



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

Krankenhaus: Krankenhaus Angermünde

Institutionskennzeichen: 261200424

Anschrift: Rudolf-Breitscheid-Straße 37
16278 Angermünde

Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer: 2009 – 0011 K

durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle:

QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH

Datum der Ausstellung: 06.02.2009

Gültigkeitsdauer: 05.02.2012

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®.....	3
Einleitung.....	5
Die KTQ-Kriterien beschrieben vom Krankenhaus Angermünde	9
1 Patientenorientierung im Krankenhaus	9
2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung	15
3 Sicherheit im Krankenhaus	19
4 Informationswesen	24
5 Krankenhausführung	27
6 Qualitätsmanagement	31

Vorwort der KTQ®

Die KTQ-Zertifizierung ist ein spezifisches Zertifizierungsverfahren des Gesundheitswesens für die Bereiche Krankenhaus, Arztpraxen, Rehabilitationskliniken und Pflegeeinrichtungen. Getragen wird die KTQ® von der Bundesärztekammer (BÄK), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Deutschen Pflegerat (DPR) und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherungen¹. Darüber hinaus wurde der Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschland e. V. (HB) mit Beginn des Routinebetriebes im „Niedergelassenen Bereich“ ebenfalls Gesellschafter der KTQ-GmbH. Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet. Die Verfahrensinhalte wurden ausschließlich von Praktikern entwickelt und erprobt.

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

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen, von Praktikern entwickelten Kriterien, die sich auf die Patientenorientierung, die Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit, das Informationswesen, die Führung und das Qualitätsmanagement der Einrichtung beziehen.

Mit diesem spezifischen Zertifizierungsverfahren bietet die KTQ® ein Instrument an, mit dem sie die Qualität ihrer Leistungen zum internen Qualitätsmanagement durch eine freiwillige Zertifizierung und den zu veröffentlichenden strukturierten KTQ-Qualitätsbericht für die Öffentlichkeit transparent darstellen können.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen und von Krankenhauspraktikern entwickelten Kriterien, die sich auf die Patientenorientierung, die Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit im Krankenhaus, das Informationswesen, die Krankenhausführung und das Qualitätsmanagement der Einrichtung beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt.

Anschließend wurde durch ein mit Krankhausexperten besetztes Visitorenteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

¹ Zu diesen zählen: der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., der AOK-Bundesverband, der BKK Bundesverband, der IKK-Bundesverband, der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See.

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den Visitoren gezielt hinterfragt und durch Begehungen einzelner Krankenhausbereiche überprüft.

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.

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet die individuelle Einleitung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Beschreibung der insgesamt 72 Kriterien des KTQ-Kataloges. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet, im zweijährigen Turnus den strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben. 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 72 Kriterien des KTQ-Kataloges.

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

Die Qualitätsberichte sind auch auf der KTQ-Homepage unter **www.ktq.de** abrufbar.

Dr. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Spitzen-
verbände der Krankenkassen

Dr. med. B. Metzinger

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

M.-L. Müller

Für den Deutschen Pflegerat

Dr.med. Roland Quast

Für den Hartmannbund

Einleitung

Vorwort der Geschäftsführung

Das Krankenhaus Angermünde wird durch die Medizinisch-Soziale Zentrum Uckermark gGmbH betrieben, welche mit Wirkung von September 2005 ein 100-prozentiges Tochterunternehmen der GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH ist. Gesellschafter der GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH sind der Landkreis Barnim (71,1 %), der Landkreis Uckermark (25,1 %) sowie die Stadt Eberswalde (3,8 %). Mit Gründung der GLG konnte das Ziel verwirklicht werden, Krankenhäuser zweier Landkreise -Barnim und Uckermark- in eine Gesellschaft zu vereinen, um eine abgestimmte und umfassende Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.



Die Geschichte des Krankenhauses Angermünde reicht bis 1894 zurück. Im Jahre 1896 wurde es mit 14 Zimmern und 26 Betten eingeweiht. In den letzten Jahrzehnten wurden viele Millionen Euro investiert. In den Jahren 1998 bis 2006 wurde ein Neubau errichtet und eine vollständige Sanierung des Haupthauses vorgenommen. Die Einrichtung hat sich zu einem modernen Krankenhaus der Grundversorgung mit einer Klinik für Innere Medizin sowie einer Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie/-somatik und Suchtmedizin entwickelt. Es stellt ein Zentrum der Gesundheitsversorgung in einer überwiegend ländlichen Region dar und wird von der Bevölkerung wegen der persönlichen Atmosphäre auf den Stationen und der individuell geprägten Zuwendung zu den Patienten sehr geschätzt.

Sehr oft erleben wir, dass Menschen, die auf medizinische Hilfe angewiesen sind, die Behandlungsqualität nach gänzlich anderen Maßstäben bewerten als Mediziner oder Gesundheitsökonomien es üblicherweise tun. Der Blick auf die Qualität unterscheidet sich nach der Perspektive. So erscheint es uns wichtig, die Sichtweisen zusammenzuführen und immer wieder kritisch zu hinterfragen, ob Qualität, wie wir sie verstehen, auch vom Patienten als Qualität wahrgenommen wird.



Öffentliche Qualitätsvergleiche werden bisher vorwiegend bekannten Zeitungen und Magazinen überlassen, die dadurch ihre Auflagen erheblich steigern. Das zeugt vom großen Interesse an der Beurteilung der vorhandenen medizinischen Leistungsangebote. Wir stellen uns diesem Bedürfnis, indem wir uns um weitestgehende Transparenz unserer Kompetenzen und Möglichkeiten bemühen.

Unser Krankenhaus verstehen wir als offene und öffentliche Einrichtung, die das Wissen und die Fähigkeiten ihrer Mitarbeiter nicht nur zum qualifizierten Klinikbetrieb nach innen, sondern ganz bewusst auch nach außen, zur gesundheitlichen Entwicklung der Region einsetzt.

Durch die mit uns verbundenen medizinischen Einrichtungen in Eberswalde, Schwedt, Templin und Prenzlau, durch unsere Zugehörigkeit zur GLG - Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH, durch die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und Fachärzten, mit Pflege- und Sozialdiensten, Patientenselbsthilfe-gruppen, Heim- und Betreuungseinrichtungen sehen wir uns als Beteiligte an einem sektorenübergreifenden Netzwerk, das es für eine zukunftsorientierte Gesundheitsversorgung weiter auszubauen und zu gestalten gilt.

Zu unseren wichtigsten Zielen gehört die enge Verbindung der beiden grundlegenden Fachbereiche unseres Krankenhauses: der Klinik für Innere Medizin und der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie/-somatik und Suchtmedizin. Zwischen beiden bestehen viele wechselseitige fachliche Berührungspunkte und Synergien. Die Betrachtung der



Gesundheit des Menschen in einem ganzheitlichen, Körper und Seele verbindenden Sinn entspricht dem Verständnis einer modernen integrativen Medizin und spiegelt sich in der täglichen gelebten Kooperation unserer beiden Kliniken und der in ihnen tätigen Spezialisten

wider. Ein entscheidender Vorteil besteht auch in der engen Einbindung des Krankenhauses in den Verbund des regionalen Gesundheitsunternehmens GLG, sowohl wirtschaftlich, als auch was die Qualität der medizinischen Leistungen betrifft.

So können die vorhandenen fachlichen Kompetenzen standortübergreifend genutzt und eingesetzt werden. Eine wichtige Grundlage ist die telemedizinische Vernetzung der Krankenhäuser, auf deren Basis der Austausch von Daten und Bildern unabhängig von Entfernungen erfolgt. An der Entwicklung der Telemedizin im Land Brandenburg ist die GLG maßgeblich beteiligt. Ihre Möglichkeiten werden unter anderem auch zum direkten Austausch von Expertenmeinungen, wie z.B. bei der Onkologischen Fachkonferenz, genutzt.

Mein besonderer Dank gilt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die sich in engagierten Teams mit der Selbstbewertung zur Zertifizierung unseres Krankenhauses auseinandergesetzt haben. Bereits diese Auseinandersetzung, das Bewusstmachen von Ansprüchen, Anforderungen, Kriterien und Abläufen in der Praxis ist ein Schritt nach vorn, aus dem Erkenntnisse für die noch bessere Gestaltung unserer Leistungen und Angebote resultieren.

Wir stellen uns gern und kritisch der Qualitätsbewertung unserer Leistungen. Es ist uns wichtig, die Ergebnisse unserer Arbeit zu reflektieren, um nach deren Bewertung die richtigen Ansatzpunkte für weitere Verbesserungen zu finden.

Harald Kothe-Zimmermann
Geschäftsführer

Die KTQ-Kriterien beschrieben vom Krankenhaus Angermünde

1 Patientenorientierung im Krankenhaus

1.1 Vorfeld der stationären Versorgung und Aufnahme

Die Organisation im Vorfeld der stationären Aufnahme erfolgt patientenorientiert.

1.1.1 Die Vorbereitungen einer stationären Behandlung sind patientenorientiert

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

Patienten, Angehörige und einweisende Ärzte haben die Möglichkeit, sich zum medizinischen Leistungsspektrum über das Internet, Klinikbroschüren und Krankenhausflyer zu informieren. Geplante Patientenaufnahmen finden in direkter Kommunikation mit dem Belegungs Koordinator bzw. den Sekretariaten statt. Die Patienten erhalten im Vorfeld schriftliche Hinweise über beizubringende Unterlagen und Vorbefunde. Die Notfallversorgung der Patienten beider Fachabteilungen ist zu jeder Zeit gewährleistet.

1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

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

Im Krankenhaus existiert ein Wegeleitsystem. Hinweistafeln führen zu den Abteilungen/Stationen und Funktionsbereichen. Weitere Orientierungshilfen befinden sich im Eingang des Hauptgebäudes. Hilfsbedürftigen Patienten steht ein Begleitedienst zur Verfügung.

1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

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

Die Aufnahme bereits angemeldeter Patienten erfolgt zunächst mit der Klärung administrativer Angelegenheiten wie Aufklärung, Ausgabe des Behandlungsvertrages und Wahlleistungsangeboten. Der Wartebereich verfügt über ausreichend Sitzmöglichkeiten im angenehmen Ambiente. Die ärztliche und pflegerische Patientenaufnahme und Erhebung der Krankengeschichte erfolgt unter Berücksichtigung der Privatsphäre des Patienten auf der Station. Die medizinische Erstversorgung von Notfallpatienten findet im Bereich der Ersten-Hilfe bedürfnisorientiert statt.

1.1.4 Ambulante Patientenversorgung

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

Die Terminierung und Planung der Diagnostik und Behandlung ambulanter Patienten erfolgt unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Patienten und der Dringlichkeit in allen Sprechstunden. Notfallpatienten werden außerhalb der Terminplanung behandelt. Weder im Sprechstundenbereich noch in der Ersten-Hilfe kommt es zu längeren Wartezeiten. In allen Sprechstundenbereichen und der Ersten-Hilfe erwarten den Patienten angenehme Aufenthaltsbedingungen sowie kompetentes und freundliches Personal.

1.2 Ersteinschätzung und Planung der Behandlung

Eine umfassende Befunderhebung jedes Patienten ermöglicht eine patientenorientierte Behandlungsplanung.

1.2.1 Ersteinschätzung

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

Die Erfassung der medizinischen Krankengeschichte durch Ärzte und Pflegekräfte erfolgt nach strukturierten Vorgaben, wie Risiken, Fähigkeiten und Lebensumstände unter Berücksichtigung der Privatsphäre der Patienten. Auch Angehörige oder gesetzliche Betreuer werden bei Bedarf in die Behandlungsplanung einbezogen. Eine fachärztliche Vorstellung erfolgt am Aufnahmetag des Patienten. Mit ihm wird die Behandlungsplanung eingehend besprochen. Die Dokumentation aller für die Behandlung relevanten Daten erfolgt im Krankenhausinformationssystem.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

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

In beiden Fachabteilungen ist die Vorgehensweise zur Nutzung von Vorbefunden festgelegt. Einweisende Ärzte bzw. verlegende Krankenhäuser sind gebeten, Vorbefunde zur Verfügung zu stellen. Vorbefunde von vorherigen Aufenthalten im Haus sind seit 1999 verfügbar und in der elektronischen Patientenakte abrufbar. Zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen der Patienten ist eine Dienstanweisung "Nutzung von Vorbefunden" erlassen worden, erst nach Auswertung der vorliegenden Befunde wird eine evtl. Wiederholung der Untersuchung veranlasst.

1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

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

Die Behandlungsplanung erfolgt in beiden Fachabteilungen zunächst für die ersten 48 Stunden. Diagnostische Stufenpläne werden für jeden Patienten individuell unter fachärztlicher Aufsicht erarbeitet. Der weitere Behandlungsprozess wird bei der gemeinsamen Visite von Patient, Ärzten, Therapeuten und Pflegenden festgelegt. Bei therapeutischer Relevanz fließen Aspekte von Sozialarbeitern, Psychologen und Physiotherapeuten sowie Diätberatern mit ein. Die Planung der Behandlung erfolgt auf Grundlage von Behandlungsleitlinien der medizinischen Fachgesellschaften.

1.2.4 Integration von Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Die Behandlungsplanung der Patienten berücksichtigt seine Möglichkeiten, Wünsche, individuellen Bedürfnisse sowie kulturelle und religiöse Ansprüche. Der Patient wird über alle Schritte des Behandlungsprozesses informiert und aufgeklärt. Die Ablehnung einer Behandlung wird nach Aufklärung über die Risiken respektiert und mögliche Alternativen angeboten. Auf Wunsch des Patienten werden Angehörige in die Behandlungsplanung integriert. Für Dolmetscherdienste stehen Mitarbeiter mit Fremdsprachenkenntnissen zur Verfügung.

1.3 Durchführung der Patientenversorgung

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

Wir bieten unseren Patienten ein individuelles, fachübergreifendes und damit ganzheitliches Hilfeprogramm für Körper und Seele an. Die Behandlung und Pflege erfolgt stets entsprechend der aktuellen nationalen und internationalen Standards und Leitlinien der Fachgesellschaften. Zum Teil sind sie in Form von hausinternen Richtlinien auf die krankenhausspezifischen Gegebenheiten adaptiert. Der Facharztstandard ist durch Präsenz oder Rufbereitschaft rund um die Uhr gewährleistet.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

Der Patientenversorgung werden Leitlinien mit, wo möglich, Evidenzbezug zugrundegelegt.

Zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Behandlung werden Leitlinien mit Angabe des Evidenzniveaus angewendet. Alle Ärzte haben Zugang zu medizinischen Datenbanken und einer medizinischen Bibliothek. Pflegestandards liegen den Empfehlungen der nationalen Expertenarbeitskreise zu Grunde. Alle hausinternen Leitlinien und Standards sind über das digitale Qualitätshandbuch jedem Mitarbeiter zugänglich.

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.

Wir bemühen uns, allen Patienten in unserem Krankenhaus einen eigenständigen und würdigen Lebensraum zu erhalten und betrachten den Patienten als eigenverantwortliche Persönlichkeit. Wir helfen ihm durch Behandlung und aktivierende Förderung, die Autonomie so rasch und so vollständig wie möglich wieder zu erlangen. Unsere Patientenzimmer sind komfortabel ausgestattet, des Weiteren verfügen wir über eine Patientenbibliothek, eine Cafeteria und bieten Angehörigen oder Begleitpersonen die Unterbringung im Krankenhaus an.

1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

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

Unser Krankenhaus verfügt über eine eigene Küche, die eine individuelle Auswahl verschiedener Menüvarianten und Komponenten gewährleistet. Unterschiedliche Kostformen sowie spezielle Diäten stehen unseren Patienten, auch mit Beratung durch eine geschulte Diätassistentin, zur Verfügung. Die Mahlzeiten können unsere Patienten selbstverständlich ungestört einnehmen.

1.3.5 Koordinierung der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert unter Mitwirkung aller am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen. Die Verantwortung für die Behandlungsplanung obliegt dem behandelnden Arzt. Alle medizinischen Leistungsanforderungen und Befundübermittlungen werden zeitnah für den Patienten organisiert. Die Dokumentation der Befunde erfolgt in der Patientenakte, diese werden in der nächsten Visite ausgewertet und bei der weiteren Behandlungsplanung berücksichtigt.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

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

In einer gemeinsamen Arztkonferenz der Kliniken für Innere Medizin und Psychiatrie, Psychotherapie/-somatik und Suchtmedizin werden einmal wöchentlich Behandlungskonzepte gemeinsamer Patienten besprochen. Der strukturierte Informationsaustausch zwischen Ärzten, Psychologen und Pflegepersonal erfolgt während den Visiten oder gemeinsamen Dienstübergaben. Röntgenbesprechungen und telemedizinische Tumorkonferenzen ergänzen das Spektrum. In berufsgruppenübergreifenden Besprechungen werden die Mitarbeiter über neue diagnostische und therapeutische Methoden informiert.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

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

Die Visitierung der Patienten erfolgt unter ärztlicher Leitung gemeinsam mit dem verantwortlichen Pflegepersonal unter Einbeziehung des klinischen Sozialdienstes, der Physiotherapie und der Ergotherapie. Pflegevisiten ergänzen die Behandlungsplanung bei Patienten mit erhöhten Risikofaktoren (Dekubitus, Sturz, Thrombose). Die Patienten werden in den Visitenablauf integriert und der weitere Behandlungsablauf verständlich erklärt.

1.4 Übergang des Patienten in andere Versorgungsbereiche

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

1.4.1 Entlassung und Verlegung

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

Die Entlassung oder Verlegung wird frühzeitig, gemeinsam mit dem Patienten und ggf. seinem Angehörigen im Behandlungsteam geplant und alle notwendigen Maßnahmen eingeleitet. Der Krankenhaussozialdienst wird rechtzeitig über zu treffende Maßnahmen informiert und leitet diese ein. Vor der Entlassung erfolgt gemeinsam mit dem Patienten ein Entlassungsgespräch. Die Zusammenarbeit mit nachsorgenden Pflegeeinrichtungen und niedergelassenen Ärzten ist durch einen strukturierten Dialog zur Sicherstellung des Behandlungserfolges gewährleistet.

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

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

Die Entlassung oder Verlegung des Patienten erfolgt mit einem ausführlichen Entlassungsbrief und einem Pflegeüberleitungsbogen. Diese Unterlagen enthalten Informationen über den aktuellen Zustand des Patienten, geben Auskunft über soziale Daten, Diagnosen, Befunde, therapeutische Maßnahmen sowie die aktuelle Medikation. Bei Verlegung in eine andere Abteilung bzw. ein anderes Krankenhaus werden alle relevanten Informationen dem weiterbehandelnden Arzt zeitnah zur Verfügung gestellt.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

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

Patienten erhalten bei der Entlassung einen Arztbrief der alle Untersuchungsergebnisse und Angaben zum Fortsetzen der Therapie beinhaltet. Bei Verlegung in andere Krankenhäuser oder Entlassungen in Pflegeeinrichtungen werden dem weiterbehandelnden Arzt oder Pflegedienst alle notwendigen Informationen telefonisch überbracht. In schwierigen Einzelfällen werden Fallkonferenzen aller an der Behandlung und Weiterbehandlung beteiligten Personen durchgeführt. Die Kooperationsbeziehungen werden kontinuierlich gefördert.

2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

2.1 Planung des Personals

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

2.1.1 Planung des Personalbedarfes

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

Durch ausreichend qualifiziertes Personal ist eine optimale Betreuung und Behandlung unserer Patienten gewährleistet. Die Personalplanung wird auf der Grundlage des jährlichen Wirtschaftsplanes unter Zuarbeit der betreffenden Berufsgruppen erstellt. Die Ermittlung des Personalbedarfes erfolgt dienstartenbezogen.

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 systematische Personalentwicklung stellt eine optimale Behandlung und Betreuung unserer Patienten durch qualifiziertes Personal sicher. Wichtiger Bestandteil der Personalentwicklung sind die Personalgespräche, in denen die Ziele und Erwartungen des Unternehmens und des Mitarbeiters thematisiert werden. Aus den Ergebnissen dieser Gespräche und dem Bedarf der Klinik werden Personalentwicklungsmaßnahmen abgeleitet, um auf zukünftige Anforderungen reagieren zu können. Eine konzernweite, systematische Personalentwicklung befindet sich im Aufbau.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

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

Die Tätigkeiten und Kompetenzen aller Mitarbeiter sind in den Stellenbeschreibungen des Stelleninhabers eindeutig geregelt. Die Stellenbeschreibungen werden regelmäßig überprüft und überarbeitet. Spezifische Leistungsanforderungen werden in den Mitarbeitergesprächen besprochen und dokumentiert. Regelmäßige Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen werden im Rahmen des internen jährlichen Fortbildungsprogramms durchgeführt. Ein Organigramm mit eindeutiger hierarchischer Zuordnung der Stellen liegt vor.

2.2.3 Fort- und Weiterbildung

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

Die Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen basieren auf Grundlage der gesetzlich notwendigen Rahmenbedingungen, des medizinischen Fortschrittes und den Mitarbeiterwünschen. Dazu zählen hausinterne und externe Fortbildungsveranstaltungen, die systematisch in einem Fort- und Weiterbildungsplan festgehalten werden. Besondere Planungsanforderungen (z.B. Urlaubszeit) werden beachtet. Auch auf Konzernebene finden Fortbildungsveranstaltungen statt. Die Teilnahme der Mitarbeiter wird entsprechend dokumentiert und dem Teilnehmer bescheinigt.

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Die Kosten für die obligaten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen werden vom Krankenhaus voll finanziert. Andere Maßnahmen werden vom Krankenhaus anteilig übernommen. Für längerdauernde Weiterbildungsmaßnahmen wird ein Weiterbildungsvertrag zwischen dem Krankenhaus und dem Arbeitnehmer geschlossen. Der Bereichsleiter entscheidet nach Absprache mit dem Verwaltungsleiter über die Übernahme der Finanzierung der Fortbildungsmaßnahme. Das Budget wird von der Controllingabteilung ermittelt und regelmäßig einem Soll-/Ist-Vergleich unterzogen.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

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

Die Mitarbeiter haben Zugang zu einem umfangreichen Angebot an Fachliteratur. Die Klinik verfügt über eine ganztägig zugängliche Fachbibliothek mit ständig aktualisierten Literaturquellen. In allen Abteilungen steht ein Internet- sowie Intranetzugang zur Verfügung, um auf verschiedene Online-Datenbanken zurückzugreifen. Die Klinik verfügt über einen EDV-Schulungsraum mit entsprechender Tagungstechnik. Eine jährliche Überprüfung des Fort- und Weiterbildungsbedarfs erfolgt durch die Bereichsleiter.

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.

Das Krankenhaus Angermünde bildet im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege aus. Die Vernetzung von Theorie und Praxis ist durch enge Zusammenarbeit mit der angegliederten Medizinischen Schule sichergestellt. Die fachliche Begleitung und Organisation der praktischen Ausbildung wird durch den Einsatz von Praxisanleitern mit pädagogischer Zusatzqualifikation gewährleistet. Spezifische Lernzielkataloge bieten unseren Auszubildenden die Möglichkeit, spezielle Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Praxis zu erlernen.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

Mitarbeiterinteressen werden angemessen bei der Führung des Krankenhauses berücksichtigt.

2.3.1 Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles

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

Es wird ein kooperativer, dialog- und mitarbeiterorientierter Führungsstil angewandt. Die Führungsgrundsätze sind im Leitbild der Klinik formuliert. Der mitarbeiterorientierte Führungsstil berücksichtigt neben den strategischen Planungen der Klinik auch die Bedürfnisse der Mitarbeiter. Dazu finden regelmäßig strukturierte Mitarbeitergespräche statt. Qualifizierte Mitarbeiter werden in die strategischen Planungen und Strategiekonferenzen einbezogen.

2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Die Regelungen des Arbeitszeitgesetzes finden in der Klinik Anwendung. Die Sicherstellung der Arbeitszeiten erfolgt über eine stringente Dienstplanung, teilweise EDV-gestützt, die mindestens einen Monat im Voraus erstellt wird. Die durch den Betriebsrat bestätigten unterschiedlichen Arbeitszeitmodelle finden entsprechend Anwendung, um eine lückenlose Patientenversorgung zu gewährleisten. Die Bedürfnisse der Patienten und Wünsche der Mitarbeiter werden dabei berücksichtigt.

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

In allen medizinischen Bereichen liegt ein Einarbeitungskonzept für alle Mitarbeiter vor, die Spezifikationen und alle nötigen Informationen für die einzelnen Berufsgruppen enthalten. Dem neuen Mitarbeiter wird ein Mentor zugeordnet. Mitarbeitergespräche werden bereits in der Einarbeitungszeit geführt. Der Mitarbeiter erhält bei der Einstellung eine Stellenbeschreibung. Das Einarbeitungskonzept ist im Qualitätshandbuch hinterlegt, verantwortlich für die Einarbeitung ist der Bereichsleiter.

2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

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

Mitarbeiter werden motiviert, Kritik und Verbesserungsideen offen zu äußern. Es werden anonyme Mitarbeiterbefragungen durchgeführt, aus denen Verbesserungspotenziale abgeleitet werden. Ein betriebliches Vorschlagwesen wurde zur Prozessoptimierung, zur Qualitätsverbesserung und zur Kosteneinsparung eingeführt, so kann das Ideenpotenzial der Mitarbeiter genutzt werden. Das Verfahren "Vorschlagwesen" ist in einer Betriebsvereinbarung geregelt.

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.

Um die Sicherheit der Patienten, Besucher und Mitarbeiter zu gewährleisten, kommt das Krankenhaus seinen Verpflichtungen zum Arbeitsschutz nach. Die Hauptverantwortung für den Arbeitsschutz liegt bei der Geschäftsführung, diese hat einen Sicherheitsbeauftragten benannt. Alle Mitarbeiter werden vom Betriebsarzt kontinuierlich arbeitsmedizinisch betreut. Regelmäßig durchgeführte Unterweisungen bezüglich der Sicherheitsbestimmungen und Auswertungen der Unfallstatistik mit Ableitung von Verbesserungsmöglichkeiten gewähren eine sichere Umgebung.

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Eine Brandschutzordnung regelt das Verhalten der Personen im Brandfall sowie die Maßnahmen, die Brände verhüten. Die Brandschutzordnung wird regelmäßig aktualisiert. Flucht- und Rettungswegpläne sind in allen Bereichen des Gebäudes gut sichtbar angebracht. Feuerbekämpfungsmittel sind in allen Bereichen verfügbar. Die Flucht- und Rettungswegpläne sind mit der Feuerwehr abgestimmt. Regelmäßig finden Brandschutzübungen statt.

3.1.3 Verfahren zur Regelung von hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz

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

Der Katastrophenschutz nach Landesrecht wird nach geltenden Gesetzen des Landes geregelt. Ein Alarmplan beinhaltet alle relevanten Regeln, Prozeduren und Dokumente nicht-medizinischer Notfallsituationen. Regelmäßig finden Übungen zum Katastrophenschutz statt.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Die Notfallversorgung im Krankenhaus ist durch ein Notfallteam der Intensivstation sichergestellt. Eine Notfallausrüstung steht zur Verfügung, welche regelmäßig von Fachkräften überprüft wird. Die Handlungsabläufe sind in einer Dienstanweisung festgehalten. Regelmäßig erfolgen Schulungen zum medizinischen Notfallmanagement. Die Erstversorgung erfolgt auf den Stationen durch den Stationsarzt und den pflegerischen Mitarbeitern bis zum Eintreffen des Notfallteams.

3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

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

Die Patienten werden von Fachpersonal betreut. Leitlinien und Standards für die Sicherheit der Patienten werden genutzt. Gefahrenquellen werden vermieden. Maßnahmen für eine Vermeidung von Fremd- und/oder Eigengefährdung werden im Rahmen der gesetzlichen Regelungen durchgeführt. Sicherheitsbezogene Ereignisse werden dokumentiert, ausgewertet und Maßnahmen abgeleitet.

3.2 Hygiene

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

3.2.1 Organisation der Hygiene

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

Für alle hygienerelevanten Vorschriften, deren Umsetzung sowie Überwachung wurde eine Hygienekommission eingerichtet. Hygienerelevante Aspekte und Verantwortlichkeiten sind im Hygienehandbuch geregelt und von den Mitarbeitern einsehbar. Regelmäßig finden interne und externe Hygienebegehungen statt. Die abgeleiteten Maßnahmen werden in aktualisierten Hygieneplänen aufgenommen und umgesetzt.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerrelevanter Daten

Für die Analyse hygienerrelevanter Bereiche wie auch die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen werden krankenhaushausweit hygienerrelevante Daten erfasst.

Für eine Gewährleistung der Hygienesicherheit werden relevante Daten kontinuierlich erhoben und ausgewertet. Eine Steuerung und Verbesserung der Hygienemaßnahmen ist somit möglich. Die Daten können mit anderen Häusern verglichen werden. Die Kontrolle der daraus resultierenden Maßnahmen obliegt dem hygienebeauftragten Arzt und der Hygienefachkraft in Absprache mit dem zuständigen Gesundheitsamt und dem Beratungszentrum für Hygiene. Alle Regelungen sind im Hygienehandbuch dokumentiert und stehen allen Mitarbeitern im Intranet zur Verfügung.

3.2.3 Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen

Hygienesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Regelmäßig finden Begehungen und Hygienekontrollen durch die Hygienefachkraft statt. Jährlich erfolgt eine Begehung durch das beratende Hygieneinstitut. Die Ergebnisse der Begehungen werden ausgewertet und Maßnahmen erarbeitet. Daraus resultierende neue Arbeitsanweisungen werden in das Hygiene- und Qualitätshandbuch eingearbeitet.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhaushausweit eingehalten.

Mit Hilfe von hausinternen Regelungen, regelmäßigen Mitarbeiterschulungen zu hygienerlevanten Themen und Kontrollen durch die Hygienefachkraft werden gesetzliche Regelungen und die Vorgaben des Robert-Koch-Institutes eingehalten.

3.3 Bereitstellung von Materialien

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

3.3.1 Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten

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

Die Bereitstellung von Arzneimitteln erfolgt täglich über die Apotheke. Blut- oder Blutprodukte werden über das Labor der Blutbank zur Verfügung gestellt. Eine Bereitstellung von Blutkonserven für den Notfall ist sichergestellt. Der Umgang mit Zytostatika ist in Verfahrensanweisungen besonders geregelt.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Der Umgang, die Anwendung und Lagerung von Arzneimitteln sind eindeutig geregelt. Die Anwendung erfolgt auf schriftliche Anordnung des Arztes. Besondere Regelungen für den Umgang mit Betäubungsmitteln und Zytostatika liegen vor. Komplikationen und/ oder Nebenwirkungen werden erfasst und dokumentiert, Maßnahmen werden abgeleitet. Ein Meldesystem für kritische Ereignisse ist in diesem Zusammenhang geplant. Die Versorgung mit Medikamenten ist rund um die Uhr sichergestellt. Eine 24 Stunden Apothekenbereitschaft ermöglicht eine Notfallbelieferung.

3.3.3 Anwendung von Blut und Blutprodukten

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

Die Anwendung von Blut- und Blutprodukten ist im digitalen Qualitätsmanagementhandbuch hinterlegt und in Form von Richt- und Leitlinien sowie von Standards und Arbeitsanweisungen beschrieben.
Ein hoher Qualitätsstandard in der Transfusionsmedizin ist sichergestellt.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Der Umgang mit Medizinprodukten ist in Dienstanweisungen festgelegt. Medizinprodukteverantwortliche sind benannt. Diese sind für die Einweisung der Mitarbeiter verantwortlich. Gerätebücher werden in den Bereichen geführt, Einweisungen entsprechend dokumentiert. Sicherheits- und messtechnische Kontrollen werden durchgeführt und protokolliert. Die Durchführung bzw. Beauftragung von Reparaturen und Prüfungen an medizinischen Geräten erfolgt durch die Abteilung Medizintechnik.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Das Krankenhaus fühlt sich im besonderen Maße dem Umweltschutz verpflichtet. Das im Leitbild formulierte umweltbewusste Denken und Handeln wird durch die konsequente Durchführung von Maßnahmen zur Abfallvermeidung und -trennung, Energie- und Rohstoffeinsparungen sowie Schadstoff- und Emissionsminimierung umgesetzt. Mit der Berichterstattung bezüglich der Umweltziele und -kennzahlen und den daraus abgeleiteten Maßnahmen in Form eines jährlichen Umweltberichtes werden ökologisches Denken und Handeln gefördert.

4 Informationswesen

4.1 Umgang mit Patientendaten

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

4.1.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

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

Die Dokumentation der Patientendaten ist berufsgruppenübergreifend geregelt. Die Verantwortlichkeiten zur Führung der Dokumente sind eindeutig festgelegt. Um eine ganzheitliche Behandlung der Patienten gewährleisten zu können, gibt es abteilungsübergreifende Zugriffsrechte auf die elektronische Patientenakte. Die Verantwortung der Dokumentation obliegt der ärztlichen und pflegerischen Stationsleitung. Nach eingehender Prüfung auf Vollständigkeit mittels Checkliste werden die Patientenakten systematisch archiviert.

4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

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

Alle für die Behandlung und Betreuung notwendigen Daten werden vollständig erfasst, dies erfolgt schriftlich in der Patientenakte und elektronisch im Krankenhausinformationssystem. Die relevanten Daten werden von allen beteiligten Berufsgruppen kontinuierlich aktualisiert und ergänzt. Es erfolgen regelmäßige Kontrollen auf Vollständigkeit der Unterlagen.

4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

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

Alle an der Behandlung beteiligten Personen haben Zugriff auf die Patientendaten. Der Zugang zu den Patientendaten ist ganztägig gewährleistet. Die Archivordnung der Klinik regelt die Abläufe und Zuständigkeiten für den Umgang mit Patientenakten unter Sicherstellung der Datenschutzbestimmungen.

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.

Die Informationsweitergabe wird durch regelmäßige, strukturierte, interdisziplinäre sowie hierarchie- und berufsgruppenübergreifende Besprechungen, sowohl abteilungsintern als auch abteilungsübergreifend garantiert. Im Krankenhausinformationssystem sind alle relevanten Patientendaten einsehbar. Die am Behandlungsprozess beteiligten Mitarbeiter haben entsprechend dem Berechtigungskonzept Zugang zu den Daten.

4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

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

Die Krankenhausinformation und die Patientenverwaltung als zentrale Auskunftsstellen verfügen über aktuelle und relevante Informationen aller Krankenhausbereiche. Die Richtlinien des Datenschutzes und die Privatsphäre unserer Patienten werden dabei berücksichtigt.

4.2.3 Information der Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Die Information der Öffentlichkeit wird nach einer erstellten Jahresplanung systematisch vorgenommen. In die Jahresplanung fließen hervorzuhebende Ereignisse, Veranstaltungen und andere Marketingstrategien ein. Zur Information der Öffentlichkeit gehören Berichterstattungen zur medizinischen Leistungsentwicklung und aktuelle Gesundheitsthemen. Darüber hinaus werden regionale Initiativen zur Förderung des Gemeinwohls unterstützt.

4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

Daten und Informationen insbesondere von Patienten werden im Krankenhaus durch verschiedene Maßnahmen geschützt.

Ein Berechtigungskonzept stellt sicher, dass am Behandlungsprozess beteiligte Personen Zugriff auf Patientendaten haben. Ein Datenschutzbeauftragter ist benannt, der für die Überwachung der Datenschutzrichtlinien verantwortlich ist. Das Prüfverfahren zum Datenschutzgesetz wird im Datenschutzkonzept geregelt. Alle Mitarbeiter sind zur Einhaltung der Datenschutzbestimmungen nachweislich belehrt.

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 Kliniken des Konzerns nutzen ein einheitliches Informationssystem, in dem alle Bereiche des Krankenhauses Angermünde vernetzt sind. Das EDV-System ist mit einer unabhängigen Stromversorgung abgesichert, um Totalausfälle zu vermeiden. Eine Hotline für Anwender sichert eine zügige Bearbeitung von Störungen. Zur Verbesserung der diagnostischen Möglichkeiten wurde eine Teleradiologie eingerichtet. Diese ermöglicht eine regionale Vernetzung mit mehreren Gesundheitseinrichtungen.

5 Krankenhausführung

5.1 Entwicklung eines Leitbildes

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

5.1.1 Entwicklung eines Leitbildes

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

Im Leitbild ist die Unternehmensphilosophie beschrieben und dient der Orientierung der Mitarbeiter. Die Erstellung erfolgte in einem systematischen Prozess unter Einbeziehung der Mitarbeiter aller Berufs- und Hierarchiegruppen. Das Leitbild ist den Mitarbeitern bekannt und der Öffentlichkeit zugänglich. Wir drücken in unserem Leitbild unser Selbstverständnis für die medizinisch, pflegerische Versorgung unserer Patienten aus, welches getragen ist durch eine fachliche Spezialisierung, persönliche Zuwendung und entsprechendem Service.

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.

Die jährliche Zielplanung richtet sich nach den Vorgaben des Gesamtkonzerns. Innerhalb der strategischen Zielplanung des Krankenhauses und der sozialgesetzlichen Rahmenbedingungen werden dabei entsprechende Ziele entwickelt. Die Überwachung der Zielerreichung erfolgt regelmäßig.

5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

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

Die Verantwortungsbereiche und Funktionsträger sind in einer Organisationsstruktur festgelegt und in einem Organigramm dargestellt. Ergänzend sind die verschiedenen Beauftragten des Krankenhauses darin festgehalten. Für die Erarbeitung einzelner Themen werden Projektgruppen eingerichtet. Projekte werden nach einem vorgeschriebenen Ablaufschema geplant, durchgeführt und überwacht. Gegenwärtig schaffen wir die Voraussetzung zur Erweiterung der Telemedizin und zur Durchführung von Mitarbeiter- und Einweiserbefragungen.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

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

Für das Krankenhaus wird jährlich ein Finanz- und Investitionsplan erstellt. Grundlage bilden die zu erwartenden Erlöse und Kosten unter Berücksichtigung wirtschaftlicher Risiken. In die Investitionsplanung fließen die Anforderungen der Fachabteilungen unter Berücksichtigung der Leistungsspektren ein.

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.

Zur Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise erarbeitet die Betriebsleitung eine jährliche Zielplanung, die mit der Geschäftsführung und der Gesamtzielsetzung des Konzerns abgestimmt ist. In dieser Zielplanung ist die Koordination der Kommissions- und Gremienarbeit sichergestellt. Die Geschäftsordnungen der bestehenden Kommissionen regeln den Informations- und Kommunikationsfluss gegenüber der Betriebsleitung.

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.

Für eine wirkungsvolle Arbeitsweise innerhalb der Betriebsleitung liegt eine Geschäftsordnung vor. Mitglieder, Verantwortlichkeiten, Aufgaben und Kompetenzen sind darin geregelt. Regelmäßig finden Geschäftsführersitzungen, Verwaltungsleitersitzungen sowie Sitzungen des ärztlichen Beirates und des Pflegedirektoriums statt. Hier werden strukturierte Zielvorgaben geprüft und gegebenenfalls Maßnahmen eingeleitet. Für die Information der Mitarbeiter ist die Betriebsleitung verantwortlich.

5.3.3 Information der Krankenhausführung

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

Die Geschäftsführung wird kontinuierlich durch die regelmäßig stattfindenden Sitzungen und den verschiedenen Gremien über Entwicklungen und Vorgänge im Krankenhaus informiert. Es bestehen Regelungen, die den Umgang mit besonderen Ereignissen in Bezug auf die Patientenversorgung, Mitarbeiterschäden sowie Schadensereignisse im Haus regeln. Mit den quartalsweise stattfindenden Mitarbeiterversammlungen erhält die Geschäftsführung und Betriebsleitung die Möglichkeit zum Meinungsaustausch der Mitarbeiter.

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

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

Die Geschäftsführung und die Betriebsleitung fördern den vertrauensvollen Umgang mit den Mitarbeitern durch eine Vielzahl von Maßnahmen. Eine kontinuierliche, systematische Information zu allen wesentlichen Entwicklungen erfolgt in direkter Ansprache als auch durch schriftliche Information in der Mitarbeiterzeitschrift. Des Weiteren finden jährlich Mitarbeiterfeste, Sportveranstaltungen und Messen statt, zu der die Mitarbeiter eine Einladung erhalten. Für schichtarbeitende Mitarbeiter wird die Möglichkeit einer ganztägigen Betreuung der Kinder gegeben.

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.

Auf Konzernebene existiert ein klinisches Ethikkomitee als Forum für schwierige, medizinisch kontroverse Entscheidungen. Auf Krankenhausebene tagt in regelmäßigen Abständen ein Ethik-Arbeitskreis, dieser setzt sich aus verschiedenen Berufsgruppen des Krankenhauses zusammen. Die Aufgabe des Ethik-Arbeitskreises besteht in der Auseinandersetzung mit medizin- und pflegeethischen Fragestellungen sowie individuellen Falldiskussionen. Die Krankenhauseseelsorge und die psychologische Betreuung unserer Patienten sowie deren Angehörigen ist integraler Bestandteil.

5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

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

Der würdevolle Umgang mit sterbenden Patienten unter Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und Wünsche unserer Patienten und deren Angehörigen ist für uns selbstverständlich. Auf Wunsch steht seelsorgerischer oder psychologischer Beistand zur Verfügung. Patienten mit zum Tod führenden Erkrankungen erhalten eine adäquate medizinisch-pflegerische Behandlung. Das Selbstverständnis im Umgang mit Sterbenden ist festgelegt und wird in Seminaren zur Sterbebegleitung geschult. Die Angehörigen können in die Sterbebegleitung einbezogen werden.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

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

Das Vorgehen beim Tod eines Patienten ist in einer Leitlinie beschrieben. Angehörige werden umgehend über den Sterbefall informiert und erhalten Gelegenheit, sich im Patientenzimmer oder in einem entsprechend eingerichteten Raum von dem Verstorbenen zu verabschieden.

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.

Ein umfassendes Qualitätsmanagementkonzept regelt auf der Konzernebene die Qualitätsmanagementstruktur und die Verantwortlichkeiten. Aus der Qualitätspolitik, den Qualitätszielen und Kennzahlen werden qualitätssichernde Maßnahmen abgeleitet, die in regelmäßigen Abständen überprüft werden. Das Qualitätsmanagementkonzept orientiert sich an dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Das Qualitätsmanagement wurde systematisch in allen Struktur- und Leitungsebenen eingeführt.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

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

Die Qualitätspolitik bildet den Rahmen für die Festlegung und Bewertung der Qualitätsziele, die sich am GLG-Leitbild und dem Leitbild des Krankenhauses Angermünde orientieren. Die Betriebsleitung und der Lenkungsausschuss legen jährlich Qualitätsziele und -kennzahlen fest, überprüfen diese und leiten Optimierungspotenzial ab. Die Einbindung aller Mitarbeiter und Bereiche ist durch spezifische Qualitätsziele einzelner Bereiche sichergestellt.

6.2 Qualitätsmanagementsystem

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Die Geschäftsführung des Konzerns trägt die Gesamtverantwortung für das Qualitätsmanagement. Die Qualitätskonferenz ist das Steuerungs- und Koordinierungsorgan auf Konzernebene. Auf Standortebene nimmt diese Funktion der Lenkungsausschuss wahr. An jedem Standort wurde ein Qualitätsmanagementbeauftragter benannt. So ist sichergestellt, dass das Qualitätsmanagement interdisziplinär, standort- und hierarchieübergreifend in die Aufbau- und Ablauforganisation eingebunden ist.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

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

Die Qualitätssicherung erfolgt durch die Ermittlung von fallbezogenen und diagnosebezogenen Wiederaufnahmeraten, Mortalitätsraten, Letalitätsraten mit Diagnosebezug, Fehlerursachenanalysen, Infektions- und Komplikationsstatistiken. Weitere Kennzahlen dienen zum Beispiel der Erfassung der betriebswirtschaftlichen Situation oder patienten- bzw. personalbezogenen Kriterien (z.B. Befragungen). Die Ergebnisse der internen Qualitätssicherung werden mit den entsprechenden Bereichen kommuniziert und Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet.

6.3 Sammlung und Analyse qualitätsrelevanter Daten

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

6.3.1 Sammlung qualitätsrelevanter Daten

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

Die qualitätsrelevanten Daten werden regelmäßig erfasst und systematisch ausgewertet. Es existiert ein Kennzahlensystem, in dem interne qualitätsrelevante Daten systematisch erhoben und ausgewertet werden. Die Ergebnisse werden jeweils mit dem verantwortlichen Personenkreis besprochen sowie Verbesserungsmaßnahmen initiiert.

6.3.2 Nutzung von Befragungen

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

Es erfolgen regelmäßige Befragungen der Patienten, Einweiser und Mitarbeiter, um deren Zufriedenheit mit dem Krankenhaus festzustellen. Notwendige Konsequenzen für unsere weitere Entwicklung können somit abgeleitet werden. Die Befragungsinstrumente gewährleisten anerkannte Ergebnisse und lassen vergleichende Analyse zu. Die Mitarbeiter werden in die organisatorischen Maßnahmen bei der Vorbereitung und Durchführung der Befragungen einbezogen. Die Ergebnisse werden intern und extern kommuniziert.

6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Auf der Konzernebene wurde ein umfassendes Beschwerdemanagementkonzept entwickelt und um ein hausspezifisches Konzept ergänzt. Es beschreibt das Selbstverständnis im Umgang mit Beschwerden und enthält alle organisatorischen Regelungen und Verantwortlichkeiten bei der Beschwerdebearbeitung. Die Patienten und deren Angehörige werden gebeten, ihre kritischen Hinweise im Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt mitzuteilen.

6.4 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

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

6.4.1 Beteiligung an der externen Qualitätssicherung

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

Das Krankenhaus nimmt an der externen Qualitätssicherung teil. Die geforderten Datensätze werden erfasst und termingerecht weitergeleitet. Die Dokumentation wird regelmäßig auf Vollständigkeit geprüft. Die Ergebnisse werden beurteilt, Maßnahmen diskutiert und abgeleitet.

6.4.2 Umgang mit den Ergebnissen der externen Qualitätssicherung

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

Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung werden der Betriebsleitung und den beteiligten Mitarbeitern mitgeteilt, systematisch analysiert und ggf. neue Qualitätsziele formuliert.