30
3. Sicherheit im Krankenhaus .....	33
4. Informationswesen.....	36
5. Trägerverantwortung und Krankenhausführung.....	38
6. Qualitätsmanagement .....	45
7. Spiritualität .....	47
8. Gesellschaft .....	49

## **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<sup>®</sup> war die proCum Cert an der Entwicklung des KTQ-Manuals beteiligt. Als akkreditierte Zertifizierungsstelle der KTQ<sup>®</sup> 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 33 weitere Qualitätskriterien formuliert, die es in dem KTQ-Manual mit seinen derzeit 70 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](http://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 Krankenversicherungen<sup>1</sup>. 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.

---

<sup>1</sup> 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.

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-GmbH vorangestellt, darauf folgen eine Einleitung, in der drei bis vier innovative, patientenorientierte Leistungen beschrieben werden, die Strukturdaten sowie eine Beschreibung zu jedem der insgesamt 70 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

## Evangelisches Elisabeth-Krankenhaus Trier



Die Wurzeln unseres Evangelischen Elisabeth-Krankenhauses liegen in der Mitte des 19. Jahrhunderts. Die Evangelische Kirchengemeinde Trier als Träger des Hauses hat zur Unterstützung der gemeindlichen Armen- und Krankenpflege im November 1843 einen evangelischen Frauenverein gegründet. Bereits acht Jahre später wird die Errichtung eines eigenen Krankenhauses als dringendes Bedürfnis empfunden. Zwei Jahre danach (1853) nahmen Diakonissen-Schwwestern ihren Dienst auf. Im Jahre 1872 wurde für die Diakonissen ein eigenes Haus erworben und 1895 das Evangelische Elisabeth-Krankenhaus in Dienst genommen. Aufgrund des immer großen Zuspruchs wurden umfangreiche Erweiterungsbauten 1898, 1926 sowie 1964 notwendig.

Die letzte große Baumaßnahme wurde 1992 abgeschlossen und brachte das Krankenhaus räumlich und technisch auf den modernsten Stand.

Das EVANGELISCHE ELISABETH KRANKENHAUS TRIER ist ein Haus der Grundversorgung mit 182 Planbetten, dient der Akutversorgung des Trierer Einzugsgebietes und verfügt über die Hauptfachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie, Plastische Chirurgie und Handchirurgie, die Anästhesie sowie die Belegabteilungen Augenheilkunde sowie die Gynäkologie und Geburtshilfe.

Angeschlossen an unser Haus ist eine Abteilung für Kurzzeitpflege sowie eine Krankenpflegeschule.

Eine ganzheitlichen Versorgung unserer Patienten und die Einbeziehung ihrer Angehörigen in den Behandlungs-Prozess sind für uns wichtig. Einen besonderen Wert legen wir darauf, daß sich unsere Patienten durch persönliche Zuwendung in der familiären Atmosphäre unseres Hause wohlfühlen können.



Durch eine gute Qualität unserer Arbeit, durch eine moderne medizintechnische Ausstattung sowie durch enge Kooperationen mit anderen Einrichtungen im Gesundheitswesen wie ambulante Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen usw. sind wir für unsere Patienten ein verlässlicher Partner.

Alle weiteren Merkmale unseres Hauses entnehmen Sie bitte dem nachfolgenden Qualitätsbericht.

## Strukturerhebungsbogen

### TEIL A: ALLGEMEINE MERKMALE

#### A-1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses

A-1.1 *Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?*

260720012

A-1.2 *Wie lautet der Name des Krankenhausträgers ?*

Ev. Elisabeth-Krankenhaus Trier gGmbH

A-1.3 *Welche Versorgungsstufe hat das Krankenhaus nach dem Landeskrankenhausplan?*

Grundversorgung

A-1.3.1 *Werden psychiatrische Fachabteilungen mit Differenzierung nach Schwerpunkten für das Krankenhaus ausgewiesen?*

Nein

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

Nein

A-1.5 *Arbeiten sonstige Einrichtungen mit dem Krankenhaus zusammen wie*

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

A-1.6 *Gibt es an Ihrem Krankenhaus*

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

A-1.7 *Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V (Stichtag)*

182

A-1.7.1 *Anzahl der Betten für den Maßregelvollzug*

0

*A-1.8 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:*

Stationäre Patienten

7.466

Ambulante Patienten

6.332

davon Privatpatienten

841

## A-2 Allgemeine Merkmale der Fachabteilung

### A-2 (Matrix)

Nr	Fachabteilung	Nicht bettenführ. Abt. mit fachl. n.weisungsg. Leitung (nb) eingetragen	Bettenzahl	Abteilungsart	Poliklinik/ Ambulanz?	Notfallaufnahme?
0100	Innere Medizin		74	ha	<b>p</b>	<b>p</b>
1500	Allgemeine Chirurgie		51	ha	<b>p</b>	<b>p</b>
1900	Plastische Chirurgie		25	ha	<b>p</b>	<b>p</b>
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe		20	ba	<b>p</b>	<b>p</b>
2700	Augenheilkunde		12	ba	<b>p</b>	<b>p</b>
XXXX	Anästhesie	nb		ha	..	..

### A-2.6 Spezifisch für die Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

#### A-2.6 Spezifisch für die Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Existiert eine Neugeborenen Intensivstation im Gebäude?

Nein

Ist ein Zugriff auf die Pädiatrie oder die pädiatrische Notfallversorgung möglich?

Nein

### A-2.7 Spezifisch für die Fachabteilung Intensivmedizin

#### A-2.7.1 Art der Intensivstation?

.. interdisziplinär operativ

.. fachgebunden operativ

**p** interdisziplinär operativ/konservativ

.. fachgebunden konservativ

#### A-2.7.2 Haben sie zusätzlich eine Wachstation ("Intermediate Care")?

Nein

Wenn Ja: Existiert eine ärztliche Leitung der Wachstation?

Nein

#### A-2.7.3 Existieren folgende erweiterte therapeutische Möglichkeiten?

**p** Operativer Bereitschaftsdienst

**p** Präsenzbereitschaft

**p** Rufbereitschaft

.. Blutdepot (in Klinik)

**p** Blutdepot (außerhalb/extern)

**p** Regelung der Konsiliardienste (im Haus vorhanden)

.. Regelung der Konsiliardienste (extern vertraglich geregelt)

## TEIL B: ALLGEMEINE LEISTUNGSMERKMALE

### B-1 Allgemeine Leistungsmerkmale des Krankenhauses

#### B-1.1 Was umfasst das medizinische Leistungsspektrum des Krankenhauses?

Innere Medizin, Chirurgie, Plastische Chirurgie und Handchirurgie, Anästhesie,  
Augenheilkunde, Gynäkologie/ Geburtshilfe

#### B-1.2 Welche besonderen Versorgungsschwerpunkte werden vom Krankenhaus wahrgenommen (z.B. Brandverletzungen, AIDS, Hospizeinrichtungen)?

#### B-1.3 Welche Leistungsangebote bestehen?

- Stomatherapeuten?
- Diabetikerschule
- Pflegeeinrichtung als separate Einrichtung?
  - .. ambulante Pflege?
- unter der Voraussetzung einer vorhandenen Gynäkologie im Hause Geburtsvorbereitungskurse?
- unter der Voraussetzung einer vorhandenen Gynäkologie im Hause die Möglichkeit einer ambulanten Entbindung mit Nachsorge durch hausinterne Hebammen?
- unter der Voraussetzung einer vorhandenen Gynäkologie eine Stillberatung bzw. ein Elternzentrum?
  - .. Inkontinenzberatung?
  - .. Pflegetelefonberatung?
- Hospizeinrichtungen bzw. eine Palliativpflege?
- Mutter-Kind-Beratung?

### B-2 Allgemeine Leistungsmerkmale der Fachabteilung

#### B-2 (Matrix)

Nr	Fachabteilung	Durchschnittliche Verweildauer (VD) (Angabe in Tagen)	Spezielle Kinderbetten	Kinderkrankenschwester/ -pfleger?
0100	Innere Medizin	7.33	..	..
1500	Allgemeine Chirurgie	6.11	..	..
1900	Plastische Chirurgie	6.6	..	..
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1.8	..	<input type="checkbox"/>
2700	Augenheilkunde	2.51	..	..
XXXX	Anästhesie		..	..

## B-2.4 Tätigkeitsschwerpunkte

Nr	Fachabteilung	Tätigkeitsschwerpunkte der Abteilung
0100	Innere Medizin	<p>Herz-Kreislaufkrankungen, wie koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Rhythmusstörungen, Schrittmacherbehandlung, Durchblutungsstörungen, dazu alle gängigen diagnostische Maßnahmen, wie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- EKG in Ruhe und unter Belastung</li> <li>- Herzultraschall inkl. Stressechokardiografie und TEE</li> <li>- Dopplersonografie/ Farbduplex der hirnversorgenden Gefäße (ECD/TCD), wie der Arm- und Beinarterien</li> <li>- Nierenarteriendoppler</li> <li>- Kipptischuntersuchungen</li> <li>- Langzeit-EKG inkl. R-Test</li> <li>- Langzeit-Blutdruck (ABDM)</li> </ul> <p>Kardiovaskuläre Risikofaktoren, wie Bluthochdruck, Ausschluss einer sekundären Hypertonie, Diabetes mellitus, Hyperlipoproteinämie, Zigarettenrauchen, Bewegungsmangel und Übergewicht. Differenzierte Diagnostik inkl. spezieller Therapie (antihypertensive Kombinationstherapie, intensivierte Insulinbehandlung (nach DDG-Kriterien), Hypertonie- und Diabetesschulung, Unterweisung in Blutdruck- und Blutzuckerselbstmessung.</p> <p>Lungenerkrankungen, wie COPD, pulmonale Hypertonie, Bronchopneumonien, Pleuritis, interstitielle Lungenerkrankungen, Carzinome, dazu Einsatz von Lungenfunktion und Videobronchoskopie.</p> <p>Magen-Darm-Trakt und Bauchorgane, wie Oesophagitis, Hiatushernie, Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen, Divertikelkrankheiten, bösartige Leiden, dazu Einsatz von Videoendoskopie und Funktionsanalysen, z.B. H2-Atemtest, Lactosetoleranztest, Abklärung spezieller Lebererkrankungen inkl. Leberpunktion. Ultraschalldiagnostik inkl. Farbduplex.</p> <p>Endokrinologische Leiden, z.B. von Schilddrüse, Nebenschilddrüsen, Nebennieren.</p> <p>Bösartige Erkrankungen inkl. hämatologischer Leiden, dazu diagnostischer Einsatz von Sternal- und Beckenkampfpunktion, diversen perkutanen Punktionen und endoskopischen Probeentnahmen.</p> <p>Skeletterkrankungen und rheumatologische Leiden, wie Osteoporose, degenerative Wirbelsäulenveränderungen, Arthrose, chronische Polyarthritis, Begleiterarthritis.</p> <p>Begleitende Hauterkrankungen, wie Herpes Zoster, Erysipel, Stauungsdermatitis.</p> <p>Allgemein umfassende hauseigene Labordiagnostik, konventionelles Röntgen und moderne Bildgebung mit MSCT (16-Zeilen-CT, GE-Light Speed 16).</p>

1500	Allgemeine Chirurgie	<p><u>Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie:</u> Eingriffe an Dünndarm und Dickdarm sowie Magen und Speiseröhre, minimalinvasive Verfahren („Schlüssellochoperationen“) bei Gallensteinleiden, Leistenbrüchen, Blinddarmentzündungen, Dickdarmentzündungen und –geschwulsten sowie bei extremem Übergewicht (Magenbandanlage). Eingriffe am Enddarm. Operationen an der Schilddrüse und anderen endokrinen Organen und Weichteilen.</p> <p><u>Gefäßchirurgie:</u> Eingriffe an der Halsschlagader, Bauch- und Beckenschlagader sowie Bypässe bei Verschlüssen der Beinschlagader. Entfernung von Krampfadern und Behandlung offener Beine.</p> <p><u>Unfallchirurgie und orthopädische Chirurgie:</u> Gelenkverletzungen, Knochenbrüche und Verschleißerkrankungen am Skelettsystem mit den gängigen Eingriffen (Ausnahme von Schädel, Wirbelsäule und Brustkorb). Spiegelung und Eingriff am Kniegelenk mit Kreuzbandersatz sowie an der Schulter und am Sprunggelenk. Gelenkersatz an Hüfte, Knie und Schulter.</p>
1900	Plastische Chirurgie	<p><u>Plastische Chirurgie:</u> Korrektur von angeborenen Fehlbildungen: Muttermale, Tierfellnaevi, Hämangiome, Fehlbildungen der Hand wie Polydaktylie und Syndaktylie</p> <p><u>Tumorchirurgie:</u> Behandlung von gutartigen und bösartigen Hauttumoren, Hautkrebs, Melanom, Weichteil- und Knochentumoren des Fettmuskel- und Bindegewebes sowie der Blutgefäße.</p> <p><u>Rekonstruktive Chirurgie:</u> Plastische Korrekturen nach Unfällen, primäre Rekonstruktionen direkt nach dem Unfall, sekundäre Korrekturen von Unfallfolgen, Korrekturen von Narben und Weichteildefekten, Spezialsprechstunde chronische Wunden, Primärwiederherstellung nach Verbrennungen und Verätzungen, sekundäre Rekonstruktion nach Verbrennungen und Verätzungen.</p> <p><u>Plastische Brustchirurgie:</u> Brustvergrößerung, Bruststraffung, Brustverkleinerung, Brustrekonstruktion nach Tumoroperationen mit Implantaten und mit körpereigenem Gewebe.</p> <p><u>Ästhetische Chirurgie:</u> Plastische Chirurgie des Augenlides, Korrektur von Tränensäcken, Face lift, Ohr-, Nasen- und Profilkorrekturen, Faltenunterspritzungen, Dermabrasio, Brustvergrößerung und Bruststraffung, Bauchstraffung, Gesäßstraffung, Oberschenkelstraffung, Fettabsaugungen, Entfernung von Tätowierungen.</p>

		<p><u>Handchirurgie:</u>          Versorgung von frischen Verletzungen mit 24-Stunden-Dienst, Replantation, Rheumachirurgie an der Hand, Morbus Dupuytren, Handfehlbildungen, Nervenkompressionssyndrome der oberen Extremität, Handwurzel- und Handgelenkschirurgie, Arthroskopie.</p>
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<p>Operationen an Brust, Gebärmutter, Eierstöcken und im Bereich der äußeren Geschlechtsorgane. Operationen gutartiger und bösartiger Tumoren. Ambulantes Operieren. Operative Korrektur und Senkung der Genitalorgane einschließlich der Harninkontinenz. Diagnostische und therapeutische Bauchspiegelungen bei Veränderungen der inneren Geschlechtsorgane. Betreuung von Frauen in der Frühschwangerschaft. Stationäre und ambulante Entbindung mit Betreuung von Wöchnerinnen und Neugeborenen vor und nach der Geburt.</p>
2700	Augenheilkunde	<p>Katarakt-OP (Grauer Star)          Glaukom-OP (Grüner Star)          Schiel-OP          Lid-OP          Behandlung von venösen und arteriellen Gefäßverschlüssen</p>
XXXX	Anästhesie	<p>Durchführung sämtlicher Anästhesien (stationär und ambulant) in den Fachgebieten:          Allgemein-, Viszeral-, Gefäß-, Unfallchirurgie          Innere Medizin (für diagnostische Verfahren, Cardioversion)          Plastische- und Handchirurgie          Gynäkologie und Geburtshilfe          Orthopädie</p> <p>Allgemeinnarkosen          Regionalanästhesie inklusive Kathetertechniken          Postoperative Schmerzbehandlung inklusive regionale Kathetertechniken, PCA, PCEA          Schmerztherapie z.B. bei komplexen Regionalen Schmerzsyndromen (CRPS)          Eigenblutspende          Maschinelle Autotransfusion</p> <p>Fachspezifische Konsiliartätigkeit          Operative Intensivmedizin          Maschinelle Beatmung          Dilatative Tracheotomie          Behandlung komplexer Multiorgandysfunktionen, Sepsistherapie          Umfassendes Monitoring PAK, PICCO, etc.          Bronchoskopie</p>

## B-2.5 Spezifisch für die Fachabteilung Innere Medizin

### B-2.5.1 Die 5 häufigsten Diagnosen pro Jahr

#### 0100 Innere Medizin

LfdNr	ICD Nr	Fälle	In umgangssprachlicher Klarschrift
1.	I 50	262	Kongestive Herzinsuffizienz (Herzschwäche)
2.	I 10	193	Essentielle (primäre) Hypertonie (Bluthochdruck)
3.	J 18	120	Bronchopneumonie (Lungenentzündung)
4.	I 48	118	Herz -Vorhofflattern und Vorhofflimmern
5.	A 09	78	Diarrhoe (Durchfall) und Gastroenteritis (Entzündungen im Magen- Darmtrakt, vermutlich infektiösen Ursprungs)

#### 2700 Augenheilkunde

LfdNr	ICD Nr	Fälle	In umgangssprachlicher Klarschrift
1.	H 25.1	434	Cataracta nuclearis senilis (Grauer Star / Altersstar)
2.	H 50	42	Strabismus concomitans convergens (Schielen nach innen)
3.	H 50.1	25	Strabismus concomitans divergens (Schielen nach außen)
4.	H 26	13	Infantile, juvenile und präsenile Katarakt (jugendlicher grauer Star)
5.	C 44.1	10	sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Augenlides, einschließlich Lidwinkeloperationen

## B-2.6 Spezifisch für die operativen Fachabteilungen

### B-2.6.1 Die 5 häufigsten Operationen pro Jahr

#### 1500 Allgemeine Chirurgie

LfdNr	OPS-301	Fälle	In umgangssprachlicher Klarschrift
1.	553	235	Verschluss abdominaler Hernien
2.	551	178	Operation an Gallenblase und Gallenwegen
3.	579	152	Reposition von Fraktur und Luxation
4.	545	134	Inzision, Exzision, Resektion und Anastomose an Dünn- und Dickdarm
5.	578	83	Operation an anderen Knochen

#### 1900 Plastische Chirurgie

LfdNr	OPS-301	Fälle	In umgangssprachlicher Klarschrift
1.	584	346	Operation an der Hand
2.	589	232	Operation an Haut und Unterhaut
3.	590	128	Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut
4.	505	99	Anderer Operationen an Nerven und Nervenganglinien
5.	579	49	Reposition von Fraktur und Luxation

#### 2400 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

LfdNr	OPS-301	Fälle	In umgangssprachlicher Klarschrift
1.	147	278	Abrasien (Ausschabung)
2.	926	251	normale Geburten
3.	566	161	Sterilisationen
4.	568	142	Inzision, Exzision und Extirpation des Uterus (Gebärmutter)
5.	569	139	Anderer Operationen am Uterus und Operationen an den Parametrien

#### 2700 Augenheilkunde

LfdNr	OPS-301	Fälle	In umgangssprachlicher Klarschrift
1.	514	1481	Operationen an der Linse
2.	510	76	Operationen an den Augenmuskeln
3.	509	65	Operationen an den Augenlidern
4.	515	24	Operationen an Retina (Netzhaut), Choroidea (Aderhaut) und Corpus vitreum (Glaskörper)
5.	513	9	Operationen an Iris (Regenbogenhaut), Corpus ciliare (Ziliarkörper) Erklärung, vorderer Augenkammer und Sklera (Lederhaut)

### B-2.6.3 Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V. Anzahl der ambulanten Operationen pro Jahr

#### B-2.6.4 Die 5 häufigsten ambulanten Operationen pro Jahr 1900 Plastische Chirurgie

LfdNr	EBM-Nr	Fälle	In umgangssprachlicher Klarschrift
1.	2220	82	Sehnenscheidenstenosen (Tendovaginitis stenosans)
2.	2100/2101	64	Hauttumoren
3.	2105	53	Weichteiltumore
4.	2360	41	Materialentfernungen
5.	2275	39	Karpaltunnelsyndromoperationen einschließlich Neurolysen

#### 2700 Augenheilkunde

LfdNr	EBM-Nr	Fälle	In umgangssprachlicher Klarschrift
1.	1350	1022	Cataracta nuclearis senilis (Grauer Star / Altersstar)
2.	1351	96	Katarakt, nicht näher bezeichnet
3.	1352	42	Infantile, juvenile und präsenile Katarakt (jugendlicher grauer Star)
4.	1295	7	Stenose und Insuffizienz der Tränenwege
5.	1282	6	Chalazion (Hagelkorn)

#### B-2.6.5-2.10

#### B-2.6.5 Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 116 SGB V. Anzahl der Behandlungen nach § 116 SGB V pro Jahr

2.718

#### B-2.7 Spezifisch für die Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Anzahl der Geburten pro Jahr

427

#### B-2.8 Spezifisch für die Fachabteilung Urologie

##### B-2.8.1 Wird in Ihrer Abteilung Kinderurologie betrieben?

Nein

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

##### B-2.8.2 Wird in Ihrer Abteilung urologische Onkologie betrieben?

Nein

Wenn ja, ist die selbständige Durchführung von Chemotherapie möglich?

Nein

#### B-2.9 Spezifisch für die Fachabteilung Intensivmedizin

##### B-2.9.1 Anzahl der Intensivpatienten pro Jahr

734

##### B-2.9.2 Durchschnittliche Beatmungsdauer pro Patient (Angabe in Min.)

31,61

## *B-2.10*

### *B-2.10.1 Anzahl der Anästhesien insgesamt*

5.388

differenziert nach:

Anzahl der Allgemeinanästhesien

3.664

Anzahl der Regionalanästhesien

1.724

### *B-2.10.2 Differenzierung der Anästhesien nach ASA-Klassifikation in % Anteil pro Jahr*

ASA 1

25

ASA 2

30

ASA 3

29

ASA 4

14

ASA 5

2

## TEIL C: PERSONALBEREITSTELLUNG

### C-1 Personalbereitstellung im Krankenhaus

*C-1.1 Wie hoch war die Stellenbesetzung im vergangenen Jahr in folgenden Bereichen?*

Ärztlicher Dienst?

27,834

Pflegedienst?

87,858

Medizinisch-Technischer Dienst?

21,361

Funktionsdienst?

24,342

Klinisches Hauspersonal?

5,551

Wirtschafts- und Versorgungsdienst?

10,51

Technischer Dienst?

5

Verwaltungsdienst?

19,972

Sonderdienste?

0,759

Sonstiges Personal?

70,334

**C-1.2 Welche weitergebildeten Mitarbeiter waren im vergangenen Jahr beschäftigt, z.B.:**

Anzahl der Mitarbeiter in der Anästhesie	10
Anzahl der Mitarbeiter im OP	4
Anzahl der weitergeb. Mitarbeiter im Verwaltungsdienst	10
Anzahl der Mitarbeiter in der Hygiene	0
Anzahl der Mitarbeiter für die Praxisanleitung	2
Anzahl der Stomatherapeut(en)	1
Anzahl der Sozialarbeiter	2
Anzahl der Diabetesfachschwester(n)	1
Anzahl der Mitarbeiter in der Ernährungsfachpflege	3
Anzahl der Qualitäts-/Prozessberater	0
Anzahl der Dipl.-Psychologen	0
Anzahl sonstiger Mitarbeiter (unter Angabe des Faches)	0
Sonstige	3

**C-1.3 Wie war der Ausbildungsstand des Pflegepersonals im vergangenen Jahr?**

Prozentualer Anteil der Mitarbeiter, die über eine dreijährige Ausbildung verfügen	96,26 %
Prozentualer Anteil der Mitarbeiter, die über eine zweijährige Ausbildung verfügen	0
Prozentualer Anteil der Mitarbeiter, die über eine einjährige Ausbildung verfügen	2,14 %
Prozentualer Anteil der Mitarbeiter, die über keine Ausbildung verfügen	1,6 %
Prozentualer Anteil der fachweitergebildeten Pflegekräfte im vergangenen Jahr	7,8 %

#### C-1.4

Prozentualer Anteil der Ärzte mit Facharztstatus im vergangenen Jahr  
51,61 %

#### C-1.5

Prozentualer Anteil der psychologischen Psychotherapeuten (gemessen an der Gesamtzahl der Dipl.-Psychologen)  
0

### C-2 Personalbereitstellung in der Fachabteilung

#### C-2 Personalbereitstellung in der Fachabteilung (Ärzte)

Nr	Fachabteilung	Ärztliche Leitung	Anzahl Ärzte (voll approbiert)	Anzahl Fachärzte	Anzahl Ärzte mit fak. Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit Praktikum	Liegt ein Weiterbildungs-befugnis vor?
0100	Innere Medizin	Ⓟ	10	3	1	1	Ⓟ
1500	Allgemeine Chirurgie	Ⓟ	9	4			Ⓟ
1900	Plastische Chirurgie	Ⓟ	4	2			Ⓟ
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Ⓟ	4	4			Ⓟ
2700	Augenheilkunde	Ⓟ	6	5			Ⓟ
XXXX	Anästhesie	Ⓟ		5			Ⓟ

#### C-2.7 Personalbereitstellung in der Fachabteilung (Pflegerkräfte)

Nr	Fachabteilung	Anzahl Pflegekräfte	Anzahl exam. Krankenschw./-pfleger	Anzahl Krankenschw./-pfleger mit Fachweiterbildung	Anzahl Sonstige	Wird Hilfspersonal eingesetzt?
0100	Innere Medizin	68	66	5	2	Ⓟ
1500	Allgemeine Chirurgie	39	45	4	2	Ⓟ
1900	Plastische Chirurgie	15	20	1	2	Ⓟ
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	33	38		1	Ⓟ
2700	Augenheilkunde	6	14	1	1	Ⓟ
XXXX	Anästhesie	7	7	3		..

### **C-3 Zulassungen - Spezifisch für die Fachabteilungen Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie**

*C-3.1 Besteht die Zulassung zum D-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft?*

Ja

*C-3.2 Besteht die Zulassung zum Verletzungsartenverfahren der Berufsgenossenschaft?*

Nein

## TEIL D. AUSSTATTUNG

### D-1 Diagnostische Möglichkeiten im Krankenhaus

#### *D-1.1 Im Krankenhaus verfügbar:*

- ⌘ CT im Regeldienst
- ⌘ CT im Bereitschaftsdienst
- .. Kernspin im Regeldienst
- .. Kernspin im Bereitschaftsdienst
- ⌘ Sonographie im Regeldienst
- ⌘ Sonographie im Bereitschaftsdienst
- ⌘ Röntgen im Regeldienst
- ⌘ Röntgen im Bereitschaftsdienst
- ⌘ Broncho-/Endoskopie im Regeldienst
- ⌘ Broncho-/Endoskopie im Bereitschaftsdienst
- ⌘ Echoskopie/TEE im Regeldienst
- ⌘ Echoskopie/TEE im Bereitschaftsdienst
- .. Mikrobiologie im Regeldienst
- .. Mikrobiologie im Bereitschaftsdienst

## D-2 Räumliche Ausstattungen in den Fachabteilungen

### D-2.1 Für alle Fachabteilungen. Ausstattung der Unterbringung

#### D-2.1.1 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				1				
1500	Allgemeine Chirurgie				1				

#### D-2.1.2 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					17			
1500	Allgemeine Chirurgie					13			
1900	Plastische Chirurgie					5			
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe					10			
2700	Augenheilkunde					6			

#### D-2.1.3 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					13			
1500	Allgemeine Chirurgie					8			
1900	Plastische Chirurgie					5			

## D-2.2 Spezifisch für die Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Gibt es einen eigenen Not-Section-Raum?

Nein

## D-3 Ausstattung an medizinischen Geräten in der Fachabteilung

### D-3.1-3.5 Ausstattung an medizinischen Geräten in der Fachabteilung

*D-3.1 Verfügt das Krankenhaus über eine krankengymnastisch/balneophysikalische Ausstattung?*

Ja

Wenn ja, in Form von

Bewegungsbad

Ergotherapie

Räume für balneophysikalische Therapie

*D-3.3 Spezifisch für die Abteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe*

Ist die Möglichkeit einer zentralen CTG-Überwachung vorhanden?

Ja

*D-3.4 Spezifisch für die Fachabteilung Urologie*

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

Nein

*D-3.5 Spezifisch für die Fachabteilung Orthopädie*

Haben sie eine Knochenbank?

Nein

Wenn ja, wird die Knochenbank nach den Richtlinien der Bundesärztekammer geführt?

Nein

## D-3.2 Ist auf jeder Station ein Notfallkoffer bzw. -wagen mit Defibrillator, Absauger und Intubationsbesteck verfügbar?

Nr	Fachabteilung	Vorhanden
0100	Innere Medizin	<input type="checkbox"/>
1500	Allgemeine Chirurgie	<input type="checkbox"/>
1900	Plastische Chirurgie	<input type="checkbox"/>
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>
2700	Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>
XXXX	Anästhesie	<input type="checkbox"/>

# 1. Patientenorientierung in der Krankenversorgung

## 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.*

Die Aufnahme der Patienten in unserem Hause geschieht für internistische und alle Notfallpatienten in der zentralen Ambulanz des Hauses. Alle anderen Patienten werden, in der Regel dezentral in den jeweiligen Fachabteilungen aufgenommen. Im Rahmen der morgendlichen Stationsleitertreffen werden die Bettenkapazitäten ermittelt, Belegungen und Verlegungen geplant und freie Kapazitäten der Ambulanz mitgeteilt. Für Kurzzeitlieger wurde eine eigene Station geschaffen. Für die niedergelassenen Ärzte wurden Durchwahlnummern zu den zuständigen Oberärzten eingerichtet.

### 1.1.2. Orientierung im Krankenhaus

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

Durch eine durchgängige Beschilderung im Hause ist die Orientierung für Patienten und Besucher gegeben. Übersichtstafeln in der Eingangshalle, Wegeleitschilder und Türbeschriftungen sowie Stockwerkinformationen erleichtern die Orientierung. Des Weiteren stehen die geschulten Damen und Herren am Empfang für Auskünfte jederzeit zur Verfügung. Aufgrund der Überschaubarkeit des Hauses können alle MitarbeiterInnen, die in der Regel Namensschilder tragen, Auskunft geben. Hilfsbedürftige werden im Hause zu Untersuchungen begleitet.

### 1.1.3. Patientenorientierung während der Aufnahme

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

Die administrative Patientenaufnahme geschieht im Aufnahmebüro. Die ärztliche als auch pflegerische Aufnahme erfolgt in der Ambulanz oder direkt auf den Stationen. Eine ärztliche Präsenz ist jederzeit gegeben. Patienten der Belegabteilungen sowie der Chirurgie und Plastischen Chirurgie / Handchirurgie erhalten ihren Aufnahmetermin von den entsprechenden Sekretariaten. Jeder Patient erhält schnellstmöglich ein Bett. Auf Station erfolgt seitens der Pflege eine Information über den Tagesablauf, die Visitenzeiten, den Umgang mit Fernseher, dem Telefon et cetera

### 1.1.4. Ambulante Patientenversorgung

*Die ambulante Patientenversorgung z. B. im Rahmen von Notfallambulanz, Wiedereinbestellungsambulanz oder Ermächtigungsambulanz ist koordiniert integriert in die Patientenversorgungsabläufe des Krankenhauses unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse.*

Die Notfallversorgung ist durch ärztliches Personal als auch Pflegepersonal in der Ambulanz rund um die Uhr gesichert. Seitens der Rettungsleitstelle wird die Einlieferung Schwerkranker vorab telefonisch angemeldet. Im Rahmen der kassenärztlichen Ermächtigungen werden im Hause Ambulanzsprechstunden abgehalten. Die Belegabteilungen betreuen ihre ambulanten Patienten während der Praxisöffnungszeiten; die nächtliche Patientenversorgung ist hier durch einen abwechselnden Bereitschaftsdienst sichergestellt.

## 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.*

Bei allen Patienten erfolgt bei Aufnahme eine ausführliche ärztliche und eine pflegerische Befunderhebung mittels entsprechender Formulare. Standardisiert werden auch Vitalzeichenkontrollen und Blutuntersuchungen durchgeführt. Die erhobenen Daten sind die Basis für alle weiterführenden Untersuchungen und therapeutischen Maßnahmen. Für die Internisten existiert ein Aufnahmestandard.

### 1.2.2. Nutzung von Vorbefunden

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

Schon bei der Einbestellung werden die Patienten in mehreren Abteilungen in schriftlicher Form auf das Mitbringen von Vorbefunden hingewiesen. Vorbefunde werden, ebenso wie alle aktuellen Befunde, mit der Patientenakte den mitbehandelnden Fachabteilungen zur Verfügung gestellt. Das Einsehen von im Haus erstellten Befunden wie Ultraschallbefunde, Endoskopieergebnisse, Operationsberichte sind im hauseigenen Informationssystem für konsiliarisch oder mitbehandelnde Ärzte des Hauses möglich. Bei Wiederaufnahme des Patienten können die vorliegenden Akten aus früheren Krankenhausaufenthalten genutzt werden.

### 1.2.3. Festlegung des Behandlungsprozesses

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

Für die Planung des Behandlungsprozesses ist der jeweilige Stationsarzt in enger Absprache mit Ober- und Chefarzt zuständig. Nach der ärztlichen Befunderhebung und Erstuntersuchung sowie der pflegerischen Ersteinschätzung wird für jeden Patienten schriftlich ein Diagnose- und Therapieplan erstellt und eine entsprechende Patientendokumentationsmappe angelegt. Die Umsetzung der angeordneten Maßnahmen erfolgt zeitnah. Die Überprüfung der Umsetzung und Wirksamkeit der Therapie erfolgt im Rahmen der gemeinsamen ärztlich / pflegerischen Visiten.

### 1.2.4. Integration von Patienten in die Behandlungsplanung

*Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.*

Um die Transparenz für den Patienten und seine Angehörigen zu gewährleisten, ist dessen Einbeziehung in die Behandlungsplanung ein Bestandteil der Behandlung. Die Ressourcen und Wünsche des Patienten werden bei der Behandlung mit einbezogen. Vor diagnostischen und therapeutischen Eingriffen erfolgt ein Aufklärungsgespräch durch den behandelnden Arzt mit Patienten und Angehörigen. Kulturelle, religiöse und sprachliche Besonderheiten werden berücksichtigt.

### 1.3. DURCHFÜHRUNG DER PATIENTENVERSORGUNG

*Die Behandlung jedes Patienten erfolgt in koordinierter Weise gemäß professioneller Standards, um bestmögliche Behandlungsergebnisse zu erzielen.*

#### 1.3.1. Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung

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

Für alle Abteilungen des Hauses ist Facharztstandard, sowie die Betreuung durch qualifiziertes Pflegepersonal sichergestellt. Eine erste Therapieplanung erfolgt bereits bei der Aufnahme des Patienten nach Befunderhebung, ersten diagnostischen Maßnahmen und der Auswertung von Laborwerten. Durch unsere Lieferapotheke ist die Versorgung mit Arzneimitteln rund um die Uhr gewährleistet. Eine systematische Patientenüberwachung durch qualifiziertes Fachpersonal stellt eine rechtzeitige Intervention bei Komplikationen sicher.

#### 1.3.2. Anwendung von Leitlinien

*Der Patientenversorgung werden Leitlinien und wo möglich Evidenzbezug zugrundegelegt.*

Die ärztliche Versorgung orientiert sich an den Leitlinien der unterschiedlichen Fachgesellschaften sowie wissenschaftlichen Erkenntnissen. In der Pflege existieren entsprechende Pflegestandards die im hausinternen Intranet hinterlegt und für jeden Mitarbeiter einsehbar sind. Derzeit werden in einzelnen Abteilungen Behandlungsablaufbeschreibungen für die wichtigsten Erkrankungen erstellt.

#### 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.*

Die Einbeziehung der Patienten und der Angehörigen in die Behandlung geschieht in erster Linie durch Gespräche bei der gemeinsamen Visite durch ärztliches und pflegerisches Fachpersonal, bei denen die geplanten Untersuchungen und Behandlungsschritte erklärt werden. Über den Stationsablauf gibt es in jedem Zimmer ausliegende schriftliche Informationen. Die hell und freundlich eingerichteten Patientenzimmer verfügen alle über eine Naßzelle. Eine Kapelle, ausreichende Aufenthaltsräume und eine Cafeteria mit Zugang zum Park stehen zur Verfügung.

#### 1.3.4. Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

*Die Verpflegung berücksichtigt die Erfordernisse, Bedürfnisse und Wünsche der Patienten.*

Aus einem reichhaltigen Essenangebot, im Rahmen seiner ärztlich festgelegten Kostform, kann sich jeder Patient täglich sein individuelles Essen auswählen. Entsprechende Speisen für Vegetarier und Muslime werden angeboten. Die Beratung durch eine geschulte Diätassistentin kann jederzeit in Anspruch genommen werden. Für Patienten mit Allergien, Unverträglichkeiten oder Sonderkostformen werden ebenfalls die benötigten Essenkomponenten individuell zusammengestellt.

#### 1.3.5. Koordinierung der Behandlung

*Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.*

Die Behandlungsplanung liegt in der Verantwortung des Arztes und wird schriftlich angeordnet. Die Koordination der Untersuchungen obliegt dem Pflegedienst. Hier erfolgen die Absprachen mit den zuständigen Abteilungen wie Funktionsdiagnostik, Röntgen, Endoskopie et cetera. Diagnostische Untersuchungen richten sich nach der medizinischen Dringlichkeit. Alle Anforderungen werden schriftlich angewiesen, die Dokumentation und Befundung erfolgt zeitnah. Bei operativen Eingriffen ist am Vortag die gesamte Diagnostik abgeschlossen und die Befunde liegen am Operationstag vor.

### 1.3.6. Koordinierung der Behandlung: OP-Koordination

*Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert*

Im Vorfeld jeder geplanten Operation findet eine ausführliche Aufklärung der Patienten durch Operateur und Anästhesist statt. Für die Durchführung von Operationen steht qualifiziertes Operations- und Anästhesiepersonal zur Verfügung. Die Planung vorhersehbarer Eingriffe erfolgt frühzeitig, auch im Hinblick auf die Bettenkapazität. Für Notfalloperationen steht jederzeit ein Operationsteam zur Verfügung. Zur Vor- und Nachbereitung von operativen Eingriffen existieren Standards.

### 1.3.7. Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

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

Es finden situationsabhängig und je nach Notwendigkeit interdisziplinäre Besprechungen mit den an der Behandlung Beteiligten statt. Es finden Beratungen zwischen den Ärzten statt. Sie werden zeitnah durchgeführt und die Ergebnisse dokumentiert. Entsprechende externe Vertragspartner sind ebenfalls darin eingebunden.

### 1.3.8. Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

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

Bei den gemeinsamen ärztlich/pflegerischen Visiten steht der Patient im Mittelpunkt. Die weiteren Behandlungsschritte werden für den Patienten verständlich gemeinsam geplant und der Heilungsverlauf überwacht. Oberarzt- und Chefarztvisiten finden mindestens einmal, teilweise sogar mehrmals die Woche statt. Die Ergebnisse der Visite werden dokumentiert und zeitnah umgesetzt. Andere Bereiche wie Ärzte anderer Fachbereiche, Physiotherapie und Sozialdienst können bei Bedarf zur Beratung zur Visite hinzugezogen werden.

## 1.4. ÜBERGANG 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.*

Die Festlegung des Entlassungstermins geschieht durch den behandelnden Arzt im Gespräch mit dem Patienten. Durch die rechtzeitige Fertigstellung der Entlassungspapiere, der Informationsübermittlung an die weiterbetreuenden Einrichtungen, der Klärung der Transportmodalitäten und der Information der Angehörigen ist eine termingerechte Entlassung möglich. Um im Bedarfsfall die rechtzeitige Weiterbetreuung sicherzustellen, erfolgt, (oft schon am Aufnahmetag) vor der Entlassung, die Einschaltung des hauseigenen Sozialdienstes beziehungsweise der Überleitungsschwester.

### 1.4.2. Bereitstellung kompletter Informationen zum Zeitpunkt des Überganges des Patienten in einen anderen Versorgungsbereich

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

Die Patienten erhalten am Entlassungstag ihren vorläufigen oder endgültigen Entlassungsbrief zur Weiterleitung an ihren Hausarzt. Bei pflegebedürftigen Patienten gewährleistet der Pflegeüberleitungsbogen die umfassende Information der weiterbetreuenden Einrichtung. Vorab erfolgt zusätzlich eine telefonische Übergabe über den jeweiligen Patienten durch die Überleitungsschwester an die weiterbetreuende Einrichtung.

### 1.4.3. Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

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

Die kontinuierliche Weiterbetreuung unserer Patienten in den weiterbetreuenden Einrichtungen ist durch die gute Zusammenarbeit unseres Sozialdienstes und der Überleitungsschwester mit diesen Einrichtungen gewährleistet. Kontakte bestehen zu Anbietern von ambulanten Diensten und zu stationären Altenpflegeeinrichtungen. Eine Station für Kurzzeitpflege ist dem Krankenhaus angegliedert. Die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln ist durch eine gute Zusammenarbeit mit den verschiedenen Sanitätsfachgeschäften vor Ort sichergestellt.

## 2. Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

### 2.1. PLANUNG DES PERSONALS

*Die Personalplanung sorgt für eine kontinuierliche Bereitstellung einer ausreichenden Anzahl an qualifizierten Mitarbeitern.*

#### 2.1.1. Planung des Personalbedarfs

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

Durch entsprechende Vorgaben bei der Personaleinstellung sowie die Einhaltung der seitens der Geschäftsleitung vorgegebenen Stellenpläne ist sichergestellt, dass in allen Abteilungen unseres Krankenhauses qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tätig sind. Aufgrund unserer geringen Personalfuktuation ist unter anderem eine konstante und fachlich versierte Patientenbetreuung gewährleistet. Die Dienstpläne der einzelnen Stationen beziehungsweise Abteilungen sind derart gestaltet, dass zu jeder Zeit kompetente Ansprechpartner zur Verfügung stehen.

### 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*

Die Besetzung von Schlüsselpositionen mit fachlich qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an unserem Hause ist ein wichtiges Anliegen. Mitarbeiter des Hauses, die ein besonderes Interesse oder auch Engagement zeigen, werden in ihren Bemühungen unterstützt und gefördert, durch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ihre fachliche als auch soziale Kompetenz zu erweitern. Dadurch ist es uns möglich, Führungspositionen hausintern zu besetzen.

#### 2.2.2. Festlegung der Qualifikation

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

Durch Stellenbeschreibungen, in welchen die Voraussetzungen, die Aufgaben als auch die Kompetenzen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen definiert sind, werden die Anforderungen an bestimmte Stelleninhaber festgelegt. In der täglichen Arbeit und in gemeinsamen Gesprächen mit den Vorgesetzten wird überprüft, ob ein Mitarbeiter diesen Anforderungen gewachsen ist, ob Qualifizierungsbedarf besteht oder ob ein anderer Einsatzort sinnvoller erscheint.

#### 2.2.3. Fort- und Weiterbildung

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

Zur Förderung der Wissens- und Arbeitsqualität unserer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen wird an unserem Hause eine Fort- und Weiterbildung betrieben. Die Qualifizierung geschieht durch hausinterne Fortbildungen, Fachweiterbildungen durch externe Bildungsinstitute oder Weiterbildungsmaßnahmen durch die Ärztekammer. Die stellvertretende Pflegedienstleitung initiiert und koordiniert entsprechende Fortbildungsveranstaltungen für die Mitarbeiter im Pflegedienst. Für alle anderen Berufsgruppen planen die jeweiligen Abteilungsleiter.

#### 2.2.4. Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

*Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.*

Für die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen steht den Abteilungen ein festgelegtes Jahresbudget zur Verfügung. In erster Linie werden solche Maßnahmen gefördert, die für das Haus von besonderem Interesse sind und Qualitätsverbesserungen mit sich bringen, aber auch alle Maßnahmen, die zu einer höheren Qualifikation des Einzelnen, wie zum Beispiel Facharztausbildung führen. Interessierte Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen können jederzeit ihre Fortbildungswünsche äußern und sich einbringen.

#### 2.2.5. Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

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

Um unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern jederzeit die Möglichkeit einer umfassenden Information zu geben, stehen ihnen zur Recherche die Fachbibliotheken der ärztlichen Abteilungen, die Bibliothek der Krankenpflegeschule, sowie monatlich abonnierte Fachzeitschriften für die unterschiedlichen Berufsgruppen als auch Fachabteilungen und das Internet zur Verfügung. So hat jede Abteilung einen Internetzugang. Rundschreiben von Fachgesellschaften werden in die Abteilungen gegeben.

#### 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. Kriterium 2.2.6 ist nur zu bearbeiten, wenn Ihre Einrichtung über angegliederte Ausbildungsstätten verfügt!*

Zur Sicherstellung einer fundierten praktischen Ausbildung unserer Auszubildenden werden diese auf den Stationen beziehungsweise in den Abteilungen durch qualifiziertes Personal, zum Beispiel Paten beziehungsweise Mentoren oder Praxisanleiterinnen, begleitet und angeleitet, um sie zu befähigen, die theoretischen Lerninhalte auch in die Praxis umsetzen zu können. Zur Lernzielkontrolle werden innerhalb der praktischen Einsätze mit den Auszubildenden diverse Zwischengespräche geführt. Ein Schülerhandbuch dient der Dokumentation von erlernten Tätigkeiten.

### 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 von Mitarbeitern berücksichtigt.*

Die Grundlage für unseren Führungsstil sind die Aussagen in unserem Leitbild, in welchem unter anderem auf Respekt, Kollegialität sowie Wertschätzung im täglichen Miteinander eingegangen wird. Jeder im Hause Tätige, unabhängig von seiner Person oder Funktion, ist angehalten nach diesen Vorgaben zu leben und sich daran zu orientieren. Durch Einbeziehung der Mitarbeiter in Projektarbeiten sowie entsprechende Kommunikationsstrukturen wird die Kooperation gefördert. Der freundliche Umgang untereinander wird durch Außenstehende wahrgenommen und rückgemeldet.

#### 2.3.2. Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

*Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.*

Die im Hause üblichen Arbeitszeiten richten sich nach den tarifrechtlichen Bestimmungen und den Auflagen der Arbeitszeitordnung. Sie sind für die verschiedenen Bereiche in einem festgelegten Rhythmus vorgegeben oder werden, beispielsweise für die Stationen, dienstplanmäßig frühzeitig festgelegt. Die Arbeitszeiten werden dokumentiert und seitens der Abteilungsleiter bzw. der Personalabteilung auf Einhaltung überprüft. Aufgrund der Wünsche von Mitarbeiterinnen sind eine Vielzahl von individuellen, familienfreundlichen Arbeitszeiten eingerichtet worden.

### 2.3.3. Einarbeitung von Mitarbeitern

*Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.*

Durch Einarbeitung neuer Mitarbeiter ist gewährleistet, dass diese innerhalb einer angemessenen Frist die vorgegebenen Lernziele erreichen können und den an sie gestellten Anforderungen gerecht werden. Die Einarbeitung erfolgt anhand Einarbeitungskonzepten und wird von verantwortlichen KollegInnen in Absprache mit den Vorgesetzten übernommen. In zeitlich festgelegten Zwischengesprächen werden die neuen KollegInnen über den jeweiligen Lernfortschritt und die weiteren Zielsetzungen informiert.

### 2.3.4. Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

*(Kriterium) Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zum Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden.*

Mitarbeiterideen und Verbesserungsvorschläge können jederzeit innerhalb des Teams oder beim Vorgesetzten unterbreitet werden. Sie werden entweder auf Abteilungsebene umgesetzt oder, handelt es sich um umfassende Maßnahmen, in Projektgruppen bearbeitet und auf Umsetzbarkeit überprüft. In diesen Projektgruppen ist in der Regel ein Mitglied der Krankenhausleitung als Entscheider mit eingebunden. Wünsche der Mitarbeiter können jederzeit dem zuständigen Vorgesetzten geäußert werden. Beschwerden werden ernstgenommen und vom Vorgesetzten möglichst einvernehmlich geregelt.

### 2.3.5. Ausscheiden von Mitarbeitern

*Das Ausscheiden von Mitarbeitern ist sinnvoll geregelt.*

Je nach Dauer der Betriebszugehörigkeit werden ausscheidende Mitarbeiter durch die Kollegen und Vorgesetzten in angemessener Form im kleinen Kreis verabschiedet. Es findet ein Abschlussgespräch mit dem Vorgesetzten statt. Für Mitarbeiter, die in den Ruhestand gehen, wird jeweils zum Ende des Jahres eine gemeinsame Verabschiedung im größeren Rahmen mit der Krankenhausleitung initiiert. Verstirbt ein Mitarbeiter wird seitens der Hausleitung ein Kondolenzschreiben verfasst und der Beerdigung beigewohnt. Durch eine hausinterne Sozialkasse können Angehörige auch eine finanzielle Unterstützung bekommen.

### 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*

Ein Arbeitsschutzausschuss ist im Hause etabliert. Der Arbeitsmediziner ist zusammen mit dem Sicherheitsbeauftragten für die Einhaltung der Sicherheitsbestimmungen zum Schutz der Patienten und des Personals vor gesundheitsschädlichen Einflüssen zuständig. Die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen des Strahlenschutzes für Patienten und Mitarbeiter wird durch den Strahlenschutzbeauftragten überwacht. Dieser ist auch für die regelmäßigen Unterweisungen der Mitarbeiter, die mit Röntgenstrahlen arbeiten, zuständig.

##### 3.1.2. Verfahren zum Brandschutz

*Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.*

Die Brandschutzeinrichtungen wurden zusammen mit der Berufsfeuerwehr Trier geplant; zur Berufsfeuerwehr besteht eine eigene Telefonverbindung. Wandhydranten und ausreichend Feuerlöscher für unterschiedliche Brandklassen sind in jeder Abteilung vorhanden. Der Brandschutzbeauftragte des Hauses ist für die Aktualisierung der Brandschutzordner zuständig. Flucht- und Rettungspläne hängen an exponierten Stellen aus. Die Alarmierungspläne sind aktualisiert.

##### 3.1.3. Verfahren zur Regelung bei hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz

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

Für das Elisabeth-Krankenhaus existiert ein Katastrophenschutzplan, der in jeder Abteilung hinterlegt ist, in dem von der Alarmierung bis zur Aufgabenverteilung im Katastrophenfall schriftliche Regelungen befinden. Dieser ist für jeden zugänglich. Die Alarmierungspläne der einzelnen Abteilungen sind nach dem "Schneeballsystem" angelegt und werden regelmäßig durch den Brandschutzbeauftragten aktualisiert. Die Funktion des Notstromaggregates wird monatlich getestet. Eine jährliche Wartung durch eine Fremdfirma findet statt.

##### 3.1.4. Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

*Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.*

Reanimationsübungen werden regelmäßig durchgeführt. Ein "Notfallteam" (Ärzte und Intensivpflegekräfte) steht jederzeit zur Verfügung. Die Alarmierung erfolgt über eine eigene, allen Stationen bekannte, Mobiltelefonnummer. Jede Abteilung verfügt über einen standardisierten Notfallkoffer. Die Notfalleinrichtung, Medikamente und tragbarer Defibrillator werden von der Intensivstation in einem Notfalleinrucksack zum Einsatzort mitgebracht. Die korrekte Funktion der Notfallmobiltelefone wird täglich morgens durch die Ambulanzmitarbeiter getestet.

##### 3.1.5. Gewährleistung der Patientensicherheit

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

Eine ausreichende Anzahl qualifizierter Pflegekräfte gewährleistet eine angemessene Betreuung unserer Patienten, die einer besonderen Aufsicht bedürfen. Im Bedarfsfall ist es, nach Rücksprache mit der Pflegedienstleitung, jederzeit möglich, den Personalstand auf den jeweiligen Abteilungen zu erhöhen. Der Krankenseingang ist abends zur Sicherheit unserer Patienten geschlossen, so dass das Krankenhaus nur noch nach Rücksprache mit dem Pförtner verlassen oder betreten werden kann.

## 3.2. HYGIENE

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

### 3.2.1. Organisation der Hygiene

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

Hygienepläne und Hygienerichtlinien sind nach den Empfehlungen des Robert Koch Instituts, Berlin, erstellt und für alle MitarbeiterInnen bindend. Die Hygienefachpfleger überprüfen regelmäßig die Einhaltung der dort festgelegten Anweisungen und Verfahrensregeln durch Begehungen und mikrobiologische Abstriche. Bei Abweichungen werden umgehend Korrekturmaßnahmen eingeleitet. Die Hygienekommission tagt 4x jährlich anhand einer festgelegten Tagesordnung. Hygieneverantwortlicher Arzt ist ein Oberarzt der Anästhesie und hygieneverantwortliche Pflegekraft der Pflegedirektor.

### 3.2.2. Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

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

Festgestellte meldepflichtige Erkrankungen werden durch den zuständigen Arzt umgehend an die Gesundheitsbehörden weitergeleitet. Infektionen im Krankenhaus werden inklusive der jeweiligen Symptome erfasst und statistisch ausgewertet. Die regelmäßige Testung von Gerätschaften, Instrumenten, Anästhesiezubehör, Lüftungsanlagen usw. auf ihren Hygienestatus erfolgt durch die Hygienefachpfleger. Die Ergebnisse werden dokumentiert und festgestellte Probleme mit den Abteilungen besprochen und behoben.

### 3.2.3. Planung und Durchführung hygiesichernder Maßnahmen

*Hygiesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.*

In den Hygieneordnern und den Hygieneplänen ist die Vorgehensweise zur Verhütung von Infektionen und der Umgang mit Infektionen detailliert beschrieben und verbindlich festgelegt. Die Einhaltung dieser Arbeitsanweisungen ist auch Bestandteil der Stellenbeschreibungen. Schulungen zu aktuellen Themen finden für alle beteiligten MitarbeiterInnen durch die Hygienefachpfleger statt. Unangemeldete Kontrollen und Begehungen durch die Hygienefachpfleger werden regelmäßig durchgeführt und mit Bildern protokolliert. Dabei eventuell festgestellte Mängel werden mit den Abteilungen besprochen und umgehend behoben.

### 3.2.4. Einhaltung von Hygienerichtlinien

*Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.*

Die Einhaltung der Hygienerichtlinien ist für die MitarbeiterInnen verbindlich vorgeschrieben. Die Hygienerichtlinien werden von den Hygienefachpflegern nach den Empfehlungen des Robert Koch Instituts aktualisiert. Die chargenbezogene Dokumentation des Sterilgutes erfolgt anhand der gesetzlichen Bestimmungen. Das HACCP-Konzept ist in der Krankenhausküche zur Gewährleistung der Lebensmittelsicherheit schon vor einigen Jahren umgesetzt worden. Mitarbeiterschulungen und Kontrollen finden durch den Küchenleiter statt.

### 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 geregelteres Verfahren zur Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut- und Blutprodukten, sowie Medizinprodukten.*

Alle von der Arzneimittelkommission festgelegten Arzneimittel sind in unserer hauseigenen Arzneimittelliste aufgeführt und auch in ausreichender Zahl vorrätig. Die Wiederbeschaffung von Arzneimitteln erfolgt nach einem festgelegten Procedere. Die Beschaffung von Blutprodukten erfolgt unter Verantwortung des Labors nach Anforderung durch den verordnenden Arzt. Blutkonserven der am häufigsten benötigten Blutgruppen sind vorrätig, andere werden innerhalb kürzester Zeit besorgt.

#### 3.3.2. Anwendung von Arzneimitteln

*Im Krankenhaus existiert ein geregelteres Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.*

Die Arzneimittelversorgung unserer Patienten ist jederzeit sichergestellt. Die hauseigene Arzneimittelliste wird regelmäßig durch die Arzneimittelkommission aktualisiert. Mitteilungen über unerwünschte Nebenwirkungen, Risiken und Herstellerwarnungen erfolgen an alle Abteilungen durch die Lieferapotheke. Die sachgerechte Lagerung der Arzneimittel wird durch die Lieferapotheke halbjährlich überprüft. Die Zytostatikazubereitungen erfolgen in der Lieferapotheke. Auch die umweltgerechte Entsorgung der gebrauchten Zytostatikamaterialien ist gewährleistet.

#### 3.3.3. Anwendung von Blut- und Blutprodukten

*Im Krankenhaus existiert ein geregelteres Verfahren zur Anwendung von Blut- und Blutprodukten.*

Der Umgang mit Blut- und Blutprodukten ist von der Transfusionskommission verbindlich für alle Abteilungen in einer Verfahrensanweisung festgelegt. Die Dokumentation und der Meldeweg für mögliche Zwischenfälle ist darin ebenfalls beschrieben. Die Chargen- und Patienten bezogene Dokumentation der Verwendung der Blut- und Blutprodukte erfolgt analog den gesetzlichen Bestimmungen auf den einzelnen Abteilungen. Durch regelmäßige Tagungen der Transfusionskommission ist gewährleistet, dass Neuerungen in der Transfusionsmedizin beachtet werden.

#### 3.3.4. Anwendung von Medizinprodukten

*Im Krankenhaus existiert ein geregelteres Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.*

Der Einkauf und die Lagerung von Medizinprodukten wird nach den gesetzlichen Bestimmungen durchgeführt. Die Anwender von technischen Medizinprodukten werden bei der Neueinführung von Geräten erfasst und entsprechend geschult. Alle messtechnischen und sicherheitstechnischen Kontrollen werden dokumentiert. Das Bestandsverzeichnis der technischen Medizinprodukte liegt beim Medizintechniker vor.

#### 3.3.5. Regelung des Umweltschutzes

*Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.*

Schon bei der Beschaffung neuer Produkte wird seitens der Verantwortlichen auf die Recyclingfähigkeit, einen geringen Schadstoffgehalt und auch auf die Abfallminimierung geachtet. Im Haus ist ein Abfallbeauftragter berufen. Zu dessen Aufgabe gehört unter anderem die Überwachung der korrekten Abfalltrennung durch die MitarbeiterInnen, die in Schulungen über die Abfalltrennung unterwiesen wurden. Der Energieverbrauch wird genau erfasst und analysiert. Durch technische Verbesserungen konnte in den letzten Jahren eine Reduzierung des Energieverbrauchs erreicht werden.

## 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 Patientendokumentation ist stationsbezogen angelegt. Art und Form wurden gemeinsam von Arzt und Pflege geregelt. Das verantwortliche Führen der Dokumentation liegt im Verantwortungsbereich der Pflege. Maßnahmen werden mit Handzeichen abgezeichnet. Eine nachvollziehbare Handzeichenliste liegt vor. Die Patientenakte wird von den an der Patientenversorgung Beteiligten genutzt. Die grundlegende Patientenverwaltung und -dokumentation wird mittels eingerichteter EDV-Programme unterstützt. Nach Abschluss der Behandlung wird die Akte im Archiv abgelegt.

#### 4.1.2. Dokumentation von Patientendaten

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

Bei der Patientenaufnahme erstellt der Arzt einen ausführlichen Vorbefunderhebungsbogen und einen Therapieplan. Auf der Station wird eine Pflegeerhebung durchgeführt und die Patientendokumentation angelegt. Im Rahmen der täglichen Visite und der Durchführung von pflegerischen und medizinischen Maßnahmen werden diese umgehend in die Dokumentation eingetragen. Befunde gelangen nach Erstellung umgehend auf die Station und werden, nach Kontrolle durch den Arzt, in die Patientenakte abgeheftet.

#### 4.1.3. Verfügbarkeit von Patientendaten

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

Die laufenden Patientenakten befinden sich im Stationszimmer einer jeden Station und sind jederzeit einsehbar. Alte Krankenblätter oder Patientenakten befinden sich, sortiert nach einem bestimmten System, im Archiv des Hauses und können tagsüber abgerufen werden. Außerhalb der regulären Dienstzeiten werden alte Krankenakten von der jeweiligen Abteilung besorgt. Entnommene Akten werden in der EDV des Archivars dokumentiert. Bestehen aus mehreren Krankenhausaufenthalten eines Patienten unterschiedliche Krankenakten, fügt der Archivar diese in der Regel zusammen.

### 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.*

In der morgendlichen, um 08.30 Uhr stattfindenden kurzen Stationsleiterkonferenz zusammen mit der Pflegedienstleitung, werden aktuelle Patienteninformationen, vor allem bezogen auf anstehende hausinterne Verlegungen, untereinander ausgetauscht. Bei Verlegungen wird ein ärztlicher Verlegungsbrief geschrieben. Im Rahmen der regelmäßigen Abteilungsleiterkonferenzen, der Teambesprechungen auf den Stationen, der unterschiedlichen Kommissionssitzungen werden abteilungsübergreifend die Kommunikationsstrukturen gepflegt und die Informationsweitergabe gefördert.

#### 4.2.2. Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

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

Im Eingangsbereich des Krankenhauses befinden sich Informationstafeln, auf denen die jeweiligen Diensthabenden namentlich benannt sind. Am Empfang, der 24 Stunden besetzt ist, sind alle Bereitschaftsdienstpläne, Telefonpläne, Verzeichnisse der Bereitschaftsapotheken et cetera hinterlegt und werden regelmäßig aktualisiert. Zur besseren und schnelleren Erreichbarkeit insbesondere der Diensthabenden wurden mobile Telefone angeschafft. Das Aufnahmebüro erstellt die Tagesstatistik der stationären Patienten die in der EDV hinterlegt und von den Pförtnern eingesehen werden kann.

#### 4.2.3. Information der Öffentlichkeit

*Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.*

Aktuelle Entwicklungen des Hauses werden situativ in der örtlichen Presse veröffentlicht. Eine regelmäßige Information erfolgt durch die Beilagen im Gemeindeblatt sowie durch die Hauszeitung, die auch den Arztpraxen zur Auslage zugesandt wird. Durch Maßnahmen wie Vernissagen im Hause, entsprechende Geburtsvorbereitungskurse, Arzt-Patienten Seminare, Diabetikerschulungen, Kindergarten- und Schulführungen sowie einer Internetpräsenz machen wir unser Krankenhaus mit seinem Leistungsspektrum der Öffentlichkeit zugänglich.

#### 4.2.4. Berücksichtigung des Datenschutzes

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

In unserer Klinik gibt es einen Datenschutzbeauftragten. Patienten bekommen bei der Aufnahme einen Behandlungsvertrag mit einem Merkblatt zu Datenschutzbestimmungen ausgehändigt. Neue Mitarbeiter müssen ein Formular zur "Verpflichtung des Datengeheimnisses" inhaltlich zur Kenntnis nehmen und unterschreiben. Patientenakten werden in den Stationszimmern beziehungsweise im Archiv verwaltet und sind nur berechtigten Personen zugänglich. Für in der EDV hinterlegte Patientendaten sind entsprechende Zugriffsrechte verteilt.

### **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.*

Die EDV - Vernetzung aller Abteilungen des Hauses befindet sich laufend im Aufbau und in der Nutzungserweiterung. Für die Systemsicherheit steht ein EDV-Administrator, auch telefonisch zur Verfügung. Die Leistungserfassung, die Abrechnung, die Übermittlung der Daten zur externen Qualitätssicherung, die Befundübermittlung sowie die Arztbriefschreibung werden EDV-unterstützt erfasst und weitergeleitet.

## 5. Trägerverantwortung und Krankenhausführung

### 5.0.1. Normative Vorgaben im Sinne von Leitbildern

*Der Träger übt durch normative Vorgaben Einfluss auf die strategische und operative Managementebene aus*

#### 5.0.1.1. Menschen, für die wir da sind

*Der Träger definiert aus der normativen Verantwortung mit der strategischen Managementebene Zielgruppen und Leistungsschwerpunkte*

Die zu betreuenden Zielgruppen beziehungsweise die Leistungsschwerpunkte definieren sich aus der Aufnahme in den Landeskrankenhauszielplan und dem damit verbundenen Versorgungsauftrag unseres Hauses im Rahmen der Grundversorgung. Das sich in diesem Rahmen bewegende medizinisch - pflegerische Leistungsspektrum mit den entsprechenden Schwerpunkten wird vom jeweiligen ärztlichen Abteilungsleiter, im Benehmen mit der Geschäftsführung, definiert. Gemäß unserem christlichen Auftrag sowie unseren Leitbildaussagen werden auch soziale Randgruppen in unserem Hause behandelt und betreut.

#### 5.0.1.2. Menschen, mit denen wir arbeiten

*Der Träger achtet darauf, dass in der Personalauswahl und -führung ein zielgerichteter Zusammenhalt zwischen den Gruppen eines Betriebes erhalten und gefördert wird.*

Bei der Personalauswahl müssen sich die Bewerber zur christlichen Wertegemeinschaft unserer Einrichtung, unabhängig von ihrer Religionszugehörigkeit, bekennen. Die Aussagen in unserem Leitbild zum Thema "unsere Mitarbeiter" sind für alle im Hause Tätigen verpflichtend. Durch unterschiedliche gemeinsame Aktivitäten wie Personalweihnachtsfeier, Betriebsausflug, Jubiläumsfeier, Adventsbasar wird das kollegiale Miteinander und Teamgefühl gefördert.

#### 5.0.1.3. Verpflichtung in und für die Gesellschaft

*Der Träger ist sich der Verantwortung bewusst, die er durch sein Handeln für die Gesellschaft übernimmt*

Der uns erteilte Versorgungsauftrag und die daraus resultierenden Behandlungsprozesse stehen inhaltlich und in der Ausführung im Einklang mit den Zielen unseres kirchlichen Trägers. Ziel der Betriebsleitung ist es, das Haus auch weiterhin auf eine gute wirtschaftliche Basis zu stellen und damit Arbeitsplätze zu sichern bzw. neue zu schaffen. In vielen Bereichen wurden familienfreundliche Teilzeitarbeitsplätze geschaffen. Kranke und Behinderte werden im Rahmen ihrer Möglichkeiten eingesetzt. Ein besonderes Anliegen ist die sinnvolle Kooperation mit anderen Einrichtungen im Gesundheitswesen.

#### 5.0.1.4. Einbindung in Kirchlichkeit

*Die Kirchlichkeit des Trägers wird in der Einrichtung spürbar.*

Durch die Einbindung von Mitgliedern des Presbyteriums in den Aufsichtsrat, durch die Organisation des Krankenhausbesuchsdienstes durch die evangelische Kirchengemeinde, durch die Erreichbarkeit eines evangelischen als auch katholischen Seelsorgers auf den Stationen durch die gemeinsamen samstäglichen Gottesdienste im Hause, durch die Erteilung der Kommunion und durch die Zusammenarbeit mit der Gemeinde vor Ort ist die Kirchlichkeit im Hause präsent.

#### 5.0.1.5. Leistungsausschlüsse

*Leistungsausschlüsse erfordern eine sorgsame ethische Begründung*

Unser Haus steht allen Patienten zur Aufnahme 24 Stunden offen. Eine Weiterleitung von Patienten geschieht nur aufgrund medizinischer Notwendigkeiten. Grundsätzliche Leistungsausschlüsse gibt es nicht. Bei ethischen Problemen entscheidet die Einzelfallprüfung. Die ethische Vertretbarkeit von Eingriffen und Behandlungen ist dahingehend geregelt, dass der Träger grundsätzlich erlaubt, was sich im gesetzlichen Rahmen bewegt. Jeder Arzt ist sich seiner ethischen Verantwortung bewusst und angehalten, die diesbezüglichen Regelungen, z.B. "Bundesärztlichen Richtlinien zur Sterbebegleitung" einzuhalten.

## 5.0.2. Führungskräfte

*Der Träger übt durch normative und strategische Vorgaben Einfluss auf die darunter liegende Managementebene aus*

### 5.0.2.1. Führungskräfte

*Auswahl und Förderung von Führungskräften*

Leitungspositionen werden in der Regel hausintern, auf Vorschlag der Vorgesetzten, von Mitarbeitern besetzt, die sich durch fachliches Wissen, Engagement, soziale Kompetenz und Berufserfahrung qualifiziert haben. Zur Förderung der Führungskompetenzen werden Mitarbeiter aus dem Pflegedienst zu entsprechenden Fachweiterbildungen entsandt.

### 5.0.2.2. Managementgrundsätze

*Die Managementgrundsätze spiegeln die Wertvorstellungen des Trägers*

Gemäß den Vorgaben in unserem Leitbild ist es unser Ziel und unsere Verpflichtung, den Patienten in seiner Ganzheit zu erfassen, um ihm auf dieser Grundlage die notwendige Behandlung und Betreuung zukommen zu lassen. Aufeinigen Stationen existieren Organisationshandbücher, in welchen Arbeitsabläufe und Maßnahmen verbindlich geregelt sind. Maßnahmen zur Risikoprävention wie Patientenaufklärung, Einhaltung der Hygienerichtlinien sowie der Arbeitsschutzbestimmungen et cetera helfen, Fehler zu vermeiden.

### 5.0.2.3. Personalmanagement

*Das Personalmanagement bedarf einer besonderen Sorgfalt*

Im Leitbild unseres Hauses steht "Die Mitarbeiter sind unser wichtigstes Kapital". Dementsprechend ist es für uns eine Selbstverständlichkeit, durch unterschiedliche Maßnahmen wie Einbindung der Mitarbeiter in Veränderungs- und Entscheidungsprozesse, gemeinsame Veranstaltungen oder Überbringung kleinerer Aufmerksamkeiten zu runden Geburtstagen und Jubiläen, die Mitarbeiterzufriedenheit zu fördern. Bisher waren keine betriebsbedingten Kündigungen notwendig. Die Kernaussage einer Mitarbeiterbefragung in 2000 ergab, dass 92% der Aussage zustimmten: "Ich bin gerne Mitarbeiter dieses Hauses! "

### 5.0.2.4. Ethik

*Die christliche Ethik ist die Basis für Entscheidungen*

Grundlage unseres ethischen Handelns sind die christlichen Wertvorstellungen, wiedergegeben in der Präambel unseres Leitbildes. Ethische Fragen werden situativ auf den Einzelfall bezogen, auf der Ebene der leitenden Abteilungsärzte besprochen und gemeinsam im Team, zusammen mit der Pflege, abgestimmt. Dabei werden die Angehörigen in die Entscheidungsfindung mit eingebunden. Die Hinzuziehung eines Krankenhausseelsorgers ist jederzeit möglich.

### 5.0.2.5. Öffentlichkeitsarbeit

*Öffentlichkeitsarbeit stellt Ziele und Ergebnisse des caritativen Handelns vor*

Im Rahmen einer breit gefächerten Öffentlichkeitsarbeit wird die Leistungs- und Innovationsfähigkeit unseres Hauses präsentiert. Dies geschieht von Zeit zu Zeit über entsprechende Presseberichte in der Tageszeitung, regelmäßige Publikationen im Gemeindebrief, Durchführung von Veranstaltungsreihen wie Arzt-Patienten-Seminare, eine hauseigene Zeitung sowie Vernissagen in unserem Hause.

### 5.0.3. Strukturvorgaben zur durchgängigen Sicherung der Umsetzung christlicher Kompetenz in praktisches Handeln und Verhalten

*Der Träger übt durch normative Vorgaben Einfluss auf die strategische und operative Managementebene aus.*

#### 5.0.3.1. Fort- und Weiterbildungsangebote

*Fort- und Weiterbildung sind Aufgaben mit gesellschaftlicher Relevanz*

Zur Förderung der Wissens- und Arbeitsqualität der Mitarbeiter des Hauses werden innerbetriebliche als auch externe Fort- und Weiterbildungen durchgeführt. Die Themen richten sich nach den Notwendigkeiten des Hauses, nach der Weiterbildungsordnung für Ärzte, orientieren sich an aktuellen gesundheitspolitischen Themen aber auch an den Bedürfnissen der Mitarbeiter. Die pflegerischen Fachausbildungen für die Intensivpflege, Anästhesie als auch Operationsfachkraft gehören zu den regelmäßig durchgeführten Fachweiterbildungen durch ein benachbartes Bildungsinstitut.

#### 5.0.3.2. Personelle Besetzungen

*Personelle Besetzungen realisieren die Umsetzung normativer und strategischer Vorgaben*

Sind Beschäftigte des Hauses den täglichen Belastungen nicht mehr gewachsen, wird im Benehmen mit allen Betroffenen versucht, auch diesen Mitarbeitern noch eine Perspektive in unserem Hause zu geben. Dies geschieht beispielsweise durch Reduzierung der Arbeitszeiten oder eine hausinterne Versetzung. Sind hausintern keine Möglichkeiten gegeben, werden den Betroffenen im Rahmen von individuellen Entwicklungsgesprächen berufliche Alternativen aufgezeigt und wird bei der Erledigung notwendiger Formalitäten seitens der Personalleitung Hilfestellung geleistet.

#### 5.0.3.3. Ressourcen für besondere Aufgaben

*Die Erfüllung des kirchlichen Auftrags erfordert mitunter besondere Investitionen*

Die Patienten, deren Angehörige aber auch die Mitarbeiter des Hauses haben jederzeit die Möglichkeit, in besonderen Konflikt- und Belastungssituationen Hilfe in Form von Gesprächen durch die Seelsorger aber auch durch den Vorgesetzten zu bekommen und sich in entsprechende Räumlichkeiten zurückzuziehen. Zur inneren Einkehr und zum Gebet steht die Krankenhauskapelle zur Verfügung. Angehörige von Verstorbenen können sich im Patientenzimmer oder aber in eigens eingerichteten "Abschiedszimmern" vom Verstorbenen verabschieden.

### 5.0.4. Verhältnis zwischen Wirtschaftlichkeit und Christlichkeit

*Der Träger übt durch normative Vorgaben Einfluss auf die strategische und operative Managementebene aus*

#### 5.0.4.1. Förderung der Umsetzung christlicher Leitbilder in der Tagesarbeit

*Leitbilder werden nur dann wirksam, wenn sie vorgelebt werden*

Die Leitbilderstellung wurde vom Träger ausdrücklich begrüßt und durch die Bereitstellung der notwendigen Ressourcen unterstützt. Bei der Erstellung waren Mitarbeiter aus unterschiedlichen Bereichen des Hauses und unterschiedlichen Berufsgruppen beteiligt. Jeder Mitarbeiter hat das Leitbild erhalten und ist angehalten, sein Verhalten daran zu orientieren. Akut in Not geratene Mitarbeiter können, außer eines vertraulichen Beratungsangebotes oder einer immateriellen Unterstützung, auch eine finanzielle Unterstützung aus der Mitarbeiter-Sozialkasse des Hauses bekommen.

## 5.0.5. Regelinformation und Bewertung von leitenden Mitarbeitern

*Der Träger sichert durch Vorgaben die positive Entwicklung des Krankenhauses*

### 5.0.5.1. Managementinformationssystem

*Die Steuerung des Geschehens gelingt mit einem angemessenen Informationssystem*

Transparente Stellenpläne werden jährlich auf der Grundlage der Vorjahreszahlen durch die Geschäftsleitung erstellt und, in Absprache mit den Abteilungsleitern, vorgegeben. Aufgrund der seit Jahren bestehenden Budgetdeckelung gibt es hier kaum Veränderungen. Die wirtschaftlich relevanten Daten des Hauses werden erfasst und den Abteilungsleitern zur Information beziehungsweise Stellungnahme regelmäßig übermittelt. Projekte, die für das Haus von größerer Bedeutung sind, werden dem Aufsichtsrat als auch dem Gesellschafter vorgestellt.

### 5.0.5.2. Patientenzufriedenheit

*Die Zufriedenheit des Patienten ist zentrales Ziel des Kernprozesses eines Krankenhauses und bedarf einer konstanten Fürsorge*

Die Patientenzufriedenheit ist unser oberstes Gebot. Deshalb wird seit Jahren eine laufende Patientenbefragung mittels eines Fragebogens durchgeführt. Alle abgegebenen Bögen gelangen zur Geschäftsführung. Besondere Einträge werden umgehend den betroffenen Abteilungsleitern mit der Bitte um Stellungnahme und Unterbreitung von Lösungsvorschlägen weitergeleitet. Alle Ergebnisse werden durch ein externes Institut ausgewertet und vierteljährlich veröffentlicht. Für die Erfassung und Bearbeitung von Beschwerden existieren ein "Kritikerfassungsbogen" und eine Verfahrensanweisung.

### 5.0.5.3. Mitarbeiterzufriedenheit

*Die Zufriedenheit der Leistungserbringer wirkt auf die Zufriedenheit der Patienten und Partner der Einrichtung*

Zur Erfassung der Mitarbeiterzufriedenheit wurde in 2000 eine umfassende Mitarbeiterbefragung zu den Themen Zufriedenheit am Arbeitsplatz und der Bitte um Verbesserungsvorschläge durchgeführt. Aus den Ergebnissen heraus ergaben sich diverse Projektgruppen, die sich für die Umsetzung der Vorschläge einsetzten. Aufgrund dessen wurde auch ein Leitbild entwickelt, in welchem insbesondere auf die gemeinsame Zusammenarbeit, Respekt, Wertschätzung und Konfliktverhalten eingegangen wird. Für das Jahr 2005 ist eine erneute Befragung vorgesehen.

## 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.*

Die Leitbilderstellung war ein Ergebnis der Mitarbeiterbefragung. In einer interdisziplinär und interprofessionell zusammengestellten Projektgruppe wurde, unter Leitung eines externen Beraters, ein Leitbild für unser Haus entwickelt. Durch den Aufruf an alle Mitarbeiter, der Stationen und Abteilungen des Hauses, ihre Vorstellungen von einem Leitbild mit einzubringen, konnte das Leitbild ein Spiegel der Bedürfnisse und Wünsche einer breiten Basis von Mitarbeitern des Hauses werden. Die Präambel zu unserem Leitbild wurde von einem Mitglied der evangelischen Kirchengemeinde eingebracht.

## 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.*

Anhand der wirtschaftlichen Daten sowie der gesundheitspolitischen Gesetzgebung werden seitens der Geschäftsleitung, in Kooperation mit dem Direktorium sowie den Abteilungsleitern, kurz-, mittel- beziehungsweise langfristige Ziele geplant. Diese werden mit dem Gesellschafter abgestimmt. Im Rahmen von Gremiensitzungen wird die Zielerreichung überprüft. Im Rahmen von "Innovationstreffen" mit den Abteilungsleitern wurden neue Perspektiven für das Haus erarbeitet und teilweise auch umgesetzt, so zum Beispiel die Einrichtung einer Kurzzeitpflegestation.

### 5.2.2. Festlegung einer Organisationsstruktur

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

Alle Funktionsträger unseres Hauses sind in einem, bei Bedarf aktualisierten Organigramm namentlich benannt. Für die Geschäftsprozesse zeichnen die beiden Geschäftsführer verantwortlich, die Hausleitung besteht aus dem Direktorium. Für die Kommissionsarbeit sind entsprechende Mitarbeiter verantwortlich benannt. Projektgruppen sind meist abteilungs- und berufsgruppenübergreifend zusammengesetzt und bekommen einen Projektauftrag. Eine Projektbegleitung erfolgt häufig durch ein Mitglied des Direktoriums.

### 5.2.3. Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

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

Aufgrund der vorherigen Wirtschaftsperiode wird seitens der Geschäftsführung ein Finanz- und Wirtschaftsplan erstellt. Die Strategie erstreckt sich aufgrund der Budgetdeckelung insbesondere auf kostenreduzierende und erlössichernde Maßnahmen. Den Abteilungsleitern wird ein fester Stellenplan zugewiesen, der strikt eingehalten werden muss. Investive Mittel werden von der Geschäftsführung unter Mitwirkung der verantwortlichen Abteilungsleiter verteilt. Monatliche betriebswirtschaftliche Analysen sorgen für Transparenz und entsprechende Steuerungsmöglichkeiten.

## 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.*

Zu den im Hause eingerichteten Leitungsgremien gehören die ärztlichen Abteilungsleiter mit der Geschäftsführung als auch die Pflegedienstleitung, die sich monatlich zum "Jour-fixe" treffen. Das Direktorium tagt einmal wöchentlich, die Stationsleiterkonferenz einmal monatlich. Für besondere Aufgaben existieren Kommissionen, wie Hygiene-, Transfusions- oder Arzneimittelkommission, die sich, je nach organisatorischen Notwendigkeiten, zusammenfinden. In allen Fällen werden Tagesordnungen und Sitzungsprotokolle erstellt und über die Abteilungsleiter kommuniziert.

### 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.*

Durch regelmäßig stattfindende Gespräche ist eine effektive Arbeitsweise der Krankenhausleitung gewährleistet. Anhand von erstellten Tagesordnungen werden anstehende Themen besprochen, diskutiert und zur Beschlussreife gebracht. Durch die Einbindung von Mitgliedern des Krankenhausesdirektoriums in Projektgruppen sind diese laufend über den Sachstand informiert. Die Pflegedienstleitung ist gleichzeitig Qualitätsbeauftragter des Hauses und für die Projektsteuerung verantwortlich.

### 5.3.3. Information der Krankenhausführung

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

In Form einer betriebswirtschaftlichen Analyse erhält die Geschäftsführung als auch die Hausleitung monatlich umfangreiches Datenmaterial seitens der Buchhaltung zur Überprüfung der Entwicklung des Hauses. Im Rahmen der wöchentlichen Sitzungen des Direktoriums beziehungsweise der monatlichen "Jour-fixe"-Treffen werden die Kennzahlen analysiert. Die Mitglieder des Direktoriums informieren sich in ihren regelmäßigen Sitzungen über aktuelle Entwicklungen in ihren Zuständigkeitsbereichen. Protokolle der Kommissionssitzungen werden der Geschäftsführung zur Kenntnis überreicht.

### 5.3.4. Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

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

Vertrauen und Wertschätzung sind die Basis für eine erfolgreiche Zusammenarbeit im Sinne der gemeinsamen Zielsetzung unseres Hauses. An konkreten Maßnahmen gehören hierzu die Wahrung der Vertraulichkeit und Diskretion, Üben von Offenheit und Respekt, eine umfassende und korrekte Mitarbeiterinformation, die Einbindung von Mitarbeitern in Prozesse, eine konstruktive Zusammenarbeit mit der Mitarbeitervertretung aber auch die vielen informellen Gespräche "am Rande der Arbeit" sowie die Unterstützung unserer Mitarbeiter in persönlichen Notlagen.

## 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.*

Ethisches Handeln unterliegt unserem christlichen Verständnis und ist in der Präambel unseres Leitbildes festgeschrieben. Ethische Fragen werden situativ auf den Einzelfall bezogen auf der ärztlichen Ebene, zusammen mit der Pflege erörtert und das weitere Vorgehen, in Absprache mit den Angehörigen, festgelegt und dokumentiert. Es ist jederzeit möglich, einen Krankenhausesseelsorger bei ethischen Fragestellungen mit einzubeziehen.

### 5.4.2. Umgang mit sterbenden Patienten

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

Für die Begleitung Sterbender wurde eine Leitlinie erstellt. Die individuelle Unterstützung im Rahmen der Körperpflege, Nahrungsaufnahme und Schmerzerleichterung steht im Vordergrund. Die Zeit des Abschiednehmens orientiert sich möglichst an den Bedürfnissen des Sterbenden, die in ihren Zimmern allein liegen können. Angehörige haben Zeit und Raum, sich zu verabschieden, wenn gewünscht auch mit Übernachtung. Die Krankenhausesseelsorger stehen jederzeit zur Begleitung und Krankensalbung zur Verfügung. Patientenverfügungen sind für Ärzte und Pflegepersonal bindend.

#### 5.4.3. Umgang mit Verstorbenen

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

Auch für die Versorgung Verstorbener existiert ein Leitfaden. Angehörige haben die Möglichkeit des würdevollen Abschiednehmens in entsprechenden "Abschiedszimmern" und werden von Mitarbeitern und Krankenhauseelsorgern entsprechend unterstützt und beraten. Bei Totgeburten wird den Eltern auf Wunsch ein Foto, eine Haarlocke, ein Hand- als auch Fußabdruck als Andenken übergeben. Das Kind wird für die Zeit des Abschiednehmens in dem "Moseskorbchen" im Kreissaal aufgebahrt und vom Seelsorger gesegnet. Das anschließende Beerdigungsritual liegt im Ermessen der Angehörigen.

## 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.*

Seit April 2000 besteht eine Qualitätsmanagement - Steuerungsgruppe, die sich aus der Pflegedienstleitung, dem Verwaltungsdirektor sowie einem Oberarzt des Hauses zusammensetzt. Diese wurde im Aufbau des Qualitätsmanagements durch einen externen Berater beraten und begleitet. Zur "Bestandsaufnahme" wurden interne und externe Befragungen durchgeführt, "Innovationstreffen" veranstaltet und aufgrund der Ergebnisse berufs- und bereichsübergreifende Projektgruppen gebildet.

#### 6.1.2. Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

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

Qualitätsziele ergeben sich aus den Ergebnissen der laufenden Patientenbefragung, der Befragung der niedergelassenen Ärzte oder der Krankenwagenfahrer aber auch aufgrund interner Prozessprüfungen beziehungsweise strategischer Planungen. Im Rahmen der "Ist-Analysen" durch eine externe Beraterfirma wurden Ziele formuliert.

### 6.2. QUALITÄTSMANAGEMENTSYSTEM

*Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.*

#### 6.2.1. Organisation des Qualitätsmanagements

*Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.*

Verantwortlich für die effektive Organisation des Qualitätsmanagements in unserem Hause ist die Krankenhausführung. Im Rahmen der Selbstbewertung nach proCum Cert wurden 8 Kategorienbeauftragte ernannt, die sich, gemeinsam mit ihrer Arbeitsgruppe, um die Projekterreichung kümmern. In entsprechenden Schulungsmaßnahmen wurden sie auf ihre Aufgabe vorbereitet. Die Mitglieder der Steuerungsgruppe (EFQM-Assessorenausbildung, proCum Cert - Mentorenausbildung, DIN -ISO Ausbildung) begleiten die Projektgruppen.

#### 6.2.2. Methoden der internen Qualitätssicherung

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

Im Rahmen der diversen Leitungssitzungen werden qualitätsrelevante Probleme erörtert und Verbesserungsmaßnahmen aufgezeigt. Regelmäßig durchgeführte diverse Messungen und Untersuchungen sowie Hausbegehungen durch die Klinikhygiene liefern systematisch Daten und führen zu Korrekturmaßnahmen. Die regelmäßige Patientenbefragung sowie die proCum Cert-Selbstbewertung und die damit verbundene Hausanalyse werden als Instrument der Qualitätsanalyse und -sicherung eingesetzt.

### 6.3. SAMMLUNG / ANALYSE QUALITÄTSRELEVANTER DATEN

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

#### 6.3.1. Sammlung qualitätsrelevanter Daten

*Qualitätsrelevante Daten werden systematisch erhoben.*

Das Haus nimmt an den gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung teil. So erfolgen regelmäßig Meldungen an die Unikliniken Hannover und Magdeburg zur Erfassung colorectaler Karzinome. Weiter eingebunden sind wir in der Qualitätssicherung der Geburtshilfe am Zentrum für Gesundheitswesen der Ärztekammer sowie im Untersuchungsprogramm der Uni-Kliniken Mainz zur Ermittlung der Missbildungsraten. Die Daten werden per EDV übermittelt. Auf Anfrage wird innerhalb der ärztlichen Abteilungen an Studien (SAMI-Studie bezüglich akutem Koronarsyndrom) teilgenommen.

#### 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 Krankenversorgung genutzt.*

Im Jahr 2000 wurde eine anonymisierte Mitarbeiterbefragung durchgeführt. Die Ergebnisse wurden den Mitarbeitern von der Betriebsleitung und der Mitarbeitervertretung vorgestellt und führten zur Einrichtung von Projektgruppen. Die Patientenbefragung wird laufend durchgeführt. Die Ergebnisse werden zeitnah den Abteilungsleitern zur Stellungnahme übermittelt, ansonsten systematisch alle drei Monat durch eine externe Firma ausgewertet. Eine Befragung der Niedergelassenen führte im Ergebnis unter anderem zu einer Änderung im Verfahrender Arztbriefschreibung.

#### 6.3.3. Umgang mit Patientenwünschen und -beschwerden

*Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.*

Im Rahmen der kontinuierlichen Patientenbefragung werden Patientenwünsche als auch -beschwerden in anonymisierter Form erfasst. Alle eingehenden Fragebögen erreichen ausnahmslos den Verwaltungsdirektor. Wenn der Name angegeben wurde, wird mit dem Betroffenen umgehend Kontakt gesucht. Die Ergebnisse werden den zuständigen Abteilungsleitern mitgeteilt und mit ihnen Maßnahmen der Qualitätsverbesserung besprochen. Weiterhin steht der Patientenführsprecher zur Entgegennahme von Wünschen oder Beschwerden zur Verfügung.

## 7. Spiritualität

### 7.1. Spiritualität in der Patientenbegleitung

*Ein wesentliches Element der Seelsorge ist die Begleitung von Patienten*

#### 7.1.1. Spirituelle Lebensbegleitung

*Die Seelsorge begleitet den Menschen in Zeiten der Krise, Freude und Trauer*

Patienten, deren Angehörige aber auch MitarbeiterInnen haben die Möglichkeit, Begleitung und geistliche Hilfe zu erfahren. Dafür stehen je ein evangelischer sowie ein katholischer hauptamtlicher Seelsorger sowie mehrere ehrenamtliche Helferinnen beider Konfessionen zur Verfügung. Die Gesprächsvermittlung geschieht in der Regel durch die Pflegenden beziehungsweise Ärzte der Stationen.

#### 7.1.2. Spirituelle Sterbebegleitung

*Sterbende werden spirituell begleitet*

Sterbende Patienten aber auch besonders die Angehörigen und die Pflegenden werden durch den Seelsorger begleitet. Sterbende, die in ihren Zimmern allein liegen können, sollen möglichst nicht allein bleiben. Deshalb wird den Angehörigen ein größtmöglicher Freiraum für die Begleitung der Sterbenden und das Abschiednehmen gegeben. So ist zum Beispiel auch eine Übernachtung für Angehörige jederzeit und unbegrenzt möglich. Auf Wunsch wird der Seelsorger gerufen, auch wenn der Patient bereits verstorben ist. Seitens der Seelsorger werden den Mitarbeitern zum Thema Sterbebegleitung Fortbildungen angeboten.

### 7.2. Spiritualität und Mitarbeiter

*Die Mitarbeiter entwickeln ihre Spiritualität und werden dabei unterstützt*

#### 7.2.1. Spirituelle Berufsbegleitung

*Für die Entwicklung der Spiritualität gibt es eine spirituelle Berufsbegleitung*

Das gesamte Personal ist Träger des christlichen Auftrages unseres Krankenhauses, deshalb werden sie in ihrer spirituellen Kompetenz unterstützt. Es ist den Mitarbeitern jederzeit möglich, in persönlichen oder berufsbezogenen Anliegen mit den Seelsorgern in Kontakt zu treten beziehungsweise diese anzusprechen, wenn sie die Station besuchen. Im Rahmen von Fortbildungen – zum Beispiel werden im Anschluss an die regelmäßigen Reanimationsfortbildungen den Teilnehmern seitens des evangelischen Pfarrers Grundzüge und Aufgaben der Notfallseelsorge vermittelt - werden die Mitarbeiter geschult.

### 7.3. Seelsorgekonzept

*Die Seelsorge im Krankenhaus orientiert sich an dem Konzept der Diözese bzw. Landeskirche und des Trägers.*

#### 7.3.1. Organisation der Seelsorge

Die Seelsorgedienste orientieren sich am Leitbild des Trägers, dem ökumenischen Seelsorgekonzept und entsprechenden kirchlichen Dokumenten. Ein evangelischer Pastor (als Teilbereich seiner Tätigkeit im Sonderdienst ) und katholischer Priester ( mit halber Stelle ), außerdem mehrere Seelsorgehelferinnen im Besuchsdienst stehen zur Verfügung. Durch die Rufbereitschaft in Absprache mit dem benachbarten Krankenhaus steht die Seelsorge 24 Stunden zur Verfügung. Es existiert ein Seelsorgekonzept. Durch entsprechende Fortbildungen und Seminare werden die Seelsorger sowie Ehrenamtlichen regelmäßig weiterqualifiziert.

### 7.3.2. Angebote der Seelsorge

*Eine qualifizierte Seelsorge zeigt sich in konkreten Angeboten*

Die Krankenhauseelsorger beider Konfessionen sind zeitweise im Haus präsent und darüber hinaus ständig erreichbar. Jeden Samstag findet ein ökumenischer Gottesdienst in der Hauskapelle statt, der über den Hausfernseher in jedes Zimmer übertragen wird und auf Wunsch angesehen werden kann. Jeden Sonntag wird seitens der katholischen Seelsorge auf Wunsch die Kommunion am Krankenbett ausgeteilt.

### 7.3.3. Zusammenarbeit mit der Kirchengemeinde

*Qualifizierte Seelsorge arbeitet mit der Kirchengemeinde zusammen*

Gesellschafter des Krankenhauses ist die evangelische Kirchengemeinde Trier. Presbyteriumsmitglieder sind auch Mitglieder im Aufsichtsrat. Somit ist eine enge Bindung an die evangelische Kirchengemeinde gegeben. Das Krankenhaus präsentiert sich regelmäßig im Gemeindebrief, der Besuchsdienst wird von Gemeindemitgliedern geregelt, Konfirmanden machen im Rahmen ihres Unterrichtes ein dreitägiges Praktikum auf einer Pflegestation im Hause. Basare und Veranstaltungen stehen allen Gemeindemitgliedern offen. In den monatlichen Sitzungen des Presbyteriums berichtet der Geschäftsführer über Angebote und Planungen im Krankenhaus.

## 7.4. Begegnungsstätten

*Das kirchliche Krankenhaus braucht Räume der Stille und Begegnung.*

### 7.4.1. Raumangebot

*Das Krankenhaus verfügt über Räume der Stille und Begegnung.*

Für Gespräche steht den Seelsorgern ein Büro zur Verfügung. Auch auf den Stationen findet sich immer ein geeigneter Raum, wobei Gespräche in der Regel im Krankenzimmer stattfinden. Die Krankenhauskapelle, auch für Rollstuhlfahrer erreichbar, befindet sich im Foyer und steht allen jederzeit zur Besinnung offen. Gottesdienste werden auf die Stationen übertragen. Für die Verabschiedung von Verstorbenen stehen zwei kleine Abschiedsräume zur Verfügung.

## 7.5. Spiritualität und Seelsorge

*Es wird ein Resümee gezogen, wie Spiritualität und Seelsorge in den Betriebsalltag integriert werden.*

### 7.5.1. Konzept und Durchdringung des Betriebsablaufs mit spirituellen Inhalten

*Spiritualität und Seelsorge werden erst dann für Patienten und Mitarbeiter fühlbar, wenn sie den gesamten Betrieb durchdringen.*

Das christliche Menschenbild sowie unsere Leitbildaussagen sind Grundlage unserer täglichen Arbeit. Unterstützung erfahren wir durch die unterschiedlichen Angebote der Seelsorge, die in einem Seelsorgekonzept hinterlegt sind. Entsprechende Räumlichkeiten, die Begleitung der Mitarbeiter, Patienten und deren Angehörigen in allen Facetten des Lebens und des Sterbens durch die Seelsorger sorgen für die Umsetzung christlicher Werte im Hause.

## 8. Gesellschaft

### 8.1. Bildungsauftrag

#### 8.1.1. Wahrnehmung der Bildungsaufgaben des Krankenhauses

Durch unsere seit 1992 bestehende Kooperation mit dem Bildungsinstitut des benachbarten Bräuerkrankenhauses Trier, stellen wir eine qualifizierte und breitgefächerte Ausbildung unserer KrankenpflegeschülerInnen und Mitarbeiter im Pflegedienst sicher. Die theoretische Ausbildung orientiert sich am geltenden Gesetz und dem Curriculum "Pflegen können". Die Umsetzung in die Praxis ist durch klinischen Unterricht und ein Mentorensystem sichergestellt. Es besteht eine enge Zusammenarbeit zwischen Schule und Praxis. Der Lernerfolg wird regelmäßig in Klausuren und praktischen Lernerfolgskontrollen überprüft.

#### 8.1.2. Auswahlverfahren

Die Bewerberauswahl orientiert sich am geltenden Krankenpflegegesetz und an hausintern festgelegten Parametern. Der Notendurchschnitt aus abgestuften Fächern, die je nach Schulart unterschiedlich sein können, muß mindestens 3,0 betragen. Weitere Kriterien sind die Qualität des Bewerbungsschreibens (Form, Lichtbild) und der persönliche Eindruck, den der Bewerber im Bewerbungsgespräch hinterläßt, welches in der Regel der Schulleiter führt.

#### 8.1.3. Außenbeziehungen

Durch unsere Kooperation mit dem Bildungsinstitut des Bräuerkrankenhauses Trier besteht sowohl in der Aus- als auch in der Weiterbildung die Möglichkeit der Fachpraktika im jeweils anderen Haus. Im Bereich der ambulanten Versorgung setzen wir unsere Schüler an christlichen Sozialstationen ein. Unsere Krankenpflegeschule ist auf der Homepage des Krankenhauses präsent und überregional im Heft WO? sowie der Online Datei KURS des Arbeitsamtes. Wir ermöglichen Berufsfindungspraktika und Praktika für andere Berufsgruppen, zum Beispiel der Rettungsdienstschule der Berufsfeuerwehr Trier, Medizinisch-Technisch-Assistenz-Schule, Medizinstudenten.

### 8.2. Vernetzung mit anderen sozialen Diensten

#### 8.2.1. Einbindung in die Region: Das Krankenhaus ist in die Versorgungsregion aktiv eingebunden

Es ist erklärtes Ziel, die Leistungsangebote der ambulanten und stationären Altenhilfe, der Rehabilitation, der Selbsthilfegruppen und Behindertenhilfe unseren Patienten und ihren Angehörigen umfassend zur Verfügung zu stellen. Ein intensiver Austausch mit den Kooperationspartnern und die Mitarbeit in Arbeitskreisen der Region dienen der bedarfsorientierten Nachsorge ohne Qualitätsverlust, der Patientenzufriedenheit und der Optimierung der Netzwerkarbeit.

### 8.3. Umweltschutz

*Im Umweltschutz manifestiert sich die gelebte Verantwortung auch gegenüber nachfolgenden Generationen*

#### 8.3.1. Umgang mit Ressourcen

*Dies ist das Kernstück umweltbewussten Handelns*

Es ist erklärtes Ziel, sorgfältig mit den Ressourcen umzugehen, Abfall einem Recyclingverfahren zu zuführen. Die Zulieferer des Einkaufs, der Apotheke, des technischen Dienstes sind an ein Mehrwegsystem und schadstoffarme Produkte gebunden. Es existiert ein Abfallwirtschaftskonzept und Trennsystem. Eine Wärmerückgewinnung erfolgt über die Lüftungsanlage. Gemäß unserer ökologischen Verantwortung dient eine Öl-Gaskombination der Emissionsminderung, die Duschperlatoren der Wassereinsparung, ergänzt von der Nutzung des Regenwassers im Löschteich und einer Dachbegrünung.

#### 8.3.2. Betriebliches Umweltinformationssystem, ISO 14001 und Öko-Audit

*Die Minimierung der Umweltgefährdung gelingt nur über die Beherrschung der umweltgefährdenden Prozesse*

Unser betriebliches Umweltinformationssystem enthält einen Abfallplan, nach dem alle Mitarbeiter von der Fachkraft für Abfallentsorgung und Arbeitssicherheit, dem Gefahrstoff- und Gewässerschutzbeauftragten geschult werden und eigenverantwortlich handeln. Der Abfallbeauftragte erstellt eine jährliche Abfallbilanz zur quantitativen Erfassung und möglichen Abfallreduzierung. Die Mitarbeiter werden über Abfallmanagement, Recyclingkonzept und Gefahrstoffkataster informiert. Alle Fremddienstleister erfüllen die Kriterien nach ISO 9001 beziehungsweise 14001.

### 8.4. Forschung und Entwicklung

*Das Krankenhaus nimmt zur Förderung der Wissenschaft an Forschungsprojekten teil*

#### 8.4.1. Forschungstätigkeiten

*Forschungstätigkeiten werden nach Klärung grundsätzlicher Fragestellungen durchgeführt*

Als Krankenhaus der Grundversorgung existiert kein spezieller Forschungsauftrag. Wir beteiligen uns an Multicenter-, kleiner Anwendungs- beziehungsweise Arzneimittelstudien. Vor der Durchführung sind die verantwortlichen Chefärzte ethisch an die internationalen Vorgaben der World Medical Association Declaration of Helsinki und an die ICH Guidelines of Good Clinical Practise gebunden. Zur ethischen Beratung wird in Grenzfällen die Ethikkommission der Landesärztekammer angerufen.