



K T Q - Q U A L I T Ä T S B E R I C H T

Krankenhaus: Kreiskrankenhaus Gifhorn

Institutionskennzeichen: 260310367

Anschrift: Bergstrasse 30
38518 Gifhorn

Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer: 2005-0005 K
durch die LGA InterCert GmbH KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle

Datum der Ausstellung: 12.01.2005
Gültigkeitsdauer: 11.01.2008

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Einleitung.....	5
Die Strukturdaten des - Kreiskrankenhaus Gifhorn.....	6
Teil A: Allgemeine Merkmale.....	6
A-1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses.....	6
A-2 Allgemeine Merkmale der Fachabteilung.....	7
Teil B: Allgemeine Leistungsmerkmale	9
B-1 Allgemeine Leistungsmerkmale des Krankenhauses.....	9
B-2 Allgemeine Leistungsmerkmale der Fachabteilung.....	11
Teil C: Personalbereitstellung	20
C-1 Personalbereitstellung im Krankenhaus.....	20
C-2 Personalbereitstellung in der Fachabteilung.....	22
C-3 Zulassungen - Spezifisch für die Fachabteilungen Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie	22
Teil D: Ausstattung	23
D-1 Diagnostische Möglichkeiten im Krankenhaus.....	23
D-2 Räumliche Ausstattung in den Fachabteilungen.....	23
D-3 Ausstattung an medizinischen Geräten in der Fachabteilung.....	27
Die KTQ -Kriterien beschrieben vom Kreiskrankenhaus Gifhorn	28
1 Patientenorientierung in der Krankenversorgung.....	28
2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung	35
3 Sicherheit im Krankenhaus	39
4 Informationswesen	44
5 Krankenhausführung	47
6 Qualitätsmanagement	51

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 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.

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.

Auf Grund des positiven Ergebnisses der Selbst- und Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus - Kreiskrankenhaus Gifhorn - am 12.01.2005 das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

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

Jedem KTQ-Qualitätsbericht ist ein Vorwort der KTQ-GmbH vorangestellt, darauf folgen eine Einleitung, in der drei bis vier innovative, patientenorientierte Leistungen beschrieben werden, die Strukturdaten sowie eine Beschreibung zu jedem der insgesamt 70 Kriterien des KTQ-Kataloges.

Wir freuen uns, dass das Krankenhaus – Kreiskrankenhaus Gifhorn - 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
Für die Bundesärztekammer

Dr. H. D. Scheinert
Für die Spitzenverbände
der Krankenkassen

Dr. M. Walger
Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

M.-L. Müller
Für den Deutschen Pflegerat

Einleitung

Das Kreiskrankenhaus Gifhorn ist ein Haus der Schwerpunktversorgung mit 360 Planbetten und behandelt 15 200 stationäre sowie ca. 23 500 ambulante Patienten pro Jahr. Für die wohnortnahe, qualifizierte stationäre Versorgung stehen rund 820 Mitarbeiter zur Verfügung.

Träger des Kreiskrankenhauses Gifhorn ist der Landkreis Gifhorn, der bereits vor mehr als 50 Jahren die Bewirtschaftung an den freigemeinnützigen Verein zur Errichtung evangelischer Krankenhäuser e.V. Berlin (VzE) über einen Betriebsführungsvertrag abgegeben hat.

Als Haus der Schwerpunktversorgung gehört das Kreiskrankenhaus Gifhorn dem Klinikverbund des VzE mit folgenden Fachabteilungen an:

- Innere Medizin mit den Schwerpunkten Gastroenterologie und Kardiologie und internistischer Intensiveinheit
- Chirurgie mit den Schwerpunkten Unfall- und Wiederherstellungschirurgie und Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie
- Gynäkologie und Geburtshilfe
- Kinder- und Jugendmedizin mit pädiatrischer und neonatologischer Intensiveinheit
- Anästhesie, Operative Intensivmedizin und Rettungsmedizin
- HNO- Belegabteilung

Gemäß § 135a GBV hat das Kreiskrankenhaus Gifhorn ein Qualitätsmanagementsystem implementiert und in die Phase der kontinuierlichen Verbesserung überführt. Das Krankenhaus strebt eine Zertifizierung nach KTQ an und hat dafür die erforderlichen Ressourcen bereit gestellt.

Gemäß unseren Leitbildern und Zielen sind wir für unsere Patienten und deren Angehörige da. Wir gewährleisten eine menschliche Atmosphäre während des Behandlungsablaufes und der Betreuung und sichern und verbessern gleichzeitig kontinuierlich die Qualität unserer medizinischen und pflegerischen Versorgung.

Fachliche Kompetenz, qualifizierte medizinische Betreuung und Pflege, persönliche Zuwendung sowie umfassende Teamarbeit sind Grundlagen unserer Arbeit.

Patientinnen und Patienten stehen im Mittelpunkt unserer Arbeit. Sie sollen sich in unserem Haus gut aufgehoben fühlen.

Die Strukturdaten des - Kreiskrankenhaus Gifhorn

Teil A: Allgemeine Merkmale

A-1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses

A-1.1 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?

260310367

A-1.2 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?

Landkreis Gifhorn

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

Anforderungsstufe 3 (331 -630 Betten)

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

ja nein

A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?

ja nein

A-1.5 Arbeiten sonstige Einrichtungen mit dem Krankenhaus zusammen wie

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

A-1.6 Gibt es an Ihrem Krankenhaus

- eine Krankenpflegeschule
- eine Kinderkrankenpflegeschule
- eine Krankenpflegehilfeschule

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

360

A-1.7.1 Anzahl der Betten für den Maßregelvollzug

A-1.8 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

stationär: 14.881

ambulant: 23.500

davon Privatpatienten: 1.540

A-2 Allgemeine Merkmale der Fachabteilung

	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		132	HA	j	j
1000	Pädiatrie		32	HA	j	j
1500	Allgemeine Chirurgie		120	HA	j	j
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe		60	HA	j	j
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde		16	BA	n	n
	Anästhesie	nb	0		n	n

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

Teil B: Allgemeine Leistungsmerkmale

B-1 Allgemeine Leistungsmerkmale des Krankenhauses

B-1.1 Was umfasst das medizinische Leistungsspektrum des Krankenhauses?

Chirurgie: Viszeralchirurgie, Gefäßchirurgie, Strumachirurgie, Endoprothetik u. arthroskopische Chirurgie d. großen Gelenke, Traumatologie, Kindertraumatologie, angegliederte physikalische Therapie, eigene Knochenbank, operative Intensivereinheit. Gynäkologie u. Geburtshilfe: Onkologie, Pränataldiagnostik, Betreuung von Risikoschwangerschaften, Geburtshilfe, Uro- Gynäkologie. Medizinische Klinik: Kardiologie Herz- Kreislauferkrankungen, Pneumologie Internistische Intensivereinheit, Gastroenterologie, Onkologie, Endokrinologie. Pädiatrie: Schwerpunktneonatologie, Neuropädiatrie, Kinderkardiologie, Kindergastroenterologie u. Stoffwechselfeldiagnostik, päd. Intensivereinheit. Anästhesie: Übliche Anästhesieverfahren, Eigenblutspende, Schmerztherapie, Rettungsmedizin. HNO: Kopf- u. Halschirurgie, Plastische Chirurgie, Traumatologie, Mikrochirurgie d. Ohres. Für alle operativen Fächer besteht eine ständige Präsenz-, Ruf- u. OP- Bereitschaft. Labor: 24- Stunden- Notfalllabor, umfassende klinisch-chemische, mikrobiologische, hämatologische u. immunchemische Untersuchungen, Blutdepot mit blutgruppenserologischem Arbeitsplatz. Apotheke: Pharmakologie u. -ökonomie, Zytostatikaherstellung. Radiologie Pathologie als niedergelassene Arztpraxen in den Räumen des Krankenhauses als Kooperationspartner vorhanden. Für alle Fachdisziplinen besteht eine umfassende Präsenz- und Rufbereitschaft. Das Konsiliardienstverfahren ist intern standardisiert und extern vertraglich geregelt

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

+ Unfallchirurgie: - Akut- u. Kindertraumatologie n. Richtl. der AO unter Verwendung d Instrumentarien der AG für Osteosynthese, incl. Beckenchirurgie und sek. rekonstruktiver Eingriffe. - Notfallambulanz. - Gelenkrekonstruktion. - Endoprothetik der großen Gelenke (Hüfte, Kniegelenk, Schulter) . - Arthroskopische Chirurgie großer Gelenke. - Fußchirurgie . - Eigene Knochenbank nach den Richtl. der BÄK. - Ambulante OP. - Angegliederte Physikalische Therapie. - OP- Intensiveinheit. - Ermächtigungs- u. BG- Sprechstunde. + Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie: - Viszeralchirurgie (incl. onkologisch, lapraskopisch, endokrinologisch). - Strumachirurgie. - Minimal-invasive Bauchchirurgie (Appendektomie, Cholecystektomie, Hernien- u. Darmchirurgie. - Kompetenzzentrum Hernien. - Magen-, Darm- u. prokotoische Eingriffe. - Gefäßchirurgie der Aorta, extrakranieller Hirngefäße u. periph. art. Verschlusskrankheiten. - Phlebologische OP, angiolog. Notfälle. - OP- Intensiveinheit. - Ambulante OP. - Ermächtigungssprechstunde. + Innere Medizin: - Gastroenterologie, intervent. Endoskopie, Endosonographie. - Hämatologie, Onkologie , Chemotherapie. - Diabetes Mellitus, Endokrinologie. - Nieren- u. Hochdruckerkrankungen. - Rheumatologie. - ZNS- Erkrankungen. - Herz- Kreislaufkrankungen. - Pacer- u. Defibrillatortherapie. - Herzinfarktprävention u.- behandlung. - Art. u. venöse Durchblutungsstörungen, Thrombosen. - Apoplexprävention u.- behandlung. - Lungen- u. Bronchialerkrankungen. - Internistische Intensiveinheit. - Ermächtigungsambulanz. + Kinder- u. Jugendklinik: -Schwerpunktneonatologie. - Intensiveinheit. - Kinder- Gastroenterologie u. Stoffwechseldiagnostik. -- Pneumologie u. Diabetologie. -- Neuropädiatrie. -- Schlafmedizin, -- Nephrologie. -- Kardiologie. -Ermächtigungsambulanz. + Frauenheilkunde: - Uro-Gynäkologie. -Pränataldiagnostik. - Betreuung von Risikoschwangerschaften. - Geburtshilfe. - Onkologie. - Ermächtigungsambulanz. + Brustzentrum: - Interdisziplinäre Brustkrebsbehandlung. - Plastische Chirurgie. + HNO: - Kopf- u. Halschirurgie. - Plast. Chirurgie. - Traumatologie. - Mikrochirurgie d. Ohres. + Anästhesie: - Alle üblichen Anästhesieverfahren. - Fremdblutsparendes Konzept. - Rettungsmedizin. - Stat. Schmerzdienst u. Ermächtigungs-Schmerzambulanz.

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
- Mutter-Kind-Behandlung
- Sonstige
Pflegeüberleitung, Hubschrauberlandeplatz

B-2 Allgemeine Leistungsmerkmale der Fachabteilung

	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	8,78	n	n
1000	Pädiatrie	3,88	j	j
1500	Allgemeine Chirurgie	8,47	n	n
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	6,25	j	j
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	4,64	j	j
	Anästhesie	0	n	n

B-2.4 Tätigkeitsschwerpunkte der Fachabteilungen

Nummer	Bezeichnung	Tätigkeitsschwerpunkt
0100	Innere Medizin	Kardiologie , Gastroenterologie
1000	Pädiatrie	Neonatologie, Pneumologie, Gastroenterologie, Kardiologie, Neuropädiatrie, Stoffwechselfeldiagnostik
1500	Allgemeine Chirurgie	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Brustzentrum, Gyn. Onkologie, Geburtshilfe, Pränataldiagnostik
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	Kopf- und Halschirurgie, plast. Chirurgie, Traumatologie
	Anästhesie	Übliche Anästhesieverfahren, Rettungsmedizin, Fremdblutsparendes Konzept, Schmerzdienst, Eigenblutspende

B-2.5 Spezifisch für die Fachabteilung Innere Medizin

B-2.5.1 Die 5 häufigsten Diagnosen pro Jahr

Innere Medizin

	ICD-Nummer	Fälle absolut	Text
1	I50.1	218	Linksherzinsuffizienz
2	I21.4	190	Akuter subendokardialer Myocardinfarkt
3	I48	161	Vorhofflattern / Vorhofflimmern
4	J18.0	114	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet
5	I20.0	95	Instabile Angina Pectoris

Pädiatrie

	ICD-Nummer	Fälle absolut	Text
1	J18.0	139	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet
2	S06.00	84	Commotio cerebri
3	K59.0	83	Obstipation
4	A.09	75	Diarrhoe u. Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs
5	J06.9	69	akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet

Anästhesie

	ICD-Nummer	Fälle absolut	Text
1	8-900	3424	ITN
2	8-901	2300	Larynxmaske
3	8-900	1139	Zentrale Regionalanästhesie
4	8-910	615	Periduralanästhesie (PCEA) Schmerzpumpen v.a. unter der Geburt
5	8-900	443	SPA

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

Innere Medizin

	ICD-Nummer	Fälle absolut	Text
1	I50.1 K85	218 77	Linksherzinsuffizienz /Kardiologie Akute Pankreatitis / Gastroenterologie
2	I21.4 D62	190 62	Akuter subendokardialer Myocardinfarkt / Kardiologie Akute Blutungsanämie /Gastroenterologie
3	I48 N39.0	161 61	Vorhofflattern /Vorhofflimmern /Kardiologie Harnwegsinfektion ; Lok nicht näher bezeichnet Gastroenterologie
4	J18.0 Z03.1	114 59	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet/ Kardiologie Beobachtung bei Verdacht auf bösartige Neubildungen/ Gastroenterologie
5	I20.0 F10.2	95 57	Instabile Angina pectoris Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol / Gastroenterologie

Pädiatrie

	ICD-Nummer	Fälle absolut	Text
1	J18.0	139	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet
2	S06.00	84	Gehirnerschütterung
3	K59.0	83	Obstipation
4	A09	75	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs
5	P07.3	350	Sonstige vor dem Termin Geborene

Anästhesie

	ICD-Nummer	Fälle absolut	Text
1	8-900	3424	ITN
2	8-901	2300	Larynxmaske
3	8-900	1139	Zentrale Regionalanästhesie
4	8-910	615	Periduralanästhesie (PCEA) Schmerzpumpen v.a. unter der Geburt
5	8-900	443	SPA

B-2.6 Spezifisch für die operativen Fachabteilungen

B-2.6.1 Die 5 häufigsten Operationen pro Jahr

Allgemeine Chirurgie

	OPS-301 Nummer	Fälle absolut	Text
1	5-511.11	213	Cholecystektomie einfach, laparoskopisch, ohne lap. Revision der Gallengänge
2	5-820.00	196	Implantationen einer Totalendoprothese am Hüftgelenk, nicht zementiert
3	5-530.31	154	Verschluss einer Hernia inguinales mit alloplastischem Material, laparoskopisch transperitoneal
4	5-812.5	130	Meniskusresektion, partiell inklusive Meniskusglättung
5	5-822.31	113	bicondyläre Oberflächenersatzprothese, teilgekoppelt, ohne Patellaersatz, zementiert

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

	OPS-301 Nummer	Fälle absolut	Text
1	9-260	418	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt
2	9-261	364	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt
3	5-749.1	156	Misgav- Ladach- Sectio
4	5-683.01	102	Hysterektomie, ohne Salpingoovarektomie, vaginal
5	1-471.2	95	Percutane Biopsie an weiblichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, Uterus

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

	OPS-301 Nummer	Fälle absolut	Text
1	5-281.0	174	Tonsillektomie (ohne Adenotomie) mit Dissektionstechnik
2	5-214.1	102	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums ohne Resektion
3	5-282.0	82	Tonsillektomie mit Adenotomie mit Dissektionstechnik
4	5-285.0	76	Adenotomie (ohne Tonsillektomie), Primäreingriff
5	5-224.4	42	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen, radikal

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

Allgemeine Chirurgie

	OPS-301 Nummer	Fälle absolut	Text
1	5-820.00 5-511.11	196 213	Implantationen einer Totalendoprothese am Hüftgelenk, nicht zementiert / Unfall- und Wiederherstellungschirurgie Cholecystektomie einfach, laparoskopisch, ohne lap. Revision der Gallengänge / Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie
2	5-812.5 5-530.31	130 154	Meniskusresektion, partiell / Unfall- und Wiederherstellungschirurgie Verschluss einer Hernia inguinales mit alloplastischem Material, laparoskopisch transperitoneal/ Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie
3	5-822. 31 5-530.1	113 77	zenmetierte bicondyläre Oberflächenersatzprothese, teilgekoppelt, mit Patellaersatz / Unfall- und Wiederherstellungschirurgie Verschluss einer Hernia inguinales mit Plastik/ Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie
4	5-811.2h 5-063.0	69 76	Synovektomie, partiell, Kniegelenk / Unfall- und Wiederherstellungschirurgie Thyreoidektomie ohne Parathyreoidektomie, ohne Monitoring des N. recurrens/ Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie
5	5-790.d6 5470.0	69 56	Geschlossene Reposition einer Fraktur durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese, Radius distal / Unfall- und Wiederherstellungschirurgie Appendektomie, offen chirurgisch/ Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

	OPS-301 Nummer	Fälle absolut	Text
1	5-870.3 9-260	49 418	Partielle (brusterhaltende Exzision der Mamma und destruktio von Mammagewebe ohne axilläre Lymphadenektomie /Lumpektomie (ohne Hautsegment)/ Brustzentrum Überwachung und Leitung einer normalen Geburt /Geburtshilfe
2	5-870.0 9-261	20 364	Partielle (brusterhaltende Exzision der Mamma und destruktio von Mammagewebe ohne axilläre Lymphadenektomie/ lokale Exzision/ Brustzentrum Überwachung und Leitung einer Risikogeburt /Geburtshilfe
3	5-871.1 5-749.1	16 156	Partielle (brusterhaltende Exzision der Mamma und destruktio von Mammagewebe mit axillärer Lymphadenektomie / Segmentresektion/ brustzentrum Misgav- Ladach- Sectio/ Geburtshilfe
4	5870.4 5-683.01	10 102	Partielle (brusterhaltende Exzision der Mamma und destruktio von Mammagewebe ohne axilläre Lymphadenektomie/ Segmentresektion mit Hautsegment ohne Mamille/ brustzentrum Hysterektomie, ohne Salpingoovarektomie, vaginal/ Gyn.
5	5-871.0 1-471.2	10 95	Partielle (brusterhaltende Exzision der Mamma und destruktio von Mammagewebe mit axillärer Lymphadenektomie/ Lumpektomie (ohne Hautsegment)/ Brustzentrum Percutane Biopsie an weiblichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, Uterus

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

	OPS-301 Nummer	Fälle absolut	Text
1	5-281.0	174	Tonsillektomie (ohne Adenotomie) mit Dissektionstechnik
2	5-214.1	102	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums ohne Resektion
3	5-282.0	82	Tonsillektomie mit Adenotomie mit Dissektionstechnik
4	5-285.0	76	Adenotomie (ohne Tonsillektomie), Primäreingriff
5	5-224.4	42	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen, radikal

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

wurden in 2003 noch nicht durchgeführt

B-2.6.4 Die 5 häufigsten ambulanten Operationen pro Jahr

Innere Medizin

	EBM-Nummer	Fälle absolut	Text
1		0	wurden in 2003 noch nicht durchgeführt
2		0	
3		0	
4		0	
5		0	

Pädiatrie

	EBM-Nummer	Fälle absolut	Text
1		0	wurden in 2003 noch nicht durchgeführt
2		0	
3		0	
4		0	
5		0	

Allgemeine Chirurgie

	EBM-Nummer	Fälle absolut	Text
1		0	wurden in 2003 noch nicht durchgeführt
2		0	
3		0	
4		0	
5		0	

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

	EBM-Nummer	Fälle absolut	Text
1		0	wurden in 2003 noch nicht durchgeführt
2		0	
3		0	
4		0	
5		0	

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

	EBM-Nummer	Fälle absolut	Text
1		0	wurden in 2003 noch nicht durchgeführt
2		0	
3		0	
4		0	
5		0	

Anästhesie

	EBM-Nummer	Fälle absolut	Text
1		0	wurden in 2003 noch nicht durchgeführt
2		0	
3		0	
4		0	
5		0	

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

9.777

B-2.7 Spezifisch für die Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Anzahl der Geburten pro Jahr

1.129

B-2.10 Spezifisch für die Fachabteilung Anästhesie

B-2.10.1 Anzahl der Anästhesien insgesamt

7.599 in 2003

differenziert nach:

Anzahl der Allgemeinanästhesien 6.083

Anzahl der Regionalanästhesien 1.383

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

ASA 1	<u>42,5%</u>
ASA 2	<u>43,2%</u>
ASA 3	<u>12,35%</u>
ASA 4	<u>1,75%</u>
ASA 5	<u>0,15%</u>

Teil C: Personalbereitstellung

C-1 Personalbereitstellung im Krankenhaus

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

Ärztlicher Dienst?	<u>69,8</u>
Pflegedienst?	<u>236,1</u>
Medizinisch-Technischer Dienst?	<u>54,9</u>
Funktionsdienst?	<u>75,4</u>
Klinisches Hauspersonal?	<u>26,5</u>
Wirtschafts- und Versorgungsdienst?	<u>43,7</u>
Technischer Dienst?	<u>15,4</u>
Verwaltungsdienst?	<u>33,7</u>
Sonderdienste?	<u> </u>
Sonstiges Personal?	<u>1,5</u>

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

Anzahl der Mitarbeiter in der Anästhesie	<u>36</u>
Anzahl der Mitarbeiter im OP	<u>8</u>
Anzahl der weitergeb. Mitarbeiter im Verwaltungsdienst	<u>4</u>
Anzahl der Mitarbeiter in der Hygiene	<u>Fremdvergabe</u>
Anzahl der Mitarbeiter für die Praxisanleitung	<u>30</u>
Anzahl der Stomatherapeut(en)	<u>Fremdvergabe</u>
Anzahl der Sozialarbeiter	<u> </u>
Anzahl der Diabetesfachschwester(n)	<u> </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 Weiterbildungsbezugnis vor ja (j) / nein (n)
0100	Innere Medizin	j	21	9	4	2	j
1000	Pädiatrie	j	6	3	3	2	j
1500	Allgemeine Chirurgie	j	20	7	4	0	j
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	j	11	7	0	0	j
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	j	0	0	0	0	n
	Anästhesie	j	16	16	4	0	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	136	111	15	10	j
1000	Pädiatrie	48	47	0	1	j
1500	Allgemeine Chirurgie	132	96	20	16	n
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	33	31	0	2	n
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	15	14	0	1	n
	Anästhesie	19	10	0	9	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 Bereitschaftsdienst	<input checked="" type="checkbox"/> im Regeldienst	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Kernspin Bereitschaftsdienst	<input checked="" type="checkbox"/> im Regeldienst	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Sonographie Bereitschaftsdienst	<input checked="" type="checkbox"/> im Regeldienst	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Röntgen Bereitschaftsdienst	<input checked="" type="checkbox"/> im Regeldienst	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Broncho-/Endoskopie Bereitschaftsdienst	<input checked="" type="checkbox"/> im Regeldienst	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Echoskopie/TEE Bereitschaftsdienst	<input checked="" type="checkbox"/> im Regeldienst	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Mikrobiologie Bereitschaftsdienst	<input checked="" type="checkbox"/> im Regeldienst	<input checked="" type="checkbox"/>

D-2 Räumliche Ausstattung in den Fachabteilungen

D-2.1 Für alle Fachabteilungen. Ausstattung der Unterbringung

Innere Medizin

Anzahl der Einbettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
	2	2	Mit TV und Telefon
	0	0	ohne TV und Telefon
	0	0	mit TV ohne Telefon
	0	0	ohne TV mit Telefon

Anzahl der Zweibettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
	0	16	Mit TV und Telefon
	3	0	ohne TV und Telefon
	0	0	mit TV ohne Telefon
	0	0	ohne TV mit Telefon

Anzahl der Dreibettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
	14	10	Mit TV und Telefon
	0	0	ohne TV und Telefon
	0	0	mit TV ohne Telefon
	0	0	ohne TV mit Telefon

Anzahl der
Mehrbettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
	2	0	Mit TV und Telefon
	0	0	ohne TV und Telefon
	0	0	mit TV ohne Telefon
	0	0	ohne TV mit Telefon

Pädiatrie

Anzahl der Einbettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
	0	0	Mit TV und Telefon
	5	0	ohne TV und Telefon
	0	0	mit TV ohne Telefon
	0	0	ohne TV mit Telefon

Anzahl der Zweibettzimmer	Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
		0	0	Mit TV und Telefon
		11	0	ohne TV und Telefon
		0	0	mit TV ohne Telefon
		0	0	ohne TV mit Telefon

Anzahl der Mehrbettzimmer	Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
		0	0	Mit TV und Telefon
		1	0	ohne TV und Telefon
		0	0	mit TV ohne Telefon
		0	0	ohne TV mit Telefon

Allgemeine Chirurgie

Anzahl der Zweibettzimmer	Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
		5	12	Mit TV und Telefon
		8	0	ohne TV und Telefon
		0	0	mit TV ohne Telefon
		0	0	ohne TV mit Telefon

Anzahl der Dreibettzimmer	Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
		28	0	Mit TV und Telefon
		0	0	ohne TV und Telefon
		0	0	mit TV ohne Telefon
		0	0	ohne TV mit Telefon

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Anzahl der Zweibettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
	0	12	Mit TV und Telefon
	0	0	ohne TV und Telefon
	0	0	mit TV ohne Telefon
	0	0	ohne TV mit Telefon

Anzahl der Dreibettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
	0	12	Mit TV und Telefon
	0	0	ohne TV und Telefon
	0	0	mit TV ohne Telefon
	0	0	ohne TV mit Telefon

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

Anzahl der Einbettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
	1	0	Mit TV und Telefon
	0	0	ohne TV und Telefon
	0	0	mit TV ohne Telefon
	0	0	ohne TV mit Telefon

Anzahl der Dreibettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
	5	0	Mit TV und Telefon
	0	0	ohne TV und Telefon
	0	0	mit TV ohne Telefon
	0	0	ohne TV mit Telefon

D-2.2 Spezifisch für die Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Gibt es einen eigenen Not-Section-Raum

ja nein

D-3 Ausstattung an medizinischen Geräten in der Fachabteilung

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

ja nein

Wenn ja, 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

Pädiatrie

ja nein

Allgemeine Chirurgie

ja nein

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

ja nein

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

ja nein

Anästhesie

ja nein

D-3.3 Spezifisch für die Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Ist die Möglichkeit einer zentralen CTG-Überwachung vorhanden

ja nein

Die KTQ -Kriterien beschrieben vom Kreiskrankenhaus Gifhorn

1 Patientenorientierung in der Krankenversorgung

1.1 Vorfeld der stationären Versorgung und Aufnahme

Die Organisation im Vorfeld der stationären Aufnahme erfolgt patientenorientiert.

1.1.1 Die Vorbereitungen einer stationären Behandlung sind patientenorientiert.

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

Die sichere medizinische Versorgung beginnt in den Ambulanzen oder Notfallaufnahmen, von denen aus alle Patienten gezielt bedarfsgerecht behandelt werden. Bereits vorliegende Befunde werden berücksichtigt, eine enge Kooperation erfolgt mit dem behandelnden Fach- oder Hausarzt. Vor geplanten Aufnahmen werden Patienten über das Angebot und die individuelle umfassend Behandlung informiert. Das Krankenhaus ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln und PKW erreichbar und bietet neben der stationären Behandlung ein vielfältiges Leistungsangebot in allen Fachbereichen.

1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

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

Geschultes Personal in der Informationszentrale und ein farbiges Wegeleitsystem weisen den Weg durch das Krankenhaus. Jedes Fachgebiet ist farblich gesondert markiert, diese Kennzeichnung wiederholt sich auf der Berufskleidung des klinischen Personals. Die Informationsassistenten sind durch sorgfältige Schulungen besonders auf diese Serviceleistung vorbereitet. Das gesamte Kreiskrankenhaus ist selbstverständlich behindertengerecht ausgestattet, an allen Eingängen stehen Rollstühle zur Verfügung, Lifte sind in ausreichendem Maße vorhanden.

1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

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

Der Aufnahmevorgang ist für alle Kliniken im Krankenhaus verbindlich in Verfahrensanweisungen festgelegt und erfolgt in standardisierter und kompetenter Weise. Er wird ausschließlich durch qualifiziertes Fachpersonal durchgeführt. Es werden sowohl die medizinischen Bedürfnisse und Wünsche des Patienten berücksichtigt als auch eine effektive Informationslage für die Weiterbehandlung geschaffen. Patienten werden über die umfangreichen Angebote und Wahlleistungen informiert. Ihre Vorschläge zur Optimierung werden systematisch erfasst und bearbeitet.

1.1.4 Ambulante Patientenversorgung

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

Die ambulante Versorgung ist im KKH durch die hausübergreifende Gewährung des Facharztstandards gesichert. Es steht qualifiziertes Personal für die optimale Versorgung der Patienten bereit. Die Zusammenarbeit mit der überregionalen Rettungsleitstelle ermöglicht durch rechtzeitige Anmeldung von Notfallpatienten die Schaffung individuell optimaler Behandlungsmöglichkeiten. Aufnahme und Behandlung erfolgt optimiert gemäß aktuellen medizinischen Standards. Durch eine enge Kooperation mit externen Partnern werden ambulante und stationäre Behandlungen optimal vernetzt.

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 Aufnahme und Ersteinschätzung eines Patienten erfolgt gemäß standardisierter Vorgaben und ist abteilungsspezifisch geregelt. Es erfolgt eine ganzheitliche Betreuung aus medizinischer und pflegerischer Sicht. Patienten werden zeitnah nach der Ankunft vom Pflegepersonal zur Erstellung der Pflegeprozessplanung befragt und ärztlich untersucht. Die Dokumentation erfolgt standardisiert, ebenso wie der Behandlungs- und Betreuungsprozess. Sie werden den Bedürfnissen und medizinisch- pflegerischen Anforderungen individuell angepasst.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

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

Es ist per Verfahrensanweisung geregelt, dass Vorbefunde bei der Erhebung der Anamnese und der Erstellung des Behandlungsplans berücksichtigt werden. Unterstützt wird dies durch eine gute Zusammenarbeit des Kreiskrankenhauses mit den niedergelassenen Ärzten, die teilweise als Kooperationspartner auch vertraglich mit der Einrichtung verbunden sind. Auf diese Weise wird es möglich, doppelte oder unnötige Untersuchungen und damit unnötige Belastungen für den Patienten zu vermeiden.

1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

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

Der Behandlungsprozess wird in den ersten 24 Stunden gemeinsam vom aufnehmenden Arzt und dem Oberarzt unter Berücksichtigung der Behandlungsstandards festgelegt. Diese wurden von den Mitarbeitern unter Einbeziehung der Fachempfehlungen für die Behandlung von Krankheiten gemeinsam entwickelt. Pflegeplanungen werden den Bedürfnissen und Möglichkeiten des Patienten angepasst. Der individuelle Behandlungsprozess wird in den täglichen Visiten durch Ärzte und Pflegepersonal überprüft und unter Wahrung des Facharztstandards bedarfsweise angepasst.

1.2.4 Integration von Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Der Patient steht im Mittelpunkt der medizinischen und pflegerischen Aktivitäten. Alle Patienten werden nach umfassender Aufklärung über ihre Krankheit und die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten gemäß ihrer Wünsche in die Behandlungsplanung und den -Ablauf integriert und fortlaufend durch das Fachpersonal über Modifikationen informiert. Wunschgemäß werden auch die Angehörigen informiert. Die Entscheidungen des Patienten werden respektiert. Alle Mitarbeiter berücksichtigen sprachliche, kulturelle und religiöse Besonderheiten des Patienten.

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

Die Behandlung eines Patienten wird umfassend, zeitgerecht und gemäß Behandlungsstandards und geltenden Leitlinien in allen Fachbereichen des Krankenhauses geplant und durchgeführt. Sie liegen für in allen Fachbereichen in schriftlicher Form vor und werden ständig überprüft und dem aktuellen Stand der Wissenschaft angepasst. Eine optimale Diagnostik und Behandlung ist durch den gezielten Einsatz von qualifiziertem Fachpersonal, Medikamenten und Hilfsmitteln gewährleistet. Standardisierte Behandlungsverfahren garantieren einen optimierten Verlauf.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

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

Um eine gleichbleibende Qualität in der Behandlung zu gewährleisten, werden im ärztlichen und pflegerischen Bereich hausinterne oder vereinsübergreifende Leitlinien und Standards angewandt. Sie werden in berufsbezogenen Arbeitsgruppen fachübergreifend gemäß neuester evidenzbasierter Erkenntnisse erstellt, schriftlich als Leitlinie, Standard oder Verfahrensanweisung festgelegt und allen Mitarbeitern zugänglich gemacht. Darüber hinaus finden im ärztlichen Bereich auch die Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften Anwendung.

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.

Der Patient wird, auch fremdsprachlich, über alle Behandlungsschritte umfassend informiert. Seine Entscheidungen und Wünsche in Bezug auf die Versorgung und Behandlung werden respektiert. Die behindertenfreundlichen Zwei- und Dreibettzimmer sind mit Rufanlage, hydraulisch verstellbaren Betten, Patientenschränken, Fernsehen und Telefon, Sitzgelegenheiten und größten Teils eigenen Nasszellen ausgestattet. Außerdem bieten wir Speise- und Aufenthaltsräume, einen Andachtsraum, Sitzgruppen im Foyer und in den Grünanlagen sowie die Nutzung einer öffentlichen Cafeteria an.

1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

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

Jeder Patient kann sich im Rahmen seiner Kostform die Menüs aus einem vielfältigen Angebot, täglich wechselnder Komponenten zusammenstellen. Änderungswünsche innerhalb des Angebotes werden bis 30 Minuten vor Essenausgabe berücksichtigt. Die Krankenhausküche bietet auch krankheitsspezifische Kostformen in verschiedenen Komponenten an. Individuelle Wünsche und kulturelle Bedürfnisse werden, berücksichtigt. Die Küche verfügt über ein EDV- gestütztes Menüwahlsystem und arbeitet nach dem HACCP- Konzept, dass eine hygienische Speiseherstellung gewährleistet

1.3.5 Koordinierung der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Für medizinische Maßnahmen gibt es hausübergreifende Verfahrensanweisungen, klinikinterne Standards koordinieren die fachspezifischen Abläufe effektiv. Reihenfolge und Dringlichkeit diagnostischer Maßnahmen ergeben sich aus dem Untersuchungsverlauf und werden vom diensthabenden Facharzt festgelegt. Bei elektiven Eingriffen erfolgen Voruntersuchungen möglichst ambulant, so dass die Patienten in der Regel vordiagnostiziert aufgenommen werden.

1.3.6 Koordinierung der Behandlung: OP-Koordination

Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.

In fünf Operationssälen erfolgen Eingriffe unter aseptischen Bedingungen, ein weiterer für ambulante Eingriffe wird eingerichtet. In die Planung des OP- Koordinators können noch ein Raum für HNO- OP´s und einer für Not-Sectios einbezogen werden. Eingriffsräume in der chirurgischen Notfallambulanz stehen zur Verfügung. Die Kooperation im Ablauf der OP´s zwischen den teilnehmenden Berufsgruppen ist standardisiert umgesetzt. Ausnahmsweise aufgrund von Notfällen verschobene OP werden schnellstmöglich oder gemäß Patientenwunsch nachgeholt. (Formulierung, keine Zahlen)

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

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

Die Behandlung der Patienten erfolgt fachbereichsübergreifend mit allen Beteiligten der Versorgung. Das Konsiliarwesen auch mit externen, nicht im Krankenhaus vertretenden ärztlichen Disziplinen ist standardisiert geregelt. Auf den Stationen finden regelmäßig Besprechungen zwischen dem ärztlichen und pflegerischen Dienst, bedarfsgemäß auch unter Einbeziehung des Krankengymnasten und der Pflegeüberleitung statt. In regelmäßigen Abständen finden fachbereichsübergreifende Fallbesprechungen der unterschiedlichen ärztlichen Disziplinen statt.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

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

Für jeden Patienten erfolgt täglich mindestens eine Visite durch den Stations- oder Belegarzt und die Bereichspflegekraft, bedarfsorientiert nehmen auch weitere an der Behandlung beteiligte Berufsgruppen daran teil. Auf den Intensivstationen finden mehrfach täglich Visiten unter zusätzlicher Teilnahme des zuständigen Oberarztes statt. Auch an Sonn- und Feiertagen diese Visitenregelung gewährleistet. Für jeden Patienten erfolgt darüber hinaus mindestens einmal pro Woche eine Oberarzt - und eine Chefarztvisite, Bedarfsweise auch häufiger.

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.

Der Entlassungstermin wird vom Arzt festgelegt, der Patient und Pflegedienst wird möglichst frühzeitig darüber informiert. Bei standardisierten Behandlungen kann diese Festlegung bereits bei der Aufnahme erfolgen und individuell angepasst werden. Mit jedem Patienten, gesetzlichem Betreuer oder Angehörigen wird ein umfassendes Entlassungsgespräch geführt. Soweit Vorbereitungen für die Versorgung nach der Entlassung getroffen werden müssen, kann auch ein Mitarbeiter der Pflegeüberleitung mit einbezogen werden.

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.

Eine Entlassung des Patienten erfolgt grundsätzlich auf Veranlassung des zuständigen Facharztes. Jeder Patient und wunschgemäß seine Angehörigen werden vor der Entlassung über Diagnose, Befunde, Therapie und weitere Therapieempfehlungen informiert. Diese sind identisch mit denen im Brief an den weiterbehandelnden Arzt, den der Patient bei der Entlassung ausgehändigt bekommt. Ebenso erhält er, wenn nötig auch die Empfehlung für eine ambulante Krankenpflege und den Überleitungspflegebogen sowie für die notwendigen Befunde ausgehändigt.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

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

Neben der umfassenden Information der weiterbehandelnden Ärzte über strukturierte ärztliche Berichte erfolgt die Kooperation mit den weiterbetreuenden Diensten über die Mitarbeiter der Pflegeüberleitung und in Qualitätszirkeln. Die Mitarbeiter der Pflegeüberleitung stehen in laufenden Kontakt mit weiterbetreuenden Angehörigen und Einrichtungen. Vierteljährlich finden Pflegefachtagungen mit Pflegeeinrichtungen statt. Das eine Betreuungsteam informiert strukturiert das nachfolgende, so dass eine kontinuierliche Weiterversorgung gewährleistet ist.

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.

Die Planung des Personalbedarfs erfolgt jährlich anhand von festen Kennzahlen in Abstimmung mit den verantwortlichen Mitarbeitern. Als Grundlage dienen Anhaltswerte nach dem Deutschen Krankenhausinstitut und der Pflegepersonalrechnung. Neue Mitarbeiter werden entsprechend ihrer Qualifikation anhand eines festgelegten Anforderungsprofils, das die geforderten Fähigkeiten beschreibt, ausgewählt. Interne Umbesetzungen sind gemäß Stellenausschreibung möglich.

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 Personalentwicklung vermittelt allen Mitarbeitern die Qualifikation, die sie zur Bewältigung ihrer Aufgaben benötigen. Es ist unser Ziel, die Patientenversorgung auf dem neuesten Stand der Wissenschaft hinsichtlich der Pflege und Medizin zu gewährleisten. Für die Personalentwicklung sind die leitenden Führungskräfte in ihrem Bereich verantwortlich und gestalten diese aktiv mit. Ein Grundsatzkonzept regelt das Vorgehen für die Mitarbeiter in der Pflege. Für den ärztlichen Bereich gelten primär die Vorgaben der Weiterbildungsordnung für Fachärzte.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

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

Für den Bereich des Pflege- und Funktionsdienstes, der Verwaltung, der Abteilungsleiter und viele Stabsstelleninhaber existieren Stellenbeschreibungen. Die der Ärzte orientieren sich an den Vorgaben der Weiterbildungsordnung. So sind Qualifikationen, Tätigkeiten und spezifische Leistungsanforderungen für die jeweiligen Aufgabenträger geregelt. Es werden nur qualifizierte Krankenpflegekräfte und Ärzte eingestellt. In den Funktionsbereichen wird der Anteil der weitergebildeten Mitarbeiter kontinuierlich bedarfsorientiert erhöht.

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.

Eine systematische Fort- und Weiterbildungsplanung für das Personal existiert als Schulungsplänen für einzelne Berufsgruppen. Grundlage für die Pflege sind die Vorgaben der Berufsverbände und der Weiterbildungsordnung für Fachärzte sowie neueste wissenschaftliche Erkenntnisse. Darüber hinaus können im Rahmen der Strukturierung der innerbetrieblichen Fortbildung in der Pflege Mitarbeiterwünsche integriert werden. Das hausinterne klinische Fortbildungsangebot kann überwiegend auch von externen Personen aus den jeweiligen Berufsgruppen genutzt werden.

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Bei der Einführung einer inneren Budgetierung erhält jeder Bereich ab dem Jahr 2005 die Finanzierung in eigener Verantwortung, im Pflegedienst ist ein eigenes Budget bereit realisiert. Die Fort- und Weiterbildung wird orientiert am künftigen Bedarf gefördert. In der Übergangphase werden entsprechende Wünsche noch dem sowohl der Abteilungsleiter als auch der Verwaltungsdirektor zu Genehmigung vorgelegt, zukünftig liegt die im Verantwortungsbereich des Abteilungsleiters. Er entscheidet, welche Maßnahmen durchgeführt und inwieweit sie gefördert werden.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

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

Für alle Fachbereiche stehen spezifische Fachliteratur und Fort- und Weiterbildungsmedien zur Verfügung. Sie sind zugänglich in Form von Büchern, Fachzeitschriften und Intra- bzw. Internetanschluss für zugriffsberechtigte Mitarbeiter. Fachbibliotheken existieren dezentral in den einzelnen Fachbereichen und sind für deren Mitarbeiter uneingeschränkt verfügbar. Die Qualitätsdokumentation in Form eines Qualitätsmanagement- Handbuchs liegt sowohl im Intranet als auch als Papierversion in allen Abteilungen für alle Mitarbeiter zugänglich vor.

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.

Der Pflegedienst nutzt einen gemeinsam mit der Schule ausgearbeiteten praxisorientierten Ausbildungskatalog unter Einsatz von ausgebildeten Mentoren. Es finden strukturierte Gespräche mit Beteiligten statt. Für den praktische Anleitung der Schüler wird ein Tätigkeitskatalog von der Schule vorgegeben. Der Schülereinsatzplan regelt den zeitlichen Ablauf der Ausbildungsabschnitte. Es besteht ein kontinuierlicher Informationsaustausch zwischen den Ausbildungsverantwortlichen und der Schule für allen Bereiche, der Erfolg wird kontinuierlich überprüft.

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.

Verbindliche Grundsätze zur Führung von Mitarbeitern sind im Leitbild ebenso verankert wie in einem Grundsatzpapier des VzE zur praxisorientierten Personalentwicklung. Jeder Mitarbeiter ist entscheidend für den Erfolg der Klinik, fachliche Kompetenz, Teamfähigkeit, Verantwortung und Eigeninitiative sind Eckpfeiler seines Einsatzes. Jedem Mitarbeiter wird angeboten, seine fachliche Kompetenz durch Fort- und Weiterbildung auszubauen. Jeder Mitarbeiter wird unabhängig von Nationalität, Religion, Alter oder Geschlecht bedarfsorientiert gefördert.

2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Die Arbeitszeit der Mitarbeiter ist durch das Arbeitszeitgesetz und den Bundesangestelltentarif verbindlich geregelt. Ein Dienstplanprogramm auf EDV- Basis überwacht die Einhaltung Bereich im pflegerischen Bereich, für alle anderen Berufsgruppen wird dies bis zum Jahresende eingeführt. Zur Zeit wird der Arbeitszeitnachweis noch manuell erbracht. Die Personalabteilung führt Bedarfsweise Ausgleichsmaßnahmen durch (Freizeitausgleich, Einsatz von Aushilfen). Durch den Einsatz innovativer Teilzeitmodelle wird auf die Bedürfnisse der Mitarbeiter reagiert.

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Die Einarbeitung neuer Mitarbeiter ist durch den Einsatz von Mentoren und schriftlichen Einarbeitungsmappen geregelt. Auch erfolgen strukturierte Anleitungen neuer Mitarbeiter durch erfahrende Kollegen über einen festgelegten Zeitraum. Ein neuer Mitarbeiter wird erst alleinverantwortlich eingesetzt, wenn sicher gestellt ist, dass er in seinem Bereich gültigen Verfahren und Standards sicher einsetzen kann. Ein strukturiertes Gespräch mit dem Vorgesetzten anhand eines standardisierten Beurteilungsbogens erfolgt nach der Probezeit gemeinsam.

2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

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

In den kontinuierlichen Verbesserungsprozess werden die Ideen und Vorschläge der Mitarbeiter eingebunden. Es existiert ein innerbetriebliches Vorschlagswesen, das allen Mitarbeitern zur Verfügung steht, sowie ein standardisiertes Verfahren zum Umgang mit Mitarbeiterbeschwerden, das schriftlich und mündlich erfolgen kann. Darüber hinaus arbeiten im Bereich des innerbetrieblichen Beschwerdemanagements zwei ausgebildete Mediatorinnen, die für alle Mitarbeiter ansprechbar sind und für die gemeinsame Erarbeitung von Lösungsansätzen zur Verfügung stehen

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.

Sicherheit bezieht sich im Krankenhaus auf alle Bereiche, insbesondere auf die Einhaltung der Unfallverhütungsvorschriften und sonstiger Vorschriften zur Arbeitssicherheit sowie auf die Versorgung der technischen Einrichtungen mit Energie und Betriebsstoffen. Hierüber wacht ein Arbeitssicherheitsausschuss. Die Forderungen der gesetzlichen Vorschriften werden von einem Team aus Arbeitssicherheitsingenieur, Hygienefachkraft, Betriebsarzt, Gefahrstoff-, Strahlenschutz- und Entsorgungsbeauftragten formuliert, umgesetzt und die Einhaltung überwacht

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Das KKH Gifhorn verfügt über einen Katastrophen- und Brandschutzplan den alle Mitarbeiter gegen Unterschrift bei der Einstellung ausgehändigt bekommen. Brandschutzunterweisungen für Mitarbeiter werden regelmäßig verpflichtend durchgeführt. Brandschutzbegehungen finden jährlich statt. Die Brandschutzanlage meldet Brände automatisch direkt bei der Feuerwehr und in der Informationszentrale, die entsprechende Meldungen weiter gibt. Sie wird durch den Technischen Dienst des Krankenhauses ständig gewartet und darüber hinaus von mehreren Fremdfirmen regelmäßig überprüft.

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.

Das Kreiskrankenhaus Gifhorn ist den Katastrophenschutzplan des Landkreises Gifhorn und des Landes eingebunden. Für das Kreiskrankenhaus existiert zusätzlich ein interner Katastrophen- und Brandschutzplan, der jedem Mitarbeiter bei der Einstellung gegen Unterschrift und Kenntnisnahme ausgehändigt wird.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Es gibt ein hausübergreifendes Management für den medizinischen Notfall, das das Vorgehen und die Zuständigkeiten regelt und gewährleistet, dass bedarfsgemäß innerhalb kürzester Zeit geschultes Intensivpersonal und -ausrüstung vor Ort ist. Zur unverzüglichen Informationsweiterleitung gibt es eine Notfall-Telefonnummer, die immer freigeschaltet ist. Klinische Mitarbeiter werden regelmäßig in Reanimationsmaßnahmen und im Umgang mit den Notfallkoffern, die an allen Knotenpunkten im Haus installiert sind, geschult und sind im Notfall einsatzbereit.

3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

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

Durch Bereichspflege, die regelmäßige Präsenz des Pflegepersonals in den Zimmern und die Anwendung von Pflegestandard (z. B. Sturz- u Dekubitusprophylaxe) werden evtl. Gefährdungen eines Patienten umgehend bemerkt und behoben. Der Eingang zum Säuglingszimmer ist durch ein Transpondersystem gesichert. Kinder als Patient werden auf Station in allen Situationen von qualifizierten Mitarbeitern beaufsichtigt, entsprechende Sicherungen sind vorhanden. Die Informationsassistenten kontrollieren den Eingang des Krankenhauses rund um die Uhr.

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.

Die Einhaltung der Hygiene gewährleistet die Krankenhausleitung, unterstützt durch die Hygienekommission, einen Hygienebeauftragten Arzt und eine externe Hygienefachkraft. Ein umfassender Hygieneplan regelt alle hygienischen Belange. Er gilt hausübergreifend und ist allen Mitarbeitern bekannt. Hygienerelevante mikrobiologische Untersuchungen erfolgen in einem speziellen Labor. Die Hygienefachkraft schult alle Pflegedienstmitarbeiter gemeinsam werden neue Standards erarbeitet und durch die Hygienekommission verabschiedet.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

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

Die Erfassung erfolgt gemäß gesetzlicher Vorgaben. Eine Statistik über nosokomiale Infektionen durch Venenverweilkanülen wird durch die Hygienefachkraft geführt und ausgewertet. Die Symptome werden auf einem standardisierten Bogen erhoben. Die Analyse erfolgt durch den hygienebeauftragten Arzt. Die Ergebnisse werden in der regelmäßig tagenden Hygienekommission besprochen und Maßnahmen zur Vermeidung diskutiert und beschlossen.

3.2.3 Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen

Hygienesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Regelmäßige hygienische Untersuchungen gemäß den Vorgaben des Robert-Koch-Institutes sind ein wesentlicher Bestandteil der med. Qualitätssicherung und werden durch die externe Fachkraft für Hygiene durchgeführt. Durch stationäre Hospitation und Mitarbeit ist eine hygienische Beratung direkt vor Ort möglich. Ebenso erfolgen regelmäßig hygienische Überprüfungen des Leitungswassers, der Medizingeräte, Kontrolle der Hände- und Flächendesinfektion insbesondere in den Risikobereichen und die hygienische Überprüfung der Desinfektionspläne.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.

Die für das KKH Gifhorn erstellten Hygienerichtlinien in Form von Hygiene- und Desinfektionsplänen sowie speziellen Arbeits- und Verfahrensanweisungen sind für alle Mitarbeiter des Hauses verbindlich und werden von hygienebeauftragtem Arzt und der Hygienefachkraft auf ihre Einhaltung hin überprüft. Diese Überprüfungen erfolgen geplant aber unangemeldet. Individuelle Schulungen und spezielle Fortbildungen informieren die Mitarbeiter über hygienerelevante Aktualisierungen, die auch im Hygieneplan aufgenommen als solche kenntlich gemacht werden.

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.

Bei der Bereitstellung der Materialien und Gegenstände werden medizinische, hygienische, und ökonomische Anforderungen sowie Arbeitsschutzaspekte unter Einbeziehung der Erfahrung des Anwenders berücksichtigt. Die Ablauforganisation der Beschaffung ist hinsichtlich des Blutes, der Arzneimittel und Medizinprodukte durch Verfahrensanweisungen verbindlich festgelegt. Der Beschaffungsweg ist jedem Mitarbeiter bekannt, da sie ein Bestandteil des Qualitätsmanagementsystems ist.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Die Anwendung von Arzneimitteln wird ausschließlich von Ärzten angeordnet. Welche Arzneimittel im Haus verwendet werden, wird in der Arzneimittelkonferenz festgelegt. Sie setzt sich aus den Chefärzten, der Pflegedirektorin, der Verwaltungsdirektor und dem hausinternen Apotheker zusammen. Alle gelisteten Medikamente stehen den Abteilungen ausreichend zur Verfügung. Die Medikamentenausgabe erfolgt zu festen Zeiten zwei Mal in der Woche. Darüber hinaus ist eine Beschaffung auch von nicht gelisteten Medikamenten auf ärztliche Anordnung jederzeit möglich.

3.3.3 Anwendung von Blut und Blutprodukten

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

Im KKH Gifhorn werden bedarfsorientiert Transfusionen und Eigenblutspenden durchgeführt. Patienten werden durch die behandelnden Ärzte über diese Möglichkeiten ausführlich informiert. Die Planung zur Beschaffung und Anwendung von Blut und Blutprodukten sind in der Transfusionsordnung des KKH Gifhorn und in speziellen Arbeits- und Verfahrensanweisungen sowie Standards zur Eigenblutspende umfassend und verbindlich geregelt.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Medizinprodukte werden unter Berücksichtigung des Medizinproduktegesetz (MPG) ausgewählt und eingesetzt. Über die MPG- Verantwortlichen in jeder Abteilung wird gewährleistet, dass die Schnittstellen zu den unterschiedlichen Berufsgruppen (wie Medizin und Technik) berücksichtigt werden. Sowohl im Interesse unseres Hauses als auch gemäß gesetzlicher Vorgaben ist das KKH verpflichtet, die Medizinprodukte sicher und rechtskonform anzuwenden und zu betreiben. Dazu müssen alle im KKH Beschäftigten beitragen, die regelmäßig mit Medizinprodukten umgehen.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Im Krankenhaus gibt es Regelungen zur Entsorgung im Rahmen des Umweltschutzes. Der Bereich Entsorgung wurde durch den Anschluss an einen Entsorgungsverband medizinischer Einrichtungen verbessert. Die Abfallwirtschaft ist durch ein Abfallkonzept und umfangreiche Verfahrens- und Dienstanweisungen geregelt. Der ressourcensparende Einsatz von Wasser und Energie wird im Zuge der Umbaumaßnahmen berücksichtigt.

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.

Es gibt hausinterne Richtlinien zur Dokumentation, die Verantwortlichkeiten sind geregelt. Sie wird berufsübergreifend genutzt. Neue Mitarbeiter werden in das System eingewiesen, jeder ist verpflichtet die Dokumentation entsprechend anzuwenden. Alle Maßnahmen am Patienten werden dokumentiert. Die Archivierung der Daten erfolgt nach einem festgelegten System im Zentralarchiv, Befunde und Arztbriefe sind zudem von allen Arztarbeitsplätzen in der EDV abrufbar. So ist die schnelle Verfügbarkeit von Patientendaten umfassend sicher gestellt.

4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

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

Alle relevanten Daten eines Patienten werden während eines Krankenhausaufenthaltes in einem einheitlichen Optiplan-System dokumentiert. Die Behandlung ist in allen Punkten jederzeit nachvollziehbar. Jede Maßnahme wird umgehend direkt im Optiplan-System dokumentiert. Alle Angaben oder Änderungen werden umgehend im System eingetragen, wie z. B. Arztanordnungen während der Visite, durchgeführte krankengymnastische und Pflegemaßnahmen sowie Berichte und Therapieverlauf. Sie werden durch Handzeichen gegen gezeichnet und sind jederzeit nachvollziehbar.

4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

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

Für Ärzte und Pflegepersonal des Kreiskrankenhauses ist die Einsicht in die Patientendokumentation für alle behandelten Patienten jederzeit gewährleistet. Das Archivierungssystem garantiert jederzeit einen schnellen Zugriff auf alle Patientendaten, die bei Voraufenthalten eines Patienten erhoben wurden. Darüber hinaus sind Befunde und Arztbriefe von Voraufenthalten in der EDV gespeichert und von jedem Arztarbeitsplatz abrufbar.

4.2 Informationsweiterleitung

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

4.2.1 Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Bereichen

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

Die Leistungserbringung im Kreiskrankenhaus sind verbunden mit einem strukturierten Informationsfluss innerhalb einzelner Leistungsbereiche und interdisziplinär zwischen den einzelnen Abteilungen. Zu diesem Zweck existiert eine Vielzahl bereichübergreifender festgelegter Besprechungstermine, die einen optimalen Informationsfluss gewährleisten und allen Beteiligten die Möglichkeit bieten, sich hinsichtlich der individuellen Behandlung eines Patienten strukturiert und optimiert auszutauschen und abzustimmen.

4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

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

Um Patienten und Angehörigen gleich beim Betreten des KKH einen Ansprechpartner zu bieten, gibt es im Sinne der Patientenorientierung des Leitbildes eine zentrale Informationsstelle für allgemeine organisatorische Auskünfte. Die geschulten Informationsassistenten verfügen online über aktuelle Patientendaten und werden zeitnah mit weiteren benötigten Informationen versorgt. Diese werden ständig aktualisiert. Die Informationsassistenten stehen Patienten und Besuchern für persönliche und telefonische Auskünfte rund um die Uhr zur Verfügung.

4.2.3 Information an die Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Die Information der Öffentlichkeit über Belange des Kreiskrankenhauses erfolgt im Wesentlichen über den Verwaltungsdirektor. Er informiert die Presse und verfolgt Veröffentlichungen das Krankenhaus betreffend. Der Internetauftritt des Kreiskrankenhauses wird derzeit vorbereitet mit dem Ziel, die interessierte Öffentlichkeit über die Vorgänge zu informieren. Darüber hinaus finden in den einzelnen Kliniken regelmäßig spezifische Informationsveranstaltungen für interessierte Patienten und Fortbildungsveranstaltungen auch für niedergelassene Ärzte statt.

4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

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

Die Einhaltung der Datenschutzvorgaben sind in einem Handbuch geregelt und werden vom Datenschutzbeauftragten geprüft. Dienstanweisungen zur Verpflichtung auf das Datengeheimnis auch im EDV- System erhält jeder Mitarbeiter gegen Unterschrift. Patientenbezogene Daten sind nur berechtigten Personen zugänglich und werden in verschlossenen Räumen verwahrt. Auf Daten im EDV- System haben nur berechnigte Personen Zugriff, sie sind durch gezielte Maßnahmen geschützt. Medizinische Auskünfte werden nur mit Einverständniserklärung erteilt.

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.

Das KKH ist flächendeckend an das EDV- System angeschlossen und vernetzt. Die Arbeitsplätze sind bedarfsgemäß mit einem vernetzten Rechner ausgestattet, an denen zugriffsberechtigte, eingewiesene Nutzer arbeiten können. Ein modulares KI- System liegt vor und wird genutzt. Schulungen werden bedarfsorientiert durch die EDV- Abteilung angeboten, sie bedient auch die hausinterne Hotline und den Stördienst für EDV- Fragen. Krankenhausspezifische Softwarelösungen für die Patientendokumentation, Arbeitsplanung und Verwaltung sind hausübergreifend im Einsatz.

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 Leitbild des Kreiskrankenhauses orientiert sich an den Bedürfnissen der Patienten und Mitarbeiter und berücksichtigt Aspekte der Sicherheit und der Wirtschaftlichkeit. Es wurde von Mitarbeitern entwickelt und liegt jedem im Krankenhaus Beschäftigten in schriftlicher Form vor. Zusätzlich hängt es an vielen Stellen im Gebäude zur Einsichtnahme aus. Das Leitbild des Kreiskrankenhauses wird von den Mitarbeitern und der Krankenhausleitung getragen und der täglichen Arbeit zu Grunde gelegt.

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 strategische Zielplanung für das KKH erfolgt im Rahmen einer Strategierunde der Krankenhausleitung zu Jahresbeginn unter Berücksichtigung der rechtlichen wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Sie beschäftigt sich mit dem künftigen Geschäftsfeldern, dem medizinischen Leistungsspektrum und den realisierbaren Projekten. Aufgrund der vorgegebenen Ziele werden von der Krankenhausleitung kurz- und mittelfristige Ziele abgeleitet. Die Planung ist mit den jeweiligen Bereichszielen abgestimmt. Alle Ziele sind konkret formuliert.

5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

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

Die Organisationsstruktur des Krankenhauses ist in einer von der Krankenhausleitung vorgegebenen Dienstordnung in Form eines Organigramms festgelegt. Alle aktuellen Funktionsträger sind darauf namentlich genannt. Das Organigramm wird bei Veränderungen umgehend aktualisiert. Alle Bereiche des Krankenhauses (medizinische, pflegerische Funktionsdienste, Wirtschafts- und Verwaltungsdienste) werden darauf in ihren Funktionen dargestellt.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

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

Im KKH existiert ein mehrjähriger Finanz- und Investitionsplan, der jährlich fortgeschrieben wird. Die Qualitätsziele des KKH werden bei der Finanz- und Investitionsplanung berücksichtigt. Eine monatliche Kontrolle der Budgetentwicklung findet durch regelmäßige Berichterstattung der verantwortlichen Bereichsleiter an den Verwaltungsdirektor statt, dabei erfolgen Abweichungsanalysen. Die Krankenhausleitung fördert den sparsamen Umgang mit Ressourcen durch Weitergabe von betriebswirtschaftlichen Daten an alle verantwortlichen Mitarbeiter.

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.

Die Arbeit der einzelnen Gremien und Gesprächsrunden erfolgt im Krankenhaus örtlich und zeitlich strukturiert und koordiniert, die Teilnehmerkreise sind definiert. Es tagen regelmäßig die Krankenhausleitung, die Abteilungsleiter und Stationsleitungen, Arbeitsschutzausschusssitzungen und Hygienekommissionen finden vier Mal jährlich statt. Arbeitsgruppen arbeiten in wechselnder Zusammensetzung problemorientiert und gezielt an Projekten. Darüber hinaus existieren umfangreiche Dienst-, Verfahrens- und Arbeitsanweisungen, die das Vorgehen in den einzelnen Krankenhausabteilungen verbindlich regeln. (Bitte Gremien, Kommissionen benennen)

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.

Zur Sicherstellung der optimalen Patientenversorgung sind die Mitglieder der Krankenhausleitung zur effizienten und effektiven Zusammenarbeit verpflichtet. Basis ihrer Kooperation ist die Qualitätspolitik und das Leitbild des Krankenhauses. Die kontinuierliche Zielplanung ist hier ein wichtiges strategisches Steuerungsinstrument. Die nachgeordneten Leitungsebenen werden über die relevanten Managemententscheidungen im Rahmen der verschiedenen Stations- und Bereichsleiterbesprechungen informiert.

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 über aktuelle Vorgänge im Haus informiert. Sie steht in ständigem Austausch mit den Leitern der nachgeordneten Abteilungen. Ein geregeltes monatliches Berichtswesen an den Verwaltungsdirektor hinsichtlich der Einhaltung des Budgets komplettiert die umfassenden Informationen. Die Ergebnisse fließen in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess bei Bedarf ein.

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

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

Die Rahmenbedingungen für vertrauensfördernde Maßnahmen werden durch die Definition des Leitbildes gegeben. Interdisziplinäre Projekt- und Arbeitsgruppen in den verschiedenen Bereichen, Betriebsausflüge, Ausstellungen in den Gängen und im Eingangsbereich ermöglichen unternehmensinterne Kommunikationsstrukturen. Die Mitarbeitervertretung ist ein fester Bestandteil des Krankenhauses und wird zu der Bearbeitung mitarbeiterrelevanter Fragen hinzu gezogen.

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.

Im Leitbild ist klar formuliert, dass ethische Problemstellungen berücksichtigt werden. Es besteht für jeden Patienten unabhängig von seiner Konfession die Möglichkeit, sich mit seinen Wünschen an die Krankenhauseelsorger zu wenden. Eine ständig geöffnete Krankenhauskapelle ist vorhanden, in der regelmäßig Gottesdienste statt finden. Zusätzlich besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem örtlichen Hospizverein. Für die Optimierung der Kooperation mit fremdsprachigen Patienten stehen dolmetschende Mitarbeiter in vielen Sprachen zur Verfügung

5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

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

Die Sterbebegleitung wird von qualifizierten Mitarbeitern aus der Pflege nach einem erarbeiteten Konzept, durch den Krankenhauseelsorgedienst und Mitarbeiter des ortsansässigen Hospizvereins sicher gestellt. Das Angebot der Krankenhauseelsorge besteht jederzeit und ist konfessionsunabhängig, bedarfsgemäß können jedoch auch Vertreter anderer Glaubensrichtungen kurzfristig informiert werden. Für Angehörige gilt das Angebot der seelsorgerischen Betreuung ebenso, sie können auch wunschgemäß während der Sterbebegleitung im Krankenhaus untergebracht werden.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

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

Für den Umgang mit Verstorbenen und die Begleitung Angehöriger sind die Mitarbeiter des Pflegedienstes geschult. Es gibt eine entsprechende Verfahrensanweisung. Die Ärzte des KKH sind verpflichtet, bei jedem Verstorbenen unverzüglich eine Leichenschau gemäß gültiger gesetzlicher Bestimmungen durchzuführen und die Todesbescheinigung auszustellen. Das Projekt "Lebenshauch" gewährt den Eltern von nichtbestattungspflichtigen Totgeburten die Möglichkeit der Bestattung des Kindes auf einer krankenhauseigenen Grabstätte auf dem evangelischen Friedhof.

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 Krankenhausleitung hat sich in Abstimmung mit dem Betreiber im Jahr 2002 entschieden, ein Qualitätsmanagementsystem einzuführen und eine Zertifizierung nach KTQ anzustreben. Eine wesentliche Forderung ist die Aufrechterhaltung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems durch die Leitung des Hauses, was durch die monatlichen Feedbackgespräche mit dem Team für Qualitätsmanagement gewährleistet ist. Darüber hinaus finden regelmäßig interne und in den vorgegebenen Abständen auch externe Audits statt.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

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

Die strategischen und langfristigen Ziele werden von der Krankenhausleitung in Abstimmung mit dem Betreiber und Träger vorgegeben. Deren Umsetzung wird an die zuständigen Stellen delegiert. Die Qualitätsziele orientieren sich an den Anforderungen der nationalen und internationalen Qualitätsmanagementprinzipien und sind der Krankenhausleitung bekannt. Sie müssen den Mitarbeitern der verschiedenen Bereiche die spezifischen Bereichsziele vermitteln. Dies geschieht in Abteilungsbesprechungen und in Einzelgesprächen mit den Verantwortlichen.

6.2 Qualitätsmanagementsystem

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Im KKH arbeiten hauptamtliche Qualitätsmanager in Teilzeit jeweils aus dem ärztlichen, pflegerischen und administrativen, Bereich. Zusätzlich gibt es Qualitätspartner in allen Bereichen und ein Lenkungsgremium. Die Qualitätsmanager haben eine Qualifikation als Auditoren und führen regelmäßig interne Audits durch. Sie koordinieren die Arbeits- u. Projektgruppen u. kommunizieren die Ergebnisse mit dem Lenkungsgremium in regelmäßig stattfindenden Sitzungen. Die Qualitätspartner der einzelnen Bereiche fungieren als Multiplikatoren für die Belange des QMS an alle MA, so dass eine komplette Einbindung erfolgt.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

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

Es erfolgen in allen Abteilungen Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung. Um strukturierte Arbeitsabläufe zu gewährleisten, wurden für die Kernprozesse Verfahrensanweisungen und Standards erstellt, die für alle Mitarbeiter gelten. Die interne Qualität wird durch standardisierte Kontrollen in Labor und Apotheke, so wie im Bereich der Infektion, Hygiene und Arbeitssicherheit für das ganze Haus und durch regelmäßige Schutzuntersuchungen des gesamten Personals gesichert. Im ärztlichen Bereich wird die Qualität der Arbeit durch die Gewährung des umfassenden Facharztstandards gewährleistet. Eine optimale Pflege der Patienten wird durch qualifiziertes Personal sicher gestellt.

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.

Der gesetzlichen Verpflichtung zur externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V kommt das Kreiskrankenhaus in vollem Umfang nach. Sie werden im Anschluss per Datenfernübertragung der zuständigen Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft e.V. Hannover gemeldet. Das Kreiskrankenhaus nimmt teil an Erhebungen zur Qualitätssicherung in der allgemeinchirurgischen, unfallchirurgischen und gynäkologischen Klinik sowie an einer bundesweiten Neonatalstudie. Ein Benchmark mit anderen Kliniken wird durchgeführt.

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.

Durch die Befragung von Patienten und Mitarbeitern werden deren Bedürfnisse ermittelt. Diese Information fließt in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess mit ein. Für die Krankenhausleitung ist die Durchführung und Auswertung dieser Befragungen, deshalb von strategischer Bedeutung. Personelle und finanzielle Ressourcen werden aus diesem Grunde zeitnah zur Verfügung gestellt. Der Ablauf der Befragungen erfolgt nach einem festgelegten Studiendesign, die Ergebnisse werden den Mitarbeitern transparent gemacht.

6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Für das KKH ist es selbstverständlich, jederzeit offen allen Wünschen und Anregungen durch Patienten, Angehörige, Zulieferer und einweisende Ärzte zu begegnen, sie möglichst schnell entsprechend der Gegebenheiten umzusetzen und zu realisieren. Für Patienten und Angehörige wurde ein strukturiertes Beschwerdemanagement geschaffen.