



KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Ammerland-Klinik
Institutionskennzeichen:	260341444
Anschrift:	Lange Straße 38 26655 Westerstede
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2017-0008 KH
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche
Gültig vom:	06.03.2017
 bis:	05.03.2020
Zertifiziert seit:	01.03.2005

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ[®]	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	7
1. Patientenorientierung	8
2. Mitarbeiterorientierung	12
3. Sicherheit - Risikomanagement	14
4. Informations- und Kommunikationswesen	17
5. Unternehmensführung	18
6. Qualitätsmanagement	21

Vorwort der KTQ[®]

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

Gesellschafter der KTQ[®] sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

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

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- Sicherheit - Risikomanagement,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Unternehmensführung und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

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

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

Während der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren[®] gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Dieser KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 55 Kriterien des KTQ-Kataloges Version 2015.

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

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

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter www.ktq.de abrufbar.

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung



Bild: Haupteingang Klinikzentrum
Westerstede

Die Ammerland-Klinik GmbH Westerstede

Die Ammerland-Klinik GmbH in Westerstede ist akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover und eine Klinik der Schwerpunktversorgung mit überregionalem Einzugsgebiet. Als moderne Akutklinik mit 375 Betten, 8 Hauptabteilungen und zwei Belegabteilungen verfügen wir über ein breit gefächertes Spektrum in Diagnostik und Therapie. Seit Juni 2008 kooperieren wir durch die bauliche Angliederung sehr eng mit dem Bundeswehrkrankenhaus Westerstede als „Klinikzentrum Westerstede“. In „Mischbereichen“ (Interdisziplinäre Notaufnahme, Radiologie, OP, Anästhesie, operative Intensivmedizin) arbeiten die Mitarbeiter bei der Versorgung unserer Patienten klinikübergreifend zusammen. Als qualifizierter Dienstleister ist das Ziel unserer Klinik, eine moderne und patientenorientierte Medizin für die stationäre und ambulante Gesundheitsversorgung wohnortnah anzubieten.

Fachliche Kompetenz durch gut ausgebildete und qualifizierte Mitarbeiter, unterstützt durch den Einsatz moderner technischer Geräte sowie eine umfassende Begleitung und Betreuung, sind die Basis der hochwertigen Behandlung unserer Patienten. Diese Voraussetzungen fördern Heilungschancen und Genesung. Unsere engagierten Mitarbeiter sind die Grundlage einer innovativen und patientenorientierten Arbeit sowie der stetigen Weiterentwicklung der Klinik.

Unser medizinisches Leistungsspektrum wird von folgenden Fachabteilungen erbracht:

- Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
- Klinik für Gefäß- und Thoraxchirurgie
- Klinik für Urologie und Kinderurologie
- Frauenklinik und Senologie
- Klinik für Innere Medizin
- Abteilung für Kardiologie
- Klinik für Neurologie
- Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie, Computertomographie, Kernspintomographie und Nuklearmedizin
- Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin
- Belegabteilungen (Augenklinik; Hals-, Nasen-, Ohrenchirurgie).

In unseren zertifizierten medizinischen Kompetenzzentren (u.a. Stroke-Unit, Brustzentrum, Darmzentrum, Prostatazentrum, Chest-Pain-Unit, Beckenbodenzentrum, Endometriosezentrum, Gefäßzentrum, Überregionales Traumazentrum, etc.) wird durch eine interdisziplinäre und klinikübergreifende Zusammenarbeit das gesamte Expertenwissen zur optimalen Behandlung genutzt.

Durch Kooperation und Vernetzung mit weiteren Anbietern im Gesundheitsbereich (Herz-Katheter-Labor, Notfallpraxis der niedergelassenen Ärzte, Hospizdienst, ambulantes Palliativnetzwerk, Ammerland-Hospiz, Elektrophysiologie Bremen) erhöhen wir das Angebot zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung und das Leistungsspektrum unserer Klinik.

Mit dem Ärztehaus* auf dem Gelände der Klinik haben wir das medizinische Leistungsspektrum erweitert. Hier befinden sich das Zentrum für Strahlentherapie und Radioonkologie (PD. Dr. med. Hermann), das Ambulante Kardiologische Zentrum Westerstede (Dres. med. Stöhr und Widjaja), das Nierenzentrum Ammerland (Dres. med. Tröster, Müller und Behrend), die Orthopädische Praxis (Dres. med. Cramer, Heimburger, Meyer, Kauss), das Therapiezentrum Westerstede (Praxis für Physiotherapie der Unternehmensgruppe Reeder), das Pneumozentrum (Dres. med. Schoch, Jonas, Kröger und Meyerhöfer), die Praxis für Gastroenterologie (Dr. Buckisch) und das Pathologische Institut Westerstede (Dres. med. Woziwodzki, Stachezki, Tuma).

Das medizinische Angebot wird zur Optimierung der Unterbringung und Versorgung durch weitere zusätzliche Serviceleistungen (elektrische Betten, kostenfreies Fernsehen etc.) ergänzt. Eine moderne Einrichtung und Ausstattung der Patientenzimmer und Untersuchungsräume, abwechslungsreiche und schmackhafte Kost sowie modernste Geräte unterstützen im Heilungsprozess und erhöhen das Wohlbefinden.

Neben der medizinischen und pflegerischen Versorgung sehen wir unseren gesellschaftlichen Auftrag in der Erhaltung des Klinik-Standorts sowie in der Ausbildung und im Umweltschutz. Den steigenden Anforderungen im Gesundheitswesen stellen wir uns durch zukunftsorientierte Konzepte, umfassendes Qualitätsmanagement und stetigen Vergleich mit anderen Leistungsanbietern (Benchmarking).

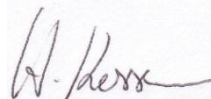
Unsere medizinische Leistungsvielfalt, Kompetenz und das weitere Zusatzangebot möchten wir durch den folgenden Qualitätsbericht transparent und umfassend für alle Interessierten darstellen. An dieser Stelle möchten wir uns herzlich bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bedanken, die an dem Prozess der Re-Zertifizierung mitgewirkt haben und die stetige Weiterentwicklung der Ammerland-Klinik und des Klinikzentrums fördern.



Robert Hoffmeister
Hauptgeschäftsführer



Dr. med. Matthias Haut
Medizinischer Geschäftsführer



Heinz J. Kessen
Leiter Organisationsentwicklung

* Nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

Die KTQ-Kategorien

1. Patientenorientierung

Rahmenbedingungen der Patientenversorgung

Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Ziel ist eine gleichmäßige Auslastung und Belegung aller Abteilungen und Räumlichkeiten unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen. Regelungen zur Bettenbelegungssteuerung wurden interdisziplinär und fachübergreifend festgelegt. Die Vorbereitung und Information bei der Aufnahme für elektive Patienten erfolgen frühzeitig in den Fachambulanzen. Dort werden sie vorbereitet und über den Ablauf der stationären Aufnahme informiert. Die Abstimmung mit den Einweisern erfolgt telefonisch bzw. durch Anschreiben der Hausärzte. Die Aufnahme von Notfallpatienten erfolgt über die interdisziplinäre Notaufnahme. Eine Aufnahmestation wurde eingerichtet. Die Beschilderung innerhalb der Klinik und auf dem Gelände ist einheitlich und übersichtlich. Hierzu wurde das "Konzept zur Orientierung im Krankenhaus und auf dem Gelände der Ammerland-Klinik GmbH" erarbeitet und umgesetzt. Durch die günstige Lage der Klinik an der Hauptverkehrsstraße ist eine gute Erreichbarkeit des Krankenhauses gewährleistet. Eine Ausschilderung ist flächendeckend umgesetzt sowohl in der Stadt als auch auf dem Gelände der Klinik. Ein Hubschrauberlandeplatz liegt hinter der Klinik. Eine Bushaltestelle befindet sich vor der Klinik. Über 1000 Parkplätze inkl. einem Parkhaus stehen zur Verfügung. Vor der Klinik sowie im Bereich der Notaufnahme befinden sich ausreichend Behinderten-, Taxi- und Notfallparkplätze. Der Bereich vor der Klinik ist den Patienten und Besuchern vorbehalten. Hier wird eine Gebühr erhoben, wobei die ersten zwei Stunden kostenfrei sind.

Leitlinien und Standards

Die Leitlinien der Fachgesellschaften werden berücksichtigt und sind Grundlage der Behandlung. Klinische Behandlungspfade sind eingeführt. Pflegestandards, Leitlinien und Behandlungspfade liegen im Intranet vor. Für die Pflege sind allgemeine und spezielle Standards eingeführt. Verantwortlich für die Erarbeitung, Schulung und Weiterentwicklung ist die "Standardgruppe" unter Führung der Pflegedienstleitung.

Information und Beteiligung des Patienten

Patientenorientierung, -beteiligung und -autonomie sind im Leitbild verankert. Verantwortlich für die Integration des Patienten sind der behandelnde Arzt und die betreuende Pflegekraft. Der Patient wird selbstverständlich umfassend informiert und in die einzelnen Schritte seiner Behandlung mit einbezogen. Er kann somit die angeordneten Maßnahmen mittragen. Persönliche Wünsche und Ressourcen werden dabei so weit wie möglich beachtet und in die Behandlungsplanung mit einbezogen. Bedenken und Zweifel des Patienten oder der Angehörigen werden besprochen, beachtet und akzeptiert. Es erfolgt eine Aufklärung über Alternativmöglichkeiten, das Einholen einer Zweitmeinung wird empfohlen.

Ernährung und Service

Die Optimierung der Ausstattung der Patientenzimmer erfolgte mit den Planungen zum Neubau und Umbau der Klinik. In allen Zimmern befinden sich Sitzecken für die Patienten. Die Zimmer sind mit Telefon, Fernseher und Radio ausgestattet. Fernsehen und Radio sind kostenlos, ebenfalls das Internet. Die Betten sind elektronisch verstellbar. Der Zugang zur Klinik ist barrierefrei und somit behindertengerecht eingerichtet. Spezifische Räumlichkeiten für Patienten, Besucher und Angehörige außerhalb des Patientenzimmers werden vorgehalten: hierzu zählen u.a. Aufenthaltsräume, Kapelle, Besucher-Café, Kiosk etc. Zur Aufbewahrung von Wertsachen sind in den Patientenzimmern Wertfächer vorhanden. Größere Geldbeträge oder Wertgegenstände können in einem Safe der Klinik unter Verschluss genommen werden. Die adäquate Versorgung der Patienten mit Essen und Trinken erfolgt über die hauseigene Zentralküche. Die Patienten haben die Wahlmöglichkeit zwischen 3 Menüangeboten. Zwei Diät- und Ernährungsberaterinnen stehen zur Verfügung. Die Menüwünsche werden täglich durch Menüassistentinnen erfragt. Ein Wahlleistungsbereich mit umfassenden Sonderleistungen wurde neu eingerichtet.

Akut-/Notfallversorgung

Erstdiagnostik und Erstversorgung

Zur Sicherung und Planung der Aufnahmebereitschaft und interdisziplinären Organisation der Notaufnahme wurde in Kooperation mit dem Bundeswehrkrankenhaus eine interdisziplinäre Notaufnahme implementiert. Ein bauliches Konzept und ein medizinisch-pflegerisches Organisations- und Personalkonzept wurden erstellt und umgesetzt. In der Notaufnahme wurden das Konzept der Ersteinschätzungskraft und das Manchester-Triage-System umgesetzt. Alle eintreffenden Patienten werden anhand dieses Systems sofort eingestuft und weiterbehandelt. Hierzu zählen ebenfalls die Planung der Ersteinschätzung, die Diagnostik und therapeutischen Maßnahmen. Eine zeitnahe Bearbeitung aller eintreffenden Notfälle wird dadurch gewährleistet. Wir besonders akute Krankheitsbilder (z. B. Polytrauma, Schlaganfall, Herzinfarkt) wurden spezifische Konzepte erstellt und umgesetzt (Stroke Unit, Chest-Pain-Unit, Traumazentrum).

Elektive, ambulante Versorgung

Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung

Für die ambulante Notfallversorgung steht in der interdisziplinären Notaufnahme 24 h täglich / 365 Tage im Jahr sowohl ärztlich als auch pflegerisch zur Verfügung. Für alle Bereiche (Pflege / Ärzte) sind die Zuständigkeiten der Mitarbeiter in einem Einsatzplan / Dienstplan festgelegt (Ambulanz, Station, OP, Funktionsbereiche). Durch die Kooperation mit dem Bundeswehrkrankenhaus konnte das Angebot um die "Traumatologie" erweitert werden. Eine Notfallpraxis der niedergelassenen Ärzte ist auf dem Gelände der Klinik untergebracht. Hier ist die erste Anlaufstation für die Versorgung der Patienten. Mit dem Klinikzentrum erfolgt eine enge Zusammenarbeit. Für die ambulante Betreuung von Patienten sind in den medizinischen Bereichen noch umfassende bis eingeschränkte Zulassungen zur kassenärztlichen Versorgung vorhanden. Alle Fachambulanzen haben festgelegte Zeiten für ihre Sprechstunden. Im Weiteren sind für bestimmte Indikatio-

nen Spezialsprechstunden eingerichtet (u.a. Brustzentrum, Darmzentrum, Proktologie, Wundsprechstunde, Inkontinenz, Impotenz, Myasthenie, MS, Schlaganfall, Botulinum-Gabe, Muskelkrankheiten, Onkologie, arterielle Verschlusskrankheit, Carotis, Phlebologie etc).

Ambulante Operationen

Ein Ambulantes-OP-Zentrum zur prä- und postoperativen Versorgung der Patienten wird vorgehalten. Im Weiteren werden ambulante Patienten z.B. der Kardiologie (z. B. beim Linksherzkatheter) und der Radiologie auf Grund der räumlichen Nähe über das Aufnahmezentrum versorgt. Die präoperative Vorbereitung wird durch die Fachabteilungen durchgeführt. Präoperative Befunde werden erhoben und liegen zum OP-Tag vor. Die operative Versorgung erfolgt im Zentral-OP. Die Patienten werden dabei im regulären OP-Plan berücksichtigt. Die postoperative Überwachung ist über den Aufwachraum geregelt. Anschließend erfolgt bis zur Entlassung eine Versorgung in den Räumen des Ambulanten OP-Zentrums.

Stationäre Versorgung

Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung

Eine verbindliche Planung des Behandlungsprozesses wird in der Klinik innerhalb der ersten 24 Stunden durch die behandelnden Ärzte festgelegt und dokumentiert. Der Patient erhält eine umfassende und bedarfsgerechte Diagnostik und Behandlung, orientiert an den anerkannten Leitlinien und definierten Behandlungspfaden. Die Umsetzung erfolgt gemeinsam mit allen an der Behandlung Beteiligten. Die Ergebnisse werden täglich bei den Visiten und während der individuellen Fallbesprechungen überprüft. Bei der Aufnahme werden die Patienten zu ihren persönlichen Gewohnheiten und Bedürfnissen befragt. Diese werden in Abwägung zur Behandlungsplanung und dem erwarteten Behandlungserfolg mit dem Patienten besprochen. Individuelle Beratungsangebote zur Gesundheitsvorsorge und zu Fragen der Erkrankung werden den Patienten, Angehörigen und Interessierten angeboten.

Therapeutische Prozesse

Durch eine optimierte Planung und Koordination diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen wird angestrebt, die Verweildauer zu optimieren. Eine Koordination erfolgt frühzeitig, teilweise bereits bei der ambulanten Vorstellung. Durch die Erarbeitung klinischer Behandlungspfade sollen Abläufe im Vorfeld strukturiert und zeitlich festgelegt werden. Verantwortlich für die Koordination der Behandlung sind die zuständigen Ärzte und die Klinikdirektoren. Zu jeder Zeit ist die Behandlung unserer Patienten nach dem Facharztstandard sichergestellt. Durch die Bereitstellung qualifizierter Mitarbeiter sowie umfassender und moderner Behandlungsverfahren gewährleisten wir eine auf die Patientenbedürfnisse abgestimmte professionelle Behandlung. Dies schließt eine adäquate Arzneimittel- und Schmerztherapie sowie die Sofortbehandlung von Komplikationen ein.

Operative Prozesse

Die OP-Bereitschaft ist rund um die Uhr gewährleistet. Eine zuverlässige und möglichst frühzeitige OP-Planung ist deshalb für Patienten, Mitarbeiter und Gesamtorganisation/-

abläufe unter Berücksichtigung von Notfällen für eine optimale Ablauforganisation notwendig. Der OP wird von der Ammerland-Klinik und dem Bundeswehrkrankenhaus betrieben. Für das OP-Management wurden Verantwortliche benannt. Die Geschäftsordnung des OP-Managements regelt die Einzelheiten und ist im Intranet veröffentlicht.

Visite

Die Visite ist zentrales Informations- und Kommunikationsinstrument zur Koordinierung und Absprache der Behandlung mit dem Patienten und allen an der Behandlung Beteiligten. In der Klinik finden auf den Stationen täglich gemeinsame Visiten der Ärzte und Pflegekräfte statt. Die Dokumentation der Visite erfolgt in der Elektronischen Patientenakte. Es wird darauf geachtet, dass mit dem Patienten in einer für ihn verständlichen Sprache kommuniziert wird. Elektive, ambulante Diagnostik und Therapie Eine ambulante Behandlung wird von der Klinik angeboten. Die Klinik nutzt die Möglichkeit der prä- und poststationären Versorgung in erster Linie, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen. Ziel ist es, die Diagnostik im Vorfeld der stationären Behandlung umfassend durchzuführen und durch eine koordinierte und frühzeitige Behandlungsplanung die Liegedauer zu optimieren. Die Verantwortung liegt bei den Klinikdirektoren und den lfd. Ärzten in den Fachbereichen. Eine umfassende prä- und poststationäre Versorgung zur Optimierung des stationären Aufenthaltes erfolgt z.B. intensiv in den medizinischen Kompetenzzentren. Bei Beginn der stationären Behandlung liegen bereits Ergebnisse der Diagnostik vor und der weitere Verlauf ist festgelegt. Ebenfalls sind die nachsorgenden Einrichtungen (z. B. Strahlentherapie, Onkologie, niedergelassene Ärzte) in den gesamten Prozess mit einbezogen. Die Gewährleistung einer poststationären Weiterbetreuung wird durch das geregelte "Follow-up" gesichert und für die nächsten 5 Jahre überwacht.

Kooperationen

Der Aufbau und die Etablierung medizinischer Kompetenzzentren werden durch die Klinik nachhaltig gefördert. Unterschiedlichste Zentren zur interdisziplinären Zusammenarbeit wurden gegründet. Hierzu zählen u.a. Brustzentrum, Darmzentrum, Gefäßzentrum, Stroke-Unit, Chest-Pain-Unit, Endometriosezentrum usw. Innerhalb der Klinik erfolgt eine Zusammenarbeit mit den anderen Fachbereichen z.B. über das Konsilwesen. Die Anforderung, Durchführung und -befundung erfolgen innerhalb von 24 h. Die Festlegung der Maßnahmen erfolgt durch Fachärzte. Eine Lesbarkeit und zeitnahe Befundübermittlung sind durch die Elektronische Patientenakte geregelt und gewährleistet. Für das Konzept der externen Kooperationen erhielt die Klinik 2009 und 2016 den KTQ-Award.

Weiterbetreuung/ Übergang in andere Bereiche

Entlassungsprozess

Der Entlassungstermin wird, wenn es möglich ist, bereits im Vorfeld geplant und mit dem Patienten abgesprochen. Der Sozialdienst wird zeitnah mittels EDV-Anforderung eingebunden. Am Entlassungstag stehen notwendige Dokumente zur Verfügung. Die weiterbetreuenden Einrichtungen sowie die Angehörigen wurden rechtzeitig informiert und konnten sich entsprechend vorbereiten. Spätestens am Entlassungstag erfolgt ein Entlassungsgespräch mit dem Patienten. Der behandelnde Arzt ist zuständig für die In-

formation des Patienten und ggf. der Angehörigen oder weiterbetreuender Einrichtungen sowie für das Abschlussgespräch und den Entlassungsbrief. Die betreuende Pflegekraft informiert den Patienten über Ablauf und Organisation der Entlassung und hält bei Bedarf Rücksprache mit den weiterbetreuenden Einrichtungen, z.B. bei der Überleitungs- pflege. Der Pflegebereich bereitet entsprechend die Dokumentation zur Entlassung vor.

Sterben und Tod

Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung

Die Mitarbeiter sind bestrebt, ein patientenorientiertes und humanes Sterben mit Würde und Respekt und die adäquate Sterbebegleitung in der Klinik zu ermöglichen. Hierzu wird versucht, individuell und der Situation entsprechend Personal, Ausstattung und Begleitung zur Verfügung zu stellen, insbesondere auf der Palliativstation und durch Einbeziehung des Hospizdienstes, des stationären Hospizes am Ammerland-Klinikum oder des Krankenhausseelsorgers. Fortbildungen zum Thema "Umgang mit sterbenden Patienten" werden angeboten. Auf Besonderheiten wird eingegangen und die Anwesenheit der Angehörigen ermöglicht.

Umgang mit Verstorbenen

Zur Versorgung von Verstorbenen wurde ein Pflegestandard erarbeitet. Die Betreuung und Begleitung der Angehörigen erfolgen durch das zuständige Personal, bei Bedarf mit Unterstützung des Klinikseelsorgers, der Onkologischen Beratung und des Hospizdienstes. Die Onkologische Beratung bietet Einzel- und Gruppengespräche für trauernde Angehörige an. Der Umgang mit Tod- und Fehlgeburten ist durch ein Konzept geregelt, dass in Zusammenarbeit mit dem Hospizdienst erstellt wurde.

2. Mitarbeiterorientierung

Personalplanung/ Personalentwicklung

Personalbedarf

Zur Planung des Personalbedarfs wird jährlich aus dem Wirtschaftsplan ein Personalbudget erstellt. Das Personalbudget wird durch Stellenpläne auf die einzelnen Abteilungen herunter gebrochen. Die Zuordnung auf die Abteilungen und Bereiche orientieren sich an objektiven Leistungszahlen. Die qualitative und quantitative Stellenbesetzung erfolgt durch den Leiter der Personalabteilung, bereichsbezogen in Absprache mit den Klinikdirektoren, der Pflegedienstleitung sowie den Abteilungsleitungen. Schwankungen werden unterjährig analysiert und berücksichtigt.

Personalentwicklung

Die Mitarbeiterqualifizierung ist im "Selbstverständnis der Klinik" verankert. Der Entwicklungsbedarf ergibt sich aus dem persönlichen Leistungsstand, der Zielplanung der Klinik, dem medizinischen Fortschritt sowie den technischen und gesellschaftspolitischen Entwicklungen. Der Bedarf wird jährlich festgelegt und spiegelt sich im Angebot zur Fort- und Weiterbildung wieder. Die Mitarbeiter werden bei den einzelnen Maßnahmen von

der Krankenhausleitung zielgerichtet unterstützt. Ein Konzept zur Personalentwicklung ist erarbeitet und wird sukzessiv umgesetzt.

Einarbeitung

Alle neuen Mitarbeiter der Klinik werden anhand eines einheitlichen Einarbeitungskonzeptes eingearbeitet. Am Einführungstag erhält der neue Mitarbeiter grundsätzliche Informationen zur Klinik und zum Leistungsspektrum sowie erste Einweisungen. Die Einarbeitung in das Aufgabengebiet liegt in der Verantwortung der Leitungen und wird durch ausgebildete Mentoren oder erfahrene Mitarbeiter begleitet. Innerhalb der Probezeit finden Reflexionsgespräche statt. Die Probezeit endet mit einer Leistungsbeurteilung und Reflektion der Einarbeitungszeit.

Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Die Klinik bietet ein breites Spektrum an Ausbildungsmöglichkeiten. Neben der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege wird im Bereich medizinische Assistenz (Arzthelferinnen), Verwaltung (Büro- und Kommunikation, Kaufmann im Gesundheitswesen, Fachkraft für Lagerlogistik) und EDV ausgebildet. Krankenpflegeschülern wird im "Ammerländer Ausbildungszentrum für Gesundheitsberufe gGmbH" ein umfassendes theoretisches und praktisches Wissen vermittelt. Durch die Theorie im Unterricht sowie die praktischen Anleitung und Begleitung in den verschiedenen Fachabteilungen sind sie nach dreijähriger Ausbildung in der Lage, als examinierte Fachkräfte eigenverantwortlich zu arbeiten. Die praktischen Einsätze werden begleitet und reflektiert. Die Begleitung der praktischen Ausbildung erfolgt durch ausgebildete Praxisanleiter und Mentoren. Speziell für Medizinstudenten wurde mit der Medizinischen Hochschule Hannover ein PJ-Konzept entwickelt und umgesetzt.

Das Angebot zur Fort- und Weiterbildung ist sowohl berufsgruppenspezifisch als auch übergreifend angelegt. Ziel ist es, Mitarbeiter entsprechend der Anforderungen ausreichend zu qualifizieren und zu fördern. Die Vergabe der Mittel orientiert sich an dem begründeten Bedarf der einzelnen Kliniken und Abteilungen unter Abwägung der gesamtunternehmerischen Zielsetzung. Für die Teilnahme an genehmigten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen werden die Mitarbeiter unter Fortzahlung der Bezüge von ihren dienstlichen Pflichten freigestellt. In den Fachbereichen sind dezentral Bibliotheken eingerichtet. Einige Zeitschriften sind bereits zeitunabhängig Online verfügbar, weitere befinden sich im Verteiler, so dass jeder Einsicht hat. Für die Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen steht eine ausreichende Anzahl von Räumen inklusive entsprechender Medien zur Verfügung.

Arbeitszeiten/ Work Life Balance

Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit Grundlagen für die Einhaltung geplanter Arbeitszeiten sind Arbeitszeitgesetz und tarifliche Bestimmungen. Dabei sind für die Mitarbeiter der medizinischen und technischen Dienste die Arbeitszeiten mit den Versorgungs- und Behandlungsabläufen abgestimmt. Ein EDV-gestütztes Dienstplanprogramm wird eingesetzt, sowie vereinzelt noch schriftliche Dienstpläne. Im Weiteren werden zur Zeiterfassung Stempeluhren und Transponder eingesetzt. Die Urlaubspläne erfolgen jährlich in den Abteilungen in Absprache aller Mitarbeiter. Bei der Ur-

laubsplanung erfolgt eine Abwägung der Mitarbeiterwünsche mit den betrieblichen Bedürfnissen.

Ideenmanagement

Eine Kommission zum betrieblichen Vorschlagwesen wurde eingerichtet. Mitarbeiterideen werden strukturiert gesammelt und regelmäßig ausgewertet. Gute Ideen werden veröffentlicht und honoriert. Eine Berücksichtigung der Mitarbeiterwünsche erfolgt z.B. in der Dienstplangestaltung, Arbeitszeitgestaltung und in der Fort- und Weiterbildung. Der Weg der Mitarbeiterbeschwerden ist über die zuständige Leitung geregelt. Mitarbeiter können sich aber auch direkt an die Geschäftsführung oder den Betriebsrat wenden.

3. Sicherheit – Risikomanagement

Patientenbezogene Risiken

Methoden des klinischen Risikomanagements

In der Klinik wird ein medizinisches Risikomanagement in vielen Bereichen umgesetzt. Die Verantwortlichkeiten liegen bei der Geschäftsführung. Das medizinische Risikomanagement ist dem Medizinischem Geschäftsführer und dem Qualitätsmanagement zugeordnet. Konzepte zum Risikomanagement (u.a. Sammlung qualitätsrelevanter Daten, Patientensicherheit) wurden erstellt, unterschiedliche Instrumente (Risikoaudits und -Analysen etc. sowie ein CIRS (Critical-Incident-Reporting-System) wurden eingeführt.

Eigen- und Fremdgefährdung

Die Sicherheit des Patienten hat höchste Priorität. Durch die räumliche und technische Ausstattung sowie durch die Aufsicht der Mitarbeiter wird dies gewährleistet. Patienten, die einer besonderen Obhut bedürfen, werden umfassend beaufsichtigt. Kindern werden mit ihren Erziehungsberechtigten als Begleitpersonen aufgenommen. Zuständig für die Patientensicherheit sind alle Mitarbeiter. Auffälligkeiten werden sofort an den unmittelbaren Vorgesetzten weitergegeben.

Medizinisches Notfallmanagement

Die Sicherstellung der Versorgung vital bedrohter Patienten ist über den Klinikdirektor der Anästhesie und Intensiv geregelt. Die Vorgehensweise ist standardisiert. Die Durchführung erfolgt durch geschultes Personal. Mitarbeiter werden in Reanimationsmaßnahmen geschult. Schulungen werden regelmäßig angeboten. Die Teilnahme ist Pflicht. Die Telefonkette ist geregelt und in der "Notrufkette" schriftlich fixiert. Eine zentrale Notrufnummer ist eingerichtet. Das Verfahren hat eine Gültigkeit für das gesamte Gelände des Klinikzentrums.

Organisation der Hygiene

Strukturen und Verantwortlichkeiten für die Hygiene sind festgelegt. Eine Hygienekommission in Kooperation mit dem Bundeswehrkrankenhaus und unter Einbeziehung externer Beratung ist etabliert. Für hygienische Belange sind entsprechend geschulte ärztliche und pflegerische Fachkräfte benannt. Verfahrens- und Dienstanweisungen sind erarbeitet und im Hygieneordner hinterlegt. Die Hygienebeauftragten weisen vor Ort ein

und informieren. Die Leitungen sind für Umsetzung, Einhaltung und Information zuständig.

Hygienerelevante Daten/ Infektionsmanagement

Vom Fremdlabor werden Keimdaten mit Resistenzbestimmung tgl. sowohl an die entsprechende Einsenderabteilung als auch an das Hygienepersonal weitergeleitet. Erreger mit speziellen Multiresistenzen werden statistisch aufgelistet und ausgewertet. Die Klinik beteiligt sich an den KISS-Modulen Colon, Rektum, Galle, Hand-Kiss, CDAD-Kiss sowie am grenzüberschreitenden EurSafty-Projekt. Der krankenhauserne Meldeweg bei nach dem Infektionsschutzgesetz zu erfassenden und zu meldenden Infektionen ist geregelt. Die Mitarbeiter werden im Rahmen einer innerbetrieblichen Fortbildung eingewiesen. Richtlinien zum Umgang mit MRSA/ MRGN, Noroviren, Clostridium difficile, ESBL, VRE, HIV, Tbc usw. bestehen.

Arzneimittel

Die Klinik betreibt eine hauseigene Apotheke. Die Anwendung der Arzneimittel unterliegt der Verantwortung der behandelnden Ärzte und des jeweiligen Klinikdirektors. Sie ordnen Medikamente an und können die Gabe einiger Medikamente an das Pflegepersonal delegieren. Anordnung und Dokumentation sind in einer Dienstanweisung festgelegt. Der Meldeweg bei unerwünschten Nebenwirkungen ist geregelt. Eine zeitnahe Information über Indikation, Wirkung, Nebenwirkung etc. ist durch ein EDV-Programm möglich. Als zentrales Gremium zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung wurde die Arzneimittelkommission eingerichtet.

Labor- und Transfusionsmedizin

Ein QS-Handbuch zum Umgang mit Blut und Blutprodukten regelt das Verfahren und gewährleistet eine optimale Patientensicherheit. Für jeden Bereich sind Transfusionsbeauftragte benannt und geschult. Eine Transfusionskommission befasst sich mit den Fragen des Umganges mit Blut und Blutprodukten. Ein Qualitätssicherungsbeauftragter und ein Transfusionsverantwortlicher sind benannt.

Medizinprodukte

Bei der Anwendung von Medizinprodukten steht die Sicherheit für Patienten, Anwender und Dritte im Vordergrund. Die Gesamtverantwortung liegt bei den Geschäftsführern. Diese haben Verantwortliche in den einzelnen Bereichen benannt. Es wurde eine umfassende Dienstanweisung sowie ein Ablaufplan erarbeitet und umgesetzt. Gesetzliche Bestimmungen werden berücksichtigt. Regelmäßige Unterweisungen für die Anwender und Beauftragten werden durchgeführt, dokumentiert und die Teilnahme kontrolliert. Für die Wartung und Reparatur der Geräte ist die Medizin-Technik zuständig.

Schutz- und Sicherheitskonzepte

Arbeitsschutz

Zur Sicherstellung des Arbeitsschutzes sind verantwortliche Mitarbeiter ausgebildet (Fachkraft für Arbeitssicherheit, Sicherheitsbeauftragte, Betriebsarzt). Als übergeordnetes Gremium wurde der Arbeitsschutzausschuss geschaffen. Die Sitzungen erfolgen

gemeinsam mit den Bundeswehrkrankenhaus Westerstede. Durch Begehungen während des laufenden Betriebes werden die Bereiche überprüft. Schulungsmaßnahmen erfolgen in internen Fortbildungsveranstaltungen. Neuerungen und Veränderungen werden in der Regelkommunikation weitergegeben. Die Mitarbeiter haben durch das Intranet zentralen Zugriff auf Informationen.

Brandschutz

Zur Sicherstellung eines umfassenden Brandschutzes, liegen entsprechende Regelungen vor. Diese wurden vom Brandschutzbeauftragten erarbeitet. Eine Aktualisierung erfolgt laufend. Flucht- und Rettungspläne hängen in der gesamten Klinik aus, sind als solche erkennbar, aktuell und einfach zu lesen. Die Mitarbeiter werden in Brandschutzschulungen unterwiesen. Brandschutz- und Evakuierungsübungen werden regelmäßig durchgeführt. Es liegt ein Konzept zur Brandschutzschulung vor. Der Brandschutzbeauftragte (Leiter Technik) steht dem Geschäftsführer beratend, unterstützend und überprüfend zur Seite.

Datenschutz

Der Datenschutz hat hohe Priorität. Die Mitarbeiter werden auf die Einhaltung des Datenschutzes am Einführungstag verpflichtet, alle Mitarbeiter werden in regelmäßigen Pflichtveranstaltungen belehrt. Ein Datenschutzbeauftragter ist benannt. Er hat die Aufgabe, die Geschäftsführung auf die Anforderungen des Datenschutzes hinzuweisen, zu beraten und entsprechende Konzepte auszuarbeiten. Externe werden im Rahmen der Weiterbetreuung der Patienten informiert. Der Zugriff auf Patientendaten ist nur Personen gestattet, die an der Patientenversorgung direkt oder indirekt beteiligt sind. Überprüfungen der Einhaltung des Datenschutzes finden regelmäßig und strukturiert statt. Leitlinien zur Therapie mit Blutkomponenten sowie Richtlinien zur Gewinnung und Anwendung von Blut und das QS-Handbuch sind im Intranet veröffentlicht.

Umweltschutz

Wir sehen den Schutz der Umwelt und den sorgsamsten Umgang mit den vorhandenen Ressourcen als zentrale Verantwortung. Zur Bewältigung dieser Aufgabe wurde ein qualifizierter Mitarbeiter (Dipl. Biochemiker) als Umwelt- und Gefahrstoffbeauftragter benannt. Er ist Leiter des Zentrallagers und somit für die Beschaffung zuständig. Beim Einkauf wird auf die Umweltverträglichkeit und bei der Entsorgung strikt auf die Trennung der unterschiedlichen Abfallarten unter Berücksichtigung der Richtlinien der Landesarbeitsgemeinschaft Abfall geachtet.

Katastrophenschutz

Der Katastrophenschutz unterliegt laut Landesrecht dem Landkreis Ammerland. Dieser hat einen Katastrophenstab eingerichtet und entsprechende Pläne erarbeitet. Hausintern wird der Katastrophenschutz durch den Brandschutzbeauftragten organisiert. Es liegt ein Katastrophenschutzplan vor, der regelmäßig aktualisiert wird. Die Planung umfasst vorbeugende, vorbereitende und abwehrende Maßnahmen, um drohende Gefahren für Menschen und Schäden an Sachwerten zu verhindern, zu mindern oder zu beseitigen.

Ausfall von Systemen

Nichtmedizinische Notfallsituationen und Gefahrenbereiche wurden identifiziert. Hierzu gehören technische Einrichtungen wie Kesselanlagen, Heizungskessel, Stromversorgung, Wasserversorgung, Lüftungsanlagen, Telefon- und Kommunikationsanlage und die IT. Für die Sicherung der technischen Anlagen ist die Technik zuständig, für die Sicherheit der IT der Leiter EDV. Entsprechende Ausfallkonzepte wurden erstellt und umgesetzt.

4. Informations- und Kommunikationswesen

Informations- und Kommunikationstechnologie

Netzwerkstruktur und Datensysteme

1997 wurde die Entscheidung zur Einführung des umfassenden Krankenhausinformationssystems (KIS) getroffen. Seitdem wurde Auf- und Ausbau des KIS mit dem Ziel einer elektronischen Patientenakte (EPA) stetig vorangetrieben. Sämtliche Bereiche inkl. der Ambulanzen sind in das System integriert. Bestehende Insellösungen wurden sukzessiv in das System eingepflegt. Externe Kooperationspartner sind in das Krankenhausinformationssystem eingebunden, so dass z.B. übermittelte Befunde automatisch in die elektronische Patientenakte eingegeben werden. Ein EDV-Sicherheitskonzept/Ausfallkonzept ist erarbeitet und umgesetzt. Zur Information der Mitarbeiter wurde ein Intranet als Kommunikations- und Informationsplattform aufgebaut.

Patientendaten

Klinische Dokumentation

Handhabung, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten bei der Dokumentation und der Patientenakte sind in der Verfahrensweisung "Medizinisch-Pflegerische Dokumentation, Aktenordnung und Archivierung" geregelt. Für die Dokumentation von Patientendaten wird die Elektronische Patientenakte genutzt. In nur wenigen einzelnen Teilbereichen wird noch eine händische Dokumentation eingesetzt. Die Elektronische Patientenakte ist im kontinuierlichen Auf- und Ausbau. Ein Archiv für Patientenakten besteht nicht mehr. Schriftliche Patientenakten werden digitalisiert und stehen an jedem PC-Arbeitsplatz zur Verfügung. Externe Vorbefunde werden von den Mitarbeitern zeitnah eingescannt und der Elektronischen Patientenakte zugefügt. Kooperationspartner der Klinik sind an das Krankenhausinformationssystem angeschlossen, Befunde werden in digitaler Form der Patientenakte zugeführt.

Verfügbarkeit und Archivierung

Daten zur Patientenbehandlung sollen schnell, umfassend und jederzeit für Berechtigte zur Verfügung stehen. Ein definiertes Ziel der Klinik war es, die Elektronische Patientenakte umzusetzen und stetig weiter zu entwickeln. Über das Krankenhausinformationssystem stehen berechtigten Personen an allen EDV-Arbeitsplätzen die relevanten Daten zur Verfügung. Eine lückenlose Informationsweitergabe ist dadurch gewährleistet.

Informationsmanagement

Information der Unternehmensleitung

Damit eine umfassende Information der Mitarbeiter sowie der Krankenhausführung gewährleistet ist, wurde eine Analyse durchgeführt und das Besprechungswesen wurde neu ausgerichtet sowie in einem Diagramm festgehalten. Um eine effektive Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung sowie eine gegenseitige Information zu gewährleisten, erfolgte eine Strukturierung des Informations- und Kommunikationsweges analog zum Organigramm auf Grundlage der Geschäftsordnung der Klinik. Das Besprechungswesen ist so aufgebaut, dass eine umfassende gegenseitige Information erfolgt. Ergebnisprotokolle werden zur Information und Prüfung ebenfalls an die Geschäftsführung versandt. Zur Information der Krankenhausführung wurde ein umfassendes Reportingsystem (Leistungszahlen, DRG-Reporting, Beschwerdemanagement etc.) entwickelt und eingeführt. Analysen zu besonderen Fragestellungen ergänzen die Informationen bzw. gewährleisten eine tiefere Auseinandersetzung mit speziellen Problemen. Ein Konzept zur Unternehmenskommunikation wurde erstellt, relevante Zielgruppen wurden definiert. Zur externen Informationsweiterleitung werden u.a. Internet, Imagebroschüre, Flyer, Eventmanagement, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Fort-, Weiterbildungsmaßnahmen und Laienvorträge genutzt. Die internen Informations- und Kommunikationsstrukturen sind in der Besprechungsmatrix festgehalten und die Weiterleitung von wichtigen Informationen über das Besprechungswesen geregelt. Die Kommunikation der Abteilungen untereinander erfolgt auf Leitungsebene in den Konferenzen (Ärztikonferenz, Pflegekonferenz, Abteilungsleitersitzung) sowie in den Gremien und Kommissionen. Eine Kommunikation der medizinischen Fachabteilungen bei medizinischen Fragestellungen erfolgt in den regelmäßigen fachübergreifenden Besprechungen (z. B. Tumorkonferenz, Carotis-Club, Röntgenbesprechungen). Für allgemeine interne Informationen stehen Intranet und Mitarbeiterzeitung ("Aktuell") zur Verfügung.

Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Die Pforte im Eingangsbereich ist erster Anlaufpunkt für alle ankommenden Personen. Der Bereich ist großzügig und freundlich gestaltet. Die Pforte ist 24 h am Tag besetzt. Zur Kernarbeitszeit arbeiten 3 Mitarbeiter (inkl. Botendienst) an der Pforte. Im Nachtdienst und zu den Nebenzeiten ist diese mit einem Mitarbeiter besetzt. Der Zuständigkeitsbereich umfasst die Ammerland-Klinik und das Bundeswehrkrankenhaus. Zusätzlich werden Aufgaben für das Ärztehaus, Hospiz und die Belegärzte übernommen (Telefondienst, Postdienst etc.).

5. Unternehmensführung

Unternehmensphilosophie und –kultur

Philosophie/ Leitbild

Durch eine bereichs-, berufsgruppen- und hierarchieübergreifende Arbeitsgruppe wurde das "Selbstverständnis der Ammerland-Klinik" erarbeitet, modifiziert und weiterentwickelt. Die Mitarbeiter konnten ihre Vorstellungen und Meinungen zum Selbstverständnis einbringen. Diese wurden bei der Erarbeitung berücksichtigt und mit einbezogen. Die

Kernaussagen beschreiben Ziele des Unternehmens, Grundwerte des Handelns und die Stellung des Patienten, der Angehörigen und der Mitarbeiter im Unternehmen.

Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Mitarbeiterorientierung und der vertrauensvolle Umgang sind im "Selbstverständnis" verankert. Die Orientierung am KTQ-Modell fördert zusätzlich entsprechende Maßnahmen. Verantwortlich sind die Geschäftsführung und alle Führungskräfte. Umfassende Maßnahmen zur Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen wurden geplant, initiiert und umgesetzt (Betriebsfest, Gesundheitsvorsorge, Betriebliches Gesundheitsmanagement, Kommunikation und Information etc.). Betriebsrat und Geschäftsführung treffen sich regelmäßig zum Informationsaustausch und arbeiten kooperativ zusammen.

Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Mitarbeiter- und Patientenorientierung sowie grundlegende Werte sind im "Selbstverständnis der Klinik" und in den Führungsgrundsätzen verankert. Um in Zukunft den Anspruchsgruppen Unterstützung und Hilfestellung zu geben, wurde ein klinisches Ethikkomitee eingerichtet. Konzeptgrundsätze sind erarbeitet die Mitarbeiter geschult. Patienten und Angehörige haben bzgl. ethischer Belange einen Ansprechpartner und die Möglichkeit, sich an das Gremium zu wenden. Im Weiteren werden ethische Leitlinien erarbeitet und Fortbildungsveranstaltungen zu ethischen Themen durchgeführt.

Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Ein Konzept zur Öffentlichkeitsarbeit und zum Marketing wurde erarbeitet. Alle relevanten Zielgruppen wurden festgelegt inkl. der Kommunikationswege. Zur Information der Öffentlichkeit werden neben Printmedien und Internet auch Fortbildungsveranstaltungen und Besucherführungen genutzt. Die Verantwortlichkeiten der Planung liegen bei der Geschäftsführung. Die Umsetzung erfolgt durch den Geschäftsbereich Organisationsentwicklung. Allgemeine Verhaltensregeln im Umgang mit der Presse wurden im Konzept berücksichtigt.

Strategie und Zielplanung

Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung

Im Zukunftsworkshop 2003, 2007 und 2009 wurden eine Strategieplanung mit der Thematik "Zukunft der Ammerland-Klinik und Strategien dorthin" durchgeführt. Meilensteine für die Weiterentwicklung der Klinik wurden festgelegt, Konzepte zur Gründung medizinischer Kompetenzzentren erarbeitet. Die festgelegte Strategie wurde im Rahmen von Projekte strukturiert umgesetzt. In 2011 erfolgten eine Umstrukturierung der Geschäftsführung und eine Änderung im Besprechungswesen durch Einführung von Lenkungskreisen. Hier werden alle 2 Monate die Strategie besprochen und in Projekten umgesetzt. Zielplanungen der medizinischen Fachabteilungen finden 6-mal jährlich im Rahmen der Besprechungen zum Medizinischen Sachbedarf statt. Mit den Leitungen werden über Leistungszahlen und Ergebnisse ihrer Fachbereiche besprochen. Aufbauend auf den Leistungsdaten wird die Entwicklung des medizinischen Sachbedarfs als auch die der medizinischen Prozesse analysiert. Anschließend erfolgt die Planung der Weiterentwicklung der Abteilung.

Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement

In der Klinik ist ein kaufmännisches Risikomanagement umgesetzt. Die Verantwortlichkeiten liegen bei der Geschäftsführung. Das finanzielle bzw. kaufmännische Risikomanagement ist dem Kaufmännischen Geschäftsführer und nachfolgende dem Bereich Finanz und Rechnungswesen zugeordnet.

Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Neben der medizinischen und pflegerischen Versorgung sieht die Klinik ihren gesellschaftlichen Auftrag in der Verantwortung für die Region durch Erhaltung und Ausbau des Klinik-Standortes sowie in Ausbildung und Umweltschutz. Um die Ausbildung zu fördern, bilden wir auch über den Bedarf der Klinik in speziellen Lehrberufen aus. Kooperationen und Partnerschaften mit externen Leistungsanbietern im Gesundheitswesen spielen für unsere Klinik eine ebenso große Rolle wie die interne Zusammenführung in interdisziplinären medizinischen Kompetenzzentren oder auch Fachabteilungsstrukturen. Als Klinik streben wir an, die nach außen gerichteten Grenzen des Krankenhauses schrittweise durchlässiger zu gestalten und das Krankenhaus zunehmend zu einem Gesundheitsdienstleister ohne eingrenzende Mauern zu machen.

Unternehmensentwicklung

Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

Mit Gründung der GmbH wurden die Organisationsstruktur sowie die Benennung der Funktionsträger neu festgelegt. Alle Bereiche und Ebenen wurden erfasst, zugeordnet und integriert. Änderungen erfolgen aktuell bei Wechsel innerhalb der Leitungsebene oder durch die Einrichtung neuer Stabsstellen. Die Zuordnung der Kompetenzen und Verantwortlichkeiten erfolgt nicht ausschließlich auf der traditionellen Chefarzteebene. Es wurden Stellen für leitende Ärzte etabliert z.B. Notaufnahme. Anhand der Aufbauorganisation und den gesetzlichen Rahmenbedingungen wurde mit Gründung der GmbH die Arbeit der Leitungsgremien und Kommissionen neu strukturiert und bindend festgelegt. Für die einzelnen Besprechungen gibt es jeweils eine Geschäftsordnung in der Aufgaben, Vorsitz, Mitglieder, Tagungsrythmus, Protokollpflicht und Verteiler geregelt sind. Die Ergebnisse der einzelnen Besprechungen werden in der Regelkommunikation und in den Teambesprechungen der einzelnen Bereiche kommuniziert. Zur effektiven Gremien- und Kommissionsarbeit und gegenseitigen Information, erfolgt eine Strukturierung der Informations- und Kommunikationswege analog zum Organigramm. Die Gremienarbeit ist so strukturiert, dass eine umfassende Information der Krankenhausführung gewährleistet ist. Mitglieder der Krankenhausleitung oder deren Vertreter sind Mitglieder der einzelnen Kommissionen und Teilnehmer der Besprechungen. Die Geschäftsführung erhält Protokolle relevanter Besprechungen. Die Terminierung der Sitzungen ist festgelegt.

Innovation und Wissensmanagement

Neue Innovationen werden in den Lenkungskreisen vorgeschlagen, diskutiert und im Rahmen von Projekt- und Maßnahmenplanungen überprüft und umgesetzt. Zur Optimierung des wissenschaftlichen Arbeitens und des Wissensmanagements bestehen ein

umfassender Zugriff auf Fachliteratur sowie der freie Zugang zum Internet. Wissenschaftliche Datenbanken werden dabei genutzt. Ein Studiensekretariat wurde zur Durchführung und Beteiligung an Studien eingerichtet, Studienassistentinnen eingestellt. Die Fort- und Weiterbildungsmöglichkeit an der Klinik sind umfassend. Diese können auch von Partnern aus dem ambulanten Sektor genutzt werden. Wissenschaftlich Aktivitäten werden unterstützt. Klinikdirektoren veranstalten internationale Symposien und Kongresse.

6. Qualitätsmanagement

Struktur und Ablauf

Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Zur bereichs- und abteilungsübergreifenden Organisations- und Qualitätsentwicklung wurden seit 1999 umfassende Maßnahmen durchgeführt. Eine strukturierte Einführung eines klinikinternen Qualitätsmanagementsystems wird seit 2001 durch die Einstellung des Qualitätsmanagementbeauftragten vorangetrieben. Die Grundlagen zur Etablierung eines umfassenden krankenhausinternen Qualitätsmanagementsystems sind im Konzept "Qualitätsmanagement in der Ammerland-Klinik" hinterlegt. Das Qualitätsmanagement ist als "Geschäftsbereich Organisationsentwicklung" direkt der Geschäftsführung zugeordnet.

Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung

Die Identifikation, Priorisierung und Festlegung wesentlicher Prozesse wird abgeleitet aus der Kernaufgabe der Klinik oder aus spezifischen Fragestellungen / Anforderungen. Eine Prozesslandkarte wurde erstellt. Kernprozesse der Patientenbehandlung (Medizinische und pflegerische Leistungen) und Subprozesse (administrative/organisatorische Prozesse) wurden identifiziert. Jede Klinik hat mindestens für die wichtigsten 5 Krankheitsbilder Behandlungspfade entwickelt (Stops). Im Weiteren werden Kernprozesse in Standards z.B. Geburtshilfe und Neurologie oder SOP's z.B. Radiologie festgehalten. Diese orientieren sich immer an den medizinischen Leitlinien der Fachgesellschaften.

Befragungen

Patientenbefragung

Die Nutzung von Befragungen ist für die Klinik das zentrale Instrument zur Ermittlung der "Kundenzufriedenheit". Ziele, Zielgruppen, Verantwortlichkeiten und Ablauf sind im "Konzept zum Beschwerdemanagement und zur Zufriedenheitsbefragung von Anspruchsgruppen" festgelegt. Begrifflichkeiten, Anspruchsgruppen sowie die Befragungszyklen wurden im Weiteren definiert sowie die Kommunikation der Ergebnisse. Patientenbefragungen werden kontinuierlich durchgeführt. Die Zufriedenheit wird anhand eines strukturierten Befragungsbogens durchgeführt. Jeder Patient erhält bei der Aufnahme einen Befragungsbogen. Durch den Mitarbeiter in der Aufnahme wird der Patient auf die Bedeutung und Wichtigkeit hingewiesen. Eine Auswertung der Befragungsbögen erfolgt täglich, die Ergebnisse werden monatlich zusammengefasst und quartalsweise in den Leitungssitzungen vorgestellt.

Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Externe Einrichtungen werden in regelmäßigen Abständen bzgl. ihrer Zufriedenheit mit der Klinik befragt. Die Zufriedenheit wird anhand eines strukturierten Befragungsbogens durchgeführt. Dieser wurde in einem studentischen Projekt der Fachhochschule Osnabrück erstellt und auf Validität überprüft. Die Teilnehmer wurden über die Ergebnisse informiert, ebenfalls über abgeleitete Maßnahmen. Nachsorgende stationäre Einrichtungen wurden bzgl. der Zusammenarbeit und Zufriedenheit mit der Klinik im Rahmen eines Qualitätszirkels geladen und befragt.

Mitarbeiterbefragung

Die Befragung von Mitarbeitern wird regelmäßig / unterjährig durchgeführt. Es werden zu bestimmten Themengebieten Befragungen durchgeführt z.B. Fortbildung (extern / intern), Betriebliches Gesundheitsmanagement, Einarbeitungsqualität oder Ausbildungsqualität. Die Ergebnisse der Befragung werden ausgewertet und Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet. Anschließend erfolgen eine Priorisierung und ein Maßnahmenplan. Durch die Ergebnisse der Befragungen konnte z.B. das Angebot im Betrieblichen Gesundheitsmanagement optimiert werden.

Meinungsmanagement

Beschwerdemanagement: Lob und Beschwerden von Mitarbeitern, Patienten und weiteren Einrichtungen

Ziele, Verantwortlichkeiten und Ablauf des Beschwerdemanagements sind im "Konzept zum Beschwerdemanagement und zur Zufriedenheitsbefragung von Anspruchsgruppen" festgelegt. Ein Ablaufschema wurde hierzu erstellt. Verantwortlich sind die Geschäftsführung und der Leiter Organisationsentwicklung. Beschwerden werden umgehend bearbeitet und mit den betroffenen Bereichen besprochen. Eine Rückmeldung an den Beschwerdeführer erfolgt umgehend nach Abschluss der Bearbeitung. Die Stelle des unabhängigen Patientenfürsprechers wurde eingeführt. Eine strukturierte Zusammenarbeit mit dem Beschwerdemanagement der Klinik erfolgt wöchentlich.

Qualitätsrelevante Daten

Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren

Ein Konzept zur internen Qualitätssicherung und Sammlung qualitätsrelevanter Daten sowie das Teilkonzept CIRS (Fehlermanagement) wurden erarbeitet. Qualitätsrelevante Daten werden EDV-technisch im laufenden Behandlungsprozess erfasst. Sie bieten Transparenz in der Nachvollziehbarkeit der Patientenbehandlung, der Darstellung betriebswirtschaftlicher Ergebnisse sowie der Beurteilung behandlungsspezifischer und betrieblicher Risiken. Das Krankenhaus beteiligt sich im vollen Umfang an den gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Grundsätze, Ziele, Verantwortlichkeiten und Abläufe bzgl. der externen Qualitätssicherung sind in einem Konzept hinterlegt sowie in der Verfahrensanweisung geregelt. Die Ergebnisse werden ausgewertet und in den Fachbereichen besprochen. Verbesserungsmaßnahmen zur Erhöhung der Qualität werden abgeleitet und umgesetzt.