



**Klinik Dr. Hancken GmbH Stade**

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

**Krankenhaus: Klinik Dr. Hancken GmbH**

**Institutionskennzeichen: 260330759**

**Anschrift: Harsefelder Str. 8  
21680 Stade**

**Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer: 2004-0057 K  
durch die GREEN & IBEX Zertifizierung GmbH  
KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle**

**Datum der Ausstellung: 24.11.2004**

**Gültigkeitsdauer: 23.11.2007**

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>3</b>
<b>Einleitung</b>	<b>5</b>
<b>Die Strukturdaten der <i>Klinik Dr. Hancken GmbH</i></b>	
Teil A: Allgemeine Merkmale	7
Teil B: Allgemeine Leistungsmerkmale	9
Teil C: Personalbereitstellung	13
Teil D: Ausstattung	15
<b>Die KTQ-Kriterien beschrieben von der <i>Klinik Dr. Hancken GmbH</i></b>	
1. Patientenorientierung in der Krankenversorgung	18
2. Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung	24
3. Sicherheit im Krankenhaus	28
4. Informationswesen	33
5. Krankenhausführung	36
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 Krankenversicherungen<sup>1</sup>. Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet. Die Verfahrensinhalte wurden ausschließlich von Krankenhauspraktikern entwickelt und erprobt.

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

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

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

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

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

---

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

Auf Grund des positiven Ergebnisses der Selbst- und Fremdbewertung wurde der Klinik Dr. Hancken GmbH am XX.YY.2004 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 – Klinik Dr. Hancken GmbH - 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](http://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

Die Klinik Dr. Hancken in Stade ist eine familiär geführte, langjährig etablierte, hoch spezialisierte und modern ausgestattete Fachklinik für Onkologie, Nuklearmedizin und Radiologie mit Fachabteilungen für Strahlentherapie, internistische Onkologie / Hämatologie, Palliativmedizin und nuklearmedizinische Schilddrüsentherapie.

Unser Auftrag ist es, Krankheiten zu erkennen, zu heilen und Beschwerden zu lindern. Wir verstehen Krankheit als ein gestörtes Zusammenwirken körperlicher, seelischer und sozialer Faktoren. Dabei blicken wir über einzelne Symptome hinaus: Zur Gesundheit gehört für uns das optimale Zusammenspiel von körperlichen, seelischen und sozialen Faktoren. Unsere Behandlung besteht daher nicht in der Reparatur eines Organs oder der Normalisierung einzelner Laborwerte. Der Patient steht mit seiner vielschichtigen Persönlichkeit im Mittelpunkt unserer Arbeit. Wir begegnen Frauen und Männern, jungen und alten Menschen jeder Nationalität mit Freundlichkeit, Respekt und Hilfsbereitschaft. Unabhängig von der Art und Ausbreitung ihrer Erkrankung unterstützen wir unsere Patienten, fördern ihre Fähigkeiten und achten ihre Würde.

Aufrichtigkeit, Diskretion und Zuverlässigkeit prägen die Zusammenarbeit unter den Mitarbeitern der Klinik. Loyalität und Stolz auf die gemeinsame Leistung kennzeichnen den Umgang mit Kollegen, Patienten und Besuchern. Der intensive Austausch von Wissen und Erfahrung versetzt uns in die Lage, ganzheitlich zu arbeiten und fachübergreifende Behandlungskonzepte zu entwickeln.

Unsere Arbeit soll höchsten Qualitäts-



ansprüchen genügen. Darum arbeiten wir an der kontinuierlichen Verbesserung der räumlichen und technischen Voraussetzungen, der Prozesse und Abläufe und der Ergebnisse.

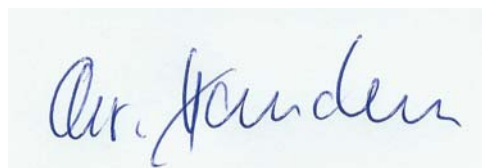
In der Zusammenarbeit mit Kliniken und Praxen in unserer näheren und weiteren Umgebung sowie im Brustzentrum „Elbe-Weser“ und im Tumorzentrum „Nordost Niedersachsen“ sichern wir eine optimale Versorgung der Patienten in unserer Region.

Um unsere Qualitätsansprüche darzulegen und unsere Strukturen, Prozesse und Ergebnisse einer objektiven Prüfung zu unterziehen, haben wir uns um das Zertifikat der KTQ beworben. In einem einjährigen Prozess der Systematisierung unseres Qualitätsmanagements haben wir in zahlreichen Projektschritten Verbesserungen erzielt und konnten diese zur Zertifizierung nachweisen.

Als erste Klinik im Elbe-Weser-Dreieck und im Tumorzentrum „Nordost Niedersachsen“ haben wir das KTQ-Zertifikat erhalten und damit die hohe Qualität unserer Ausstattung und unserer Patientenversorgung nachgewiesen. Auf diese Leistung sind wir stolz und bedanken uns bei allen, die dabei mitgewirkt haben.



**Stade, den 20.09.2004**



**Dr. med. Christoph Hancken**



**Dipl. Kauffrau Veronika Hartmann**

## Die Strukturdaten des - Klinik Dr. Hancken GmbH

### Teil A: Allgemeine Merkmale

#### A-1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses

A-1.1 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?

260330759

---

A-1.2 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?

Klinik Dr. Hancken GmbH

---

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

Regelversorgung

---

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. 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)

55

---

A-1.8 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

stationär: 1.912

---

ambulant: 0

---

davon Privatpatienten: 180

---

## 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 <b>nb</b> eintragen	Bettenzahl <sup>1</sup>	Hauptabt. <b>(HA)</b> oder Belegabt. <b>(BA)</b>	Poliklinik/ Ambulanz ja <b>(j)</b> / nein <b>(n)</b>	Notfallaufnahme vorhanden? ja <b>(j)</b> / nein <b>(n)</b>
0500	Hämatologie/internist. Onkologie		10	Ha	n	n
3200	Nuklearmedizin		20	Ha	n	n
3300	Strahlenheilkunde		15	Ha	n	n
3700	Sonstige Fachabteilung			Ha	n	n
3752	Palliativmedizin		10	Ha	n	n

## Teil B: Allgemeine Leistungsmerkmale

### B-1 Allgemeine Leistungsmerkmale des Krankenhauses

B-1.1 Was umfasst das medizinische Leistungsspektrum des Krankenhauses?

Diagnostik und konventionelle, nicht-chirurgische Therapie von Tumor- und Schilddrüsenerkrankungen

---

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

Tumorerkrankungen, maligne Systemerkrankungen, Radio-Jod-Therapie v. Schilddrüsenerkrankungen, interdisziplinäre Palliativstation,

---

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
- Psychoonkologie und Sozialberatung
-

## 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. Kinder- betten? ja <b>(j)</b> /nein <b>(n)</b>	Stehen in Ihrer Abt. Kinder-kranken-schw./-pfleger zur Verfügung? ja <b>(j)</b> /nein <b>(n)</b>
<b>0500</b>	<b>Hämatologie/internist. Onkologie</b>	6	n	n
<b>3200</b>	<b>Nuklearmedizin</b>	7	n	n
<b>3300</b>	<b>Strahlenheilkunde</b>	13	n	n
<b>3700</b>	<b>Sonstige Fachabteilung</b>		n	n
<b>3752</b>	<b>Palliativmedizin</b>	11	n	n

### B-2.4 Tätigkeitsschwerpunkte der Fachabteilungen

Nummer	Bezeichnung	Tätigkeitsschwerpunkt
0500	Hämatologie/internist. Onkologie	Diagnostik und medikamentöse Behandlung von Tumorerkrankungen und malignen Systemerkrankungen
3200	Nuklearmedizin	Diagnostik und konservative Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen (Radio-Jod-Therapie), Knochenerkrankungen und Gelenkserkrankungen (Schmerztherapie)
3300	Strahlenheilkunde	Therapie von Tumorerkrankungen und malignen Systemerkrankungen, Schmerztherapie bei Gelenkserkrankungen
3700	Sonstige Fachabteilung	Palliative Behandlung fortgeschrittener Tumorerkrankungen und maligner Systemerkrankungen, Begleitung sterbender Patienten und ihrer Angehörigen

## B-2.5 Spezifisch für die Fachabteilung Innere Medizin

### B-2.5.1 Die 5 häufigsten Diagnosen pro Jahr

#### Hämatologie/internist.Onkologie

	ICD-Nummer	Fälle absolut	Text
1	C 34	103	Bösartige Neubildung Bronchus oder Lunge
2	C 50	86	Bösartige Neubildung Brustdrüse
3	C 20	33	Bösartige Neubildung Enddarm
4	C 78.7	17	Sekundäre bösartige Neubildung Leber
5	C 18.7	11	Bösartige Neubildung Dickdarm

#### Nuklearmedizin

	ICD-Nummer	Fälle absolut	Text
1	E 05.2	563	Überfunktion mit toxischer mehrknotiger Schilddrüsen-Vergrößerung
2	E 05.0	174	Überfunktion mit diffuser Schilddrüsen-Vergrößerung
3	E 04.0	34	Nichttoxische diffuse Schilddrüsen-Vergrößerung
4	E 04.2	32	Nichttoxische mehrknotige Schilddrüsen-Vergrößerung
5	E 04.1	24	Nichttoxischer solitärer Schilddrüsenknoten

#### Strahlenheilkunde

	ICD-Nummer	Fälle absolut	Text
1	C 20	56	Bösartige Neubildung Enddarm
2	C 34	48	Bösartige Neubildung Bronchus oder Lunge
3	C 79.5	12	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens oder des Knochenmarks
4	C 61	11	Bösartige Neubildung der Prostata
5	C 50	11	Bösartige Neubildung Brustdrüse

#### Sonstige Fachabteilung

	ICD-Nummer	Fälle absolut	Text
1	C 79.5	22	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens oder des Knochenmarks
2	C 50	27	Bösartige Neubildung Brustdrüse
3	C 34	39	Bösartige Neubildung Bronchus oder Lunge
4	C 78.7	13	Sekundäre bösartige Neubildung Leber
5	C 61	9	Bösartige Neubildung Prostata

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

Siehe B-2.5.1

## B-2.6 Spezifisch für die operativen Fachabteilungen

### B-2.6.1 Die 5 häufigsten Operationen pro Jahr

#### Sonstige Fachabteilung

	OPS-301 Nummer	Fälle absolut	Text
1			entfällt

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

#### Sonstige Fachabteilung

	OPS-301 Nummer	Fälle absolut	Text
1			entfällt

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

entfällt

---

### B-2.6.4 Die 5 häufigsten ambulanten Operationen pro Jahr

#### Hämatologie/internist. Onkologie

	EBM-Nummer	Fälle absolut	Text
1			entfällt

#### Nuklearmedizin

	EBM-Nummer	Fälle absolut	Text
1			entfällt

#### Strahlenheilkunde

	EBM-Nummer	Fälle absolut	Text
1			entfällt

#### Sonstige Fachabteilung

	EBM-Nummer	Fälle absolut	Text
1			entfällt

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

entfällt

---



C-1.3 Wie war der Ausbildungsstand des Pflegepersonals im vergangenen Jahr?

- Prozentualer Anteil der Mitarbeiter, die über eine dreijährige Ausbildung verfügen 84,%
- Prozentualer Anteil der Mitarbeiter, die über eine zweijährige Ausbildung verfügen 0%
- Prozentualer Anteil der Mitarbeiter, die über eine einjährige Ausbildung verfügen 8%
- Prozentualer Anteil der Mitarbeiter, die über keine Ausbildung verfügen 8%
- Prozentuale Anteil der fachweitergebildeten Pflegekräfte im vergangenen Jahr 8%

C-1.4 Prozentualer Anteil der Ärzte mit Facharztstatus im vergangenen Jahr

71,5%

C-1.5 Prozentualer Anteil der psychologischen Psychotherapeuten (gemessen an der Gesamtzahl der Dipl.-Psychologen)

71,4%

## 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 appro- biert*	Anzahl der Fach- ärzte	Anzahl der Ärzte mit fakultativer Weiter- bildung	Anzahl der Ärzte im Praktikum	Liegt eine Weiterbil- dungsbe- fugnis vor ja (j) / nein (n)
0500	Hämatologie/internist. Onkologie	j	2	2			j
3200	Nuklearmedizin	j	2	1			j
3300	Strahlenheilkunde	j	2	2		1	j
3700	Sonstige Fachabteilung	n					n
3752	Palliativmedizin	j	1,5	1			n

Matrix C-2 [Pflegekräfte]		C-2.7	C-2.8	C-2.9	C-2.10	C-2.11
		Anzahl der Pflegekräfte*	Anzahl der examierten Krankenschw estern/- pfleger	Anzahl der Krankenschw estern/- pfleger mit entsprechend er Fach- weiterbildung	Anzahl Sonstige	Wird Hilfspersonal eingesetzt? ja (j) / nein (n)
0500	Hämatologie/internist. Onkologie	4	3	2		n
3200	Nuklearmedizin	5	4			n
3300	Strahlenheilkunde	6	5			n
3700	Sonstige Fachabteilung					n
3752	Palliativmedizin	8	7	2		n

## 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 checked="" type="checkbox"/> Kernspin	<input checked="" type="checkbox"/> im Regeldienst	<input checked="" 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 type="checkbox"/> Broncho-/Endoskopie	<input type="checkbox"/> im Regeldienst	<input type="checkbox"/> Bereitschaftsdienst
<input type="checkbox"/> Echoskopie/TEE	<input type="checkbox"/> im Regeldienst	<input type="checkbox"/> Bereitschaftsdienst
<input type="checkbox"/> Mikrobiologie	<input type="checkbox"/> im Regeldienst	<input type="checkbox"/> Bereitschaftsdienst

### D-2 Räumliche Ausstattung in den Fachabteilungen

#### D-2.1 Für alle Fachabteilungen. Ausstattung der Unterbringung

##### Hämatologie/internist.Onkologie

Anzahl der Einbettzimmer	Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
			2	Mit TV und Telefon
Anzahl der Zweibettzimmer	Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
			4	Mit TV und Telefon
Anzahl der Dreibettzimmer	Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
			2	Mit TV und Telefon

### Nuklearmedizin

Anzahl der Einbettzimmer	Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
			2	Mit TV und Telefon

Anzahl der Zweibettzimmer	Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
			3	Mit TV und Telefon

Anzahl der Dreibettzimmer	Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
			3	Mit TV und Telefon

### Strahlenheilkunde

Anzahl der Einbettzimmer	Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
			1	Mit TV und Telefon

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

Anzahl der Dreibettzimmer	Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
			2	Mit TV und Telefon

### Sonstige Fachabteilung

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

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

### 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?

Hämatologie/internist.Onkologie

ja  nein

Nuklearmedizin

ja  nein

Strahlenheilkunde

ja  nein

Sonstige Fachabteilung

ja  nein

Palliativmedizin

ja  nein

## Die KTQ -Kriterien beschrieben von der Klinik Dr. Hancken GmbH

### 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 Klinik liegt zentral am Rande des historischen Stadtzentrums von Stade mit guter Verkehrsanbindung. Dies gilt sowohl für PKW als auch für Bus und Bahn (zum Bahnhof 5 Min. Fußweg, Bushaltestelle in 100 m Entfernung). Direkt am Haus steht pro Klinik-Bett 1 Parkplatz zur Verfügung.

Die Patienteneinbestellung erfolgt in der Regel im Rahmen eines ambulanten Vorstellungstermins. Bei diesem erfolgt bereits die Aufklärung über den Ablauf der stationären Behandlung und die Terminierung der Behandlung.

##### 1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

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

Patienten und Besucher können sich anhand einer sorgfältigen Beschilderung in allen Abteilungen und Funktionsbereichen der Klinik gut orientieren. Die allen Patienten ausgehändigte Klinikbroschüre enthält eine Auflistung der einzelnen Stationen mit Ortsangaben. Alle Mitarbeiter geben darüber hinaus persönlich Auskunft. Aufgenommene Patienten werden von den Mitarbeiterinnen des Aufnahmebüros zur Station begleitet. Rollstühle und Tragen zum Transport gehbehinderter / liegender Patienten stehen an jedem Eingang zur Verfügung

##### 1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

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

Das Aufnahmeverfahren ist klar strukturiert und wird den Patienten im Aufnahmebüro erläutert. Im Aufnahmeprozess treffen die Patienten immer auf Personal, welches in die notwendigen Abläufe eingewiesen und regelmäßig mit Aufnahme-prozeduren befasst ist. Das Aufnahmepersonal wurde durch hausinterne Schulungen auf seine Aufgabe vorbereitet.

#### 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.

Eine Notfallaufnahme gibt es aufgrund der speziellen Ausrichtung unseres Hauses nicht. Die Ambulanz wird von den im Hause befindlichen Fachpraxen in enger Kooperation mit der Klinik und untereinander (Terminabsprache, Fortführung der Behandlungskonzepte) durchgeführt. Hausärzte und Pflegedienste sind etablierte Kooperationspartner der Klinik. Entlassungen werden mit diesen Institutionen mindestens einen Tag vorher abgesprochen.

#### 1.2 Ersteinschätzung und Planung der Behandlung

Eine umfassende Befunderhebung jedes Patienten ermöglicht eine patientenorientierte Behandlungsplanung.

##### 1.2.1 Ersteinschätzung

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

Bei jeder stationären Aufnahme erfolgt

- (1.) ein körperlicher Untersuchungsstatus inklusive Anamnese durch den Fach- oder Stationsarzt,
- (2.) Die Aufnahme des pflegerischen und sozialen Status ist Bestandteil der pflegerischen Aufnahme am Aufnahmetag.
- (3.) Jede Neuaufnahme wird dem psycho-sozialen Dienst gemeldet.

Eine Kontaktaufnahme erfolgt innerhalb der ersten Tage, bei dringendem Bedarf sofort. Angehörige werden auf Wunsch des Patienten in den Aufnahmeprozess und in die Behandlungsplanung einbezogen.

##### 1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

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

Auf alle vorhandenen Vorbefunde wird zurückgegriffen. Es besteht ein gemeinsames Archiv der im Haus befindlichen Praxen. Vorbefunde werden bei Anmeldung des Patienten angefordert und entweder vorher oder mit dem Patienten übersandt. Fehlende Vorbefunde werden per Fax, Kurier oder Post nachgefordert, auf Plausibilität überprüft und wenn erforderlich in die Behandlungsplanung integriert.

### 1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

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

Ein detaillierter Behandlungsplan wird im Rahmen der ambulanten Vorstellung vom zuständigen Facharzt auf der Grundlage der ärztlichen Ersteinschätzung festgelegt und zügig umgesetzt. Die Behandlungsziele werden mit dem Patienten abgesprochen. Bei noch ausstehender Diagnostik wird diese innerhalb der ersten 3 Tage komplettiert und der Behandlungsplan ggf. entsprechend moduliert. Dies geschieht zeitnah in den täglichen gemeinsamen Konferenzen / Übergaben bzw. den täglichen gemeinsamen Visiten.

### 1.2.4 Integration von Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Vor Therapiebeginn werden verschiedene therapeutische Möglichkeiten unter Einbeziehung von Nebenwirkungen, Komplikationen etc. den Patienten erläutert. Regelmäßig werden Ressourcen und Patientenwünsche in den Behandlungsplan integriert, beispielsweise werden Terminwünsche, individuelle Therapieentscheidungen (Fortsetzung, Änderung, Ende) unter Berücksichtigung von Allgemeinzustand, Begleiterkrankungen etc. berücksichtigt.

## 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.

Sämtliche Behandlungen erfolgen grundsätzlich in der Verantwortung von Fachärzten. Bei der stationären Aufnahme werden vorbestehende Arzneimitteltherapien auf Notwendigkeit überprüft, ggf. weiter fortgeführt sowie im Verlauf der Behandlung situativ ergänzt / angepasst. Schmerztherapie erfolgt nach den Richtlinien der Weltgesundheitsbehörde. Für den Fall von Komplikationen (z. B. Übelkeit) liegen ebenfalls internationale Richtlinien vor, die im Bedarfsfall von den zuständigen Mitarbeitern angewendet werden. Eine umfassende psycho-onkologische Versorgung ist sichergestellt.

### 1.3.2 Anwendung von Leitlinien

Der Patientenversorgung werden Leitlinien und, wo möglich, Evidenzbezug zugrunde gelegt.

Leitlinien der Fachgesellschaften sind im Haus vorhanden und werden bei Standardtherapien umgesetzt. Hausinterne Pflegestandards (z. B. für die Vorbeugung von Thrombose, Dekubitus, Pneumonie sowie für die Versorgung mit Sonden) orientieren sich ebenfalls an internationalen Vorlagen und Leitlinien. Leitlinien und Pflegestandards sind in den entsprechenden Diensträumen zugänglich und werden in Tumor- und Pflegekonferenzen regelmäßig überprüft und aktualisiert.

### 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.

Die Ausstattung ist optimal auf die Bedürfnisse von onkologischen und Palliativ-Patienten eingerichtet. Es stehen 7 Einzelzimmer, 12 Zweibettzimmer und 10 Dreibettzimmer zur Verfügung. Alle Zimmer sind mit Dusche, WC und Waschbecken ausgestattet. Für Stomaträger gibt es zwei gekennzeichnete Spezial-Bäder und -Toiletten. 8 Zimmer (3-Bett-Zimmer) haben einen Balkon. An zusätzlichen Aufenthaltsmöglichkeiten stehen ein Wintergarten, ein Wohnzimmer auf der Station und eine Cafeteria sowie ein Patientengarten zur Verfügung.

### 1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

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

Bei Aufnahme wird mit dem Patienten ein Wochenspeiseplan abgesprochen. Die Patienten haben die Möglichkeit, täglich zwischen zwei Menüs zu wählen. Bei Schwerkranken wird individuelle Wunschkost zubereitet. Das Stationspersonal leitet die Wünsche des Patienten an das Küchenpersonal weiter. Für eine spezielle Ernährungsberatung steht die Diätköchin zur Verfügung. Eine kritische Ernährungssituation wird vom ärztlichen und Pflegepersonal standardkonform überwacht. Alle Arten von Formeldiäten, Sondenkost und intravenöser Ernährung stehen routinemäßig zur Verfügung.

### 1.3.5 Koordinierung der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Am Ende der ambulanten Vorstellung des Patienten wird ein Plan für die erforderliche Diagnostik mit Terminen und notwendigen Einbestellungen aufgestellt und schriftlich fixiert. Im weiteren Verlauf erforderliche Untersuchungen werden bei der morgendlichen Visite schriftlich angeordnet. Die Patientenakte bleibt bei den weiteren Untersuchungen "am Patienten", so dass immer ein Befundbericht in der Akte notiert werden kann.

### 1.3.6 Koordinierung der Behandlung: OP-Koordination

Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.

Dieses Kriterium entfällt, da in der Klinik Dr. Hancken keine Operationen durchgeführt werden.

### 1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

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

Täglich findet eine interne interdisziplinäre ärztliche Besprechung statt (alle Fachgebiete der Diagnostik und Therapie), in der alle Behandlungspläne koordiniert werden. 14-tägig finden eine chirurgische Tumor-Fallkonferenz mit den Kliniken des Elbe-Klinikums Stade und eine gynäkologische Tumor-Fallkonferenz mit den Frauenkliniken des Elbe-Klinikums Stade und niedergelassenen Gynäkologen und Pathologen statt, bei denen ein großer Teil der Behandlungen auch extern koordiniert wird. Pflegekonferenzen, Übergaben usw. finden ebenfalls regelmäßig statt.

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

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

An den Visiten ist immer je ein Facharzt der onkologischen Disziplinen (internistische Onkologie, Radioonkologie, Nuklearmedizin) beteiligt. Zusätzlich sind die Stationsärzte, die Bereichspflegekraft sowie je zwei- bzw. dreimal wöchentlich der psychosoziale Dienst und die Physiotherapie beteiligt. Kurven-Visiten erfolgen auf dem Flur zwischen den Patientenzimmern.

#### 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.

Entlassungstermine werden ärztlich festgelegt und rechtzeitig mit dem Patienten besprochen. Der Patient erhält beim Entlassungsgespräch ärztliche Verordnungen (einschließlich Betäubungsmittelrezepte!) und einen Einnahmeplan für die weitere Medikation. Der Hausarzt wird entweder telefonisch oder mit einem Kurzbrief informiert. Der psychosoziale Dienst wird bei Bedarf frühzeitig eingeschaltet und organisiert in der Regel die weitere häusliche Versorgung (Pflegehilfsmittel, Pflegedienst usw.) mit dem Patienten und den 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.

Bei einer Verlegung werden sämtliche relevanten Befunde und Bilder im Rahmen der Erlaubnis, die der Patient bei der Aufnahme gegeben hat, dem Begleitpersonal oder dem Patienten mitgegeben, sofern diese nicht vorab an die weiterbehandelnde Institution übersandt wurden. Ein ausführlicher Arztbrief wird entweder ebenfalls gleich mitgegeben oder zeitnah (maximal innerhalb von 3 Tage) übersandt.

##### 1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

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

Entlassungen und Verlegungen zur kontinuierlichen Weiterbetreuung werden regelhaft vom Stationsarzt, dem Pflegedienst und dem psychosozialen Dienst koordiniert. Verlegungen in die ambulante oder stationäre Weiterversorgung oder in eine Rehabilitationsklinik werden mit dem Patienten und seinen Angehörigen besprochen. Die weiter betreuenden Einrichtungen erhalten alle relevanten Informationen zum Teil vorab in schriftlicher Form (Befundberichte) und werden am Tag der Verlegung zusätzlich angerufen. Rezepte für Medikamente und Hilfsmittel werden mitgegeben.

## 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 und Entscheidung in Personalangelegenheiten erfolgt durch die Geschäftsführung in enger Abstimmung mit den Abteilungsleitern. Als Grundlage für diese Planungen dienen aktuelle Leistungszahlen des vergangenen Jahres (beispielsweise Belegungszahlen Leistungsziffern sowie Überstunden und Fehlzeiten). In kritischen Personallagen steht in den Bereichen Pflege, Wirtschaft und Verwaltung (Schreibbüro) ein Pool von Teilzeitkräften zur Verfügung.

### 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.

Eine systematische Personalentwicklung wird in den verschiedenen Leistungsebenen umgesetzt. Im ärztlichen Dienst wird besonders die Vorbereitung auf das Facharztexamen gefördert, im Pflege- und medizintechnischen Dienst sowie in Wirtschaft und Verwaltung werden je nach Bedarf der Abteilungen Fortbildungen angeregt, bei denen die Wünsche der Mitarbeiter nach Möglichkeit berücksichtigt werden. Bei der Einführung neuer Techniken und Geräte werden erforderliche Zusatzqualifikationen extern erworben.

#### 2.2.2 Festlegung der Qualifikation

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

Die Anforderungen an die einzelnen Mitarbeiter ergeben sich aus den Leitlinien der Fachgesellschaften und der internen Festlegung von Standards, z.B. Pflegestandards. Wissensstand und Fähigkeiten der Mitarbeiter entsprechen diesen Anforderungen bzw. werden entsprechend diesen Anforderungen gefördert. Für neue Stellen werden Anforderungsprofile erstellt. Existierende Stellenbeschreibungen werden regelmäßig inhaltlich überprüft und aktualisiert.

### 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.

Die Planung der Fortbildung erfolgt analog zu den Zielen der Klinik bzw. den Schwerpunkten einzelner Abteilungen. Interne Fortbildungsprogramme werden halb- und vierteljährlich aufgelegt. Interessen und Wünsche der Mitarbeiter sowie spezifische Erfordernisse der Leistungsebene (ärztlicher Dienst, Pflege usw.) werden berücksichtigt.

### 2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Ärztliche Mitarbeiter werden zur Fortbildung von der Arbeit freigestellt. Die Finanzierung der Fortbildung und der Anfahrt und Unterkunft tragen die Teilnehmer selbst. In den anderen Mitarbeiterbereichen erfolgt eine Freistellung in Anlehnung an die tägliche Arbeitszeit. Zudem werden die Kosten für die Fortbildung selbst als auch die Unterkunfts-, Verpflegungs- und Fahrtkosten übernommen.

### 2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

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

Alle Abteilungen halten Fachliteratur nach aktuellem Stand wie auch Fachzeitschriften vor. Sämtliche Mitarbeiter haben eine Zugriffsmöglichkeit auf die vorhandene Literatur. Auf den Stationen und in der Bibliothek sind Standardwerke vorhanden. Die Bibliothek ist allen Mitarbeitern zugänglich. Alle leitenden Fachärzte verfügen über einen Internetzugang. Für interne Schulungen steht ein Schulungsraum mit verschiedenen Medien zur Verfügung.

### 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.

Dieses Kriterium entfällt, da die Klinik Dr. Hancken keine angegliederte Ausbildungsstätte betreibt.

## 2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

Mitarbeiterinteressen werden angemessen bei der Führung des Krankenhauses berücksichtigt.

### 2.3.1 Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles

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

Die Mitarbeiter werden regelmäßig informiert, um ihnen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Eine Auswahl der Gesprächspartner erfolgt je nach Aufgabenstellung und der fachlichen Qualifikation des Mitarbeiters. Die im Hause durchgeführte Mitarbeiterbefragung hat deutlich gemacht, dass feste und verbindliche Grundsätze für die Führung erforderlich sind. Deshalb hat die Führungsebene sich zur Erstellung eines Leitbildes entschlossen, um mit einheitlichen Grundsätzen arbeiten zu können.

### 2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Die Planung der Arbeitszeiten dient in erster Linie der Sicherstellung einer kontinuierlichen Patientenversorgung. Dienstzeiten und Einsatzpläne richten sich nach den gesetzlichen Vorgaben sowie den vertraglichen und tariflichen Vereinbarungen. Dabei werden Mitarbeiterwünsche nach Möglichkeit berücksichtigt. In den Funktionsbereichen orientiert sich die Arbeitszeit an den Praxisöffnungszeiten der Ambulanzen. Überstunden werden grundsätzlich mit Freizeit ausgeglichen. Der Stundenausgleich erfolgt nach Möglichkeit zeitnah.

### 2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Im Pflegedienst existiert ein schriftliches Konzept für die Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen. Darüber hinaus wird eine Mentorin (Patin) benannt, die gegenüber der Pflegedienstleitung für die Einarbeitung verantwortlich ist. An den anderen Arbeitsplätzen erfolgt die Einarbeitung durch einen bestimmten Mitarbeiter, in aller Regel die Abteilungsleitung.

#### 2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

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

Im Rahmen der KTQ-Zertifizierung wurde ein innerbetriebliches Vorschlagswesen eingeführt. Es existieren feste Regeln für die Einreichung und Kriterien für die Prämierung von Verbesserungsvorschlägen, die mit dem Betriebsrat als Betriebsvereinbarung in Kraft gesetzt und allen Mitarbeitern bekannt gemacht wurden. Mitarbeiterbeschwerden werden individuell mit der Geschäftsführung oder den Abteilungsleitern besprochen.

### 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.

Die Klinik hat eine Fachkraft für Arbeitssicherheit bestellt. Der Beauftragte übernimmt die Kontrolle und Beurteilung aller Belange der Arbeitssicherheit und meldet Auffälligkeiten der Geschäftsführung. Für alle sicherheitsrelevanten Geräte sind entsprechend dem Arbeitssicherheitsgesetz Wartungsverträge abgeschlossen. Die medizinisch relevanten Themenbereiche wie Mitarbeiteruntersuchungen und Beratung einschließlich vorbeugender Maßnahmen werden von der bestellten Betriebsärztin übernommen.

##### 3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Die Klinik ist gemäß den gesetzlichen Bestimmungen mit Flucht und Rettungswegplänen ausgestattet. Es finden jährlich Begehungen durch den Brandschutzbeauftragten und durch die Feuerwehr statt. Es gibt einen mit der Stader Feuerwehr erarbeiteten Alarm- und Einsatzplan. Das Gebäude ist mit Brandmeldern und Rauchabzugsfenstern sowie Brandabschnittstüren versehen. Zudem wird bei der Einrichtung des Gebäudes auf feuerdämmendes Material zurückgegriffen. Jede Abteilung verfügt über eine Arbeitsanweisung zur Vorgehensweise im Brandfall.

##### 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.

Es existiert ein Alarmierungsplan mit Anweisungen und Verhaltensregeln für nichtmedizinische Notfälle. Die Klinik ist nicht in den Katastrophenschutz des Landkreises Stade einbezogen, da keine Intensiv- und OP-Einheit und nur beschränkte Kapazitäten zur Aufnahme von verletzten Personen vorhanden sind. Die Geschäftsführung regelt für den Alarmfall untereinander eine ständige Präsenz vor Ort bzw. eine schnelle Eintreffzeit. Sie ist immer telefonisch erreichbar und bei ihr liegt die Verantwortung für alle Entscheidungen im Notfall.

### 3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Es gibt einen Notfallmanagementplan, in dem geregelt ist, wie die medizinische Versorgung und die Alarmierung der zuständigen Ärzte zu erfolgen hat. Der medizinisch verantwortliche Arzt entscheidet über das weitere Vorgehen und ggf. auch über das Hinzuziehen z.B. des Notarztes. Da die Klinik über keine eigene Intensivstation verfügt, werden Notfallpatienten mit Notarzt ins Elbe-Klinikum Stade verlegt.

### 3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

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

In der Klinik Dr. Hancken werden alle notwendigen Maßnahmen ergriffen, um die Sicherheit der Patienten sicherzustellen. Die Mitarbeiter der einzelnen Bereiche sind sensibilisiert und nehmen ihre Aufsichtspflicht gewissenhaft wahr. In der Klinik Dr. Hancken werden keine Kinder behandelt. Eine Notfallaufnahmepflicht besteht nicht, die Eingangstür ist nach 22.00 Uhr verschlossen und wird nur nach Aufforderung geöffnet.

## 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 Organisation der Hygiene ist entsprechend den gesetzlichen Vorgaben für alle Teile der Klinik geregelt. Die entsprechenden Aufgaben werden von der Hygienekommission, dem Hygienebeauftragten und dem Gesundheitsamt übernommen. In den einzelnen Fachbereichen gibt es jeweils Ansprechpartner für Hygienefragen. Für die gängigen hygienerelevanten Tätigkeiten in den Fachbereichen gibt es Hygienepläne. Diese Pläne sind aktuell und jederzeit zugänglich.

### 3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

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

Meldepflichtige Erkrankungen gemäß Infektionsschutzgesetz werden entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an die zuständigen Behörden gemeldet und entsprechende Therapie und Präventionsmaßnahmen werden eingeleitet. Eine Intensivstation hat die Klinik nicht. Aus dem analysierenden Labor sind bisher keine Erkrankungserregerhäufigkeiten gemeldet worden.

### 3.2.3 Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen

Hygienesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Patienten mit bestehender Erkrankung oder dem Verdacht auf eine Erkrankung mit bestimmten gefährlichen Erregern werden entsprechend den Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes (RKI) behandelt. Der hygienebeauftragte Arzt wird informiert und gibt Anweisungen entsprechend den Empfehlungen des RKI. Patienten mit hochinfektiösen Erkrankungen werden nicht aufgenommen, wie dies für hämato-onkologische Abteilungen, die Patienten mit verringerter Immunabwehr versorgen, üblich ist.

### 3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.

Die Mitarbeiter der Fachabteilungen werden jährlich intern bzw. extern anhand der Hygienerichtlinien geschult. Eine Zentralsterilgutabteilung besteht nicht. Die Chargendokumentation wird am Sterilisator von den eingesetzten Fachkräften oder für das fremdvergebene Material durch den externen Dienstleister übernommen.

### 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 Arzneimittel werden in einem vertraglich geregelten Verfahren aus der Apotheke des Elbe-Klinikums Stade und aus einer öffentlichen Apotheke nach ärztlicher Anordnung beschafft. Der Bedarf wird vom Facharzt und einer verantwortlichen Pflegekraft gemeinsam erhoben. Blutprodukte werden entsprechend den geltenden Bestimmungen auf ärztliche Anordnung von der zentralen Blutbank des Deutschen Roten Kreuzes bereitgestellt.

#### 3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Arzneimittel werden ausschließlich nach ärztlicher Anordnung angewendet. Für die Betäubungsmittel und Zytostatika gibt es schriftliche Anwendungsrichtlinien und Dokumentationen. Injektionen und Infusionen werden nach festgelegten Leitlinien durchgeführt. Die Apotheken überprüfen vierteljährlich die Lagerung und den Verbrauch von Arzneimitteln. Die Überprüfung wird dokumentiert und der Pflegedienstleitung, der Klinikleitung und den leitenden Ärzten vorgelegt.

#### 3.3.3 Anwendung von Blut und Blutprodukten

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

Blut und Blutprodukte werden gemäß den geltenden Bestimmungen des Transfusionsgesetzes angewendet. Ein Facharzt für Hämatologie ist als Transfusionsbeauftragter ernannt. Der Umgang mit Blut und Blutprodukten ist durch eine Verfahrensanweisung, die regelmäßig überprüft und aktualisiert wird, geregelt. Die Verfahrensanweisung liegt in allen Zubereitungsräumen aus und ist allen beteiligten Personen bekannt. Die Anwendung von Blut und Blutprodukten wird nach den Vorschriften des Transfusionsgesetzes dokumentiert.

### 3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Die Anwendung von Medizinprodukten findet gemäß den geltenden Bestimmungen statt. Die Einhaltung der Bestimmungen wird regelmäßig überprüft und dokumentiert. Unregelmäßigkeiten werden sofort den Vorgesetzten und ggf. der Klinikleitung gemeldet. Entsprechende Mängel werden kurzfristig durch Fachpersonal behoben.

### 3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Das Umweltschutzkonzept der Klinik orientiert sich am sparsamen Verbrauch natürlicher Ressourcen, am Recycling der verwendeten Materialien, an der Verwendung erneuerbarer Energien und an der Sicherheit von Patienten, Mitarbeitern und der Bevölkerung. Der Wasserverbrauch ist durch den Einbau von Vakuumtoiletten (2 I-Toiletten) erheblich reduziert worden. Wo es technisch möglich ist, wird Solarstrom eingesetzt. Abfälle werden entsprechend den gesetzlich vorgeschriebenen Verfahren der Mülltrennung behandelt.

## 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.

Für die Dokumentation der Patientendaten existiert eine klare Regelung: Eine Handakte begleitet den Patienten zu jeder Untersuchung und Therapie, die außerhalb der Station erfolgt. Am Ort der Leistungserbringung werden alle Leistungsdaten vom medizinischen Hilfspersonal und Befunde vom untersuchenden Arzt in die Handakte eingetragen. Zusätzlich werden die Leistungsdaten vom medizinischen Hilfspersonal patientenbezogen im EDV-System erfasst. Die Pflegedokumentation auf der Station erfolgt mit Hilfe einer Standard-Pflegedokumentation.

#### 4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

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

Für die Dokumentation der Patientendaten sind ein vernetztes EDV-System mit einer zertifizierten Krankenhaussoftware und eine Praxissoftware im Einsatz. Darüber hinaus wird die Pflegedokumentation auf der Station anhand eines bewährten Pflegedokumentationssystems zeitnah durchgeführt. Die Stammdaten des Patienten, alle Befunde, Therapiepläne, Verordnungen und Berichte sowie die Pflegedokumentation werden in der Patientenakte und in der elektronischen Datenbank nachvollziehbar dokumentiert.

#### 4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

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

Patientenakten werden im zentralen Archiv aufbewahrt. Das Archiv ist für Berechtigte mit einem Schlüssel jederzeit (auch nachts und am Wochenende) zugänglich. Die elektronische Patientenakte ist für Berechtigte mit einem Passwort von jedem EDV-Arbeitsplatz zugänglich. Aus den Vermerken und Angaben in der elektronischen Patientenakte sind Rückschlüsse über den aktuellen Aufbewahrungsort einer im Bearbeitungsgang befindlichen Patienten-Handakte möglich.

## 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 der Klinik besteht ein vernetztes EDV-System, mit dem alle relevanten Patienteninformationen zwischen den einzelnen Bereichen ausgetauscht werden. Tägliche interdisziplinäre Aufnahmebesprechungen, wöchentliche Therapiekonferenzen, monatliche Klinikkonferenzen u.a. dienen der nahtlosen Vermittlung aktueller Informationen zwischen allen Bereichen der Klinik, einschließlich Verwaltung.

### 4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

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

Die zentralen Informationsstellen sind die Telefonzentrale, ambulante und stationäre Anmeldungen und die zentrale Terminvergabe (Telefon). Die Mitarbeiter sind in der Kommunikation mit Klienten und Patienten geschult. In der Telefonzentrale liegen allen relevanten Informationen sowohl für Anrufer als auch für interne Anfragen aktuell vor.

### 4.2.3 Information an die Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Die Öffentlichkeit wird regelmäßig über eine aktuelle und professionelle Internet-Präsenz über die Klinik informiert. Darüber hinaus präsentiert sich die Klinik durch Beteiligungen an lokalen und regionalen Veranstaltungen wie Gewerbesmesse, Gesundheitstag, Gesundheitsforum u.a. Ein ausführlicher Klinikprospekt steht zur Patienteninformation zur Verfügung. Fachvorträge, Durchführung von Qualitätszirkeln, nationale und internationale wissenschaftliche Veröffentlichungen usw. dienen der Information der Fachöffentlichkeit.

#### 4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

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

Der Datenschutzbeauftragte der Klinik koordiniert und überwacht alle Angelegenheiten des Datenschutzes entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen und den klinikeigenen Dienstanweisungen, beispielsweise in jährlichen Datenschutzbegehungen. Darüber hinaus wird bei der Anmeldung und in allen Behandlungszimmern auf größtmögliche Diskretion geachtet. Die Mitarbeiter werden bei der Neueinstellung und dann jährlich über den Datenschutz belehrt. Die elektronischen Patientendaten-Systeme sind grundsätzlich nicht von außen zugänglich (unabhängiger Server).

#### 4.3 Nutzung einer Informationstechnologie

Im Rahmen der Patientenversorgung wird Informationstechnologie eingesetzt, um die Effektivität und Effizienz zu erhöhen.

##### 4.3.1 Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie

Die Voraussetzung für eine umfassende und effektive Nutzung der unterstützenden Informationstechnologie wurde geschaffen.

Die Klinik verfügt über ein einheitliches EDV-System für alle Bereiche mit einem oder mehreren Rechnern pro Arbeitsplatz. Der Zugang ist für Berechtigte mit einem Passwort in abgestufter Weise von beschränkt bis unbeschränkt möglich.

## 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 fasst die Arbeitsgrundsätze der Klinik zusammen:  
Unser Auftrag ist es, Krankheiten zu erkennen, zu heilen und zu lindern.  
Dabei fördern wir die Fähigkeiten der Patienten und achten ihre Würde.  
Kompetenz, Aufrichtigkeit, Diskretion und Zuverlässigkeit prägen die Zusammenarbeit unter den Mitarbeitern. In der Zusammenarbeit mit Kliniken und Praxen in unserer Umgebung (Brustzentrum „Elbe-Weser“, Tumorzentrum „Nordost Niedersachsen“) sichern wir die regionale Versorgung der Patienten.

### 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 Klinik ist die zentrale Tumorklinik im Elbe-Weser-Dreieck und das größte nuklearmedizinische Zentrum in Norddeutschland. Einmal jährlich überprüfen Klinikleitung und Geschäftsführung im Rahmen der Budget- und Investitionsplanung den Stand der Entwicklungen im Klinik-Umfeld und legen strategische Ziele für die kommenden Jahre fest. Dabei werden wissenschaftlich-technische Entwicklungen, gesetzliche Vorgaben und finanzielle Möglichkeiten in angemessener Weise berücksichtigt.

#### 5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

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

Durch ein schriftlich fixiertes Organisationsdiagramm sind die Weisungsbefugnisse und die einzelnen Zuständigkeiten geregelt. Das Organisationsdiagramm wird jährlich durch die Geschäftsführung überprüft. Darüber hinaus sind im Hause zahlreiche Projektgruppen berufsgruppen- und hierarchieübergreifend tätig.

### 5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

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

Auf der Basis der betriebswirtschaftlichen Auswertungen, medizinischen Kennzahlen und politischen Rahmenbedingungen erstellt die Geschäftsführung Investitionspläne für den Zeitraum von bis zu acht Jahren. Dieser Plan resultiert aus den jährlich stattfindenden Strategieplanungen mit den leitenden Ärzten der Fachabteilungen. Abgeleitet aus der mehrjährigen Betrachtung ergibt sich der operative Finanz- und Investitionsplan.

### 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.

Durch eine Aufgaben- und Zuständigkeitsbeschreibung für alle Kommissionen und Gremien im Hause ist sichergestellt, dass die Arbeit koordiniert und zielgerichtet erfolgt. Jeder Mitarbeiter kann dadurch nachvollziehen, wer als direkter Ansprechpartner bei einer konkreten Fragestellung dient.

#### 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.

In monatlichen Managementkonferenzen diskutiert die aus dem geschäftsführenden Gesellschafter, der Geschäftsführung und den leitenden Ärzten bestehende Krankenhausführung die aktuelle Situation der Klinik.

### 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.

Im Rahmen des Management-Kreises, der sich alle vier Wochen trifft, werden die Geschäftsführung und die Krankenhausleitung über aktuelle Projekte mittels Kennzahlen informiert. Dies erfolgt strukturiert unter Zuhilfenahme einer hausweit eingeführten Projektbeschreibung. Im Rahmen von jährlich stattfindenden Mitarbeiterversammlungen und ebenfalls jährlich stattfindenden Betriebsversammlungen sind die Mitarbeiter dazu aufgefordert, Fragen gegenüber der Krankenhausführung zu äußern.

### 5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

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

Der Geschäftsführung und der Krankenhausleitung ist es bewusst, dass der Umgang mit chronisch Kranken und Palliativpatienten eine besondere psychologische Belastung für unsere Mitarbeiter darstellt. Deshalb bieten wir allen Mitarbeitern die Betreuung durch die hauseigenen Psychologen und verschiedene Möglichkeiten der Supervision an.

## 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 Rahmen der täglichen Visite und der nachmittäglichen Fallbesprechungen werden ethische Problemstellungen interdisziplinär und berufsgruppenübergreifend diskutiert und entschieden. Ergänzend hierzu werden im Rahmen der Supervisionsgruppen ethische Fragestellungen im Umgang mit schwerstkranken Patienten thematisiert.

#### 5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

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

Die Klinik Dr. Hancken verfügt seit 1991 über eine anerkannte Palliativstation, in der sterbenden Patienten eine umfassende Behandlung ihrer Beschwerden angeboten wird. Dazu gehören regelhaft: Schmerztherapie nach den Leitlinien der WHO, physiotherapeutische und psychologische Mit-Behandlungen, Berücksichtigung individueller Wünsche und Unterstützung der Angehörigen in der Pflege. Die Autonomie und Würde des Patienten ist leitendes Prinzip bei allen Maßnahmen und Verrichtungen.

#### 5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

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

Bei sterbenden Patienten erhalten die Angehörigen die Möglichkeit des „rooming-in“. Sie werden in der Begleitung der Sterbenden umfassend unterstützt. Den Angehörigen wird genügend Zeit zum Abschiednehmen gegeben, entweder im Krankenzimmer oder in einem würdig ausgestatteten Abschiedsraum. Kulturelle Besonderheiten werden dabei erfragt und berücksichtigt.

## 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.

2003 wurde ein umfassendes Qualitätsmanagement-System auf der Basis der Norm ISO-EN-9001-2000 eingeführt. Dazu wurden über 20 Mitarbeiter aus allen Abteilungen sowie die ärztliche Leitung in der Anwendung und Bewertung der KTQ-Kriterien geschult. Die Qualitätssteuerungsgruppe stellt sicher, dass alle Daten und Beobachtungen – z. B. aus den Routinebegehungen und Befragungen – zur Kenntnis genommen und durch Projekte in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess aufgenommen werden.

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

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

Die Qualitätsziele orientieren sich am Leitbild der Klinik, an der Qualitätspolitik, an den Ergebnissen von Fehler- und Mängelanalysen, den Ergebnissen der Patienten- und Mitarbeiterbefragungen sowie den Beschwerden. In Mitarbeitergesprächen, Schulungen und Einstellungsgesprächen werden die Qualitätsziele vermittelt.

### 6.2 Qualitätsmanagementsystem

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

#### 6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Das Qualitätsmanagementsystem besteht in einem Qualitätsmanagementbeauftragten als Stabsstelle bei der Geschäftsführung in Teilzeit und einer Steuerungsgruppe mit den Qualitätsbeauftragten der Klinik-Abteilungen aus allen Hierarchieebenen. Zu qualitätsrelevanten Vorgängen werden interdisziplinäre Projektgruppen gebildet die nach einem Standardprojektplan, der sich am PDCA-Kreis orientiert, arbeiten.

## 6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

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

Wir können hier auf eine Qualitätsgruppe mit einem hauptamtlichen Qualitätsmanager zugreifen. Die Qualitätsgruppe übernimmt die Aufgabe, koordinierend sowohl auf die Qualitätssicherung als auch auf das Qualitätsmanagement einzuwirken. Interdisziplinäre Stationskonferenzen finden problemorientiert statt. Patienten- und Mitarbeiterbefragungen werden genutzt, um unsere Qualität aus Sicht von Patienten und Mitarbeitern zu hinterfragen.

## 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.

Für die Palliativeinheit werden einmal jährlich in einer Stichprobe von 30 Patienten alle Aufnahme-, Diagnose-, Behandlungs- und Entlassungsdaten erhoben und vom Institut für Standards in der Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft (zusammen mit Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin u. a.) ausgewertet. Darüber hinaus wird im Rahmen des Entgeltsystems ein landesweites Benchmarking über Diagnosen, Therapien und Aufwand angewendet.

### 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.

Eine Patienten- und Mitarbeiterbefragung wurde im Frühjahr 2003 von einem externen Unternehmen durchgeführt und anonym ausgewertet. Die Ergebnisse wurden in übersichtlicher Form allen Mitarbeitern bekannt gemacht.

### 6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Es existiert ein aktives Beschwerdemanagement. Patientenwünsche und -beschwerden werden von einer Projektgruppe systematisch durch einen Rückmeldebogen, der allen Patienten bei der Aufnahme ausgehändigt wird, erfasst und ausgewertet.