

## KTQ - QUALITÄTSBERICHT

**Krankenhaus:** Asklepios Fachklinikum Lübben  
**Institutionskennzeichen:** 261 200 516  
**Anschrift:** Luckauer Straße 17  
15907 Lübben

**Ist zertifiziert nach KTQ<sup>®</sup> mit der Zertifikatnummer: 2008 – 0166 K**  
**durch die LGA InterCert GmbH, KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle**

**Datum der Ausstellung:** 16. Dezember 2008  
**Gültigkeitsdauer:** 15. Dezember 2011

## **Vorwort der KTQ®**

Die KTQ-Zertifizierung ist ein krankenhausspezifisches Zertifizierungsverfahren, das getragen wird von der Bundesärztekammer (BÄK), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Deutschen Pflegerat (DPR) und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherungen<sup>1</sup>. 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 Krankenhauspraktikern entwickelt und erprobt.

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

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

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

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

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

---

<sup>1</sup> Zu diesen zählen: der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., der AOK-Bundesverband, der BKK Bundesverband, der IKK-Bundesverband, der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Bundesknappschaft, die See-Krankenkasse.

Auf Grund des positiven Ergebnisses der Selbst- und Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

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

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.

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

Dr. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

J. Wermes

Für die Spitzen-  
verbände der Krankenkassen

Dr. med. B. Metzinger

Für die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

M.-L. Müller

Für den Deutschen Pflegeerrat

## Einleitung

### ASKLEPIOS Fachklinikum Lübben

Das Unternehmen Asklepios hat sich seit 1984 zu einem der größten privatwirtschaftlich tätigen Klinikunternehmen in Deutschland entwickelt. Betrieben werden Kliniken aller Versorgungsstufen, von Kliniken der Grund- und Regelversorgung bis zu Häusern der Maximalversorgung. Als Träger von Rehabilitationskliniken hat Asklepios die Möglichkeit, die gesamte stationäre Versorgung aus einer Hand zu leisten („therapeutische Kette“). Die Versorgungspalette wird durch Pflegeeinrichtungen und andere komplementäre Sozialeinrichtungen ergänzt.

Die zu Asklepios gehörenden Kliniken und Einrichtungen werden nach einer Philosophie geführt:

#### **Gemeinsam für Gesundheit**

Ziel ist es, die bestmögliche medizinische Versorgung der uns anvertrauten Patienten sicherzustellen. Damit steht das Wohl der Patienten im Mittelpunkt unseres Handelns. Durch die hohe Kompetenz unserer Mitarbeiter können wir eine hervorragende Qualität in Diagnostik und Therapie anbieten.

In den Asklepios Kliniken und Einrichtungen kommen sowohl innovative medizinische Verfahren als auch langjährig bewährte Verfahren zum Einsatz. Angeboten werden Methoden, deren Anwendung wissenschaftlich abgesichert ist und die Vorteile für den Patienten aufweisen. Das Unternehmen verfolgt das Ziel der Entwicklung, Weiterentwicklung und Durchführung von innovativen medizinischen Kompetenzen in jeder einzelnen Klinik und Abteilung. Im Mittelpunkt stehen der stetige Kompetenzzuwachs und eine von den Patienten und Ärzten anerkannte hohe medizinische Qualität der Leistungen in jeder einzelnen Klinik und Abteilung.

Es ist sozialer Konsens, kranke Menschen – unabhängig von ihrer wirtschaftlichen Lage – mit den verfügbaren Mitteln der modernen Medizin zu behandeln. Hierfür leistet Asklepios durch Qualität und Produktivität einen entscheidenden Beitrag.



Seit Oktober 2006 gehören die Fachkliniken Brandenburg a. d. Havel, Lübben und Teupitz mit ihrem psychiatrisch-neurologischen Fachspektrum zur Asklepios-Gruppe als Asklepios Fachkliniken Brandenburg GmbH. Alle drei Kliniken sind als eigenständiges und gleichberechtigtes Fachklinikum in der GmbH tätig.

Das Asklepios Fachklinikum Lübben ist eine moderne Einrichtung im Zentrum der Stadt Lübben. In einer umfangreichen Um- und Neubauphase wurde seit den 1990er Jahren das gesamte denkmalgeschützte Klinikgelände zu einer Fachklinik für Psychiatrie und Neurologie umgestaltet, die den modernsten medizinischen Ansprüchen gerecht wird.

- Klinik für Neurologie und Neurophysiologie
- Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik für Erwachsene
- Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik
- Fachbereich für sozialpsychiatrische Rehabilitation



Wie alle zum Asklepios-Verbund gehörenden Einrichtungen streben wir ein gut funktionierendes Qualitätsmanagement an. Dessen Aufgabe ist es, systematisch die Unterschiede zwischen den angestrebten (Soll-Zustand) und den tatsächlich erreichten Leistungen (Ist-Zustand) aufzuzeigen und gleichzeitig auf eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung hinzuarbeiten. Eine hohe Qualität muss im Gesundheitswesen zum Standard gehören. Patient, Krankenkassen, Mitarbeiter und auch die Leitung eines jeden Krankenhauses profitieren von klaren Strukturen und verbesserten Abläufen.

Dr. Sven Reisner  
Geschäftsführer

Karin Schuppan  
Kaufmännische Leitung

# Die KTQ-Kriterien beschrieben vom Asklepios Fachklinikum Lübben

# 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.*

Ein Klinikaufenthalt stellt für jeden Patienten eine besondere Situation dar. Unsere Patienten können sich im Vorfeld einer geplanten Behandlung über die Leistungen und Therapieangebote unseres Fachklinikums informieren. Durch ein persönliches Gespräch mit unseren Mitarbeitern, mit Hilfe des Internets, sowie durch Informationsflyer können wichtige Fragen beantwortet werden. Die Planung der stationären Aufnahme erfolgt in Abstimmung mit dem Patienten, dem einweisenden Arzt und der aufnehmenden Station. Im Notfall erfolgt die Aufnahme sofort und ohne Wartezeit.

### 1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

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

Patienten und Besucher erhalten gewünschte Informationen von unseren Mitarbeitern an der Pforte am Haupteingang. Die Orientierung im Klinikgelände wird durch einen Lageplan und eine Beschilderung vor und in den Gebäuden erleichtert.

### 1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

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

Nach Ankunft unserer Patienten in der Klinik beginnt zunächst die verwaltungstechnische Aufnahme. Hierbei werden erforderlichen Aufnahmemodalitäten erledigt und Informationen über allgemeine Vertragsbedingungen und Wahlleistungen weitergegeben. Danach wird der Patient durch die primär zuständige Pflegekraft und zeitnah durch den verantwortlichen Arzt aufgenommen und mit den örtlichen Gegebenheiten auf der Station vertraut gemacht.

### 1.1.4 Ambulante Patientenversorgung

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

Die ambulante Patientenversorgung erfolgt im Rahmen der psychiatrischen Institutsambulanzen für Erwachsene und für Kinder- und Jugendliche. Darüber hinaus werden Spezialsprechstunden angeboten, z.B. Demenz, Epilepsie. Die Sprechstunden werden finden von Montag bis Freitag statt, Wartezeiten werden weitgehend vermieden, eine notfallmäßige Vorstellung kann jederzeit erfolgen.

## 1.2 Ersteinschätzung und Planung der Behandlung

*Eine umfassende Befunderhebung jedes Patienten ermöglicht eine patientenorientierte Behandlungsplanung.*

### 1.2.1 Ersteinschätzung

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

Bei jedem Patienten erfolgt zeitnah die pflegerische und ärztliche Aufnahme der Krankengeschichte, die auf einheitlichen Dokumentationsformularen erfasst wird. Dabei werden die körperliche, psychische und soziale Situation und mögliche Risiken des Patienten erhoben. Wenn gewünscht oder erforderlich werden Angehörige, Bezugspersonen oder gesetzliche Betreuer einbezogen. Die Behandlungs- und Therapieplanung wird ausführlich mit dem Patienten besprochen, dabei werden Wünsche und Bedürfnisse des Patienten berücksichtigt.

### 1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

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

Vorbefunde sind wichtige Grundlage für die Ersteinschätzung und ersparen unseren Patienten Doppeluntersuchungen und zusätzliche Wartezeiten, deshalb wird jeder einweisende Arzt gebeten Vorbefunde bereitzustellen. Liegen bereits Untersuchungsergebnisse aus vorangegangenen Klinikaufhalten vor, können diese jederzeit vom verantwortlichen Arzt über die elektronische Patientenakte (EPA) eingesehen werden. Bei einer Verlegung werden vorliegende Befunde mitgegeben.

### 1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

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

Mit jeder Aufnahme werden für jeden Patienten individuelle Behandlungsziele festgelegt. Für die Behandlung wird ein mit dem verantwortlichen Facharzt abgestimmter Plan diagnostischer Maßnahmen und ein zeitlich koordinierter Behandlungs- und Therapieplan erstellt. In der Visite erfolgt eine Überprüfung aller notwendigen Behandlungsschritte durch das interdisziplinäre Behandlungsteam gemeinsam mit dem Patienten.

### 1.2.4 Integration der Patienten in die Behandlungsplanung

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

Jeder Patient wird über alle Behandlungsschritte umfassend vom behandelnden Arzt/Therapeuten informiert und aufgeklärt. Dabei werden Wünsche und Bedürfnisse des Patienten weitgehend berücksichtigt. Auf Wunsch des Patienten (bei Kindern grundsätzlich) werden Angehörige mit einbezogen. Bei ausländischen Patienten unterstützen Dolmetscher und Mitarbeiter mit Fremdsprachenkenntnissen die Kommunikation. Bei Ablehnung der Behandlung wird dies grundsätzlich respektiert und nach Möglichkeit Alternativen geboten.

## 1.3 Durchführung der Patientenversorgung

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

### 1.3.1 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung

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

Die Behandlung und Therapie unserer Patienten wird nach allgemein anerkannten und aktuell gültigen Leitlinien und Empfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften durchgeführt. Durch Kooperation mit Herstellern und Vertreibern von Heil- und Hilfsmitteln wird eine kompetente Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln gewährleistet. Ein Apothekenvertrag regelt die zeitnahe Belieferung mit Arzneimitteln. Medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapien werden mit dem Ziel einer ganzheitlichen Betreuung der Patienten kombiniert.

### 1.3.2 Anwendung von Leitlinien

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

Die Behandlung der Patienten erfolgt nach aktuellen und gültigen klinikinternen Standards und Leitlinien, die sich an den Leitlinien der Fachgesellschaften orientieren und einen hohen wissenschaftlichen Standard sicherstellen. Für häufige Diagnosen existieren Behandlungsleitlinien, die jährlich auf Aktualität geprüft werden. Die Standards sind für alle Mitarbeiter verbindlich, begründete Abweichungen zur Sicherstellung einer optimalen Patientenversorgung werden dokumentiert.



### 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.*

Jeder Patient erhält eine vertrauliche und individuelle Aufklärung zu Diagnose und Therapie vom verantwortlichen Arzt. Dabei werden Behandlungsalternativen erläutert. Die Besuchszeiten sind offen und flexibel gestaltet, wobei individuelle Absprachen getroffen werden können und Ruhezeiten nach Möglichkeit eingehalten werden. Unseren Patienten stehen eine Cafeteria mit Terrasse, Sporträume, Aufenthaltsräume und eine Fahrradausleihe zur Verfügung. Eine Parkanlage mit dekorativen baulichen Elementen und Kunst im Park kann von Patienten und Besuchern genutzt werden.

### 1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

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

Unsere Patienten erhalten ein ausgewogenes, bei Bedarf individuell abgestimmtes Speisenangebot aus der klinikeigenen Küche. Täglich kann zwischen verschiedenen Menüs gewählt werden. Darüber hinaus gibt es ein Speisenangebot in der Cafeteria. Auch religiöse und kulturell motivierte Wünsche werden weitgehend umgesetzt. Eine Beratung unserer Patienten zu speziellen Ernährungsfragen wird durch eine qualifizierte Diätassistentin umgesetzt.

### 1.3.5 Koordinierung der Behandlung

*Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.*

Ziel ist eine aufeinander abgestimmte Zusammenarbeit aller an der Behandlung und Therapie des Patienten beteiligten Berufsgruppen, um Wartezeiten und Belastungen für unsere Patienten zu reduzieren. Untersuchungen, Behandlung und Therapie werden terminlich und individuell auf den Patienten im Therapieplan abgestimmt. Der termingerechte Transport unserer Patienten wird von der verantwortlichen Bereichs- oder Bezugspflegekraft organisiert und erfolgt ggf. unter fachlicher Begleitung um die Sicherheit des Patienten zu gewährleisten.

### 1.3.6 Koordinierung der Behandlung: OP-Koordination

*Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.*

In unserem Fachklinikum werden keine Operationen durchgeführt.

### 1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

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

Die Qualität der Behandlung und Therapie in unserem Fachklinikum wird im besonderen Maße durch die Einbeziehung aller Berufsgruppen in den Behandlungsablauf geprägt. Es finden regelmäßig interdisziplinäre Fallbesprechungen und Visiten statt. Für eine optimale Versorgung unserer Patienten über das Fachgebiet hinaus, wird über die Anforderung und Durchführung von Konsilen sichergestellt, dass auch alle abzuklärenden Nebendiagnosen, welche den Patientenaufenthalt und den Therapieerfolg beeinflussen, von entsprechendem Fachpersonal behandelt werden.

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

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

Die Visite ist ein wichtiger Bestandteil der Behandlung und Therapie unserer Patienten. Jeder Patient wird über die Visitenzeiten informiert. In einem Gespräch zwischen dem verantwortlichen Arzt, Therapeuten und Pflegekraft zusammen mit dem Patienten werden Behandlungsverlauf, Therapie und Diagnostik überprüft und geplant. Die Ergebnisse werden unmittelbar in der Krankenakte dokumentiert. Darüber hinaus erfolgt regelmäßig und bei Bedarf eine separate Pflegevisite. Chefarzt- und Oberarztvisite sind fester Bestandteil der Visitenplanung auf jeder Station.

## 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 unserer Patienten ist ein Teil des koordinierten Behandlungsprozesses, der in den Visiten und Fallbesprechungen individuell vorbereitet und geplant wird. Um zum Zeitpunkt der Entlassung eine kontinuierliche Weiterversorgung sicherzustellen, erfolgt eine Abstimmung mit den Patienten, seinen Angehörigen, ggf. dem gesetzlichen Betreuer oder nachbetreuenden Einrichtungen. Mit jedem Patienten wird ein ärztliches und pflegerisches Abschlussgespräch geführt, auf Wunsch auch mit Beteiligung seiner Bezugsperson.

### 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.*

Am Tag der Entlassung oder der Verlegung werden alle für die Weiterbehandlung wichtigen Informationen über diagnostische und therapeutische Maßnahmen bereitgestellt. Jeder Patient bekommt den vollständigen Arztbrief oder einen Kurzarztbrief (der vollständige Arztbrief wird schnellst möglich nachgereicht). Bei Überleitung in eine ambulante oder stationäre Pflege wird ein schriftlicher Pflegeüberleitungsbogen erstellt und mitgegeben.

### 1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

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

Durch unsere Sozialarbeiter/Sozialpädagogen wird frühzeitig Kontakt mit den weiterbetreuenden Einrichtungen bzw. Personen aufgenommen. Dazu zählen z.B. Angehörige, Pflegedienste, Heime, betreute Wohnformen, Schulen, Jugend- und Sozialämter, andere Krankenhäuser und weiterbetreuende Ärzten. Darüber hinaus ist eine intensive Nachbetreuung durch die psychiatrische Institutsambulanz gewährleistet. Die für die Weiterbetreuung relevanten Informationen werden die jeweiligen Einrichtungen und Personen weitergegeben.

## 2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

### 2.1 Planung des Personals

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

#### 2.1.1 Planung des Personalbedarfes

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

Die Planung des benötigten Personals basiert auf der strategische Zielplanung unseres Fachklinikums. Um eine optimale Patientenversorgung sicherzustellen erfolgt eine regelmäßige bedarfsgerechte Anpassung des Personalbedarfs. Dabei werden für die Berechnung aktuelle Leistungszahlen, Abwesenheitszeiten, therapeutische Angebote, medizinische Konzepte, Anforderungsprofile, gesetzliche Vorgaben und das verfügbare Finanzbudget berücksichtigt.

### 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 unseres Fachklinikums orientiert sich an den betrieblichen Erfordernissen sowie an den Wünschen unserer Mitarbeiter. Zu den wichtige Grundpfeilern der Personalentwicklung zählen die zielorientierte Einarbeitung neuer Mitarbeiter, die klinikinterne und externe Fort- und Weiterbildung, die Durchführung von Mitarbeiterfördergespräche und eine vorrangig interne Stellenbesetzung.

#### 2.2.2 Festlegung der Qualifikation

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

Die Qualifikation unserer Mitarbeiter ist an den Anforderungen ihrer Verantwortung ausgerichtet und in Stellen- und Aufgabenbeschreibung hinterlegt. Das Fachklinikum stellt durch gezielte Fort- und Weiterbildung sicher, dass die Mitarbeiter den aktuellen Stand der Wissenschaft bei ihrer Tätigkeit berücksichtigen. Die organisatorische Einordnung ist für alle Bereiche in einem Organisationsdiagramm dargestellt.

#### 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 Gesamtzielplanung des Fachklinikums enthält auch die Planung zur Fort- und Weiterbildung. Die Planung erfolgt auf Grundlage des medizinischen Leistungsspektrums und der Ergebnisse der Mitarbeitergespräche. Alle Mitarbeiter haben die Möglichkeit an klinikinternen und externen Fort- und Weiterbildungen teilzunehmen. Durch die jeweiligen Abteilungsleiter wird der Bedarf ermittelt, Wünsche der Mitarbeiter werden dabei weitgehend berücksichtigt. Das Jahres-Fortbildungsprogramm beinhaltet Themen für alle drei Kliniken und wird über das Intranet veröffentlicht.

#### 2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

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

Die Planung zur Finanzierung der Fort- und Weiterbildung fließt in die Gesamtzielplanung des Fachklinikums ein. Das Fortbildungsbudget wird jährlich für den ärztlichen und pflegerischen Bereich zur Verfügung gestellt. Die Entscheidung zur Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen wird zwischen dem Budgetverantwortlichen und dem Mitarbeiter abgestimmt und durch ein Antrags- und Genehmigungsverfahren ermöglicht.

### 2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

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

Fort- und Weiterbildungsmedien stehen allen Mitarbeitern zur Verfügung. Die gesamte aktuelle Fachpresse als auch Fachliteratur werden in der Bibliothek archiviert und können ausgeliehen werden. Spezifische Standardwerke sind in jedem Bereich und teilweise auch an jedem Arbeitsplatz vorhanden. Zusätzlich haben alle Ärzte und Mitarbeiter im Pflegedienst einen Zugang zu einer Online-Bibliothek des Thieme-Verlages. Alle Computer sind mit Intranet und nach definierten Zugriffsrechten auch mit Internet ausgestattet.

### 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.*

Unser Fachklinikum hat keine eigene Ausbildungsstätte.

## 2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

*Mitarbeiterinteressen werden angemessen bei der Führung des Krankenhauses berücksichtigt.*

### 2.3.1 Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles

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

Der im Leitbild formulierte Grundgedanke zur Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitern und Bereichen wird getragen durch gegenseitigen Respekt, achten der Persönlichkeit und der Leistung des Anderen. Die enge Zusammenarbeit und Kooperation in unseren multiprofessionellen Teams und zwischen den Kliniken ist die Basis für ein motivierendes und angenehmes Arbeitsklima. Der Führungsstil stützt sich auf die Bildung von Vertrauen und berücksichtigt die Integration aller Mitarbeiter.

### 2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

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

In unserem Fachklinikum kommen unterschiedliche Arbeitszeitmodelle zum Einsatz, die die betrieblichen Erfordernisse und die Wünsche unserer Mitarbeiter berücksichtigen. Es gibt für alle Bereiche geregelte und durch die Personalvertretung mitbestimmte Dienst- und Arbeitszeiten. Für die Einhaltung und Dokumentation der Arbeitszeiten ist der jeweilige Abteilungsleiter unter Einhaltung der gesetzlichen Regelungen verantwortlich. In großen Bereichen der Klinik unterstützt ein EDV-Dienstplanprogramm die Planung, Ermittlung und Dokumentation der Arbeitszeit.

### 2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

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

Mit der strukturierten Einarbeitung neuer Mitarbeiter werden erfahrene Kollegen in der Mentorenfunktion aus dem jeweiligen Arbeitsbereich beauftragt. Unterstützend werden Einarbeitungskonzepte eingesetzt, Zwischen- und Abschlussgespräche während und am Ende der Einarbeitungszeit geführt sowie Informationsmappe zu allgemeinen betrieblichen Abläufen zur Verfügung gestellt.

### 2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

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

Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden sind erwünscht und werden von der Klinikumsleitung oder dem Betriebsrat mit dem Ziel der konstruktiven Nutzung entgegengenommen. Sie können direkt beim zuständigen Vorgesetzten, dem Betriebsrat oder der Geschäftsführung vorgebracht werden. Jeder Eingang wird sachlich geprüft und es erfolgt eine Rückmeldung.

## 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.*

Alle Bereiche des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sind mit einer Verfahrensanweisung umfassend geregelt. Eine Fachkraft für Arbeitsschutz und ein Betriebsarzt sind bestellt. In allen Bereichen sind Sicherheitsbeauftragte benannt und ausgebildet. In planmäßigen Begehungen durch die Verantwortlichen und Beratungen des Arbeitsschutzausschusses werden Analysen durchgeführt und erforderliche Maßnahmen eingeleitet und koordiniert, regelmäßige Belehrungen im Umgang mit Gefahrstoffen finden vor Ort statt.

#### 3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

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

Das Vorgehen im Brandfall ist durch eine umfassende Brandschutzordnung geregelt. Alle Führungskräfte und der Brandschutzbeauftragte sind für die Umsetzung der Maßnahmen sowie die jährlichen Schulungen und praktischen Übungen zum Brandschutz der Mitarbeiter zuständig. Flucht- und Rettungswege sind deutlich gekennzeichnet. Diese und das Verzeichnis der Hydranten /Leitern und Anfahrtswege wurden in Abstimmung mit der Feuerwehr erstellt und bei baulichen Maßnahmen kontinuierlich aktualisiert.

#### 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.*

Im Alarm- und Einsatzplan des Fachklinikums ist das Vorgehen bei internen und externen Gefahrenlagen festgelegt. Die Abstimmung erfolgte mit dem Land Brandenburg und dem Brand- und Katastrophenamt des Landkreises Dahme-Spreewald. Unter Verantwortung der Geschäftsführung ist eine Einsatzleitung benannt, die Zuständigkeiten sind rund um die Uhr geregelt. Der Krankenhaus Alarm- und Einsatzplan ist Bestandteil der jährlichen Unterweisungen in allen Bereichen. Für alle möglichen Störungsmeldungen steht rund um die Uhr ein Bereitschaftsdienst zur Verfügung.

#### 3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

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

Das innerklinische Notfallmanagement ist durch verbindliche Regelungen und geschulte erfahrene Mitarbeiter sichergestellt. Alle Stationen sind mit einem Notfallkoffer der Intensivbereich mit einem Notfallwagen ausgestattet. Jährlich finden praktische Notfallfortbildungen für unsere Mitarbeiter statt, die als Pflichtfortbildungen deklariert sind. Unsere Mitarbeiter werden von erfahrenen Fachleuten trainiert und üben dabei das richtige Verhalten in Notfallsituationen.

#### 3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

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

In unseren Kliniken behandeln wir Patienten mit einem hohen Maß an Eigen- und Fremdgefährdung. Ziel ist es, mit so wenig wie möglichen Einschränkungen für den Patienten und Achtung der persönlichen Freiheit ein Höchstmaß an Sicherheit zu gewinnen und zu bieten. Handlungsanweisungen, Schulungen des Personals und bauliche Maßnahmen bilden dafür die Grundlage. Erforderliche Zwangsmaßnahmen werden nur nach intensiver Prüfung, mit Zustimmung des behandelnden Arztes und intensiver Pflege- und Betreuung durchgeführt.

## 3.2 Hygiene

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

### 3.2.1 Organisation der Hygiene

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

Die Verantwortung für Belange der Hygiene in allen Bereichen unseres Klinikums ist in der Geschäftsordnung der Hygienekommission und in der Hygieneordnung geregelt. Der Ärztliche Direktor ist für die Krankenhaushygiene verantwortlich. Ein hygienebeauftragter Arzt in jeder Klinik und eine Hygienefachkraft sind benannt. Sie koordinieren die Umsetzung der Hygienestandards in den jeweiligen Abteilungen, erfassen Mängel und organisieren deren Beseitigung. Darüber hinaus erfolgt eine Beratung und Begehung durch ein externes Beratungszentrum für Hygiene in allen Bereichen.

### 3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

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

Hygienerelevante Daten, wie durch das Infektionsschutzgesetz vorgeschrieben, werden durch Ist-Statistik erfasst und in den mindestens zweimal jährlich stattfindenden Hygienekommissionssitzungen ausgewertet. Erforderliche Maßnahmen werden beschlossen und eingeleitet. Die Umsetzung wird durch die Hygienefachkraft überprüft. Meldepflichtige Erkrankungen werden an das Gesundheitsamt gemeldet.

### 3.2.3 Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen

*Hygienesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.*

Hygienesichernde Maßnahmen sind nach den Richtlinien des Robert-Koch-Institutes in der Hygieneordnung des Fachklinikums festgelegt. Ziel ist es, Neuinfektionen zu vermeiden und bestehende Infektionen nicht zu verbreiten. Hierzu gehören z. B. Handlungsanweisungen und Desinfektionspläne. Der Hygieneplan hat dienststanweisenden Charakter und ist jeden Mitarbeiter zugänglich. Mindestens einmal jährlich werden alle Mitarbeiter zur Hygiene geschult. Es erfolgen jährlich Kontrollen durch die Hygienefachkraft in allen Bereichen, bei Problemen sofort.

### 3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

*Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.*

Nach den Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes, gesetzlichen Vorschriften und den Vorgaben unserer Hygieneordnung werden jährlich in allen Bereichen Hygienebegehungen durchgeführt, eventuelle Mängel erfasst, in der Hygienekommission und mit den Mitarbeitern vor Ort besprochen sowie Korrekturmaßnahmen festgelegt, deren Umsetzung überprüft wird. In der Küche wird die Einhaltung des HACCP Konzeptes durch ein externes Institut überprüft. Durch Hygieneschulungen und vor-Ort-Belehrungen werden den Mitarbeitern die Inhalte der Hygieneordnung vermittelt.

## 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 Beschaffung und Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut/Blutprodukten und von Medizinprodukten sowie Verfahren und Verantwortlichkeiten ist geregelt. Damit wird eine bedarfs- und zeitgerechte Versorgung gewährleistet. Die Bereitstellung von Arzneimitteln und Blutprodukten ist in Kooperation mit einer benachbarten Klinik und der Apotheke sichergestellt. Die gesetzlich vorgeschriebene Arzneimittelliste wird durch die Arzneimittelkommission nach medizinisch-wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten erstellt und fortgeschrieben.

### 3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

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

Die Verfahren zur Verordnung, Bereitstellung und Abgabe von Arzneimitteln sind verbindlich geregelt. Alle Patienten werden vor der ersten Medikamentengabe ausführlich vom Arzt über Wirkungen und Nebenwirkungen des Arzneimittels aufgeklärt. Die ärztliche Anordnung jedes Medikaments wird in der Patientenakte dokumentiert und vom Arzt unterschrieben. Die Fachklinik wird von einer externen Apotheke versorgt. Die Bereitstellung von Arzneimitteln ist zu jeder Zeit sichergestellt. Die Arzneimittelkommission legt fest, welche Medikamente zum Einsatz kommen.

### 3.3.3 Anwendung von Blut- und Blutprodukten

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

Es ist ein Qualitätsmanagementsystem für die Hämotherapie in unserem Fachklinikum vorhanden. Alle Prozesse, Verantwortlichkeiten und Kontrollmechanismen für die klinische Anwendung von Blut- und Blutprodukten sind verbindlich geregelt. Ein Transfusionsverantwortlicher für die Klinik und Transfusionsbeauftragter sind benannt. Der Einsatz von Hämotherapeutika ist in der Transfusionsordnung detailliert aufgezeigt. Alle Dokumente sind im EDV- Programm hinterlegt und für alle Mitarbeiter zugänglich.

### 3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

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

Der Umgang mit Medizinprodukten ist in einer Verfahrensweisung festgelegt. In jeder Abteilung sind Gerätebeauftragte benannt. Medizingeräte werden entweder durch den Medizintechniker oder Fremdfirmen in den vorgeschriebenen Prüfintervallen geprüft. Der Einsatz neuer Produkte geschieht nach Testung durch den Anwender. Nur aktenkundig eingewiesene Mitarbeiter dürfen die entsprechenden Geräte bedienen. Die Bestandserfassung und Dokumentation der Medizingeräte erfolgt durch den Medizintechniker.

### 3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

*Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.*

In unserem Konzern-Leitbild "Mensch-Medizin-Mitverantwortung" sind der Schutz und die Erhaltung der Umwelt fest verankert und werden durch ein Abfallmanagement und den sparsamen Umgang mit den Ressourcen in unserem Fachklinikum umgesetzt. Im Rahmen der Anschaffung von Gütern und bei baulichen Maßnahmen werden neben den ökonomischen Gesichtspunkten die ökologischen Anforderungen berücksichtigt, wobei Abfallvermeidung und sachgerechte Entsorgung im Mittelpunkt stehen. Bei Instandsetzung/Renovierung werden wassersparende und energieeinsparende Geräte eingebaut.

## 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.*

Alle relevanten Patientendaten werden in Papierform und im Krankenhaus-Informationssystem systematisch erfasst. Für die Behandlung und Therapie existiert eine strukturierte berufsgruppenübergreifende Dokumentation. Durch sie wird die Koordination des multiprofessionellen Zusammenwirkens der für die Behandlung Verantwortlichen sichergestellt. Mittels Dokumentationsanalysen und in Pflegevisiten wird die ordnungsgemäße Führung der Dokumentation überprüft. Die Verantwortlichkeit für die EDV-gestützte Dokumentation ergibt sich aus der Zugangsberechtigung.

#### 4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

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

Alle relevanten Daten, die sich aus der Diagnostik, Behandlung und den pflegerischen Maßnahmen ergeben, werden in Patientendokumentation zeitnah und verständlich erfasst. Der Behandlungsverlauf ist dadurch jederzeit nachvollziehbar. Durch den Einsatz eines standardisierten Dokumentationssystems werden Mehrfacherfassungen vermieden. Die Vollständigkeit der Daten wird durch die Bereiche Patientenverwaltung, die Visiten und Pflegevisiten überprüft. Jeder an der Behandlung beteiligte Mitarbeiter hat entsprechend seiner Verantwortung Zugang zur Dokumentation.

#### 4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

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

Patientendaten werden in der Patientenakte (Papierform und elektronisch) und im Krankenhausinformationssystem gesammelt, die während der Behandlung und Therapie für berechtigte Mitarbeiter zugänglich sind. Nach Abschluss der Behandlung werden die Akten archiviert und stehen bei Wiederaufnahme jederzeit zur Verfügung. Für Berechtigte ist der ständige Zugriff auf alle Patientendaten sichergestellt. Im Archiv werden per EDV die Archivierung und die Entnahme von Akten erfasst. Zusätzlich werden entnommene Akten in einem Ausgabebuch im Archiv vermerkt.

### 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.*

Um eine zeitgerechte, aktuelle und umfassende Informationsweitergabe innerhalb unseres Fachklinikums zu gewährleisten, stehen verschiedene Medien zur Verfügung, z. B. regelmäßige interdisziplinäre und interne Besprechungen, schriftliche Informationsweitergabe, Versammlungen, Intra-/Internet, E-Mail, Klinikzeitschrift, persönliche Gespräche usw. Die Informationsweitergabe für alle Patienten betreffenden Prozesse erfolgt über die Krankenakte in Papierform bzw. über das Krankenhaus-Informationssystem und die elektronische Patientenakte.



#### 4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

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

Die zentrale Information am Haupteingang ist in unserem Fachklinikum erste Informationsstelle und Telefonzentrale. Alle erforderlichen Informationen liegen den Mitarbeitern in der zentralen Information vor, diese werden ständig aktualisiert. Fragen von Patienten, Angehörigen und Besuchern können dadurch kompetent beantwortet werden. Alle wesentlichen Informationen über die Bereitschaftsdienste liegen zeitnah z.B. im EDV-System vor. Die zentrale Information bildet die zentrale Meldestelle für das nichtmedizinische Notfallmanagement in unserem Fachklinikum.

#### 4.2.3 Information der Öffentlichkeit

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

Alle Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit sind im Marketingzielplan des Fachklinikums zusammengefasst. Alle Zielgruppen können sich über das Internet, Flyer der Kliniken, die Klinikzeitung und zu bestimmten Anlässen über Pressemitteilungen informieren. Zahlreiche Veranstaltungen, zu denen niedergelassene Ärzte, sowie Mitarbeiter anderer Einrichtungen, Interessierte eingeladen werden, führen zu einem Informationsaustausch.

#### 4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

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

Durch die Geschäftsführung wurde in unserem Fachklinikum eine Datenschutzbeauftragte bestellt. Alle Regelungen zum Datenschutz sind in Verfahrensanweisungen festgelegt. Einmal jährlich werden alle Mitarbeiter geschult, neue Mitarbeiter werden im Rahmen ihrer Einstellung unterschriftspflichtig belehrt. Der Zugriff auf elektronische Daten ist durch Passwörter geschützt, der Einblick in Patientenakten ist nur berechtigten Personen gestattet. Regelmäßig werden Begehungen unter datenschutzrelevanten Aspekten in allen Bereichen und Stationen durchgeführt.

### 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.*

Unser Fachklinikum arbeitet mit einem neuen modularen Krankenhaus-Informationssystem (KIS), an das alle Bereiche angeschlossen sind. Zusätzlich werden moderne EDV-Programme für die Arbeitszeiterfassung und Pflegeplanung eingesetzt. Es erfolgt eine regelmäßige Datensicherung. Die EDV-Abteilung ist für die Betreuung der Systeme verantwortlich. Über definierte Rechte sind die Zugriffe der Mitarbeiter auf Daten geregelt. Anwenderwünsche werden auf Realisierbarkeit überprüft und unter Berücksichtigung ökonomischer Aspekte umgesetzt.

# 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.*

Das Fachklinikum Lübben als Mitglied der Asklepios-Gruppe folgt den drei unternehmensweiten Grundsätzen: Mensch-Medizin-Mitverantwortung, die sich auf die Patienten- und Mitarbeiterorientierung und das Ökologiebewusstsein bezieht.

Das Leitbild unseres Fachklinikums wurde in einer Arbeitsgruppe berufsgruppenübergreifend erarbeitet und dient allen Mitarbeitern zur Orientierung für das tägliche Handeln am Arbeitsplatz. Zusätzlich entwickelte der Pflegedienst ein eigenes Pflegeleitbild.

## 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.*

Jährlich wird eine Gesamtzielplanung für unser Fachklinikum erstellt, unter Beachtung des medizinischen Fortschritts, der Bedarfsentwicklung, der Wirtschaftlichkeit des Klinikums zum Erhalt des Standortes und somit der Arbeitsplätze. Die Planung dient als Instrument zur Steuerung und besteht aus Einzelplänen (Medizinischer Zielplanung, Wirtschafts-, Liquiditäts-, Investitions-, Bau- und Instandhaltungs-, QM- sowie Marketingplan). Die Gesamtzielplanung wird von der Asklepios Hauptgeschäftsführung geprüft und freigegeben.

### 5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

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

Die Festlegung und Bekanntmachung eindeutiger Verantwortlichkeiten ist in den Organigrammen unseres Fachklinikums dargestellt. Diese veranschaulichen die Zuständigkeiten und Strukturen und beinhalten Funktionsträger und Stabsstellen. Mindestens jährlich erfolgt eine Überprüfung auf Aktualität. Neue Mitarbeiter erhalten einen übergeordneten Einarbeitungsplan und eine Informationsmappe, in der die Organisationsstrukturen des Fachklinikums beschrieben und abgebildet werden. Bei Projekten werden berufsgruppen- und hierarchieübergreifende Gruppen gebildet.

### 5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

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

Die Finanz- und Investitionsplanung wird jährlich mit Blick auf die Erlössituation und den Ergebnissen der Pflegesatzverhandlungen erstellt. Der Planungszeitraum beträgt drei Jahre. Das vorhandene Budget wird unter Verantwortung der Geschäftsführung auf alle Bereiche aufgeteilt, die Chefärzte sind für ihr Budget und die medizinische Leistungserbringung verantwortlich, die Abteilungsleiter für die Sachkosten. Eine Überprüfung erfolgt kontinuierlich aufgrund des Berichtswesens durch das Controlling.

### **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.*

In allen Leitungsgremien und Kommissionen sind Mitglieder der Krankenhausbetriebsleitung vertreten. Alle Sitzungen werden effizient vorbereitet, organisiert und geleitet. Zu regelmäßig festgelegten Terminen finden Beratungen mit einer Tagesordnung statt, wesentliche Ergebnisse/Maßnahmen werden in einem Protokoll zusammengefasst und die Durchführung kontrolliert. Über die Mitglieder der Gremien und Kommissionen werden Beschlüsse und Beratungsinhalte an die Mitarbeiter weitergegeben.

#### **5.3.2 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung**

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

Das ASKLEPIOS Fachklinikum Lübben wird durch die Krankenhausbetriebsleitung geführt, die aus Geschäftsführer, Ärztlichem Direktor, Kaufmännische Leitung und Pflegedienstleitung besteht. Regulär tagt die Krankenhausbetriebsleitung zweimal monatlich, einmal erweitert um die Teilnahme der Chefärzte, Fachbereichsleiter, Personalleiter und Betriebsratsvorsitzende, sowie dem jeweiligen Fachvertreter zu relevanten Themen. Die wichtigsten Ergebnisse/Informationen werden an die Abteilungsleiter bzw. Mitarbeiter in den Dienstbesprechungen weitergegeben.

#### **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 Krankenhausbetriebsleitung wird über die Arbeit der Leitungsgremien und Kommissionen sowie die Entwicklungen und Vorgänge im Haus über ihre Mitglieder, Protokolle und über ein etabliertes Berichtswesen informiert. Die Abteilung Controlling erstellt im Rahmen der Plan-Ist-Analysen eine Auswertung relevanter Planungsgrößen und Zielvorgaben, so dass eine Steuerung kurzfristig möglich ist. Mitarbeiterwünsche und -beschwerden können jederzeit an die Führungskräfte herangetragen werden. Aus Ergebnissen von Befragungen werden Verbesserungspotenziale abgeleitet.

#### **5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen**

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

Die Krankenhausbetriebsleitung verfolgt einen mitarbeiterorientierten Führungsstil, wie auch aus dem Leitbild ersichtlich ist. Die Schaffung von interessanten, verantwortungsvollen Arbeitsplätzen und ein Klima der gegenseitigen Respekts, der Achtung und des Vertrauens ist die Grundlage. Maßnahmen, wie Mitarbeiterberatungs- und Fördergespräche, Zusammenarbeit mit dem Betriebsrat, Mitarbeiterbefragungen, Einbeziehung der Mitarbeiter in die Zielplanung, betriebliche Altersversorgung stärken das Vertrauen und fördern die Kommunikation.

## 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.*

Der Mensch (Patient, Angehöriger, Mitarbeiter) steht in unserem Fachklinikum im Mittelpunkt des Handelns. Wir berücksichtigen und respektieren die individuellen körperlichen, geistigen, seelischen, religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse und Einstellungen unserer Patienten. Die Seelsorge ist im Klinikalltag integriert.

### 5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

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

Die Bedürfnisse des sterbenden Patienten und seiner Angehörigen stehen im Vordergrund der pflegerischen und ärztlichen Versorgung in unserem Fachklinikum. Sterbenden Patienten wird nach Möglichkeit und auf Wunsch ein Einzelzimmer zur Verfügung gestellt. Angehörige werden auf Wunsch intensiv in die Sterbebegleitung einbezogen, angeleitet und begleitet. Sie können rund um die Uhr bei den Sterbenden verweilen. Zusätzlich steht ein Seelsorger zur Verfügung.

### 5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

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

Verstorbene werden unmittelbar nach dem Tod in einem separaten Zimmer untergebracht, um den Angehörigen Raum und Zeit zum Abschied nehmen zu geben. Wurde der Verstorbene vor Eintreffen der Angehörigen vom Bestattungsunternehmer abgeholt, können die Angehörigen dort in einem entsprechenden Abschiedsraum würdevoll Abschied nehmen. Ärzte, Pflegende und Seelsorger stehen für Gespräche zur Verfügung. Die angemessene Vorgehensweise bei Todesfällen ist durch Schulungen unserer Mitarbeiter und in Richtlinien und Standards sichergestellt.

## 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.*

Die Gesamtverantwortung für das Qualitätsmanagement liegt bei der Geschäftsführung. Grundlage aller Aktivitäten im Qualitätsmanagement ist ein Konzept, das die kontinuierliche Umsetzung und Weiterentwicklung der Qualität aller Prozesse und Abläufe in unserem Fachklinikum auf hohem Niveau sicherstellt. Alle Führungskräfte unterstützen die Qualitätsarbeit und stellen die Umsetzung der vereinbarten Qualitätsziele und -maßnahmen durch die Beteiligung aller Mitarbeiter in ihrem Verantwortungsbereich sicher.

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

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

Die Qualitätsziele sind Bestandteil der strategischen Gesamtzielplanung des Fachklinikums. Sie orientieren sich am medizinischen Leistungsspektrum, am Klinikleitbild und an den Erwartungen unserer Patienten, Mitarbeiter, Einweiser und Kooperationspartner. Abgeleitet von den Qualitätszielen des gesamten Fachklinikums werden jährlich Qualitätsziele für die einzelnen Kliniken und Bereiche abgeleitet. Die Qualitätsmanagementzielplanung wird innerhalb der Besprechungsgremien kommuniziert und von der Geschäftsführung verabschiedet.

### 6.2 Qualitätsmanagementsystem

*Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.*

#### 6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

*Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.*

Die Organisation, Verantwortlichkeiten sowie übergeordnete Ziele und die Aufgaben im Rahmen des Qualitätsmanagements sind in einem Konzept und einer Geschäftsordnung festgelegt. Der Qualitätsmanager ist der Kaufmännischen Leitung unterstellt und verantwortlich für die Koordinierung, Initiierung und Begleitung der Qualitätsmaßnahmen. In allen Bereichen sind Qualitätsmanagement-Beauftragte benannt, die als Multiplikatoren in ihrem Bereich fungieren. Darüber hinaus werden Projektgruppen und Qualitätszirkel eingesetzt, die zielorientiert Aufgaben übernehmen.

#### 6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

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

Zur Sicherstellung einer hohen diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Qualität werden in vielen Bereichen moderne Methoden der internen Qualitätssicherung implementiert. Durch Begehungen, interne Audits, Teambesprechungen, interdisziplinäre Fallbesprechungen, Einführung eines Kennzahlensystems, Befragungen und Auswertung qualitätsrelevanter Daten sowie durch Projektarbeit und Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter werden Probleme erfasst, analysiert und Lösungsstrategien entwickelt.

## 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.*

Neben der Teilnahme an den gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsmaßnahmen werden interne Daten zur Überprüfung der medizinischen und pflegerischen Ergebnisqualität erhoben. Ziel ist die Optimierung der Prozesse (Aufnahme, Diagnostik, Therapie, Entlassung). Hygienerrelevante Daten, Arbeitsunfälle, festgelegte Komplikationen im medizinischen Bereich und die Anzahl von Fortbildungen werden erfasst und ausgewertet. Darüber hinaus beteiligen wir uns im Rahmen der Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung an der Schlaganfalldatenbank Nordwestdeutschland.

### 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.*

Die durchgeführte Mitarbeiter- und Patientenbefragung geben uns wichtige Hinweise über die Zufriedenheit. Wir bekommen Anregungen, Probleme werden aufgedeckt, Verbesserungspotenziale identifiziert. Die Ergebnisse werden allen Führungskräften und Mitarbeiter präsentiert. Alle abgeleiteten Verbesserungen werden in einen Maßnahmenplan erfasst und zielorientiert umgesetzt.

### 6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

*Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.*

Im ASKLEPIOS Fachklinikum werden Patientenwünsche und -beschwerden erfasst, analysiert und zur Qualitätsverbesserung genutzt. Grundlage ist das Beschwerdemanagement-Konzept. Kontinuierlich haben alle Patienten und Angehörige die Möglichkeit, Beschwerden oder Anregungen über standardisierte Formulare oder auch mündlich über die Mitarbeiter an die Abteilungsleitung oder Qualitätsmanagement weiterzugeben. Wichtig sind uns die zeitnahe Reaktion auf die Beschwerde und die Klärung mit dem Beschwerdeführer.

## 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.*

Unser Fachklinikum beteiligt sich an allen gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen externer Qualitätssicherung. Die Daten werden von den Verantwortlichen im Krankenhaus-Informationssystem erfasst und über ein EDV-Programm an die zuständigen Stellen gemeldet.

### 6.4.2 Umgang mit Ergebnissen der externen Qualitätssicherung

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

Die Ergebnisse werden durch die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung einem Vergleich mit den Ergebnissen anderer Krankenhäuser unterzogen. Die Ergebnisse werden primär durch den ärztlichen Direktor und die Pflegedienstleitung analysiert und diskutiert. Alle Ergebnisse werden aufbereitet und mit den verantwortlichen Ärzten Pflegekräften im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses ausgewertet.