



PARK-KLINIK WEISSENSEE



AKADEMISCHES
LEHRKRANKENHAUS
DER CHARITÉ

 Health Promoting
Hospital of the WHO



Kooperation
für Transparenz
und Qualität
im Krankenhaus

KTQ–QUALITÄTSBERICHT

Krankenhaus: Park-Klinik Weißensee

Institutionskennzeichen: 261101721

Anschrift: Schönstraße 80
13086 Berlin
www.park-klinik.com

Ist zertifiziert nach KTQ®

**Durch die KTQ®-akkreditierte Zertifizierungsstelle NIS Zertifizierungs- und Umweltgutachter GmbH
mit der Zertifikatnummer: 2003-0010 K**

**Datum der Zertifikatausstellung: 26.02.2004
Gültigkeitsdauer: 25.02.2007**

Inhaltsverzeichnis

STRUKTURERHEBUNGSBOGEN	7
TEIL A: ALLGEMEINE MERKMALE	7
TEIL B: ALLGEMEINE LEISTUNGSMERKMALE	10
TEIL C: PERSONALBEREITSTELLUNG	17
TEIL D: AUSSTATTUNG	20
DIE KTQ -KRITERIEN BESCHRIEBEN VOM PARK-KLINIK WEIßENSEE	23
1. PATIENTENORIENTIERUNG IN DER KRANKENVERSORGUNG	23
2. SICHERSTELLUNG DER MITARBEITERORIENTIERUNG	28
3. SICHERHEIT IM KRANKENHAUS	31
4. INFORMATIONSWESEN	35
5. KRANKENHAUSFÜHRUNG	37
6. QUALITÄTSMANAGEMENT	40

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 Krankenversicherungen¹. 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 Krankhausexperten besetztes Visitorenteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die sogenannte Fremdbewertung – vorgenommen.

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

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

Aufgrund des positiven Ergebnisses der Selbst- und Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus – *Park-Klinik Weißensee* - am Datum der Zertifikatausstellung das KTQ[®]-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ[®]-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Wir freuen uns, dass das Krankenhaus – Park-Klinik Weißensee - 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 www.ktq.de abrufbar.

Prof. Dr. F.-W. Kolkmann

Projektleiter für die Bundesärztekammer

Dr. H. D. Scheinert

Projektleiter für die Spitzenverbände der Krankenkassen

Dr. M. Walger

Projektleiter für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

M.-L. Müller

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Park-Klinik Weißensee

Im April 1990, als es noch keine Wirtschafts-, Währungs- und Sozialunion und noch keine Pflegesätze in Ostberliner Kliniken gab, entwickelte Prof. Dr. Joachim Baumgarten die Idee, einen Krankenhausneubau in privater Trägerschaft in Ostberlin entstehen zu lassen.

Nach jahrelanger Überzeugungsarbeit bei Politikern, Behörden und Krankenkassen konnte im Herbst 1994 der Neubau der ersten privat und ohne jegliche Fördermittel errichteten Ostberliner Klinik begonnen werden.



Der moderne Klinikbau entspricht sowohl bei der Außen- als auch der Innenraumgestaltung künstlerischen Maßstäben, wobei als wichtigstes Kriterium das Wohlfühlambiente für den Patienten gilt. Die Gestaltung entstand in Zusammenarbeit mit der Kunsthochschule Weißensee.



Der großzügige umliegende Park wurde als „Park der Sinne“ mit Hilfe verschiedener Angebote wie einem Therapieweg, einem Heilkräutergarten, einem Heckentheater, einem Irrgarten u.a. als ein Ort gestaltet, der zum Verweilen und Schulen der sinnlichen Wahrnehmung einlädt und die Beeinträchtigung des Wohlbefindens schnell vergessen lässt.

Am 1. April 1997 konnte die Klinik mit acht hauptamtlich geleiteten Fachrichtungen und 350 im Krankenhausplan des Landes Berlin verankerten Betten die stationäre und ambulante Versorgung von Patienten aller Kassen aufnehmen. Sie steht in der Tradition einer über 100jährigen stationären Krankenversorgung an diesem Platz in Berlin-Weißensee.

Mit den Fachdisziplinen Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie und Unfallchirurgie, Gynäkologie, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Neurologie und Orthopädie bietet die Park-Klinik ein umfassendes Angebot der medizinischen Versorgung für die Bewohner der umliegenden Bezirke, das durch eine Abteilung für bildgebende Diagnostik, eine Physiotherapieabteilung, ein Diagnostiklabor, eine Erste-Hilfe-Stelle und einen durch Ärzte der Klinik besetzten Notarztwagen ergänzt wird.

Zunehmend suchen auch Patienten aus allen Teilen Berlins, anderer Bundesländer und internationale Gäste unser Haus auf.



Als Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité bildet die Park-Klinik jedes Jahr in allen bettenführenden Abteilungen erfolgreich Studenten im Praktischen Jahr aus. Die starke Orientierung an einer praxisbezogenen Ausbildung hat den guten Ruf der Klinik auch auf diesem Gebiet gefestigt. In Kooperation mit dem Bildungszentrum für Berufe im Gesundheitswesen Berlin-Brandenburg e.V. in Berlin-Buch werden Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, KrankenpflegehelferInnen und Operationstechnische AssistentInnen ausgebildet.

Seit 2001 ist die Park-Klinik Mitglied im Deutschen Netz gesundheitsfördernder Krankenhäuser der Weltgesundheitsorganisation und leistet damit unter besonderer Berücksichtigung der Vorsorge, der sozialen und kulturellen Aspekte und des Umweltschutzes einen wesentlichen Beitrag zur Förderung der Gesundheit über die eigentliche Krankenhausbehandlung hinaus.



Qualitätsmanagement – also die Überzeugung, dass die Qualität unserer Arbeit nicht „nebenbei“ entsteht, sondern gezielt geplant, umgesetzt und regelmäßig überprüft werden muss – hat in unserer Klinik einen hohen Stellenwert. Die Schaffung des eigenständigen, berufsgruppenübergreifenden Referats Qualitätsmanagement als erste Berliner Klinik im Jahre 1997 war Ausdruck dieser Philosophie. Nach der erfolgreichen Teilnahme als eines von bundesweit 25 Krankenhäusern an der KTQ-Pilotphase wird ein kontinuierlicher Qualitätsverbesserungsprozess fortgeführt.

Trotz der Technisierung und Ökonomisierung unserer Gesellschaft und damit auch der Medizin fühlen wir uns weiterhin vor allem humanitären Idealen verpflichtet.

Und wie vor 100 Jahren gilt auch heute: Das Maß aller Dinge ist der Mensch.

Strukturerhebungsbogen

Strukturdaten der Park-Klinik Weißensee

Teil A: Allgemeine Merkmale

A-1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses

A-1.1 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?

261101721

A-1.2 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?

Park-Klinik Weissensee GmbH & Co. Betriebs KG

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

Regelversorgung

A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?

ja nein

A-1.5 Arbeiten sonstige Einrichtungen mit dem Krankenhaus zusammen wie

- Rehabilitationsklinik
- Tagesklinik
- Pflegeeinrichtung
- Dialysezentrum
- Anerkannte Fort- und Weiterbildungseinrichtungen
- Arztpraxen
- Vertragliche Kooperationszentren (z.B. Apparatgemeinschaften)
- Sonstige

A-1.6 Gibt es an Ihrem Krankenhaus

- eine Krankenpflegeschule
- eine Kinderkrankenpflegeschule
- eine Krankenpflegehilfeschule

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

350

A-1.8 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr (2002) behandelten Patienten:

stationär:	<u>13.413</u>
ambulant:	<u>30.040</u>
Privatpatienten:	<u>2.686</u>

A-2 Allgemeine Merkmale der Fachabteilungen

	Matrix A-2	A-2.1	A-2.2	A-2.3	A-2.4	A-2.5
		Nicht bettenführ. Abt. mit fachl. n. weisungsgebund. Leitung nb eintragen	Bettenzahl ¹	Hauptabt. (HA) oder Belegabt. (BA)	Poliklinik/ Ambulanz ja (j) / nein (n)	Notfallaufnahme vorhanden? ja (j) / nein (n)
0100	Innere Medizin		100	ha	j	j
1500	Chirurgie		75	ha	j	j
1519	Plast. Chirurgie				j	j
2300	Orthopädie		40	ha	j	j
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe		55	ha	j	j
2425	Frauenheilkunde				j	j
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde		40	ha	j	j
2800	Neurologie		40	ha	j	j
3600	Intensivmedizin		15	ha	n	j
3700	Sonstige Fachabteilung	nb			n	j
3751	Radiologie	nb		ha	n	j
XXXX	Anästhesie	nb		ha	j	j

A-2.6 Spezifisch für die Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Existiert eine Neugeborenen Intensivstation im Gebäude

ja nein

Ist ein Zugriff auf die Pädiatrie oder die pädiatrische Notfallversorgung möglich

ja nein

A-2.7 Spezifisch für die Fachabteilung Intensivmedizin

A-2.7.1 Art der Intensivstation?

- interdisziplinär operativ
 fachgebunden operativ
 interdisziplinär operativ/konservativ
 fachgebunden konservativ

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

ja nein

Wenn Ja: Existiert eine ärztliche Leitung der Wachstation

ja nein

A-2.7.3 Existieren folgende erweiterte therapeutische Möglichkeiten?

- Operativer Bereitschaftsdienst
 - Präsenzbereitschaft
 - Rufbereitschaft
 - Blutdepot
 - Regelung der Konsiliardienste
- in Klinik außerhalb/extern
 im Haus vorhanden extern vertraglich geregelt

Teil B: Allgemeine Leistungsmerkmale

B-1 Allgemeine Leistungsmerkmale des Krankenhauses

B-1.1 Was umfasst das medizinische Leistungsspektrum des Krankenhauses?

Als Haus der Regelversorgung werden vorgehalten:

- eine umfassende allgemein-chirurgische, traumatologische und plastisch-chirurgische Versorgung
 - eine allgemeine internistische und schwerpunktmäßig ausgebaute gastroenterologische Versorgung
 - eine gynäkologische Versorgung mit dem Schwerpunkt der Mammachirurgie
 - eine neurologische Versorgung mit den Schwerpunkten Schlaganfallbehandlung, Epilepsie und Parkinson-Erkrankung
 - eine orthopädische Versorgung mit Schwerpunkt in der Endoprothetik der Hüft- und Kniegelenke, der minimal-invasiven wiederherstellenden Gelenkchirurgie und der Fußchirurgie
 - eine Hals-Nasen-Ohren-ärztliche Versorgung mit Schwerpunkt der endoskopischen Operationen und der plastischen Gesichtschirurgie
 - eine umfassende anästhesiologische und schmerztherapeutische Versorgung sowie eine interdisziplinäre Intensivstation unter Leitung der Anästhesie
 - ein hauseigenes Diagnostiklabor und
 - eine Abteilung für bildgebende Diagnostik.
-

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

B-1.3 Welche weiteren Leistungsangebote bestehen?

- Stomatherapeuten
- Diabetikerschule
- Pflegeeinrichtung als separate Einrichtung
- ambulante Pflege
- unter der Voraussetzung einer vorhandenen Gynäkologie im Hause Geburtsvorbereitungskurse
- unter der Voraussetzung einer vorhandenen Gynäkologie im Hause die Möglichkeit einer ambulanten Entbindung mit Nachsorge durch hausinterne Hebammen
- unter der Voraussetzung einer vorhandenen Gynäkologie eine Stillberatung bzw. ein Elternzentrum
- Inkontinenzberatung
- Pflegetelefonberatung
- Hospizeinrichtungen bzw. eine Palliativpflege
- Sonstige:
Gesundheitszentrum (Gewichtsreduktionskurse OPTIFAST, Medical-Check-up, Aquafitness, PEKiP, Kochschule uvm.)
Beratungsangebot enterale und parenterale Ernährung

B-2 Allgemeine Leistungsmerkmale der Fachabteilung (2002)

	Matrix B-2	B-2.1	B-2.2	B-2.3
		Durchschnittliche Verweildauer (VD) (Angabe in Tagen)	Gibt es in Ihrer Abt. spez. Kinderbetten? ja (j) /nein (n)	Stehen in Ihrer Abt. Kinderkrankenschw./-pfleger zur Verfügung? ja (j) /nein (n)
0100	Innere Medizin	9,21	j	j
1500	Chirurgie	7,61	j	j
1519	Plast. Chirurgie	11,06	j	j
2300	Orthopädie	9,49	j	j
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	6,89	j	j
2425	Frauenheilkunde	6,89	j	j
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	6,18	j	j
2800	Neurologie	12,41	j	j
3600	Intensivmedizin	4,64	n	n
3751	Radiologie		n	n
XXXX	Anästhesie		n	n

B-2.4 Tätigkeitsschwerpunkte der Fachabteilungen

Nummer	Bezeichnung	Tätigkeitsschwerpunkt
0100	Innere Medizin	interventionelle und konventionelle Gastroenterologie (Behandlung einer Krankheit im Magen-Darm-Trakt), nicht-invasive Kardiologie, Atemwegserkrankungen, bösartige Erkrankungen
1500	Chirurgie	Hernienchirurgie, Traumatologie, minimal-invasive und arthroskopische Chirurgie, gastroenterologische (Tumor-) Chirurgie
2300	Orthopädie	operative Orthopädie, speziell Endoprothetik der großen Gelenke (Hüft- und Knie-Gelenk), des Schultergelenks und des Großzehengrundgelenks, minimal-invasive Gelenkchirurgie, operative Behandlung geschlossener Weichteilverletzungen
2400	Frauenheilkunde	operative Therapie bei gutartigen und bösartigen Erkrankungen der weiblichen Brustdrüse und der weiblichen Geschlechtsorgane, konservative und operative Behandlung der Harninkontinenz
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	endoskopische Operationen an der Nase, den Nasennebenhöhlen, plastisch-chirurgische Operationen der Nase und des Gesichts
2800	Neurologie	Ischämische Hirnerkrankungen (Schlaganfall), Epilepsie (Krampfleiden), Parkinson u.a. extrapyramidale Bewegungsstörungen
3600	Intensivmedizin	Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Infektionen, postoperative Betreuung, Nierenversagen
	Bildgebende Diagnostik	Konventionelle Röntgenaufnahmen, Mammographie, Durchleuchtungen, Sonographien, Doppleruntersuchungen, Computertomographien, interventionelle diagnostische und therapeutische Verfahren (Ultraschall- und CT-gestützt) einschließlich Thermofrequenzablation bösartiger

		Lebertumoren
	Anästhesie	Allgemein- und Regionalanästhesien für das gesamte Spektrum der vorhandenen Fachrichtungen, Schmerztherapie, konservative und operative Intensivmedizin, Notfallmedizin

B-2.5 Spezifisch für die Fachabteilung Innere Medizin

B-2.5.1 Die 5 häufigsten Diagnosen pro Jahr (2002)

Innere Medizin

	ICD-Nummer	Fälle absolut	Text
1	I50.-	293	Herzmuskelschwäche
2	J18.0	220	Lungenentzündung
3	K92.-	136	Blutung aus dem Magen-Darm-Trakt
4	I48	131	Vorhofflimmern
5	K85	130	Akute Entzündung der Bauchspeicheldrüse

Neurologie

	ICD-Nummer	Fälle absolut	Text
1	I63.-	161	Schlaganfall
2	G40.-	134	Krampfleiden (Epilepsie)
3	H81.-	53	Gutartiger Lagerungsschwindel
4	M51.-	39	Bandscheibenvorfall der Lendenwirbelsäule
5	G45.-	39	Vorübergehende Durchblutungsstörungen des Gehirns

B-2.5.2 Die 5 häufigsten Diagnosen entsprechend der angegebenen Schwerpunkte der genannten Fachabteilung (vgl. B-2.4) pro Jahr (2002)

Innere Medizin

	ICD-Nummer	Fälle absolut	Text
1	I50.-	293	Herzmuskelschwäche
2	J18.-	220	Lungenentzündung
3	K92.-	136	Blutung aus dem Magen-Darm-Trakt
4	I48	131	Vorhofflimmern
5	K85	130	Akute Entzündung der Bauchspeicheldrüse

Neurologie

	ICD-Nummer	Fälle absolut	Text
1	I63.-	161	Schlaganfall
2	G40.-	134	Krampfleiden (Epilepsie)
3	H81.-	53	Gutartiger Lagerungsschwindel
4	M51.-	39	Bandscheibenvorfall der Lendenwirbelsäule
5	G45.-	39	Vorübergehende Durchblutungsstörung des Gehirns

B-2.6 Spezifisch für die operativen Fachabteilungen

B-2.6.1 Die 5 häufigsten Operationen pro Jahr (2002)

Chirurgie

	OPS-301 Nummer	Fälle absolut	Text
1	5-53	429	Verschluss abdominaler Hernien
2	5-51	318	Operationen an den Gallenwegen und der Gallenblase
3	5-81	279	Arthroskopische Gelenkoperationen
4	5-47	191	Operationen an der Appendix (Entfernung „Blinddarm“)
5	5-45	143	Resektion (Entfernung) von Dünn- oder Dickdarm

Orthopädie

	OPS-301 Nummer	Fälle absolut	Text
1	5-81	396	Gelenkspiegelung des Kniegelenks
2	5-820/1	233	Hüftgelenkersatz/ -wechsel
3	5-822/3	187	Kniegelenkersatz/ -wechsel
4	5-788	102	Operationen bei Hallux valgus et rigidus (Deformierung der Füße)
5	5-813	86	Operationen am Kreuzband

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

	OPS-301 Nummer	Fälle absolut	Text
1	1-471.2	311	Diagnostische Ausschabung
2	5-683.01	134	Gebärmutterentfernung ohne Entfernung der Eierstöcke, vaginaler Operationszugang
3	5-683.00	85	Gebärmutterentfernung ohne Entfernung der Eierstöcke, Operationszugang durch die Bauchdecke
4	5-690.0	78	Therapeutische Ausschabung
5	5-870.0	71	Brusterhaltende Brustoperation bei Tumor

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

	OPS-301 Nummer	Fälle absolut	Text
1	5-22	1301	Operationen an den Nasennebenhöhlen
2	5-21	785	Operationen an der Nase
3	5-28	424	Entfernung von Mandeln
4	5-19/20	195	Operationen am Mittel- und Innenohr
5	5-29/30	59	Operationen an Pharynx und Larynx (im Rachenbereich)

B-2.6.2 Die 5 häufigsten Operationen entsprechend der angegebenen Schwerpunkte der genannten Fachabteilung (vgl. B-2.4) (2002)

Chirurgie

	OPS-301 Nummer	Fälle absolut	Text
1	5-53	429	Verschluss abdominaler Hernien
2	5-81	279	Arthroskopische Gelenkoperationen
3	5-511.11	268	Gallenblasenentfernung laparoskopisch
4	5-793/4	267	Osteosynthese einer Gelenkfraktur
5	5-45	143	Resektion (Entfernung) von Dünn- oder Dickdarm

Orthopädie

	OPS-301 Nummer	Fälle absolut	Text
1	5-81	396	Gelenkspiegelung des Kniegelenks
2	5-820/1	233	Hüftgelenksersatz/ -wechsel
3	5-822/3	187	Kniegelenksersatz/ -wechsel
4	5-788	102	Operationen bei Hallux valgus et rigidus (Deformierung der Füße)
5	5-813	86	Operationen am Kreuzband

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

	OPS-301 Nummer	Fälle absolut	Text
1	1-471.2	202	Diagnostische Ausschabung
2	5-683.01	134	Gebärmutterentfernung ohne Entfernung der Eierstöcke, vaginaler Operationszugang
3	5-683-00	85	Gebärmutterentfernung ohne Entfernung der Eierstöcke, Operationszugang durch die Bauchdecke
4	5-690-0	78	Therapeutische Ausschabung
5	5-870-0	71	Brusterhaltende Operation bei Tumor

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

	OPS-301 Nummer	Fälle absolut	Text
1	5-222-21	327	Operation an einer Nasennebenhöhle
2	5-224.3	222	Operation an mehreren Nasennebenhöhlen
3	5-281.0	212	Entfernung von Gaumenmandeln
4	5-214.1	109	Operation an der Nasenscheidewand ohne Entfernung von Teilen der Nasenscheidewand
5	5-214.0	69	Operation an der Nasenscheidewand ohne Entfernung von Teilen der Nasenscheidewand

B-2.6.3 Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V. Anzahl der ambulanten Operationen pro Jahr (2002)

510

B-2.6.4 Die 5 häufigsten ambulanten Operationen pro Jahr (2002)

Innere Medizin

	EBM-Nummer	Fälle absolut	Text
1			keine

Allgemeine Chirurgie

	EBM-Nummer	Fälle absolut	Text
1	2105/6	78	Schleimbeutelentfernung
2	2220	54	Operation bei Sehnenscheidenverengung oder Ganglion (sog. Überbein)
3	2275	51	Operation bei Verengung eines Nerventunnels am Unterarm (Karpaltunnelsyndrom)
4	2271-4	42	Operation bei Dupuytren'scher Kontraktur
5	2155	28	Hauttransplantation

Orthopädie

	EBM-Nummer	Fälle absolut	Text
1	2361	24	Operative Entfernung von Stellschrauben, tastbaren Einzelschrauben oder von Kirschnerdrähten aus einem Knochen
2	2382	3	Operation eines Hallux valgus mit Sehnenverpflanzung
3	2445	3	Diagnostische Kniespiegelung
4	2363	3	Entfernung von Osteosynthesematerial aus einem großen Knochen
5	2105	3	Entfernung von tiefliegendem Gewebe

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

	EBM-Nummer	Fälle absolut	Text
1	2105	64	Gewebeentnahme aus der Brustdrüse
2	195	46	Schwangerschaftsunterbrechung
3	1104	5	Gebärmutterausschabung
4	1111	4	Gebärmutterspiegelung
5	1125	2	Vordere Scheidenplastik

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

	EBM-Nummer	Fälle absolut	Text
1	1557	5	Anlage eines Verweilröhrchens in die Paukenhöhle
2	1414	4	Fremdkörperentfernung aus der Operative Nase
3	1472	4	Entfernung von Gewebe aus der Zunge
4	1451	3	Operative Eröffnung einer Kieferhöhle
5	1566	3	Operativer Trommelfellersatz

Neurologie

	EBM-Nummer	Fälle absolut	Text
1			keine

Intensivmedizin

	EBM-Nummer	Fälle absolut	Text
1			keine

B-2.6.5 Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 116 SGB V. Anzahl der Behandlungen nach § 116 SGB V pro Jahr (2002)

1.275

B-2.7 Spezifisch für die Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Anzahl der Geburten pro Jahr

0

B-2.9 Spezifisch für die Fachabteilung Intensivmedizin

B-2.9.1 Anzahl der Intensivpatienten pro Jahr (2002)

1.395 (Jahr 2002)

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

6.485 min (Zeitraum 01.11.2002-31.08.2003)

B-2.10 Spezifisch für die Fachabteilung Anästhesie

B-2.10.1 Anzahl der Anästhesien insgesamt (2002)

8.463

differenziert nach:

Anzahl der Allgemeinanästhesien 6.500

Anzahl der Regionalanästhesien 2.057

B-2.10.2 Differenzierung der Anästhesien nach ASA-Klassifikation in %-Anteil pro Jahr (2002)

ASA 1 33,2%

ASA 2 51,0%

ASA 3 14,9%

ASA 4 0,8%

ASA 5 0,05%

Teil C: Personalbereitstellung

C-1 Personalbereitstellung im Krankenhaus

C-1.1 Wie hoch war die Anzahl der Vollkräfte im vergangenen Jahr in folgenden Bereichen (2002)?

Ärztlicher Dienst?	<u>82,62</u>
Pflegedienst?	<u>198,21</u>
Medizinisch-Technischer Dienst?	<u>61,42</u>
Funktionsdienst?	<u>65,90</u>
Klinisches Hauspersonal?	<u>27,08</u>
Wirtschafts- und Versorgungsdienst?	<u>32,27</u>
Technischer Dienst?	<u>7,67</u>
Verwaltungsdienst?	<u>41,95</u>
Sonderdienste?	<u>0</u>
Sonstiges Personal?	<u>0</u>

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

Anzahl der Mitarbeiter in der Anästhesie	<u>10</u>
Anzahl der Mitarbeiter im OP	<u>16</u>
Anzahl der weitergeb. Mitarbeiter im Verwaltungsdienst	<u>0</u>
Anzahl der Mitarbeiter in der Hygiene	<u>1</u>
Anzahl der Mitarbeiter für die Praxisanleitung	<u>0</u>
Anzahl der Stomatherapeut(en)	<u>0</u>
Anzahl der Diabetesfachschwester(n)	<u>1</u>
Anzahl der Mitarbeiter in der Ernährungsfachpflege	<u>2 Ernährungsberaterinnen</u>
Anzahl der Qualitäts-/Prozessberater	<u>2</u>
Anzahl sonstiger Mitarbeiter (unter Angabe des Faches)	<u>ITS 3</u>
Sonstige	<u>20 leitende Stationsschwestern, 4 Endoskopie-Schwestern,</u>

C-1.3	Wie war der Ausbildungsstand des Pflegepersonals im vergangenen Jahr (2002)?	
	<ul style="list-style-type: none">• Prozentualer Anteil der Mitarbeiter, die über eine 3-jährige Ausbildung verfügen	<u>98,14 %</u>
	<ul style="list-style-type: none">• Prozentualer Anteil der Mitarbeiter, die über eine 1-jährige Ausbildung verfügen	<u>0,46 %</u>
	<ul style="list-style-type: none">• Prozentualer Anteil der Mitarbeiter, die über keine Ausbildung verfügen	<u>1,40 %</u>
	<ul style="list-style-type: none">• Prozentuale Anteil der fachweitergebildeten Pflegekräfte im vergangenen Jahr	<u>8,97 %</u>
C-1.4	Prozentualer Anteil der Ärzte mit Facharztstatus im vergangenen Jahr (2002)	<u>54,7 %</u>

C-2 Personalbereitstellung in der Fachabteilung

	Matrix C-2 [Ärzte]	C-2.1	C-2.2	C-2.3	C-2.4	C-2.5	C-2.6
		Ärztliche Leitung ja (j) / nein (n)	Anzahl der Ärzte (voll approbiert*)	Anzahl der Fachärzte	Anzahl der Ärzte mit fakultativer Weiterbildung	Anzahl der Ärzte im Praktikum	Liegt eine Weiterbildungsbeugnis vor ja (j) / nein (n)
0100	Innere Medizin	j	14	6	3	1	j
1500	Chirurgie	j	18	9	4	1	j
2300	Orthopädie	j	7	3		1	j
2400	Frauenheilkunde	j	9	7		1	j
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	j	9	4		1	j
2800	Neurologie	j	6	3		1	j
3600	Intensivmedizin	j					j
3700	Bildgebende Diagnostik	j	5	4			j
XXXX	Anästhesie	j	21	16			j

	Matrix C-2 [Pflegekräfte]	C-2.7	C-2.8	C-2.9	C-2.10	C-2.11
		Anzahl der Pflegekräfte*	Anzahl der examinierten Krankenschwestern/-pfleger	Anzahl der Krankenschwestern/-pfleger mit entsprechender Fachweiterbildung	Anzahl Sonstige	Wird Hilfspersonal eingesetzt? ja (j) / nein (n)
0100	Innere Medizin	45	40	3	2	n
1500	Chirurgie	40	36	3	1	n
2300	Orthopädie	18	17	1		n
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	20	17	3		n
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	24	23	1		n
2800	Neurologie	20	17	2	1	n
3600	Intensivmedizin	37	33	4		n
XXXX	Anästhesie	15	5	10		n

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

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

C-3.2 Besteht die Zulassung zum Verletzungsartenverfahren der Berufsgenossenschaft?
 ja nein

Teil D: Ausstattung

D-1 Diagnostische Möglichkeiten im Krankenhaus

D-1.1 Im Krankenhaus verfügbar:

<input checked="" type="checkbox"/> CT	<input checked="" type="checkbox"/> im Regeldienst	<input checked="" type="checkbox"/> Bereitschaftsdienst
<input type="checkbox"/> Kernspin	<input type="checkbox"/> im Regeldienst	<input type="checkbox"/> Bereitschaftsdienst
<input checked="" type="checkbox"/> Sonographie	<input checked="" type="checkbox"/> im Regeldienst	<input checked="" type="checkbox"/> Bereitschaftsdienst
<input checked="" type="checkbox"/> Röntgen?	<input checked="" type="checkbox"/> im Regeldienst	<input checked="" type="checkbox"/> Bereitschaftsdienst
<input checked="" type="checkbox"/> Broncho-/Endoskopie	<input checked="" type="checkbox"/> im Regeldienst	<input checked="" type="checkbox"/> Bereitschaftsdienst
<input checked="" type="checkbox"/> Echoskopie/TEE	<input checked="" type="checkbox"/> im Regeldienst	<input type="checkbox"/> Bereitschaftsdienst
<input checked="" type="checkbox"/> Mikrobiologie	<input checked="" type="checkbox"/> im Regeldienst	<input type="checkbox"/> Bereitschaftsdienst

D-2 Räumliche Ausstattung in den Fachabteilungen

D-2.1 Für alle Fachabteilungen. Ausstattung der Unterbringung

Innere Medizin

Anzahl der
Einbettzimmer
Anzahl der
Zweibettzimmer
Anzahl der
Vierbettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
		13	Mit TV und Telefon
		15	Mit TV und Telefon
		12	Mit TV und Telefon

Allgemeine Chirurgie

Anzahl der
Einbettzimmer
Anzahl der
Zweibettzimmer
Anzahl der
Vierbettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
		16	Mit TV und Telefon
		15	Mit TV und Telefon
		9	Mit TV und Telefon

Orthopädie

Anzahl der
Einbettzimmer
Anzahl der
Zweibettzimmer
Anzahl der
Vierbettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
		9	Mit TV und Telefon
		6	Mit TV und Telefon
		5	Mit TV und Telefon

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

	Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
Anzahl der Einbettzimmer			4	Mit TV und Telefon
Anzahl der Zweibettzimmer			6	Mit TV und Telefon
Anzahl der Vierbettzimmer			6	Mit TV und Telefon

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

	Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
Anzahl der Einbettzimmer			6	Mit TV und Telefon
Anzahl der Zweibettzimmer			11	Mit TV und Telefon
Anzahl der Vierbettzimmer			3	Mit TV und Telefon

Neurologie

	Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
Anzahl der Einbettzimmer			7	Mit TV und Telefon
Anzahl der Zweibettzimmer			7	Mit TV und Telefon
Anzahl der Vierbettzimmer			5	Mit TV und Telefon

Intensivmedizin

	Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
Anzahl der Einbettzimmer		5		ohne TV und Telefon
Anzahl der Zweibettzimme		5		ohne TV und Telefon

D-2.2 Spezifisch für die Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Gibt es einen eigenen Not-Section-Raum

ja nein (keine Geburtshilfe)

D-3 Ausstattung an medizinischen Geräten in der Fachabteilung

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

ja nein

in Form von

- Bewegungsbad
- Ergotherapie
- Räume für balneophysikalische Therapie

D-3.2 Für alle Fachabteilungen

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

Innere Medizin ja nein

Chirurgie ja nein

Plast. Chirurgie ja nein

Orthopädie ja nein

Frauenheilkunde ja nein

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde ja nein

Neurologie ja nein

Intensivmedizin ja nein

Radiologie ja nein

Anästhesie ja nein

Auf jeweils einer von zwei benachbarten Stationen ist ein vollständiger Notfallkoffer vorhanden.

D-3.3 Spezifisch für die Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Ist die Möglichkeit einer zentralen CTG-Überwachung vorhanden

ja nein (keine Geburtshilfe)

D-3.5 Spezifisch für die Fachabteilung Orthopädie

Haben Sie eine Knochenbank

ja nein

Die KTQ -Kriterien beschrieben von der Park-Klinik Weißensee

1. Patientenorientierung in der Krankenversorgung

1.1 Vorfeld der stationären Versorgung und Aufnahme

Die Organisation im Vorfeld der stationären Aufnahme erfolgt patientenorientiert.

1.1.1 Die Vorbereitungen einer stationären Behandlung sind patientenorientiert.

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

Geplante Aufnahmen werden teils durch eine vorstationäre Betreuung mit Organisation aller relevanten Vorbefunde und notwendiger Diagnostik vor Therapie und Aufklärung über die geplante Therapie organisiert. Eine Informationsbroschüre wird ausgehändigt. Es existiert ein geregeltes Einbestellsystem, das auch Aufnahmen zu Wunschterminen ermöglicht. Die Notfallaufnahmen werden in der Erste-Hilfe-Stelle erstversorgt. Dort wird die weitere Behandlung veranlasst. Die Klinik ist gut zu erreichen und verfügt über genügend Parkplätze.

1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

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

Neben der täglich 24 Stunden mit geschulten Mitarbeitern besetzten Information unserer Klinik existiert ein detailliertes Wegeleitsystem, das neben der Ausschilderung der Stationen und Funktionsbereiche auch der besonderen Bedeutung der schnellen Auffindbarkeit der Erste-Hilfe-Stelle Rechnung trägt. Die Klinik ist behindertengerecht ausgestattet und verfügt über personelle und technische Hilfen bei eingeschränkter Mobilität einschließlich Gepäcktransport. Die Informationsbroschüre enthält einen Plan der Klinik.

1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

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

Eine separate administrative Aufnahme stellt die umfassende Information des Patienten über die administrativen Aspekte des Aufenthalts sicher. Die Wartebereiche sind unter Berücksichtigung erfragter Patientenwünsche gestaltet worden, es stehen z.B. Getränkeautomaten und es liegen aktuelle Lektüren bereit. Die Patienten erhalten nach Aufnahme Informationsmaterialien über die Klinik und die konkrete Station. Alle Patienten werden durch examiniertes Pflegepersonal und approbierte Ärzte bzw. unter deren unmittelbarer Aufsicht aufgenommen.

1.1.4 Ambulante Patientenversorgung

Die ambulante Patientenversorgung z. B. im Rahmen der Notfallambulanz, der Wiedereinbestellungsambulanz oder der Ermächtigungsambulanz verläuft koordiniert unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse.

Es wurde ein separates Diagnostikzentrum zur Betreuung der ambulanten Patienten und der vorstationär betreuten Patienten eingerichtet. Es existieren verbindliche Sprechstunden der beteiligten Fachabteilungen, die durch Fachärzte durchgeführt werden. In der Erste-Hilfe-Stelle ist für ambulante Notfallpatienten jederzeit eine ärztliche Versorgung nach Facharzt-Standard gewährleistet, in der Klinik verfügbare Fachrichtungen können jederzeit konsiliarisch hinzugezogen werden.

1.2 Ersteinschätzung und Planung der Behandlung

Eine umfassende Befunderhebung jedes Patienten ermöglicht eine patientenorientierte Behandlungsplanung .

1.2.1 Ersteinschätzung

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

Die medizinische Ersteinschätzung durch die ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter wird durch gemeinsame strukturierte Anamnesebogen unterstützt. Jeder aufgenommene Patient wird durch einen Assistenzarzt oder unter seiner direkten Verantwortlichkeit und nach Möglichkeit in separaten Räumlichkeiten aufgenommen und kurzfristig einem Fach- oder Oberarzt vorgestellt. Die psychosozialen Daten werden erfasst, die Planung der ambulanten Weiterbetreuung beginnt, sofern erforderlich, unter Einbeziehung unseres Sozialdienstes bereits unmittelbar nach der Aufnahme.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

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

Bei der Anmeldung der Patienten durch den niedergelassenen Arzt, bei der Vorstellung in der vorstationären Sprechstunde und bei Wiedereinbestellungen wird darauf hingewiesen, dass bereits vorhandene Vorbefunde mitgebracht werden sollten, um eine effiziente Behandlung zu sichern. Hausintern erhobene Vorbefunde sind jederzeit elektronisch und über das Archiv verfügbar. Alle Vorbefunde werden zur Vermeidung doppelter Untersuchungen der Patientenakte beigelegt, sie sind somit für den behandelnden Arzt und weiterbehandelnde Abteilungen der Klinik vollständig verfügbar.

1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

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

Der Behandlungsplan wird durch den aufnehmenden Assistenzarzt unter der Verantwortung des betreuenden Fach- oder Oberarztes erstellt. Die Ärzte nehmen dabei Bezug auf einen umfangreichen Bestand wissenschaftlich erarbeiteter Leitlinien, deren Vorgaben an die Situation des einzelnen Patienten angepasst werden. Die Überprüfung der Einhaltung wird durch die Abteilungsbesprechungen, durch die täglichen Visiten und die zusätzlichen Ober- und Chefarztvisiten gesichert. Teilweise finden auch Checklisten zur

Kontrolle Anwendung.

1.2.4 Integration von Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Der Einbeziehung der Patienten in die Behandlungsplanung wird durch die täglichen Visiten, geregelte Arztprechstunden und die Nutzung ausführlicher standardisierter Aufklärungspapiere Rechnung getragen. Die Ablehnung einzelner Maßnahmen wird respektiert und die Einholung einer Zweitmeinung, auch durch Rücksprache mit dem behandelnden ambulanten Arzt, wird angeboten. Dem Patienten werden die Argumente für und gegen ein spezielles Vorgehen dargelegt, alternative Methoden werden aufgezeigt. Ein Dolmetscherdienst steht für fremdsprachige Patienten zur Verfügung.

1.3 Durchführung der Patientenversorgung

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

1.3.1 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung

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

Basis der Behandlung ist eine evidenz-basierte Medizin, die neben der Nutzung der aktuellen wissenschaftlichen Literatur auf intern erstellte Leitlinien zurückgreifen kann. Diese Leitlinien betreffen sowohl häufige medizinische Sachverhalte als auch das Vorgehen bei Komplikationen und Maßnahmen zur Vermeidung von Komplikationen. Es werden feste Konzepte zur Schmerztherapie, zur Diagnostik und zur Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln angewandt. Die Behandlung von Patienten mit Tumoren des Magen-Darm-Trakts erfolgt immer nach interdisziplinärer Therapiebesprechung und –festlegung. Für jeden Patienten ist jederzeit eine Betreuung nach Facharztstandard gesichert.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

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

Für die gesamte Klinik werden regelmäßig und fortlaufend evidenz-basierte Leitlinien erstellt und aktualisiert, die neben dem ärztlichen Bereich auch pflegerische Vorgehensweisen definieren. Diese stehen jederzeit im Intranet zur Verfügung, die Anwendung und Wirksamkeit wird überprüft.

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.

Alle Untersuchungen und Behandlungen werden dem Patienten erläutert und nach seiner Zustimmung veranlasst. Es werden moderne Zimmer und Nebenräume mit gepflegter Ausstattung angeboten. Der Patient wird unter Wahrung des Datenschutzes und der Privatsphäre behandelt, Aufklärungen für diagnostische und therapeutische Maßnahmen erfolgen rechtzeitig.

1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

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

Die Visiten liegen zur Sicherstellung ungestörter Mahlzeiten außerhalb der Essenzeiten. Die Auswahl der Ernährung berücksichtigt durch Wahlessen mit frischer Ausgabe im Zimmer/ am Buffet die Wünsche des Patienten. Begleiterkrankungen, behandelte Erkrankungen und Ernährungszustand werden durch Wunschkost bei schweren Erkrankungen und durch ausgebildete Diätassistenten gewährleistet. Besondere Kostformen wie vegetarisch oder die Vermeidung bestimmter Fleischarten, koschere Kost o.ä. wird auf Wunsch angeboten. Im Einzelfall ist eine spezifische Zusatzkost möglich.

1.3.5 Koordinierung der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Die Koordination diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen ist neben der Supervision durch die Oberärzte durch ein elektronisches Bestellsystem gesichert. Der Patiententransport wird durch das Pflegepersonal der Station - mit der Möglichkeit der Koordination von Transporten - durchgeführt. Die vorhandenen Leitlinien regeln den Ablauf der Behandlung sinnvoll.

1.3.6 Koordinierung der Behandlung: OP-Koordination

Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.

Das Operationsprogramm wird jeweils am Vortag unter Einbeziehung der operativen Fachrichtungen zentral durch die Abteilung Anästhesie geplant. Der Plan enthält alle notwendigen Patientendaten, voraussichtliche Operationszeiten, besondere intraoperative Prozeduren, die Operateure und Hinweise zur Lagerung des Patienten im OP. Während der Regelarbeitszeit ist ein OP-Koordinator der Anästhesie eingesetzt, der bei Notfällen die rasche Organisation der notwendigen räumlichen und personellen Ressourcen sicherstellt. Es bestehen für jeden Operationssaal separate Räume für Einleitung der Narkose und deren Ausleitung sowie ein eigener Aufwachraum.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

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

In allen Abteilungen werden regelmäßig Teambesprechungen aller an der Behandlung unserer Patienten beteiligten Berufsgruppen durchgeführt. Ärzte anderer als der behandelnden Fachrichtung können durch die im Haus vorhandenen Fachrichtungen oder durch vertraglich gebundene außerklinische Fachärzte kurzfristig zur Beratung und Mitbehandlung herangezogen werden. Die Konsilärzte sind benannt und jederzeit über die Personenrufanlage zu erreichen. Die Abstimmung zwischen den Abteilungen erfolgt in vielfältigen interdisziplinären Treffen.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

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

Die Visiten werden zu festgelegten und den Patienten bekannt gegebenen Zeiten durch

Assistenz- und Fachärzte sowie mindestens einmal wöchentlich durch Ober- und Chefärzte durchgeführt. Unser Ziel ist immer eine enge Einbeziehung des Patienten in das Visitengespräch. Das Pflegepersonal, der Sozialdienst und andere an der Behandlung beteiligte Berufsgruppen werden regelmäßig in die Visiten einbezogen. Durch ein strukturiertes Dokumentationssystem ist jederzeit eine sog. Kurvenvisite möglich.

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.

Wir kooperieren mit Kliniken, die das Spektrum unserer Klinik ergänzen. Bei Entlassung oder Verlegung eines Patienten werden alle erforderlichen Unterlagen mitgegeben. Vor der Entlassung unserer Patienten werden Notwendigkeit und Umfang der weiteren ambulanten Betreuung geklärt. Notwendige Rehabilitationsmaßnahmen werden ebenso wie die Betreuung durch Hauskrankenpflegestationen o.ä. durch den Sozialdienst veranlasst. Mit jedem Patienten wird ein Abschlussgespräch geführt, auf Wunsch des Patienten auch unter Einbeziehung seiner Angehörigen.

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.

Jedem unserer Patienten wird bei Entlassung oder Verlegung ein vollständiger und endgültiger Arztbrief ausgehändigt. Daneben werden für pflegebedürftige Patienten ausführliche Pflegeüberleitbogen zur Übermittlung der notwendigen Informationen genutzt. Alle notwendigen ambulanten Unterstützungen werden veranlasst und die dafür notwendigen Informationen mitgegeben. Bei speziellen Problemen wird eine persönliche Kontaktaufnahme zu nachsorgenden Einrichtungen und Kliniken genutzt. Zur Regelung der Patientenentlassung existiert ein verbindlicher Standard.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

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

Bei Bedarf werden für unsere Patienten Termine mit niedergelassenen Ärzten, in universitären Spezialsprechstunden oder bei Selbsthilfegruppen vereinbart. Es werden regelmäßig enge telefonische Kontakte mit den einweisenden Ärzten gepflegt. Die Park-Klinik ist Mitglied in einem regionalen Netzwerk, das die Optimierung des Übergangs zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen zum Ziel hat. Unsere Pflegekräfte und unser Sozialdienst haben regelmäßig enge Kontakte mit Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten.

2. Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

2.1 Planung des Personals

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

2.1.1 Planung des Personalbedarfes

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

Grundlagen der Personalplanung der Park-Klinik sind die Zahl der behandelten Patienten, der ermittelte Aufwand für pflegerische und ärztliche Maßnahmen und die für eine optimale Betreuung erforderliche Qualifikation unserer Mitarbeiter. Aufgrund dieser regelmäßig erhobenen Daten wird die Zusammensetzung und die Zahl unserer Mitarbeiter bei Bedarf angepasst. Die Fluktuationsrate ist in allen Bereichen niedrig.

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.

In der Park-Klinik wird jedes Jahr ein umfangreiches interdisziplinäres Fortbildungsprogramm angeboten, dessen Inhalte sich einerseits an den Wünschen der Mitarbeiter und andererseits am Spektrum der in unserer Klinik betreuten Patienten ausrichtet. Ein besonderer Schwerpunkt ist die systematische Ausbildung in der evidenzbasierten Medizin, die eine hochwertige Behandlung auf aktueller wissenschaftlicher Grundlage sichert. Die kontinuierliche Weiterbildung aller Mitarbeiter, auch in Kooperation mit den einweisenden Ärzten wird gefördert.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

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

Die erwartete Qualifikation unserer leitenden Mitarbeiter und ihre organisatorische Zuordnung sind verbindlich festgelegt. Die Aufgaben der einzelnen nachgeordneten Mitarbeiter sind schriftlich niedergelegt. Darüber hinaus ergeben sie sich bei geänderten externen Bedingungen. Der Bedarf an Fort- und Weiterbildung wird regelmäßig durch die Abteilungsleiter ermittelt. Die Kosten für die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen werden zu einem bedeutenden Teil von unserer Klinik übernommen, um die hohe Qualifikation unserer Mitarbeiter sicherzustellen.

2.2.3 Fort- und Weiterbildung

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

Das innerbetriebliche Fortbildungsprogramm hat die Schwerpunkte Hygiene, Kommunikation, Gesundheitsförderung und Management. Es finden regelmäßig

interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltungen statt, darüber hinaus in den Abteilungen auch sog. Journal Clubs, bei denen die Anwendbarkeit der neuesten wissenschaftlichen Literatur für unsere Patienten diskutiert wird. Es finden regelmäßig in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten Weiterbildungsveranstaltungen für Ärzte und Informationsveranstaltungen für Patienten und deren Angehörige statt.

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Es existiert ein Finanz-Budget für Fort- und Weiterbildung. In Abhängigkeit von der Relevanz für die Klinik werden Fortbildungskosten teilweise oder vollständig durch die Klinik getragen. Die Entscheidung treffen Abteilungsleiter und die Krankenhausdirektion. Das Antragsverfahren ist systematisiert und allen Mitarbeitern bekannt.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

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

Für jeden Mitarbeiter sind die abteilungsbezogenen Fachbücher, nationale und internationale Fachzeitschriften sowie mehrere wissenschaftliche Datenbanken zur schnellen und umfassenden Informationsgewinnung verfügbar. Im Intranet der Klinik sind weitere medizinische Nachschlagewerke und zahlreiche in unserer Klinik erarbeitete Leitlinien verfügbar. In jeder Abteilung existieren Internetzugänge, um eine aktuelle Literaturrecherche und Informationsgewinnung zu ermöglichen.

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.

Die Park-Klinik Weissensee hat keine eigene angegliederte Ausbildungsstätte für Pflegeberufe. Sie kooperiert zur Ausbildung von Kranken- und GesundheitspflegerInnen, KrankenpflegehelferInnen und OperationsassistentInnen eng mit dem Bildungszentrum für Berufe im Gesundheitswesen Berlin-Buch. Den Auszubildenden unserer Klinik werden für die praktische Ausbildung Mentoren mit spezieller Fortbildung zur Seite gestellt. Unsere Klinik beteiligt sich an der Ausbildung der medizinischen Fachkräfte des Berliner Rettungsdienstes und bildet als akademisches Lehrkrankenhaus der Charité kontinuierlich Studenten der Medizin aus.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

Mitarbeiterinteressen werden angemessen bei der Führung des Krankenhauses berücksichtigt.

2.3.1 Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles

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

Die Führungsgrundsätze unserer Klinik schreiben einen mitarbeiterorientierten Führungsstil fest. Die Mitarbeiter werden zum eigenverantwortlichen Arbeiten motiviert und im Rahmen von Projekten in das Veränderungsmanagement der Klinik verantwortlich einbezogen. Es

werden in den Abteilungen durch die Abteilungsleitung Mitarbeitergespräche geführt.

2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Die Arbeitszeit aller Mitarbeiter ist schriftlich festgelegt. In Abhängigkeit von der Tätigkeit sind diese als feste Arbeitszeit, als Schichtmodell oder als Gleitzeitmodell ausgewiesen. Die Einhaltung der Arbeitszeiten wird durch eine tägliche Dokumentation aller Mitarbeiter und eine regelmäßige Kontrolle durch die Abteilungsleiter gesichert. Diese müssen der Geschäftsführung regelmäßig über die Einhaltung der Arbeitszeiten Rechenschaft ablegen. Im Falle besonderer Anforderungen an die Zahl der Mitarbeiter werden Zeitarbeitsfirmen in Anspruch genommen.

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Es existiert ein schriftliches Konzept zur Einarbeitung unserer neuen Mitarbeiter, das durch die Benennung von Mentoren, strukturierte Einführungsveranstaltungen und festgelegte Überprüfungswege zur Messung des Erfolgs der Einarbeitung umgesetzt wird. Neue Mitarbeiter werden in den ersten Arbeitstagen in die Regelungen zur Hygiene, zum Brandschutz, zum Datenschutz u.ä. eingewiesen.

2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

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

Die Wünsche und Ideen der Mitarbeiter, aber auch Beschwerden werden in den Abteilungen erfragt. Ein strukturiertes und umfassendes Vorschlagswesen wird derzeit aufgebaut. Hierbei sind vor allem kurze Wege für Informationen berücksichtigt. Zu einzelnen Punkten wurden bereits Mitarbeiterbefragungen durchgeführt. Ideen der Mitarbeiter zur Verbesserung der Strukturen und Abläufe werden durch die Abteilungsleiter und die Krankenhausdirektion in verschiedener Form umgesetzt und gewürdigt.

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.

Unser Haus verfügt über Beauftragte für Arbeitsschutz, Hygiene, Sicherheit, Strahlenschutz, Gefahrstoffe, Brandschutz und Laser. Diese schulen alle Mitarbeiter, überprüfen die Einhaltung der einschlägigen Bestimmungen und der Betriebs- und Dienstanweisungen, melden Verstöße an die Geschäftsführung und veranlassen aufgrund Ihrer Kompetenzen die Maßnahmen zur Verhinderung erneuter Verstöße. Es existieren Gefahrstoffkataster und alle gesetzlichen Unterlagen. Es finden regelmäßige, dokumentierte Begehungen statt. Der Betriebsarzt hat regelmäßige Sprechstunden.

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Aus unserer Brandschutzordnung sind aktuelle Flucht- und Rettungspläne abgeleitet, die im gesamten Krankenhaus aushängen. Die Mitarbeiter werden bei Einstellung und danach regelmäßig geschult, dies schließt jährliche praktische Übungen der Brandbekämpfung ein. Der Brandschutzbeauftragte kontrolliert regelmäßig die Einhaltung der Vorschriften und die Brandschutzanlagen, er veranlasst bei Mängeln deren umgehende Beseitigung. Er arbeitet eng mit der Berliner Feuerwehr zusammen, die bei der Erstellung der Brandschutzpläne hinzugezogen wurde.

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.

Die Verantwortung für den Katastrophenschutz liegt beim Ärztlichen Direktor. Es existiert ein Katastrophenschutzplan, der mindestens alle drei Monate aktualisiert wird. Er enthält u.a. alle Daten, um sofort auf eine Vielzahl unserer Mitarbeiter zugreifen zu können. Checklisten für das adäquate Handeln in nicht-medizinischen Notfällen und ein technischer Bereitschaftsdienst liegen vor. Es ist ein Notstromaggregat vorhanden, das monatlich überprüft wird.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Es steht jederzeit ein Reanimationsteam mit einem Arzt und einer Pflegekraft der Anästhesie zur Verfügung, das in kürzester Zeit mittels einer allen Mitarbeitern bekannten separaten Notrufnummer alarmiert werden kann. Jede Station hat Zugriff auf einen standardisierten und regelmäßig kontrollierten Notfallkoffer mit allen bis zum Eintreffen des

Reanimationsteams erforderlichen Medikamenten und Geräten. Alle Mitarbeiter werden regelmäßig in Wiederbelebungskursen geschult, dies wird dokumentiert.

3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

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

Die Mindestbesetzung der Stationen mit examiniertem Pflegepersonal ist schriftlich festgelegt. Für Patienten mit besonders umfangreich benötigter Aufsicht werden im entsprechenden Zeitraum zusätzliche Mitarbeiter eingeteilt. Patienten mit Suizidgefährdung werden bis zur möglichen Verlegung in eine psychiatrische Fachklinik auf der Überwachungsstation mit erweiterten personellen Kapazitäten betreut. Fixierende Maßnahmen werden ausschließlich auf ärztliche Anordnung und nur im unbedingt erforderlichen Maß angewandt.

3.2 Hygiene

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

3.2.1 Organisation der Hygiene

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

Durch den für die Hygiene verantwortlichen Ärztlichen Direktor wurden Hygienebeauftragte in jeder Abteilung und eine hauptamtliche Hygienefachkraft für das Haus ernannt. Diese bilden mit dem vertraglich gebundenen Hygienefacharzt, dem Verwaltungsleiter, der Pflegedirektorin, dem leitenden Apotheker und den leitenden Mitarbeitern besonderer Risikobereiche die regelmäßig tagende Hygienekommission. Die Hygieneordnung und zahlreiche Merkblätter sind im Intranet veröffentlicht und jederzeit einsehbar, alle Mitarbeiter werden regelmäßig zur Hygiene geschult.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

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

Es erfolgt eine systematische Erfassung hygienerelevanter Daten wie z.B. im Krankenhaus erworbene Infektionen oder infektionsbedingte Komplikationen. Diese werden statistisch ausgewertet und zum Anlass für Verbesserungen genommen. Die Abteilungen und die Stationen werden regelmäßig über die Entwicklung der Daten in Bezug auf die Hygiene informiert und geschult. Die Intensivstation beteiligt sich an einem nationalen Vergleichsprojekt zu Infektionen im intensivmedizinischen Bereich (KISS).

3.2.3 Planung und Durchführung hygiesichernder Maßnahmen

Hygiesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Es existiert ein Hygieneplan mit allgemeinen Anweisungen und detaillierten Vorgaben für einzelne Bereiche und Krankheiten, die in den einzelnen Bereichen als Merkblätter genutzt werden. Alle Informationen sind jederzeit und für alle Mitarbeiter in unserem Intranet verfügbar. Alle Mitarbeiter der Pflege und des ärztlichen Dienstes werden zu diesen Vorgaben bei Eintritt und dann regelmäßig geschult, die Teilnahme ist Pflicht. Die

Einhaltung der Vorgaben wird durch die Hygienebeauftragten und die Amtsärztin regelmäßig kontrolliert.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.

Alle Mitarbeiter werden umfassend zu den Hygienerichtlinien geschult. Die Richtlinien entstehen nach den Vorgaben des Robert-Koch-Instituts, sie werden regelmäßig aktualisiert. Deren Einhaltung wird durch die Begehung durch unsere Hygienefachkraft, durch die Tätigkeit hygieneverantwortlicher Ärzte in jeder medizinischen Abteilung und durch die fortlaufende Erhebung einer Statistik zu im Krankenhaus erworbenen Infektionen gesichert.

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 Bestellung und Auslieferung von Arzneimitteln und Blut- und Medizinprodukten ist mit festen Verantwortlichen und fixierten Liefertagen definiert. Ein jederzeit zugängliches Notfalldepot existiert zusätzlich. Ein Sanitätshaus ist vertraglich gebunden, um auch durch einen Bereitschaftsdienst jederzeit eine Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln sicherzustellen. Die Berücksichtigung ökologischer, hygiene- und arbeitsschutzrelevanter Aspekte ist - neben den ökonomischen Kriterien bei der Beschaffung - verbindlich festgelegt.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Die Arzneimittelversorgung ist durch dezentrale Lager auf den Stationen und ein zentrales Notfalllager jederzeit gewährleistet. Die ambulante Vormedikation wird - sofern medizinisch vertretbar - möglichst beibehalten. Die Voraussetzungen für eine sachgemäße Lagerung von Arzneimitteln unter Einhaltung der korrekten Lagerungsfristen sind gewährleistet, die Einhaltung wird zentral und in den Abteilungen überwacht. Medikamente zur Chemotherapie werden zentral zubereitet, die fachgerechte Entsorgung der Materialien ist gesichert.

3.3.3 Anwendung von Blut und Blutprodukten

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

Es existieren eine regelmäßig tagende Transfusionskommission und ein umfangreiches Qualitätshandbuch zur Nutzung von Blutprodukten. Die Klinik beteiligt sich an einem externen Audit-Verfahren zur Therapie mit Blutprodukten und hat Anregungen zur Verbesserung aus dem letzten Audit zügig umgesetzt. Bei allen planbaren operativen Eingriffen, die erfahrungsgemäß einen Blutverlust zur Folge haben können, wird rechtzeitig die Möglichkeit zur Eigenblutspende angeboten und angestrebt.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Mit Medizinprodukten arbeitende Mitarbeiter werden in deren Handhabung eingewiesen, die Einweisung wird dokumentiert. Verantwortlichkeiten und Aufgaben einzelner Mitarbeiter sind in einer Dienstanweisung verbindlich festgelegt. Die Mitarbeiter der Medizintechnik sind für die Kontrolle der Einhaltung aller sicherheitsrelevanten Vorgaben verantwortlich. Es wurden Mitarbeiter als Beauftragte benannt. Der Umgang mit Sterilgut ist in unserer Hygieneordnung geregelt.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Das Umweltmanagement-System der Park-Klinik beinhaltet Beauftragte für Abfall, Gefahrstoffe u.ä., jährliche Bilanzen zur Nutzung von Rohstoffen und zu Abfallarten sowie eine Ausstattung umweltbeeinflussender technischer Anlagen auf aktuellem Stand. Eine Zertifizierung des Umweltmanagement-Systems der Park-Klinik nach dem europäischen Standard EMAS II wird 2003/04 durchgeführt. Ein Umweltbeauftragter wurde ernannt.

4. Informationswesen

4.1 Umgang mit Patientendaten

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

4.1.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

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

Die Dokumentation der Patientendaten, deren Aufbewahrung und Archivierung sind in einer aktuellen Dienstanweisung verbindlich festgelegt. Die Dokumentation erfolgt berufsgruppenübergreifend, sie ist während des stationären Aufenthaltes jederzeit verfügbar. Die Zulässigkeit der Herausgabe von Patientendaten ist unter Berücksichtigung aller relevanten juristischen Regelungen festgelegt. Notwendige Veränderungen der Dokumentation werden durch eine spezielle Arbeitsgruppe identifiziert und umgesetzt.

4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

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

Die zeitnahe und ausführliche Dokumentation aller für die Betreuung unserer Patienten relevanten Informationen ist durch eine einheitliche und allen berechtigten Mitarbeitern zugängliche Patientenakte und ein modernes elektronisches Klinikinformationssystem jederzeit gewährleistet. Dies wird regelmäßig überprüft. Die Vollständigkeit der Patientenakten wird vor der Archivierung überprüft.

4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

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

Durch unser elektronisches Klinikinformationssystem mit einer Vielzahl während der Diagnostik und Therapie erhobenen Befunden kann durch berechtigte Mitarbeiter jederzeit auf alle notwendigen medizinischen Daten unserer Patienten zurückgegriffen werden. Die konventionelle Patientenakte ist während des Aufenthalts mit allen relevanten Daten und Befunden jederzeit auf der Station verfügbar. Bei Wiederaufnahmen ist durch ein verbindlich geregeltes Zugangsberechtigungssystem zum zentralen Archiv die Zugänglichkeit der Akten vorheriger Aufenthalte jederzeit gesichert.

4.2 Informationsweiterleitung

Im Krankenhaus existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die adäquate Weiterleitung von Informationen gewährleistet.

4.2.1 Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Bereichen

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Informationsweitergabe innerhalb und zwischen verschiedenen Krankenhausbereichen.

In allen medizinischen Bereichen finden teils mehrfach täglich Teambesprechungen und Übergabevisiten statt, in die auch Sozialdienst, Physiotherapie u.a. Mitarbeiter einbezogen

werden. Die Informationsweitergabe an weiterbehandelnde Bereiche ist sowohl intern als auch extern durch verbindlich vorgeschriebene schriftliche Dokumente (Arztbrief, ggf. Pflegeüberleitungsbogen) und einen engen Kontakt zwischen unseren Fachabteilungen und zu niedergelassenen Ärzten, kooperierenden Kliniken und ambulanten Pflegediensten und -einrichtungen gewährleistet.

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 hat jederzeit Zugriff auf die nicht-medizinischen Daten unserer Patienten und kann damit (nur bei erteilter Auskunftsgenehmigung durch den Patienten) jederzeit Auskunft geben. Durch das Vorliegen aktueller Telefonverzeichnisse und Dienst- und Bereitschaftspläne ist die kompetente Weitervermittlung bei Anfragen von Patienten oder niedergelassenen Ärzten jederzeit sichergestellt.

4.2.3 Information an die Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Unsere Patienten und ihre Angehörigen, niedergelassenen Ärzte und andere Interessierte werden von uns durch Informationsbroschüren, regelmäßige Informations- und Weiterbildungsveranstaltungen, das Internet und Veröffentlichungen in lokalen Zeitungen umfassend informiert. Verantwortlich ist eine hauptamtliche Mitarbeiterin für Öffentlichkeitsarbeit.

4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

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

Der Zugriff auf personenbezogene Daten unserer Patienten ist durch ein schriftliches Zugriffskonzept und eine allen Mitarbeitern bekannte Dienstanweisung zum Datenschutz festgelegt. Nur Mitarbeiter des ärztlichen und des Pflegedienstes haben Zugriff auf medizinische Daten. Die Übermittlung von Abrechnungsdaten an Krankenkassen erfolgt mittels spezieller Verschlüsselungsprogramme. Eine Datenschutzbeauftragte ist benannt, in ihre Verantwortung fällt die Überwachung der Einhaltung des Datenschutzes.

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.

Jeder Mitarbeiter hat - abhängig vom individuell festgelegten Umfang der Berechtigung - Zugriff auf das EDV-System der Klinik, das jederzeit verfügbar ist. Das System wurde an die speziellen Gegebenheiten der Klinik angepasst, Mitarbeiter der EDV-Abteilung stehen für Unterstützungsarbeiten zur Verfügung. Alle Mitarbeiter werden geschult. Der Zugriff auf persönliche und medizinische Daten der Patienten ist nur bei speziell zugeteilter

Berechtigung möglich. Ein Intranet mit einer Reihe wissenschaftlich-medizinischer Datenbanken ist jederzeit verfügbar.

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.

Unser Leitbild wurde von einer Arbeitsgruppe mit Teilnehmern aus allen Berufsgruppen erstellt. Es ist allen Mitarbeitern bekannt. Es beschreibt die Grundsätze der Arbeit unserer Klinik und des Umgangs mit unseren Patienten, unseren Mitarbeitern und unseren Partnern. Ein dezentrales Leitbild für den Pflegebereich wurde erarbeitet. Alle neuen Mitarbeiter werden zum Leitbild geschult.

5.2 Zielplanung

Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und steuert die Umsetzung der festgelegten Ziele.

5.2.1 Entwicklung einer Zielplanung

Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und nutzt diese für die Steuerung seiner Handlungen.

Die Verantwortung für die Zielplanung liegt bei der Geschäftsführung. Diese reagiert auf veränderte Strukturen des Gesundheitsmarktes und legt strategische Überlegungen für die mittel- und langfristige Entwicklung der Klinik fest. Kooperationen werden mit Anbietern über das eigene Spektrum hinausgehender Leistungen kontinuierlich ausgebaut. Dabei werden die Kooperationspartner zur Optimierung der Abläufe teilweise in unternehmenseigene Entscheidungen einbezogen. Ambulant tätigen Ärzten werden Möglichkeiten der Nutzung in der Klinik vorhandener Geräte gegeben.

5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

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

Die Organisationsstruktur der Klinik ist in einem Organigramm festgelegt, welches veröffentlicht ist. Es nennt die hierarchischen Zuordnungen und die Verantwortlichkeiten, z.B. für Hygiene, Brandschutz, Transfusionswesen. Für die Abteilungen liegen detaillierte Organisationsbeschreibungen vor. Die Umsetzung von Veränderungen wird durch Projektarbeitsgruppen gewährleistet.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

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

Die Finanzplanung erfolgt anhand der durch die Qualitätsmaßstäbe unserer Klinik vorgegebenen Rahmenbedingungen, der zu erwartenden Erlöse aus der Behandlung

unserer Patienten und der geplanten Kosten. Die Abteilungen werden regelmäßig über die von ihnen verursachten Kosten informiert. Die Investitionsplanung orientiert sich an den Anforderungen aus den Fachabteilungen, die sich auf medizinische Entwicklungen und auf das Spektrum der in unserer Klinik behandelten Patienten stützen.

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.

Es existieren verschiedene Kommissionen und Gremien, die regelmäßige Treffen abhalten, die der schnellen und effizienten Entscheidungsfindung dienen. Die Aufgaben und Kompetenzen sind durch Geschäftsordnungen eindeutig geregelt. Die Weitergabe getroffener Entscheidungen ist durch eine klare Organisationsstruktur und unser Qualitätskonzept gesichert. Dadurch ist die effiziente und kurzfristige Umsetzung von Veränderungen gewährleistet.

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.

Die Krankenhausleitung hält wöchentliche Treffen ab, die der schnellen und effizienten Entscheidungsfindung dienen. Die Aufgaben und Kompetenzen sind geregelt. Die Weitergabe getroffener Entscheidungen ist durch eine klare Organisationsstruktur gesichert. Die zur Entscheidungsfindung notwendigen Informationen werden durch die Abteilung Finanzen, das Medizin-Controlling und die Fachabteilungen geliefert. Die Krankenhausedirektion wird durch eine eigene Stabsstelle in ihrer Arbeit unterstützt.

5.3.3 Information der Krankenhausführung

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

Die Krankenhausleitung wird durch die Berichte aus den einzelnen Abteilungen, durch die ihr direkt zugeordneten Stabsstellen und das Finanz- und Medizin-Controlling über die Entwicklung der Kennzahlen und des medizinischen Spektrums der Klinik informiert. Darüber hinaus nutzt die Krankenhausleitung die Ergebnisse der Befragungen von Patienten und ambulanten Ärzten.

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

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

Vertrauensfördernde Maßnahmen sind die breite Information aller Mitarbeiter über die Belange der Klinik in einer jährlichen Perspektiven-Veranstaltung, in der Mitarbeiterzeitung und im Intranet sowie die Einbeziehung einer breiten Mitarbeitergruppe in die Veränderungsprozesse. Persönliche Mitarbeitergespräche zwischen den Abteilungsleitern und einzelnen Mitarbeitern dienen der Schaffung eines fundierten Vertrauens als

Grundlage unserer Arbeit.

5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben

Ethische Aufgaben von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen werden krankenhausesweit respektiert und berücksichtigt.

5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

Im Krankenhaus werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt.

In unserer Klinik arbeitet kontinuierlich eine Arbeitsgruppe zur Begleitung schwerkranker Patienten.. Bei besonderen ethischen Fragestellungen wird die Ethikkommission der Berliner Ärztekammer hinzugezogen. Seelsorger der christlichen Kirchen betreuen auf Wunsch die Patienten unserer Klinik.

5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

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

Ausgewählte Mitarbeiter wurden für die besonderen Anforderungen in der Betreuung sterbender Menschen geschult. Es stehen bei Bedarf ausreichend Einzelzimmer zur Verfügung, um eine individuelle Betreuung und eine frei wählbare Anwesenheit von Angehörigen und Freunden zu gewährleisten. Die Berücksichtigung von getroffenen Patientenverfügungen wird sichergestellt. Die Zusammenarbeit mit ambulanten Ärzten und Pflegediensten sowie Hospizeinrichtungen gewährleistet eine umfassende Berücksichtigung der Wünsche unserer Patienten.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

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

Der Umgang mit Verstorbenen ist für unsere Mitarbeiter verbindlich geregelt. Es sind separate angemessene Räumlichkeiten für die Aufbahrung und das ungestörte Abschiednehmen durch Angehörige vorhanden. Auf die Wünsche der Angehörigen wird dabei umfassend eingegangen. Es ist möglich, in modern ausgestatteten Räumen durch einen Facharzt für Pathologie Sektionen durchführen zu lassen.

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.

Es liegt ein Qualitätskonzept vor, das die Strukturen und Methoden der Einbindung aller Krankenhausbereiche, aller Berufsgruppen und aller Hierarchieebenen festlegt. Es wurde durch die Krankenhausleitung beschlossen. Es existieren umfangreiche Strukturen zur Verbreitung des Qualitätsmanagementgedankens und zur Umsetzung der daraus resultierenden Projekte. Alle Mitarbeiter werden über die jährliche Perspektiven-Veranstaltung und die Mitarbeiterzeitschrift über aktuelle Projekte informiert.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

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

Es wurden in einzelnen Bereichen Qualitätsziele definiert. Es existieren eine Reihe multiprofessioneller und interdisziplinärer Arbeitsgruppen, die an einer Vielzahl von Projekten zur Qualitätsentwicklung arbeiten.

6.2 Qualitätsmanagementsystem

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Es bestehen eine Stabsstelle Qualitätsmanagement beim geschäftsführenden Arzt und eine weitere bei der Pflegedirektion. Diese unterstützen die Abteilungen bei der Konzeption und Durchführung von Projekten, leisten organisatorische und fachliche Hilfe und koordinieren die verschiedenen Maßnahmen der Abteilungen. Der geschäftsführende Arzt ist Qualitätsmanagementverantwortlicher der Klinik und koordiniert die Arbeit der Qualitätskonferenz. Diese evaluiert die Ist-Situation, leitet daraus notwendige Veränderungsprojekte ab und überprüft deren Ergebnisse.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

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

Die interne Qualitätssicherung basiert auf der Verantwortung der Abteilungsleiter und der im Hause erhobenen und ausgewerteten Statistiken (Infektionen, Arbeitsschutz, Umweltbilanz, Qualitätssicherung in der Endoskopie). Sie zieht die Ergebnisse der Obduktionen und der monatlichen Mortalitäts- und Morbiditätskonferenz heran.

6.3 Sammlung und Analyse qualitätsrelevanter Daten

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

6.3.1 Sammlung qualitätsrelevanter Daten

Qualitätsrelevante Daten werden systematisch erhoben.

Es werden über die gesetzlichen Anforderungen hinaus kontinuierlich wichtige Daten zur externen Qualitätssicherung durch die behandelnden Ärzte, Daten zu im Krankenhaus erworbenen Infektionen und zur Patientenzufriedenheit erhoben, systematisch ausgewertet und den betreffenden Fachabteilungen zur Verfügung gestellt. Auch werden Wartezeiterhebungen durchgeführt. Zu wirtschaftlichen, ökologischen und technischen Themen nimmt unser Haus an externen Vergleichen teil.

6.3.2 Nutzung von Befragungen

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

Es werden Befragungen von Patienten und niedergelassenen Ärzten durchgeführt. Die Ergebnisse werden anonym ausgewertet und der Krankenhausleitung sowie den betreffenden Fachabteilungen zur Verfügung gestellt. Gewonnene Erkenntnisse werden zur Umsetzung von Verbesserungen genutzt, z.B. zur Reduzierung von Wartezeiten, zur Optimierung der strukturellen Gegebenheiten oder zur Ausbildung unserer Mitarbeiter im Rahmen interner oder externer Fortbildungsveranstaltungen.

6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Die Zufriedenheit unserer Patienten und eine beständige Optimierung der dafür erforderlichen Voraussetzungen ist ein wichtiges Ziel unserer Klinik. Es existiert ein Beschwerdemanagement, das unseren Patienten mit einer Beschwerdekarte und der konkreten Nennung der Ansprechpartner in der Krankenhausleitung die Möglichkeit gibt, Anregungen und Beschwerden kurzfristig unkompliziert zu äußern. Darüber hinaus stehen unseren Patienten, ihren Angehörigen und niedergelassenen Ärzten eine Telefonhotline und eine Patientenfürsprecherin zur Verfügung.