

DRK Krankenhaus Mecklenburg-Strelitz gGmbH
Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V.



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

Krankenhaus: DRK-Krankenhaus Mecklenburg-Strelitz gGmbH

Institutionskennzeichen: 261300345

Anschrift: Semmelweisstraße 1-10
17235 Neustrelitz

Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer: 2006 0021K

durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle: GREEN & IBEX Zertifizierung GmbH

Datum der Ausstellung: 22.02.2006

Gültigkeitsdauer: 21.02.2006

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Vorwort der KTQ® | 3 |
| Einleitung | 5 |
| Basisteil | 8 |
| A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses | 8 |
| B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses | 16 |
| B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses | 30 |
| C Qualitätssicherung | 33 |
| C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V | 33 |
| C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V) | 34 |
| C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP) | 34 |
| C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach §137 Abs. 1 S.3 Nr. 3 SGB V | 34 |
| Systemteil | 35 |
| D Qualitätspolitik | 35 |
| E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung | 36 |
| F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum | 38 |
| G Weitergehende Informationen | 39 |
| H Ausstattung | 40 |
| Die KTQ-Kriterien beschrieben vom DRK-Krankenhaus Mecklenburg-Strelitz gGmbH | 44 |
| 1 Patientenorientierung in der Krankenversorgung | 44 |
| 2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung | 52 |
| 3 Sicherheit im Krankenhaus | 56 |
| 4 Informationswesen | 61 |
| 5 Krankenhausführung | 65 |
| 6 Qualitätsmanagement | 69 |

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 und 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

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.

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

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

Jedem KTQ-Qualitätsbericht ist ein Vorwort der KTQ-GmbH vorangestellt, darauf folgen die individuelle Einleitung, in der drei bis vier innovative, patientenorientierte Leistungen beschrieben werden, die Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses, die Daten der Qualitätssicherung, die Leistungen aus der Mindestmengenvereinbarung sowie eine Beschreibung des krankenhausesinternen Qualitätsmanagements und darüber hinaus wird zu jedem der insgesamt **70 Kriterien des KTQ-Kataloges** ein Abstrakt dokumentiert.

Wir freuen uns, dass das DRK-Krankenhaus Mecklenburg-Strelitz gGmbH 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 Spitzen-
verbände der Krankenkassen

Dr. M. Walger
Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

M.-L. Müller
Für den Deutschen Pflegerat

Einleitung



Die DRK-Krankenhaus Mecklenburg-Strelitz gGmbH ist ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung.

Entsprechend unserem Leitbild stehen unsere Patienten mit ihren Sorgen und Nöten im Mittelpunkt unseres Handelns. Nur im Rahmen einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit kann das gemeinsame Ziel der Genesung und Gesunderhaltung erreicht werden.

Seit dem Jahre 1855 befand sich am jetzigen Standort des DRK-Krankenhauses eine Krankenanstalt mit 8 - 10 Betten. Da sich diese bald als zu klein erwies, erfolgte eine bauliche Erweiterung. Am 28. November 1860 fand die feierliche Einweihung des von Ihrer Hoheit der Herzogin Caroline gegründeten neuen Krankenhauses unter dem Namen "Carolinienstift" statt. Erweiterungen baulicher und fachlicher Art erfolgten in den 30er Jahren, während des 2. Weltkrieges und vor allem in den 80er Jahren.

Im Juli 1992 wurde unser Krankenhaus in die Trägerschaft des Deutschen Roten Kreuzes übergeben. Es wurden große Anstrengungen zur Verbesserung des Leistungsangebotes und der Rahmenbedingungen für die medizinische

Versorgung unserer Patienten unternommen.

Das DRK-Krankenhaus Mecklenburg-Strelitz verfügt momentan über 166 Betten in den Fachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe und Intensivmedizin/Anästhesie. Die Fachgebiete Urologie und Hals-Nasen-Ohrenheilkunde sind von Belegärzten vertreten. Die Chirurgie wird durch 2 Vertragsärzte mit den Spezialisierungen Neurochirurgie und Proktologie unterstützt. Über 300 Mitarbeiter kümmern sich um das Wohl und die Wiederherstellung der Gesundheit unserer Patienten.

Pro Jahr werden von uns ca. 7.000 Patienten stationär und ca. 14.600 Patienten ambulant behandelt.

Kommen Sie zu einem geplanten stationären Aufenthalt in unser Krankenhaus, kümmern sich zunächst unsere Mitarbeiterinnen der Rezeption um Ihr Anliegen. Neben den notwendigen Anmeldeformalitäten werden Sie über Service-Angebote unseres Hauses sowie über mögliche Wahlleistungen wie zum Beispiel Einzelzimmerunterbringung und Chefarztbehandlung informiert.

Patienten die zur Akutbehandlung in unser Haus kommen, haben den ersten Kontakt mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unserer Notfallambulanz. Hier findet die erste klinische Untersuchung von Patienten mit akuten internistischen und chirurgischen Krankheitsbildern oder von Patienten nach Unfällen statt.

Dem diensthabenden Arzt zur Seite stehen unsere erfahrenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes sowie unsere Assistentinnen des Diagnostikbereiches. Laboruntersuchungen, Ultraschalluntersuchungen,

Röntgenaufnahmen und Computertomographien werden nach Notwendigkeit durchgeführt.

Macht sich eine stationäre Behandlung erforderlich, erfolgt die Einweisung je nach Krankheitsbild auf die entsprechende Fachabteilung.

Schwerpunkte der Fachabteilung Innere Medizin liegen in der Diagnostik und Behandlung von Erkrankungen des Herzens und der Blutgefäße, Erkrankungen des Magen-Darmtraktes und von Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes.

Zur Diagnostik von Herz-Kreislaufkrankungen stehen moderne Ultraschalluntersuchungsmethoden, Langzeit-EKG, Belastungs-EKG und auch die Möglichkeit der Röntgenuntersuchung von Blutgefäßen zur Verfügung.

In Zusammenarbeit mit dem Gefäßchirurgen unseres Krankenhauses wurde die Diagnostik und Therapie bei Patienten mit drohendem Schlaganfall und bei Durchblutungsstörungen der peripheren Blutgefäße erfolgreich in die Praxis umgesetzt.

Patienten mit Herzrhythmusstörungen werden bei bestehender Indikation mit modernen Herzschrittmachern versorgt.

Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Endoskopieabteilung führen die Untersuchung der Atemwege, von Magen, Zwölffingerdarm und Dickdarm mittels modernster flexibler Endoskope durch. Dabei kann unseren Patienten in vielen Fällen ein großer operativer Eingriff, zum Beispiel zum Entfernen von Gallensteinen aus dem Gallengang oder zur Entfernung von Dickdarmpolypen, erspart werden.

Die Behandlung von Krebspatienten stellt einen weiteren Abteilungsschwerpunkt dar und erfolgt in enger Kooperation mit dem Klinikum Neubrandenburg. So können notwendige zusätzliche Behandlungsmaßnahmen, wie die

Strahlentherapie, jederzeit eingebunden werden.

In der chirurgischen Abteilung werden die Patienten je nach Erkrankung operativ aber auch konservativ behandelt. Ist eine Operation geplant, besteht die Möglichkeit, dass der Hausarzt vor der Operation seine Patienten in einer Fachsprechstunde vorstellt. Sprechstunden gibt es zum Beispiel für Verletzungen und Erkrankungen der Hand, des Kniegelenkes und des Schultergelenks sowie Erkrankungen der Blutgefäße und des Thorax. Der Therapieplan wird mit dem Patienten abgestimmt und bei Bedarf ein OP-Termin festgelegt.

In der Anästhesiesprechstunde plant unser Narkosearzt mit dem Patienten gemeinsam das Anästhesieverfahren und gibt Hinweise für das Verhalten am OP-Tag und für die Zeit danach.

Von unseren Ärztinnen und Ärzten der Chirurgischen Abteilung werden Operationen in der Visceralchirurgie, Gefäß- und Thoraxchirurgie sowie Traumatologie und Handchirurgie durchgeführt. Dabei kommen moderne Methoden der Knochenheilbehandlung zum Einsatz. Bei Notwendigkeit werden auch geschädigte Hüftgelenke durch ein künstliches Gelenk ersetzt.

Der größte Teil der Operationen am Kniegelenk wird in unserem Krankenhaus arthroskopisch durchgeführt. Handchirurgisch besteht ein breites Leistungsangebot.

Auf dem Gebiet der Bauchchirurgie erfolgen Operationen am Magen, an der Gallenblase, am Dünndarm und am Dickdarm, auch bei Krebserkrankung. Wo es möglich ist, kommt die so genannte Knopflochchirurgie zum Einsatz, bei der nur kleine Einschnitte in die Bauchwand nötig sind.

Das OP-Spektrum wurde in den letzten Jahren auf Eingriffe an den Blutgefäßen und an der Lunge erweitert. Unser

Vertragsarzt für Neurochirurgie operiert Erkrankungen an der Wirbelsäule und an peripheren Nerven. Ein weiterer chirurgischer Vertragsarzt führt proktologische Operationen durch.

Unsere Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe hat sich in den letzten Jahren zu einer Abteilung mit einem umfangreichen Leistungsangebot entwickelt. Es werden entzündliche Erkrankungen, sowie gutartige und bösartige Tumoren im Genitalbereich behandelt und bei Notwendigkeit operiert. Die komplette Tumornachsorge einschließlich Chemotherapie und Strahlentherapie erfolgt in Zusammenarbeit mit dem Tumorzentrum Neubrandenburg. Unsere gynäkologische Abteilung bildet zusammen mit dem D.-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg ein Mamma-Zentrum zur Behandlung von Brustkrebskrankungen. Ultraschalluntersuchungen und Mammographie der Brustdrüse, brusterhaltende Operationen sowie Tumornachtherapien werden in unserem Krankenhaus durchgeführt.

Über die Grenzen unserer Region hinaus hat sich die modern eingerichtete Entbindungsstation einen guten Namen gemacht. Trotz abnehmender Geburtenrate im Lande, entwickelte sich die Geburtenzahl in unserer Einrichtung positiv. Im Jahre 2005 erblickten hier 312 Kinder das Licht der Welt. Es stehen 3 modern eingerichtete Kreißsäle zur Verfügung. Auf Wunsch kann auch eine Wasserentbindung erfolgen. Bei medizinischer Notwendigkeit wird eine Schmerztherapie mittels Periduralkatheter durchgeführt und im Notfall ist jederzeit ein Kaiserschnitt möglich.

Ergänzt wird das operative Spektrum des DRK-Krankenhauses durch Operationen, die unsere Belegärzte in den Fachgebieten Urologie und HNO ausführen.

Nach einer größeren Operation und bei einer schweren Erkrankung mit Störungen lebenswichtiger Organfunktionen werden unsere Patienten auf der Intensivstation behandelt.

Dort betreut unser Team aus erfahrenen Ärztinnen und Ärzten sowie unser Pflegepersonal unter Einsatz hochwirksamer Medikamente und moderner Medizintechnik unsere Patienten. Das therapeutische Team sorgt für die Stabilisierung und Wiederherstellung ihrer Gesundheit.

Um das leibliche Wohl unserer Patienten sorgen sich unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhausküche. Neben der stationären Speisenversorgung kümmern sie sich auch um den Ablauf in der Cafeteria und im Internet-Bistro.

Im Rahmen der Diabetikerschulung und im monatlichen Kurs "Gesundes Kochen für jedermann" leisten sie, einen Beitrag zur Gesundheitserziehung zu leisten.

Unterstützung bei der Bewältigung persönlicher Probleme können Patienten und Angehörige jederzeit von unserem Sozialdienst und von den Seelsorgern der Region erhalten.

Spätestens bis zum Jahre 2010 soll am Nord-Ost-Rand von Neustrelitz in Nähe der DRK-Fachpflegeeinrichtung sowie in Nachbarschaft zur DRK-Boden- und Luftrettungsstation unser neues DRK-Krankenhaus als Kern des Gesundheitszentrums für die Region Mecklenburg-Strelitz entstehen.

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unseres Hauses sind flexibel und hoch motiviert. Sie wollen im neuen Krankenhausgebäude vielleicht schon ab dem Jahr 2008 die Gesundheitsregion Mecklenburg-Strelitz weiterhin würdig und kompetent - auch über die Grenzen des jetzigen Landkreises hinaus - vertreten!

Die Strukturdaten des - DRK-Krankenhaus Mecklenburg-Strelitz gGmbH

Basisteil

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses (Anschrift, E-Mail, Internetadresse)

Semmelweisstraße 1-10
17235 Neustrelitz
sekretariat.gf@drkmst.de
www.drkmst.de

A-1.2 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?

261300345

A-1.3 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?

DRK-Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V.

A-1.3.1 Welche Versorgungsstufe hat das Krankenhaus nach dem Landeskrankenhausplan?

Grund- und Regelversorgung

A-1.3.2 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-1.4.1 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-1.4.2 Gibt es an Ihrem Krankenhaus

- eine Krankenpflegeschule
- eine Kinderkrankenpflegeschule
- eine Krankenpflegehilfeschule

A-1.5 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V (Stichtag 31.12.05)

166

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

| | |
|------------------------|---------------|
| Stationäre Patienten: | <u>6.896</u> |
| Ambulante Patienten: | <u>14.598</u> |
| Davon Privatpatienten: | <u>255</u> |

A-1.7 A Fachabteilungen

| Schlüssel nach § 301 SGB V | Name der Klinik | Zahl der Betten | Zahl Stationäre Fälle | Hauptabt. (hA) oder Belegabt. (bA)* | Poliklinik/ Ambulanz | Notfallaufnahme |
|----------------------------|----------------------------------|-----------------|-----------------------|-------------------------------------|----------------------|-----------------|
| 0100 | Innere Medizin | 86 | 3683 | ha | ja | ja |
| 1500 | Allgemeine Chirurgie | 53 | 1966 | ha | ja | ja |
| 2200 | Urologie | 4 | 125 | ba | nein | nein |
| 2400 | Frauenheilkunde und Geburtshilfe | 21 | 1086 | ha | nein | ja |
| 2600 | Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde | 2 | 36 | ba | nein | nein |
| 3600 | Intensivmedizin | 8 | | nb | nein | nein |
| | Anästhesie | | | nb | nein | nein |

* Nicht bettenführende Abteilung mit fachlich nicht weisungsgebundener Leitung nb eintragen

A-1.7 B Mindestens Top-30 DRG (nach absoluter Fallzahl) des Gesamtkrankenhauses
In 2005

| Rang | DRG | Text | Fallzahl |
|------|-----|--|----------|
| 1 | P67 | Versorgung eines Neugeborenen ab 2500 Gramm Geburtsgewicht, ohne größere Operation oder Langzeitbeatmung | 303 |
| 2 | O60 | Normale Entbindung (vaginale Entbindung) | 236 |
| 3 | F62 | Herzschwäche (= Herzinsuffizienz) oder Kreislaufkollaps | 201 |
| 4 | F67 | Bluthochdruck | 146 |
| 5 | G26 | Sonstige Operation am After bzw. an der Austrittsöffnung des Darmes | 140 |
| 6 | V62 | Störungen durch Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit | 140 |
| 7 | I68 | Nicht operativ behandelte Krankheiten oder Verletzungen im Wirbelsäulenbereich (z. B. Lenden- und Kreuzschmerzen) | 128 |
| 8 | B80 | Sonstige Kopfverletzungen (z. B. Gehirnerschütterungen) | 126 |
| 9 | G54 | Dickdarmspiegelung ohne schwere Komplikationen | 119 |
| 10 | B70 | Schlaganfall | 118 |
| 11 | E77 | Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane | 115 |
| 12 | G67 | Speiseröhren- oder Magen-Darm-Entzündung oder verschiedene Krankheiten der Verdauungsorgane | 100 |
| 13 | H14 | Gallenblasenentfernung mittels Schlüsselloch-Operation (= laparoskopische Gallenblasenentfernung) | 100 |
| 14 | V60 | Alkoholvergiftung oder -entzug | 100 |
| 15 | F71 | Leichte oder mittlere Herzrhythmusstörung oder Reizleitungsstörung des Herzmuskels | 96 |
| 16 | B69 | Kurzzeitige (bis 24 Stunden) Nervenfunktionsausfälle aufgrund einer Hirndurchblutungsstörung oder Durchblutungsstörungen am Hals (z. B. Halsschlagader) | 95 |
| 17 | O65 | Sonstige vorgeburtliche stationäre Aufnahme | 88 |
| 18 | B63 | Demenz (z. B. Alzheimer Krankheit) oder sonstige chronische Störungen der Hirnfunktion | 87 |
| 19 | F73 | Anfallsartige kurzdauernde Bewusstlosigkeit | 80 |
| 20 | L63 | Infektion der Harnorgane | 77 |
| 21 | N10 | Gebärmutter Spiegelung oder untersuchende Ausschabung; Sterilisation oder Eileiterdurchblasung | 75 |
| 22 | R61 | Lymphknotenschwellung oder gemäßigter Blutkrebs (= nicht akute Leukämie) | 75 |
| 23 | G60 | Krebserkrankung der Verdauungsorgane | 67 |
| 24 | K60 | Schwere Ernährungsstörung oder Diabetes | 67 |
| 25 | F60 | Akuter Herzinfarkt | 66 |
| 26 | F72 | Plötzlich auftretender Herzschmerz | 66 |
| 27 | G48 | Dickdarmspiegelung mit schweren Komplikationen | 65 |
| 28 | I32 | Eingriffe an Hand oder Handgelenk | 65 |
| 29 | O01 | Kaiserschnittentbindung | 64 |
| 30 | K12 | Operationen an der Schilddrüse, Nebenschilddrüse oder Schilddrüsenzungang; jedoch nicht bei Krebs (z. B. ernährungsbedingte Jod-Mangel-Schilddrüsenvergrößerung = Struma) | 63 |

A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte

Welche besonderen Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote werden vom Krankenhaus wahrgenommen?

Die DRK-Krankenhaus Mecklenburg-Strelitz gGmbH ist ein Haus der Grund- und Regelversorgung mit den Bereichen Innere Medizin, Allgemeinchirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Intensivmedizin und Anästhesie. Die Abteilungen Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde und Urologie werden durch Belegärzte betreut.

Innere Medizin

- Internistische Intensivbeobachtung mit multifunktionellem Monitoring sowie internistische Intensivtherapie
- Kardio-Angiologie
- Ultraschalldiagnostik
- Endoskopie
- Diabetologie
- Geriatrie

Chirurgie

- Visceralchirurgie
- Thoraxchirurgie
- Gefäßchirurgie
- Unfallchirurgie
- Handchirurgie

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

- Geburtsvorbereitung, Geburtshilfe und -nachsorge
- Krebsdiagnostik und Therapie

Intensivmedizin und Anästhesie

- Anästhesiologische Versorgung der operativen Patienten mit modernen Formen der Allgemein- und Regionalanästhesien
- Intensivtherapie
- Schmerztherapie
- Notfallmedizin

Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

- Versorgung akuter Erkrankungen im HNO-Bereich

Urologie

- konservative und operative Behandlung aller Erkrankungen des Fachgebietes einschl. Tumorchirurgie

Radiologische Abteilung

- Gesamtgebiet der konventionellen Röntgendiagnostik
- Phlebographien
- Angiographien incl. Interventionen
- Computertomographien incl. CT-gestützter Punktionen und Drainagen
- Osteodensitometrie zur Osteoporosedagnostik
- Mammografie/Mammasonografie in Zusammenarbeit mit einer Radiologischen Praxis in Neubrandenburg

Notfallambulanz

- Behandlung aller Notfälle durch Ärzte, Pflegepersonal und Mitarbeiter/innen des Funktionsdienstes des Krankenhauses
- ständige Einsatzbereitschaft rund um die Uhr
- Ärzte des Krankenhauses besetzen den Notarztwagen, das Notarzteinsatzfahrzeug für Notfälle im Landkreis Mecklenburg-Strelitz (Rettungswachen Neustrelitz, Feldberg, Mirow, Friedland, Alt-Käbelich) sowie den Hubschrauber der Luftrettung
- Absicherung der Sprechstunde für Arbeitsunfälle sowie Kindergarten- und Schulunfälle

Labor

- Untersuchungen von Körperflüssigkeiten in den Fachgebieten: Hämatologie, Klinische Chemie, Gerinnungsdiagnostik, Blutgruppenserologie, Hormondiagnostik, Eiweißdiagnostik, Tumordiagnostik, Medikamentenspiegel, Toxikologie, Rheumadiagnostik, Infektionsserologie

Physiotherapie

- manuelle Lymphdrainage
- Hydrotherapie
- Elektrotherapie
- Krankengymnastik
- Massagen
- Ergometrie
- Alle aufgeführten sowie weitere Behandlungsmaßnahmen können bei freier Kapazität auch ambulant ausgeführt werden.

Nephrologie und Dialyse

- LC-Dialyse-Einheit (zentralisierte Heimdialyse)
- Akut-Dialyse für das Krankenhaus

Logopädie

- Behandlung von Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen nach ärztlicher Verordnung (Rezept)

Sozialdienst

- Der Sozialdienst wird tätig bei der Vorbereitung der Entlassung, bei der Sicherung der Nachsorge und im Bereich der medizinischen, sozialen, beruflichen und schulischen Rehabilitation.
-

A-1.9 Welche ambulanten Behandlungsmöglichkeiten bestehen (Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

- Durchführung Ambulanter Operationen nach § 115 b SGB V
- Notfallambulanz
- D-Arzt-Ambulanz

Durchführung ambulanter Sprechstunden:

| | |
|--|--|
| D-Arzt-Sprechstunde | CA Dr. B. Honke |
| Handsprechstunde | OA M. Zickmann |
| Kniesprechstunde | OA M. Schnaidt |
| Schultersprechstunde | OA Dr. H. Wegner |
| Gefäßsprechstunde | OA Dr. J. Drews |
| Kardiologisch-Angiologische Sprechstunde | CA Dr. F. Ruhнау |
| Onkologische Ambulanz | OA Dr. G.-U. Raabe OA Dr. Kühn |
| Urologisch-gynäkologische Sprechstunde | CA F. Liedke |
| Gynäkologische Problemsprechstunde Schwangerschaftsvorsorge | CA F. Liedke |
| Doppler-Sprechstunde | CA F. Liedke |
| CT-Sprechstunde | Dipl.-Med. Schließer |
| Mammographiesprechstunde | Radiologische Praxis Neubrandenburg |

A-2.0 Welche Abteilungen haben die Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft?

Der Chefarzt der Allgemeinen Chirurgie Dr. Burghardt Honke hat die Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.

Besteht die Zulassung zum Verletzungsartenverfahren der Berufsgenossenschaft
 ja nein

A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A-2.1.1 Apparative Ausstattung

| Apparative Ausstattung | Vorhanden | Verfügbarkeit 24 Stunden sichergestellt | Apparate-gemeinschaft |
|--------------------------------|-----------|---|-----------------------|
| Computertomographie | ja | ja | |
| Magnetresonanztomographie | nein | nein | |
| Herzkatheterlabor | nein | nein | |
| Szintigraphie | nein | nein | |
| Positronenemissionstomographie | nein | nein | |
| Elektronenzephalogramm | nein | nein | |
| Angiographie | ja | ja | |
| Schlaflabor | nein | nein | |
| Kernspin | nein | nein | |
| Sonographie | ja | ja | |
| Röntgen | ja | ja | |
| Broncho-/Endoskopie | ja | ja | |
| Echoskopie/TEE | ja | ja | |
| Mikrobiologie | nein | nein | |

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

| Therapeutische Möglichkeit | Vorhanden | Apparategemeinschaft |
|------------------------------|-----------|----------------------------|
| Physiotherapie | ja | |
| Bewegungsbad | nein | |
| Balneophysikalische-Therapie | nein | |
| Dialyse | ja | Zentralisierte Hemodialyse |
| Logopädie | ja | |
| Ergotherapie | nein | |
| Schmerztherapie | ja | |
| Eigenblutspende | ja | |
| Gruppenpsychotherapie | nein | |
| Einzelpsychotherapie | nein | |
| Psychoedukation | nein | |
| Thrombolyse | Ja | |
| Bestrahlung | nein | |

A-2.1.3 Existieren folgende erweiterte therapeutische Möglichkeiten?

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

A-2.1.4 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
- Pflgetelefonberatung
- Hospizeinrichtungen bzw. eine Palliativpflege
- Mutter-Kind-Behandlung

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Innere Medizin

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum

- Internistische Allgemein- und Spezialdiagnostik
- Kreislauflabor
- Echokardiographie
- Ultraschalluntersuchungen, -diagnostik

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte

- Diagnostik und Therapie bei Erkrankungen des oberen und unteren Verdauungstraktes, von onkologischen Erkrankungen, einschließlich Ambulanz, Diagnostik von Herz- und Gefäßerkrankungen

B-1.4 Weitere Leistungsangebote

- Labordiagnostik
- Endoskopie (diagnostisch)
- Endoskopie (therapeutisch/operative Verfahren)
- Punktionstechniken
- Internistische Röntgendiagnostik (durch Radiologen / in Zusammenarbeit mit Radiologen)
- Diabetes mellitus
- Internistische Intensivmedizin

B-1.5 Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) im Berichtsjahr

| Rang | DRG | Text | Fallzahl |
|------|-----|---|----------|
| 1 | F62 | Herzschwäche (= Herzinsuffizienz) oder Kreislaufkollaps | 201 |
| 2 | F67 | Bluthochdruck | 146 |
| 3 | V62 | Störungen durch Alkoholmissbrauch oder –abhängigkeit | 140 |
| 4 | B70 | Schlaganfall | 118 |
| 5 | E77 | Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane | 115 |
| 6 | G54 | Dickdarmspiegelung ohne schwere Komplikationen | 108 |
| 7 | F71 | Leichte bis mittlere Herzrhythmusstörung oder Reizleitungsstörung des Herzmuskels | 96 |
| 8 | B69 | Kurzzeitige (bis 24 Stunden) Nervenfunktionsausfälle aufgrund einer Hirndurchblutungsstörung oder Durchblutungsstörungen am Hals (z. B. Halsschlagader) | 95 |
| 9 | V60 | Alkoholvergiftung oder -entzug | 87 |
| 10 | B63 | Demenz (z. B. Alzheimer Krankheit) oder sonstige chronische Störungen der Hirnfunktion | 84 |

B-1.6 10 häufigsten Haupt-Diagnosen im Berichtsjahr

| | ICD-10 Nummer | Fallzahl | Text |
|----|----------------------|-----------------|---|
| 1 | F10 | 237 | Psychische und/oder Verhaltensstörungen durch Alkohol |
| 2 | I50 | 194 | Herzschwäche (= Herzinsuffizienz) |
| 3 | I10 | 144 | Bluthochdruck ohne bekannte Ursache |
| 4 | J18 | 118 | Lungenentzündung durch unbekanntes Erreger |
| 5 | I20 | 116 | Anfallartige Schmerzen in der Herzgegend |
| 6 | I63 | 107 | Schlaganfall aufgrund eines Hirngefäßverschlusses |
| 7 | G45 | 92 | Vorübergehende Durchblutungsstörung des Gehirns |
| 8 | K29 | 85 | Immer wiederkehrende Magenschleimhautentzündung |
| 9 | I21 | 83 | Akuter Herzinfarkt |
| 10 | I48 | 77 | Herzrhythmusstörung in den Herzvorhöfen (=Vorhofflattern oder Vorhofflimmern) |

B-1.7 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe im Berichtsjahr

| | OPS-301 Nummer | Fallzahl | Text |
|----|-----------------------|-----------------|--|
| 1 | 1632 | 925 | Spiegelung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarmes |
| 2 | 1440 | 602 | Entnahme einer Gewebeprobe des oberen Verdauungstraktes, der Gallengänge und/oder der Bauchspeicheldrüse durch eine Spiegelung |
| 3 | 1650 | 498 | Dickdarmspiegelung |
| 4 | 1444 | 278 | Entnahme einer Gewebeprobe des unteren Verdauungstraktes (z. B. des Dickdarmes) durch eine Spiegelung |
| 5 | 1620 | 108 | Spiegelung der Lunge und der Bronchien |
| 6 | 5513 | 72 | endoskopische OP an den Gallengängen |
| 7 | 1424 | 59 | Entnahme einer Gewebeprobe am Knochenmark ohne Einschneiden |
| 8 | 5377 | 57 | Einsetzen eines Herzschrittmachers und/oder eines elektrischen Gerätes zur Beseitigung von Kammerflimmern (= Defibrillator) |
| 9 | 1640 | 46 | Spiegelung der Gallenwege entgegen der normalen Flussrichtung |
| 10 | 1651 | 41 | Darmspiegelung des Sigma's |

B-1.1 Allgemeine Chirurgie

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum

- Visceralchirurgie
- Thoraxchirurgie
- Unfallchirurgie
- Handchirurgie
- Vertragsarzt Chirurgie
- Vertragsarzt Proktologie

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte

- Operationen an der Schilddrüse
- Gallenblasenentfernung mittels Schlüssellochoperation
- Onkologische Chirurgie
- Entfernung des Blinddarms
- Operationen bei Hämorrhoiden, Analfistel und Analfissur
- Operationen an Hand und Handgelenk
- Bandscheibenoperationen

B-1.4 Weitere Leistungsangebote

- Ambulant durchführbare Operationen bzw. stationsersetzende Eingriffe gemäß § 115 b SGB V
- operative Versorgung aller Formen von Eingeweidebrüchen
- operative Behandlung des Krampfaderleidens (Varizen)
- diagnostische und therapeutische Arthroskopien, besonders des Kniegelenkes
- Metallentfernung nach entsprechender osteosynthetischer Versorgung
- diverse kleinere handchirurgische Eingriffe usw.

B-1.5 Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) im Berichtsjahr

| Rang | DRG | Text | Fallzahl |
|------|-----|--|----------|
| 1 | G26 | Sonstige Operationen am After bzw. an der Austrittsöffnung des Darmes | 140 |
| 2 | B80 | Sonstige Kopfverletzungen (z. B. Gehirnerschütterung) | 126 |
| 3 | H14 | Gallenblasenentfernung mittels Schlüsselloch-Operation (= laparoskopische Gallenblasenentfernung) | 100 |
| 4 | I32 | Aufwendige Operationen an Handgelenk und/oder Hand | 65 |
| 5 | K12 | Sonstige Operationen an der Schilddrüse, Nebenschilddrüse oder Schilddrüsenzungengang; jedoch nicht bei Krebs (z.B. ernährungsbedingte Jod-Mangel Schilddrüsenvergrößerung = Struma) | 63 |
| 6 | I68 | Nicht operativ behandelte Krankheiten oder Verletzungen im Wirbelsäulenbereich (z. B. Lenden- und Kreuzschmerzen) | 60 |
| 7 | G23 | Entfernung des Blinddarms | 59 |
| 8 | G24 | Eingriffe bei Nabelbruch und Narbenbruch | 54 |
| 9 | I56 | Sonstige Operationen an der Wirbelsäule | 53 |
| 10 | I13 | Operationen am Oberarm, am Schienbein, am Wadenbein und/oder am Sprunggelenk | 47 |

B-1.6 10 häufigsten Haupt-Diagnosen im Berichtsjahr

| | ICD-10 Nummer | Fallzahl | Text |
|----|---------------|----------|---|
| 1 | S06 | 131 | Verletzungen innerhalb des Schädels |
| 2 | K80 | 125 | Gallensteinleiden |
| 3 | S82 | 89 | Unterschenkelbruch, einschließlich des oberen Sprunggelenkes |
| 4 | K35 | 74 | Akute Blinddarmentzündung |
| 5 | M51 | 71 | Sonstige Bandscheibenschäden (v. a. im Lendenwirbelsäulenbereich) |
| 6 | S52 | 71 | Unterarmbruch |
| 7 | S72 | 68 | Oberschenkelbruch |
| 8 | E04 | 66 | Vergrößerung der Schilddrüse, ohne Überfunktion der Schilddrüse (z. B. wegen Jodmangel) |
| 9 | I70 | 59 | Arterienverkalkung der Gliedmaßen |
| 10 | K60 | 56 | Fistel im After |

B-1.7 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe im Berichtsjahr

| | OPS-301 Nummer | Fallzahl | Text |
|----|---------------------------|-----------------|---|
| 1 | 5511 | 112 | Gallenblasenentfernung |
| 2 | 5790 | 98 | Stellungskorrektur eines Knochenbruches |
| 3 | 5900 | 93 | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut (z.B. durch Naht) |
| 4 | 5794 | 83 | Rückverlegung eines Knochenbruches in die normale Lage mittels Einsetzen einer Platte |
| 5 | 5984 | 83 | Operativer Eingriff mit Hilfe eines Mikroinstrumentes und einer optischen Vergrößerung unter maximaler Gewebeschonung |
| 6 | 5032 | 80 | Operatives Freilegen eines Zugangs zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein und/oder zum Steißbein |
| 7 | 5812 | 78 | Operation am Gelenkknorpel und/oder an den sichelförmigen Knorpelscheiben (=Menisken) mittels Gelenkspiegel (=Arthroskop) |
| 8 | 5470 | 77 | Blinddarmentfernung |
| 9 | 5893 | 72 | Abtragung abgestorbener Hautzellen (=chirurgische Wundtoilette) und/oder Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut |
| 10 | 5831 | 71 | Herausschneiden von erkranktem Bandscheibengewebe |

B-1.1 Urologie

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum

konservative und operative Behandlung aller Erkrankungen des Fachgebietes, einschließlich der Tumorchirurgie (gutartige und bösartige Tumore)

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte

- Operationen am Hoden
- Entfernung von Harnsteinen
- Operationen an Nieren und Harnleitern

B-1.4 Weitere Leistungsangebote

Ambulant durchführbare Operationen bzw. stationsersetzende Eingriffe gemäß § 115 b SGB V

B-1.5 Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) im Berichtsjahr

| Rang | DRG | Text | Fallzahl |
|-------------|------------|--|-----------------|
| 1 | M12 | Operationen am Hoden | 24 |
| 2 | L20 | Operationen durch die Harnröhre, jedoch nicht an der Prostata | 21 |
| 3 | L64 | Harnsteine oder sonstige Passagehindernisse der Harnleiter | 14 |
| 4 | L63 | Infektionen der Harnorgane | 9 |
| 5 | L65 | Leichte Erkrankung der Harnorgane (z.B. blutiger Urin, Harnverhalt) | 8 |
| 6 | M01 | Operationen an den Beckenorganen beim Mann | 7 |
| 7 | L16 | Kleine Operationen an der Harnblase | 4 |
| 8 | L62 | Bösartige Neubildungen der Harnorgane | 4 |
| 9 | M02 | Entfernung der Prostata durch die Harnröhre | 4 |
| 10 | L04 | Operationen an Nieren, Harnleitern und/oder größere Operationen an der Harnblase; jedoch nicht bei Krebs | 3 |

B-1.6 10 häufigsten Haupt-Diagnosen im Berichtsjahr

| | ICD-10 Nummer | Fallzahl | Text |
|----|----------------------|-----------------|--|
| 1 | C67 | 22 | Harnblasenkrebs |
| 2 | R31 | 15 | Blut im Urin |
| 3 | N43 | 13 | Wasserbruch im Hoden, Samenbruch im Nebenhoden |
| 4 | N40 | 12 | Vergrößerung der Vorsteherdrüse (=Prostata) |
| 5 | N20 | 11 | Nieren- und Harnleitersteine |
| 6 | I86 | 8 | Krampfader an sonstigen Orten |
| 7 | N13 | 7 | Erkrankung mit Harnverhalt und/oder Harnrücklauf in den Harnleiter |
| 8 | N30 | 7 | Akute Blasenentzündung |
| 9 | N47 | 5 | Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose |
| 10 | C61 | 4 | Vorsteherdrüsenkrebs |

B-1.7 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe im Berichtsjahr

| | OPS-301 Nummer | Fallzahl | Text |
|----|-----------------------|-----------------|---|
| 1 | 5570 | 58 | Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase |
| 2 | 5573 | 30 | Einschneiden, Herausschneiden oder Zerstören von (erkranktem) Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre |
| 3 | 5585 | 29 | Einschneiden von (erkranktem) Gewebe der Harnröhre mit Zugang durch die Harnröhre |
| 4 | 5611 | 14 | Operation einer Hydrocele testis |
| 5 | 5554 | 8 | Entfernung einer/beider Nieren |
| 6 | 5601 | 8 | Herausschneiden oder Zerstören von Gewebe der Vorsteherdrüse mit Zugang durch die Harnröhre) |
| 7 | 5630 | 8 | Operation einer Krampfader und Wasserbruch am Samenstrang |
| 8 | 5603 | 8 | Entfernung von Prostatagewebe |
| 9 | 5640 | 7 | Operationen an der Vorhaut des Penis (z. B. Beschneidung) |
| 10 | 5622 | 4 | Entfernung der Hoden |

B-1.1 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Krebsdiagnostik/Therapieberatung, diagnostische und therapeutische Laparoskopie, Sterilitätsdiagnostik, geburtshilfliche Diagnostik, elektronische Geburtsüberwachung im Kreißsaal

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Frauenheilkunde: Operative und medikamentöse Therapie von gynäkologischen Tumoren, Therapie bei Harninkontinenz, Operative Therapie von Senkungszuständen der Genitalorgane

Geburtshilfe: Familienorientierte risikoadaptierte Geburtshilfe

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Ambulant durchführbare Operationen bzw. stationersetzende Eingriffe gemäß § 115 b SGB V

Ambulante Sprechstunden (Mamma, Harninkontinenz, Dopplersonographie)
Ambulante Chemotherapie

B-1.5 Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) im Berichtsjahr

| Rang | DRG | Text | Fallzahl |
|------|-----|--|----------|
| 1 | P67 | Versorgung eines Neugeborenen ab 2500 Gramm Geburtsgewicht, ohne größere Operation oder Langzeitbeatmung | 303 |
| 2 | O60 | Normale Entbindung (= vaginale Entbindung) | 236 |
| 3 | O65 | Sonstige vorgeburtliche stationäre Aufnahme | 88 |
| 4 | N10 | Gebärmutter Spiegelung oder untersuchende Ausschabung; Sterilisation oder Eileiterdurchblasung | 75 |
| 5 | O01 | Kaiserschnitt-Entbindung | 64 |
| 6 | N08 | Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen | 61 |
| 7 | N21 | Gebärmutterentfernung, jedoch nicht wegen Krebserkrankung | 53 |
| 8 | N09 | Sonstige Operationen an Scheide, Gebärmutterhals und/oder Schamlippen | 48 |
| 9 | O40 | Fehlgeburt mit Gebärmutterdehnung und Ausschabung, Saugausschabung oder Gebärmuttereröffnung | 46 |
| 10 | O64 | Frustrane Wehen | 26 |

B-1.6 10 häufigsten Haupt-Diagnosen im Berichtsjahr

| | ICD-10 Nummer | Fallzahl | Text |
|----|----------------------|-----------------|--|
| 1 | O80 | 77 | Spontangeburt eines Einlings |
| 2 | O70 | 57 | Einreißen des Damms in Folge der Spontangeburt |
| 3 | C50 | 45 | Brustkrebs |
| 4 | N92 | 44 | Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation |
| 5 | D25 | 37 | Gutartige Geschwulst des Gebärmuttermuskels (=Myom) |
| 6 | N87 | 32 | Zellveränderungen am Gebärmutterhals |
| 7 | N70 | 28 | Entzündung des Eileiters |
| 8 | N83 | 27 | Zyste des Eierstockes |
| 9 | O36 | 27 | Betreuung der Mutter bei Wachstumsstörungen des Kindes |
| 10 | D39 | 25 | Geschwulst unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der weiblichen Genitalorgane |

B-1.7 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe im Berichtsjahr

| | OPS-301 Nummer | Fallzahl | Text |
|----|-----------------------|-----------------|---|
| 1 | 1694 | 114 | Spiegelung des Bauchraumes und seiner Organe) |
| 2 | 1471 | 107 | Entnahme einer Gewebeprobe der Gebärmutter Schleimhaut ohne Einschneiden (z. B. Strichkürettage) |
| 3 | 5683 | 97 | Entfernung der Gebärmutter |
| 4 | 5690 | 89 | Therapeutische Ausschabung der Gebärmutter |
| 5 | 1672 | 78 | Spiegelung der Gebärmutter |
| 6 | 5738 | 46 | Erweiterung des Scheideneingangs durch teilweise Dammdurchtrennung (= Perineotomie) und/oder Naht |
| 7 | 5651 | 41 | Herausschneiden oder Zerstören von Gewebe der Eierstöcke |
| 8 | 5671 | 35 | Ausschneiden eines Gewebskegels aus der Mündung des Gebärmutterhalses |
| 9 | 5741 | 34 | Schnittentbindung (=Kaiserschnitt) mit Zugang oberhalb des Gebärmutterhalses oder durch den Gebärmutterkörper |
| 10 | 5870 | 31 | Brusterhaltende Operation ohne Entfernung von Lymphknoten im Achselbereich |

B-1.1 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum

- Versorgung akuter Erkrankungen im HNO-Bereich
- Adenotomien (ambulant)
- Tonsillektomien
- Septumkorrekturen
- Polypektomien
- Ohrmuschelkorrekturen
- Einsetzen von Paukenröhrchen

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte

- Operationen an der Nase
- Entfernung der Gaumenmandeln

B-1.4 Weitere Leistungsangebote

Ambulant durchführbare Operationen bzw. stationsersetzende Eingriffe gemäß § 115 b SGB V

B-1.5 Die Top-DRG (nach absoluter Fallzahl) im Berichtsjahr

| Rang | DRG | Text | Fallzahl |
|-------------|------------|--------------------------------------|-----------------|
| 1 | D10 | Verschiedene Operationen an der Nase | 18 |
| 2 | D13 | Kleine Eingriffe an Ohr, Nase, Hals | 17 |
| 3 | D30 | Entfernung der Gaumenmandeln | 17 |

B-1.6 Die häufigsten Haupt-Diagnosen im Berichtsjahr

| | ICD-10 Nummer | Fallzahl | Text |
|---|----------------------|-----------------|--|
| 1 | J34 | 18 | Sonstige Krankheiten der Nase und/oder Nasennebenhöhlen (z.B. Abszess) |
| 2 | J35 | 18 | Chronische Krankheiten der Gaumen- und/oder Rachenmandeln |
| | | | |

B-1.7 Die häufigsten Operationen bzw. Eingriffe im Berichtsjahr

| | OPS-301 Nummer | Fallzahl | Text |
|---|-----------------------|-----------------|---|
| 1 | 5214 | 18 | Abtragung der Nasenscheidewand und/oder plastische Nachbildung |
| 2 | 5281 | 13 | Operative Mandelentfernung ohne Entfernung von Wucherungen der Rachenmandel (= Polypen) |
| 3 | 5215 | 6 | Operation an der unteren Nasenmuschel |
| 4 | 5282 | 4 | Operative Mandelentfernung mit Entfernung von Wucherungen der Rachenmandel (= Polypen) |
| 5 | 5285 | 1 | Operative Entfernung von Wucherungen der Rachenmandel (= Polypen) ohne Mandelentfernung |
| | | | |

B-1.1 Intensivmedizin

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum

- Intensivbeobachtung
- Intensivtherapie
- Schmerztherapie

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte

- Intensivüberwachung und -therapie

B-1.4 Weitere Leistungsangebote

- Fremdblutsparende Maßnahmen (in Zusammenarbeit mit dem DRK-Blutspendedienst)
- Eigenblutspende
- Autotransfusion (Cell-saver)

B-1.1 Anästhesie

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

- Allgemeine Anästhesie
- Regionalanästhesie
- Stand by

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

- konsiliarische Tätigkeit zur Optimierung von Patienten mit
- Anlage von zentralvenösen Kathetern
- Anlage von PD-Kathetern zur postoperativen Schmerzbekämpfung
- Erstellen von Infusionsprogrammen
- Schmerztherapie

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

- Anästhesiesprechstunde zur ambulanten Vorbereitung der Patienten auf die Narkose/ Schmerzausschaltung

B-1.8 Allgemeine Leistungsmerkmale der Fachabteilungen

| Schl. nach § 301 SGB V | Fachabteilung | Durchschnittliche Verweildauer (VD) (Angabe in Tagen) | Gibt es in Ihrer Abteilung spez. Kinderbetten? ja(j)/nein(n) | Stehen in Ihrer Abt. Kinderkrankensch w./-pfleger zur Verfügung? ja(j)/nein(n) |
|------------------------|----------------------------------|---|--|--|
| 0100 | Innere Medizin | 7,64 | nein | nein |
| 1500 | Allgemeine Chirurgie | 8,68 | nein | ja |
| 2200 | Urologie | 5,78 | nein | nein |
| 2400 | Frauenheilkunde und Geburtshilfe | 5,76 | ja | ja |
| 2600 | Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde | 6,22 | nein | nein |
| 3600 | Intensivmedizin | | nein | nein |
| | Anästhesie | | nein | nein |

B-1.8.1 Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 116 SGB V

Anzahl der Behandlungen nach § 116 SGB V pro Jahr:

8.060

B-1.9 Spezifisch für die Fachabteilung:

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-1.9.1 Anzahl der Geburten pro Jahr

312

B-1.9.2 Existiert eine Neugeborenen Intensivstation im Gebäude?

ja nein

Ist ein Zugriff auf die Pädiatrie oder die pädiatrische Notfallversorgung möglich

ja nein

Urologie

B-1.9.3 Wird in Ihrer Abteilung Kinderurologie betrieben?

ja nein

Wenn ja,

B-1.9.4 Wird in Ihrer Abteilung urologische Onkologie betrieben?

ja nein

Wenn ja, ist die selbständige Durchführung von Chemotherapie möglich

ja nein

Intensivmedizin

- B-1.9.5 Art der Intensivstation?
- interdisziplinär operativ
 - fachgebunden operativ
 - interdisziplinär operativ/konservativ
 - fachgebunden konservativ

- B-1.9.6 Haben Sie zusätzlich eine Wachstation ("Intermediate Care")?
- ja nein

Wenn ja: Existiert eine ärztliche Leitung der Wachstation

ja nein

- B-1.9.7 Anzahl der Intensivpatienten pro Jahr

785

- B-1.9.8 Durchschnittliche Beatmungsdauer pro Patient (Angabe in Min.)

5.819

Anästhesie

- B-1.9.9 A Anzahl der Anästhesien insgesamt

differenziert nach:

| | |
|---------------------------------|--------------|
| Anzahl der Allgemeinanästhesien | <u>2.645</u> |
| Anzahl der Regionalanästhesien | <u>620</u> |

- B-1.9.9 B Differenzierung der Anästhesien nach ASA-Klassifikation in %-Anteil pro Jahr

| | |
|-------|-------------|
| ASA 1 | <u>24,2</u> |
| ASA 2 | <u>45,5</u> |
| ASA 3 | <u>27,7</u> |
| ASA 4 | <u>2,6</u> |
| ASA 5 | <u>0</u> |

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-2.1 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V Gesamtzahl im Berichtsjahr:

702

B-2.2 Top-5 der ambulanten Operationen (nach absoluter Fallzahl) im Berichtsjahr

| | EBM-Nummer | Text | Fallzahl |
|---|-------------------|---|-----------------|
| 1 | 31311 | endoskopisch gynäkologischer Eingriff | 156 |
| 2 | 31301 | Spiegelung der Gebärmutter | 87 |
| 3 | 1904 | Operative Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs | 75 |
| 4 | 13421 | Abtragung eines Polypen u./o. Schlingenbiopsien | 63 |
| 5 | 31142 | Spiegelung des Kniegelenks | 50 |

B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen (Fallzahl für das Berichtsjahr)

| | |
|--|---|
| Hochschulambulanz (§ 117 SGB V) | 0 |
| Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V) | 0 |
| Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V) | 0 |

B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst (Stichtag 31.12.2005)

| | Abteilung | Ärztliche Leitung ja (j)/nein (n) | Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt | Anzahl der Ärzte in der Weiterbildung | Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung | Anzahl der Ärzte mit fakultativer Weiterbildung ¹ | Anzahl der Ärzte im Praktikum | Liegt eine Weiterbildungs- befugnis vor Ja (j)/nein (n) |
|------|----------------------------------|-----------------------------------|--|---------------------------------------|--|--|-------------------------------|---|
| 0100 | Innere Medizin | Ja | 9 | 4 | 5 | | | Ja |
| 1500 | Allgemeine Chirurgie | Ja | 8 | 2 | 6 | | | Ja |
| 2200 | Urologie | Ja | | | | | | Nein |
| 2400 | Frauenheilkunde und Geburtshilfe | Ja | 6 | 4 | 2 | | | Ja |
| 2600 | Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde | Ja | | | | | | Nein |
| 3600 | Intensivmedizin | Ja | 5 | | 5 | | | Ja |
| | Anästhesie | Ja | | | | | | Nein |
| | Gesamt | | 28,00 | 10,00 | 18,00 | | | |

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis:

4

B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst (Stichtag 31.12.2005)

| | Abteilung | Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte insgesamt | Prozentualer Anteil der examinierten Krankenschwestern/-pfleger (3 Jahre) | Prozentualer Anteil der Krankenschwestern/-pfleger mit Fachweiterbildung (3 Jahre plus Fachweiterbildung) | Prozentualer Anteil Krankenpflegehelfer/ in (1 Jahr) | Wird Hilfspersonal eingesetzt ja (j)/nein (n) |
|------|----------------------------------|---|---|---|--|---|
| 0100 | Innere Medizin | 41 | 87,80 | 12,20 | | nein |
| 1500 | Allgemeine Chirurgie | 23 | 95,65 | 4,35 | | nein |
| 2200 | Urologie | | | | | nein |
| 2400 | Frauenheilkunde und Geburtshilfe | 15 | 100 | | | nein |
| 2600 | Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde | | | | | nein |
| 3600 | Intensivmedizin | 14 | 80 | 20 | | nein |
| | Anästhesie | | | | | nein |
| | Gesamt | 93,00 | 93,55 | 6,45 | | |

¹ Facharzt mit Zusatzbezeichnung

Prozentualer Anteil der Mitarbeiter des Kranken- und Pflegepersonals, die über eine zweijährige Ausbildung verfügen

0

Prozentualer Anteil der Mitarbeiter, die über keine Ausbildung verfügen

0

B-2.6 Prozentualer Anteil der psychologischen Psychotherapeuten (gemessen an der Gesamtzahl, der Dipl.-Psychologen)

0

B-2.7 Wie hoch war die Stellenbesetzung im vergangenen Jahr in folgenden Bereichen?

| | |
|------------------------------------|-------|
| Ärztlicher Dienst | 34,0 |
| Pflegedienst | 93,13 |
| Medizinisch-Technischer Dienst | 26,21 |
| Funktionsdienst | 25,1 |
| Klinisches Hauspersonal | 13,42 |
| Wirtschafts- und Versorgungsdienst | 23,66 |
| Technischer Dienst | 0,9 |
| Verwaltungsdienst | 16,22 |
| Sonderdienste | 0,44 |

Sonstiges Personal
0,58

B-2.8 Anzahl der weitergebildeten Mitarbeiter (Stichtag 31.12 2005)

| | |
|--|---|
| Anzahl der Mitarbeiter in der Anästhesie | 3 |
| Anzahl der Mitarbeiter im OP | 6 |
| Anzahl der weitergebildeten Mitarbeiter im Verwaltungsdienst | 4 |
| Anzahl der Mitarbeiter in der Hygiene | 1 |
| Anzahl der Mitarbeiter für die Praxisanleitung | 1 |
| Anzahl der Stomatherapeut(en) | |
| Anzahl der Diabetesfachschwester(n) | 2 |
| Anzahl der Mitarbeiter in der Ernährungsfachpflege | |
| Anzahl der Qualitäts-/ Prozessberater | 1 |

B-2.9 Weitere Berufsgruppen (Stichtag 31.12 2005)

| | |
|------------------------------|---|
| Anzahl der Sozialarbeiter | 1 |
| Anzahl der Dipl.-Psychologen | |

C Qualitätssicherung

C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Zugelassene Krankenhäuser sind gesetzlich zur Teilnahme an der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V verpflichtet. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

| | Leistungsbereich | Leistungsbereich wird vom Krankenhaus erbracht | Teilnahme an der externen Qualitätssicherung | Dokumentationsrate | |
|----|--|--|--|--------------------|--------------------|
| | | | | Krankenhaus | Bundesdurchschnitt |
| 1 | Aortenklappenchirurgie | Nein | Nein | | |
| 2 | Cholezystektomie | Ja | Ja | 99,17 | 100,00 |
| 3 | Gynäkologische Operationen | Ja | Ja | 96,40 | 94,65 |
| 4 | Herzschrittmacher-Erstimplantation | Ja | Ja | 97,50 | 95,48 |
| 5 | Herzschrittmacher-Aggregatwechsel | Ja | Ja | 100,00 | 100,00 |
| 6 | Herzschrittmacher-Revision | Ja | Ja | 50,00 | 74,03 |
| 7 | Herztransplantation | Nein | Nein | | |
| 8 | Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrochantäre Frakturen) | Ja | Ja | 98,11 | 95,85 |
| 9 | Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel | Nein | Nein | | |
| 10 | Karotis-Rekonstruktion | Ja | Ja | 100,00 | 95,55 |
| 11 | Knie-Totalendoprothese (TEP) | Nein | Nein | | |
| 12 | Knie-Totalendoprothesen-Wechsel | Nein | Nein | | |
| 13 | Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-Chirurgie | Nein | Nein | | |
| 14 | Koronarangiografie / Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA) | Nein | Nein | | |
| 15 | Koronarchirurgie | Nein | Nein | | |
| 16 | Mammachirurgie | Ja | Ja | 77,33 | 91,68 |
| 17 | Perinatalmedizin | Ja | Ja | 100,00 | 99,31 |
| 18 | Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19 | Nein | Nein | | |
| 19 | Totalendoprothese (TEP bei Koxarthrose) | Nein | Nein | | |
| 00 | Gesamt | | | 95,50 | |

C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)

- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.
- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP-Qualitätssicherungsmaßnahmen teil:

DMP Brustkrebs

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach §137 Abs. 1 S.3 Nr. 3 SGB V

Das Krankenhaus erbringt keine Leistungen, für die Mindestmengenvereinbarungen bestehen.

Systemteil

D Qualitätspolitik

Bei uns steht der Patient mit seinen Sorgen und Nöten im Mittelpunkt unseres Handelns.

Der Patient ist unser Partner. Nur im Rahmen einer Zusammenarbeit mit ihm kann das gemeinsame Ziel der Genesung und Gesunderhaltung erreicht werden. In jedem Fall begegnen wir dem Patienten verständnisvoll und entgegenkommend. Wir stärken seine Eigenverantwortung und achten seine persönliche Würde. Jeder Patient wird ausführlich über sein Krankheitsbild, die Behandlungskonzepte und Heilungsaussichten aufgeklärt.

Unsere Ärzte, Schwestern und Therapeuten versorgen mit all ihrer Kraft den Patienten nach aktuellem Wissensstand der Medizin und der Krankenpflege

Unsere Ärzte, Schwestern und Therapeuten bilden sich ständig fort, so dass ihr tägliches Arbeiten mit aktuellem Wissensstand und Strategien in Diagnostik und Therapie konform geht. Wir pflegen eine ständige Zusammenarbeit mit den Hausärzten und ambulant tätigen Fachärzten sowie Spezialkliniken. Entlassungen und rechtzeitige Verlegungen in Spezialkliniken sind für uns selbstverständlich.

Bei fehlenden Heilungschancen steht die menschenwürdige Versorgung und Pflege im Mittelpunkt. Sterbende begleiten wir zusammen mit Angehörigen und Freunden.

Unsere Mitarbeiter gestalten das Umfeld im Krankenhaus für den Patienten und dessen Angehörige so angenehm wie möglich.

Wir behandeln Sie wie unsere Gäste. Das soziale Umfeld, die Menschen unserer Region und unsere Umwelt beziehen wir in unsere Behandlung ein. Jedem Patienten steht eine kompetente Sozialberatung zur Verfügung. Dies gilt insbesondere für die Betreuung nach dem Krankenhausaufenthalt. Wir wahren die Privatsphäre eines jeden Patienten und gehen sorgsam und vertraulich mit den Patientendaten um.

Wir sorgen für ein wirtschaftliches gesundes Krankenhaus.

Deshalb ist für uns selbstverständlich, die materiellen Mittel unseres Krankenhauses zu pflegen und zu schützen. Mit Ressourcen gehen wir nach ökologischen Gesichtspunkten sorgsam um.

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

E-1 Der Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Ziel ist, durch die Einbindung aller Krankenhausbereiche in das Qualitätsmanagement eine möglichst schnelle und flächendeckende Akzeptanz und Handlungsfähigkeit bei allen Mitarbeitern zu erzielen. Das Qualitätsmanagement hat einen festen Platz in den strategischen Planungen wie auch im Arbeitsalltag. Bei der Entwicklung der Qualität werden bewusst vorhandene und bewährte Strukturen genutzt. Beispiele für derartige interdisziplinäre und berufsgruppen-übergreifende Arbeitsgruppen sind die Arzneimittelkommission, Hygienekommission, Arbeitsschutzausschuss, Küchenkommission.

Mit der Beteiligung an dem bundesweiten Qualitätsprojekt „Demo pro QM“ kann die Einrichtung auf erfolgreiche Erfahrungen in der Qualitätsarbeit zurückblicken.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabstelle direkt an die Krankenhausleitung gekoppelt und berichtspflichtig. Die Stabsstelle wird durch eine Lenkungsgruppe unterstützt, in der auch Mitglieder der Krankenhausleitung vertreten sind. In der Lenkungsgruppe ist unser Krankenhaus leitungs- und fachbezogen abgebildet. Die im Qualitätsmanagement involvierten Mitarbeiter werden in ausreichender Form vom Krankenhaus unterstützt. Nötige Fachliteratur sowie die Teilnahme an Kongressen wird finanziert.

Ein Qualitätsmanagementbeauftragter hat die Ausbildung nach dem Curriculum der Bundesärztekammer absolviert.

Die Kompetenzen der Qualitätsmanagementbeauftragten wurden auf mehrere Mitarbeiter der verschiedenen Fachbereiche verteilt.

Qualitätsmanagementbeauftragte sind in den einzelnen Abteilungen benannt. Für die Bearbeitung zeitlich begrenzter Arbeitsaufgaben sind Projektarbeitsgruppen mit einem speziellen Zielauftrag eingerichtet. Langjährig erprobte und erfahrene Arbeitsgruppen wie die Hygiene- und Arzneimittelkommission wirken im Sinne von Qualitätszirkeln.

Die Bearbeitung spezieller Themenkomplexe erfolgt in einzelnen Arbeitsgruppen, z. B. erarbeiten Ärzte Behandlungsleitlinien; die Pflege erweitert die Pflegestandards, die Optimierung der Erfassung der Patientenwünsche zur Verpflegung durch den Einsatz von Hostessen, die Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit z. B. durch Fernsehberichte im Regionalsender.

Durch gezielte Aufgabenstellung der Abteilungsverantwortlichen entstehen in Abstimmung mit dem Lenkungsausschuss notwendige Projekte. Bei der Verbesserung von Abläufen werden möglichst alle am Prozess beteiligten Berufsgruppen integriert. Ein in der Projektarbeit erfahrener Mitarbeiter führt die Moderation.

Die Kontrolle der Wirksamkeit des Qualitätsmanagements liegt bei der Krankenhausleitung und der Geschäftsführung. Weiterhin agiert der Lenkungsausschuss. Jeweils nach ca. einem viertel Jahr erfolgt eine Evaluierung der Projektarbeit.

E-2 Qualitätsbewertung

Das Krankenhaus hat sich im Berichtszeitraum an folgenden Maßnahmen zur Bewertung von Qualität bzw. des Qualitätsmanagements beteiligt (Selbst- oder Fremdbewertungen):

Die DRK-Krankenhaus Mecklenburg-Strelitz gGmbH nimmt an allen vorgeschriebenen externen Qualitätsbewertungen teil.

Regelmäßig unterziehen wir uns einer Bewertung in Form von Patientenbefragungen.

Im Jahr 2004 haben wir mit der Selbstbewertung nach KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) begonnen. Die Visitation durch externe Experten (Visitoren) fand im Januar 2006 statt. Die Visitoren bestätigten unserem Krankenhaus die Erfüllung der KTQ-Anforderungen.

F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

Arbeitszeitflexibilisierung

Um eine bessere Erreichbarkeit für unsere Partner zu erzielen, führen wir ein neues Arbeitszeitmodell für den kaufmännischen Bereich ein. Dieses Arbeitszeitmodell beinhaltet eine Kernzeit von 9.00 Uhr bis 15.00 Uhr; eine Gleizeit von 6.30 Uhr bis 18.00 Uhr.

Projekt erfolgreich abgeschlossen, in den Regelbetrieb überführt

Behandlungsleitlinien

Erstellung weiterer Behandlungsleitlinien für die Fachbereiche Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Geburtshilfe, Intensivmedizin, Anästhesiologie mit dem Ziel, dass die Patienten eine optimierte und einheitliche Versorgung entsprechend den wissenschaftlichen Vorgaben erhalten.

Projekt läuft, steht kurz vor dem Abschluss

Bereichspflege

Optimierung der Arbeitsabläufe und des Tagesablaufs, Zeitersparnis, Festlegung klarer Verantwortlichkeiten, höhere fachliche Anforderungen an das Pflegepersonal

Projekt läuft, steht kurz vor dem Abschluss

Einarbeitungskonzept

Erarbeitung eines Einarbeitungskonzeptes für alle Bereiche und deren konsequente Einführung

Projekt läuft

Medizinisches Notfallmanagement

Erarbeitung und Einführung eines einheitlichen medizinischen Notfallmanagements in unserem Krankenhaus.

Projekt läuft, steht kurz vor dem Abschluss

Intranet

Aufbau eines funktionierenden Intranets mit der ständigen Einspeisung von aktuellen Informationen, auf die jeder Mitarbeiter jederzeit zurückgreifen kann. Verkürzung von Arbeitsabläufen, Reduzierung von Suchzeiten, Senkung Papierverbrauch.

Projekt läuft

Umgang mit Sterbenden

Erstellung eines Standards, Befähigung der Mitarbeiter zum sicheren Umgang mit Sterbenden.

Projekt erfolgreich abgeschlossen, in den Regelbetrieb überführt

Zertifizierung nach KTQ

Erreichung der Zertifizierung nach KTQ und ständige Fortführung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements.

Projekt läuft, Zertifizierung im Januar 2006

Einweiserbefragung

Ziel ist es, die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten zu verbessern. Ihre Wünsche sollten im Krankenhausalltag Berücksichtigung finden. Erhöhung der Auslastung.

Projekt erfolgreich abgeschlossen.

Regionalfernsehen Neu'Eins

Information über das Leistungsspektrum in der Bevölkerung mit dem Ziel, Patienten und Arztpraxen als Kunden zu gewinnen, Sensibilisierung der Bevölkerung für eine bewusste Gesundheitsvorsorge.

Projekt erfolgreich abgeschlossen, in den Regelbetrieb überführt

G Weitergehende Informationen

Verantwortliche für den Qualitätsbericht:

Qualitätsmanagementbeauftragte
Kerstin Wegner
k.wegner@drkmst.de
Telefon 0 39 81 / 26 81 66

Ansprechpartner

Geschäftsführer
Hans Dieter Jürgensen, Jan Weyer
sekretariat.gf@drkmst.de
Telefon 0 39 81 / 26 81 51

Ärztlicher Direktor / Chefarzt Chirurgie
Dr. Burghardt Honke
b.honke@drkmst.de
Telefon 0 39 81 / 26 83 00

Pflegedienstleitung
Schwester Gabriele Ehlers
pdl@drkmst.de
Telefon 0 39 81 / 26 87 77

Chefarzt Innere Medizin
Dr. Fred Ruhnau
f.ruhnau@drkmst.de
Telefon 0 39 81 / 26 81 00

Chefarzt Frauenheilkunde / Geburtshilfe
Frank Liedke
liedke@drkmst.de
Telefon 0 39 81 / 26 86 00

Chefarzt Intensivmedizin / Anästhesie
Dr. Helmut Ostmann
h.ostmann@drkmst.de
Telefon 0 39 81 / 26 82 00

Links

<http://www.drkmst.de/>
<http://www.drk.de/>
<http://www.lv-mecklenburg-vorpommern.drk.de/>
<http://www.drk-kh-teterow.de/>
<http://www.drk-kh-gvm.de/>
<http://www.krankenhaus-grimmen.de/>

H Ausstattung

H-1 Räumliche Ausstattung in den Fachabteilungen

Innere Medizin

Anzahl der Einbettzimmer

| Mit: | Wasch- gelegenheit und WC | Dusche und WC | |
|------|---------------------------------|---------------------|------------------------|
| | 4 | 2 | Mit TV und Telefon |
| | | | ohne TV und Telefon |
| | | | mit TV ohne Telefon |
| | | | ohne TV mit Telefon |

Anzahl der Zweibettzimmer

| Mit: | Wasch- gelegenheit und WC | Dusche und WC | |
|------|---------------------------------|---------------------|------------------------|
| | 8 | | Mit TV und Telefon |
| | | | ohne TV und Telefon |
| | | | mit TV ohne Telefon |
| | | | ohne TV mit Telefon |

Anzahl der
Mehrbettzimmer

| Mit: | Wasch- gelegenheit und WC | Dusche und WC | |
|------|---------------------------------|---------------------|------------------------|
| | 18 | | Mit TV und Telefon |
| | | | ohne TV und Telefon |
| | | | mit TV ohne Telefon |
| | | | ohne TV mit Telefon |

Allgemeine Chirurgie

Anzahl der Einbettzimmer

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

Anzahl der Zweibettzimmer

| Mit: | Wasch- gelegenheit und WC | Dusche und WC | |
|------|---------------------------------|---------------------|------------------------|
| | 4 | | Mit TV und Telefon |
| | | | ohne TV und Telefon |
| | | | mit TV ohne Telefon |
| | | | ohne TV mit Telefon |

Anzahl der
Mehrbettzimmer

| Mit: | Wasch- gelegenheit und WC | Dusche und WC | |
|------|---------------------------------|---------------------|------------------------|
| | 15 | | Mit TV und Telefon |
| | | | ohne TV und Telefon |
| | | | mit TV ohne Telefon |
| | | | ohne TV mit Telefon |

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Anzahl der Einbettzimmer

| Mit: | Wasch- gelegenheit und WC | Dusche und WC | |
|------|---------------------------------|---------------------|------------------------|
| | 4 | | Mit TV und Telefon |
| | | | ohne TV und Telefon |
| | | | mit TV ohne Telefon |
| | | | ohne TV mit Telefon |

Anzahl der Zweibettzimmer

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

Anzahl der
Mehrbettzimmer

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

H-1.2 Spezifisch für die Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Gibt es einen eigenen Not-Sectio-Raum

ja nein

Ist die Möglichkeit einer zentralen CTG-Überwachung vorhanden

ja nein

H-1.3 Spezifisch für die Fachabteilung Urologie

Verfügt die Abteilung über ein Gerät zur extrakorporalen Stoßwellen-Lithotripsie (ESWL) und zur Ureterrenoskopie

ja nein

H-2 Ausstattung an medizinischen Geräten in der Fachabteilung

H-2.1 Für alle Fachabteilungen

| | Abteilung | Notfallkoffer u.a. verfügbar? |
|------|----------------------------------|--|
| 0100 | Innere Medizin | ja |
| 1500 | Allgemeine Chirurgie | ja |
| 2200 | Urologie | ja |
| 2400 | Frauenheilkunde und Geburtshilfe | ja |
| 2600 | Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde | ja |
| 3600 | Intensivmedizin | ja |
| | Anästhesie | ja |

Die KTQ-Kriterien beschrieben vom DRK-Krankenhaus Mecklenburg-Strelitz gGmbH

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.

Schon im Vorfeld der Behandlung ist für uns eine hohe Patientenorientierung wichtig. Die Vorbereitung der stationären Aufnahme ist in unserem Aufnahmestandard klar geregelt. Das Krankenhaus gewährleistet eine an die Bedürfnisse der Patienten und ihrer Angehörigen orientierte Organisation und Gestaltung. Allgemeine Informationen über das Krankenhaus erhält der Patient in Broschüren, die in allen Eingangs- und Wartebereichen ausliegen. Alle Patienten können sich im Internet über die Strukturen, das diagnostische und therapeutische Spektrum unseres Hauses informieren.

1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

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

Am Eingang zum Krankenhaus befindet sich ein Übersichtsplan, auf dem die einzelnen Gebäude mit den darin befindlichen Abteilungen aufgelistet und in Form eines Lageplanes dargestellt sind. Die auf dem Übersichtsplan verwendete alphabetische Kennzeichnung findet sich an allen einzelnen Gebäuden gut sichtbar beschriftet wieder. Das Wegeleitsystem basiert auf der Idee der "Wieder-Erkennbarkeit". Innerhalb des Krankenhauses geben Deckenschilder, Ausschilderungen und Wegweiser im Flurbereich Auskunft zu den jeweiligen Abteilungen und Funktionsbereichen.

1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

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

Die Patientenaufnahme erfolgt koordiniert unter Berücksichtigung der Bedürfnisse von Patienten nach Information, angemessener Betreuung und Ausstattung. In der zentral gelegenen Patientenaufnahme als Informations- und Auskunftsstelle im Eingangsbereich des Bettenhauses erfolgt die administrative Aufnahme der Patienten nach einem Aufnahmestandard. Patienten mit schlechtem Allgemeinzustand werden unverzüglich über die Notfallaufnahme auf die Station geleitet. Die administrative Aufnahme wird in diesen Fällen durch Angehörige oder auf der Station realisiert.

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.

Unser Krankenhaus hat das Ziel, den Menschen in der Region eine hochwertige ambulante Versorgung rund um die Uhr anzubieten. Von der Notfallaufnahme wird ein hoher Anteil ambulanter Behandlungen durchgeführt. Sie ist 24 Stunden an 7 Tagen stark frequentiert. Unsere Patienten, die zur ambulanten Operation kommen, werden im Rahmen der präoperativen Sprechstunde vorbereitet. Die Koordinierung weiterer ambulanter Leistungen erfolgt im Rahmen der Sprechstundentätigkeit in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt.

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 strukturierte Anamneseerhebung gewährleistet eine umfangreiche Erfassung der speziellen Risiken eines jeden Patienten. Dabei werden Begleiterkrankungen erfragt. Gezielte Fragen erfassen ganz spezielle Risiken wie z.B. Arzneimittelallergien, Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder bekannte Blutungskomplikationen. Die Anamneseerhebung beinhaltet auch die soziale Anamnese. Dabei interessieren Lebensumstände wie Familienstand, Versorgung in der Häuslichkeit, Möglichkeit der Inanspruchnahme von Hilfe aus dem jeweiligen Bekanntenkreis.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

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

Im Rahmen der Aufnahmegespräche werden Patienten nach Vorbefunden befragt. Ergibt sich im Anamnesegespräch Hinweise auf Vorbefunde aus dem ambulanten Bereich oder aus anderen stationären Aufenthalten, so fordert der Stationsarzt diese Befunde telefonisch bzw. schriftlich bei den Kollegen an. Alle patientenbezogenen Informationen sind in einer Akte zusammengeführt. Wird er in eine andere Abteilung verlegt, so wird neben dem Verlegungsbrief die gesamte Patientenakte beigegeben. Bei Verlegungen in andere Kliniken werden Vorbefunde im Verlegungsbericht übermittelt.

1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

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

Ziel ist es, den Behandlungsprozess möglichst frühzeitig und zeitgenau festzulegen. Durch die Festlegung des Behandlungs- und Pflegeplanes werden gleichzeitig Behandlungs- und Pflegeziele festgelegt. Das ist notwendig, um eine Überprüfung des Behandlungserfolges zu gewährleisten. Dabei steht die Planung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen unter Berücksichtigung standardisierter diagnostischer Stufenpläne und diagnosebezogener Behandlungsleitlinien im Mittelpunkt des Behandlungsprozesses. Der aufnehmende Arzt legt den Behandlungsprozess fest.

1.2.4 Integration von Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Ziel ist es, die Patienten aktiv in die Behandlungsplanung einzubinden und ihnen somit Mitverantwortung für den Genesungsprozess zu übertragen. Die Integration der Patienten erfolgt bei der Aufnahmeuntersuchung. Hier teilen wir unseren Patienten in der Regel die Aufnahmediagnose und die sich daraus ergebenden notwendigen pflegerischen, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen mit. Es werden Ressourcen erkannt, Behandlungsziele besprochen und festgelegt sowie weitere Maßnahmen diskutiert. Bei allen pflegebedürftigen Patienten wird eine Pflegeplanung erstellt.

1.3 Durchführung der Patientenversorgung

Die Behandlung und Pflege 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.

Ziel ist es, unseren Patienten in allen medizinischen Abteilungen unseres Krankenhauses eine hochwertige und umfassende medizinisch und pflegerische Behandlung zur Verfügung zu stellen. Die medizinischen Abteilungen verfügen über Behandlungsleitlinien für die wichtigsten Erkrankungen. Hausinterne Behandlungsleitlinien zur postoperativen Schmerztherapie sind erarbeitet worden und werden von den operativen Fachabteilungen genutzt. Diese Behandlungsleitlinien beinhalten allgemeine und konkrete Richtlinien zur Schmerztherapie.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

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

Ziel der ärztlichen und pflegerischen Anwendung von Behandlungsleitlinien und Pflegestandards ist es, eine möglichst evidenzbasierte und ressourcenoptimale Patientenversorgung sicherzustellen. Im Bereich der Pflege werden umfangreiche Pflegestandards genutzt und weiter entwickelt. In den einzelnen Fachabteilungen existieren Behandlungsleitlinien für diagnostische und therapeutische Abläufe. Für die häufigsten Diagnosen sind Behandlungsleitlinien erarbeitet. Bei kritischen Behandlungsentscheidungen erfolgen Literatur- bzw. Internetrecherchen.

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.

Eine hohe Patientenorientierung während der Behandlung, unseren Patienten mit allen ärztlichen und pflegerischen Handlungen zufrieden zu stellen und eine schnelle Genesung zu gewährleisten, ist unser Ziel. Wir respektieren unsere Patienten als Persönlichkeiten und nehmen Rücksicht auf ihre Privat- und Intimsphäre. Alle unsere Anstrengungen zielen darauf, den notwendigen Aufenthalt für den Patienten so angenehm wie möglich zu gestalten. Im Rahmen unserer Möglichkeiten gehen wir auf Patientenwünsche ein. Die Besuchszeiten haben orientierenden Charakter.

1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

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

Durch eine gesunde und schmackhafte Ernährung, auch bei Diäten, wird die Behandlung und Pflege entsprechend unterstützt. Wenn der Gesundheitszustand bzw. der prä- und postoperative Verlauf es erforderlich machen, bekommt der Patient eine besondere Kost / Diät verordnet. Die entsprechende Kostform wird in der Visite festgelegt. Es erfolgt eine zeitnahe Erfassung der Essenwünsche der Patienten. Zubereitung und Transport erfolgen zeitnah zu den Essenzeiten. Ein Tablettensystem ist vorhanden. Die Zuteilung des Essens erfolgt vom Pflegepersonal. Eine Wunschkost ist möglich.

1.3.5 Koordinierung der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Durch eine gute Koordination der Behandlung wird die effiziente Nutzung der zur Verfügung stehenden Zeit und Ressourcen sowie die Vermeidung von Wartezeiten für unsere Patienten erreicht. Die weitere gezielte Diagnostik wird so koordiniert, dass ohne größeren Zeitverlust, unter möglichst geringer Belastung des Patienten und letztlich auch unter Vermeidung unnötiger Kosten die Arbeitsdiagnose objektiv bestätigt oder ausgeschlossen bzw. ersetzt wird.

1.3.6 Koordinierung der Behandlung: OP-Koordination

Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.

Im Krankenhaus erfolgt eine langfristige Koordinierung der OP-Saalkapazitäten mit dem Ziel, eine optimale Auslastung der OP-Säle zu erreichen. Dieses dient wiederum dazu, die mit den Patienten vereinbarten OP-Termine zu halten, die Wartezeiten für die Patienten am OP-Tag zu minimieren. Im laufenden OP-Programm werden die Wechselzeiten kurz gehalten. Sobald das OP-Ende absehbar ist, erfolgt eine entsprechende Information an das OP- und Anästhesiepersonal, die die Bestellung und Vorbereitung des nächsten Patienten einleiten.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

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

Durch die Kooperation aller Beteiligten an der Patientenversorgung ist es möglich, eine ganzheitliche Behandlung entsprechend der Erkrankung sicher zu stellen. Darüber hinaus kann durch die Kooperation der Behandlungsprozess verkürzt werden, da Schnittstellen reduziert werden. Die Patientenversorgung erfolgt unter Einbeziehung aller Fachkollegen. Dieses beinhaltet die Einbeziehung der Pflege, der Physiotherapie und aller anderen an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen. In allen Abteilungen finden zweimal täglich strukturierte Besprechungen statt.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

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

Ziel der regelmäßigen Visiten ist es, einen medizinisch therapeutisch abgestimmten Behandlungsprozess sicher zu stellen. Visitenzeiten sind in den jeweiligen Abteilungen geregelt und dem Patienten bekannt. Jeder Patient wird täglich durch den Stationsarzt visitiert. Einmal wöchentlich finden eine Chefarztvisite und darüber hinaus mindestens zweimal wöchentlich eine Oberarztvisite statt. Auf der interdisziplinären Intensivstation finden die Visiten täglich unter Beteiligung der Chefärzte oder Oberärzte der einzelnen Fachdisziplinen statt.

1.4 Übergang des Patienten in andere Versorgungsbereiche

Die kontinuierliche Weiterversorgung des Patienten in anderen Versorgungsbereichen erfolgt professionell und koordiniert gesteuert unter Integration des Patienten.

1.4.1 Entlassung und Verlegung

Der Übergang in andere Versorgungsbereiche erfolgt strukturiert und systematisch unter Integration und Information des Patienten und ggf. seiner Angehörigen.

Die Entlassung bzw. Verlegung unserer Patienten wird so geplant und gestaltet, dass die anschließende Behandlung bzw. Betreuung zeitnah und patientenorientiert erfolgen kann. Die Entlassungsplanung ist ein wichtiger Bestandteil des Behandlungsprozesses. Es wird teilweise mit Aufnahme des Patienten schon dessen Entlassung geplant. Eine lückenlose medizinische Weiterbetreuung ist das Ziel. Hierzu werden die weiterbehandelnden Ärzte oder auch andere Betreuungsbereiche mit den nötigen Informationen und Behandlungsempfehlungen ausgestattet.

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.

Ziel ist eine lückenlose Information der nachsorgenden Einrichtung zur Gewährleistung einer optimalen Weiterbehandlung und Nachsorge des Patienten. Beim Übergang in einen anderen Versorgungsbereich werden Patienten und die nachsorgende Einrichtung umfangreich und zeitnah mit allen nötigen Informationen ausgestattet. Wir streben eine möglichst komplette Information zum Zeitpunkt der Entlassung an. In allen Fachabteilungen erhalten die Patienten einen Arztbrief.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

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

Die Anstrengungen von Seiten unseres Krankenhauses zielen auf eine optimale Weiterbetreuung. Die Entlassung des Patienten erfolgt erst, wenn, insbesondere bei Pflegebedürftigen, die Weiterbetreuung gewährleistet ist. Wir kooperieren mit niedergelassenen Ärzten und nachsorgenden Einrichtungen. Sämtliche Anforderungen und Empfehlungen werden schriftlich niedergelegt und dem nachfolgenden Betreuungsteam mitgeteilt. Die Informationsweiterleitung wird durch den Arztbrief und den Pflegeüberleitungsbogen sichergestellt.

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 erfolgt auf der Grundlage der Leistungszahlen des Vorjahres und des aktuellen Wirtschaftsplanes. In die Planungen werden die Abteilungsleiter aktiv einbezogen. Die Personalplanungen erfolgen auf der Basis von festgelegten Anhaltswerten für die jeweiligen Leistungsbereiche: im Pflegebereich nach Pflegepersonalregelung, im ärztlichen Bereich nach Leistungs- und/oder OP-Zahlen und in der Verwaltung nach erwartetem Arbeitsanfall. Ziel ist es, eine ressourcen- und leistungsorientierte Bereitstellung von Personal für das Planungsjahr sicher zu stellen.

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.

Ziel unserer systematischen Personalentwicklung ist die Förderung und Bindung unserer Mitarbeiter an das Krankenhaus. Die regelmäßigen Mitarbeitergespräche mit Zielvereinbarungen werden der Karriereplanung und der Planung der Fort- und Weiterbildung dienen. Je nach Entwicklung der gesetzlichen Bestimmungen und des Bedarfs im Krankenhaus werden die Fort- und Weiterbildungsanträge mit der jeweiligen Abteilungsleitung und dem Mitarbeiter besprochen. Wünsche der Mitarbeiter werden berücksichtigt, wenn sie mit den Zielen des Krankenhauses in Einklang stehen.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

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

Ziel ist es, den richtig qualifizierten Mitarbeiter am richtigen Arbeitsplatz zur Verfügung zu haben und ihn dort systematisch zu fördern. Die Qualifikation wird durch Tätigkeitsbeschreibungen und Arbeitsaufgaben des jeweiligen Arbeitsplatzes festgelegt. Die organisatorische Einordnung der Stelle ist im Organigramm ersichtlich. Die spezifischen Leistungsanforderungen richten sich nach dem Aufgabengebiet. Die Kompetenzen werden in der Stellenbeschreibung benannt. Für jeden Mitarbeiter unseres Krankenhauses liegt eine Stellenbeschreibung vor.

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.

Ziel unserer Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist es, eine hohe Behandlungsqualität für unsere Patienten sicher zu stellen und unsere Mitarbeiterzufriedenheit zu sichern. Die Planung der Fort- und Weiterbildung richtet sich nach den entsprechenden Arbeitsaufgaben und der Gesetzeslage. Externe Weiterbildung mit erhöhtem Kostenaufwand wird in der Krankenhausleitung beraten. Die internen ärztlichen Weiterbildungen orientieren sich beispielsweise an den Anforderungen des jeweiligen Facharztstandards.

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Die Festlegung des Budgets für Fort- und Weiterbildung orientiert sich am Durchschnitt der Weiterbildungskosten der letzten drei Jahre. Sollten Mitarbeiter an einer Fortbildung Interesse haben, muss diese vom Abteilungsleiter mitgetragen und bestätigt werden. Ist diese Fortbildung der Weiterentwicklung des Krankenhausbetriebes von Nutzen und das Budget steht dafür zur Verfügung, wird die Fortbildung von der Krankenhausleitung genehmigt.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

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

Es existieren unterschiedliche Weiterbildungsmedien. Auf das Internet und unser Intranet kann jeder jederzeit zugreifen. Fachliteratur steht in den Abteilungen zur Verfügung. Die Mitarbeiter haben uneingeschränkten Zugriff auf im Haus vorhandene Fachliteratur. Sie befindet sich in der jeweiligen Abteilung und kann dort eingesehen bzw. auf Vertrauensbasis ausgeliehen werden. Allen Mitarbeitern ist der Zugang zu Fachzeitschriften möglich. Ein Verteilersystem ist im Haus vorhanden.

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.

Das Krankenhaus verfügt über keine angegliederte Ausbildungsstätte.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

Mitarbeiterinteressen werden angemessen bei der Führung des Krankenhauses berücksichtigt.

2.3.1 Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles

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

Ein mitarbeiterorientierter Führungsstil ist Grundsatz unseres Handelns und ergibt sich aus unserem Leitbild. Die fachliche Kompetenz der Mitarbeiter fließt in die strategische Planung mit ein. Dazu dienen die regelmäßigen Dienstbesprechungen in den Abteilungen. Verbindliche Grundsätze zur Führung von Mitarbeitern ergeben sich aus dem DRK-Leitbild, dem hauseigenen Leitbild und den DRK-Leitlinien. Die Integration aller Mitarbeiter wird durch die Akzeptanz der Grundsätze und das Handeln nach den Grundsätzen unseres Leitbildes gefördert.

2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Durch eine klare Arbeitszeitregelung stellen wir unseren Patienten 24 Stunden eine hochwertige Gesundheitsleistung zur Verfügung. Es werden verschiedene Arbeitszeitregelungen umgesetzt, z.B. Normalschicht, Ruf-Bereitschaft, Schichtdienst, Gleitzeit. Das Personal setzt sich aus Voll- und Teilzeitbeschäftigten sowie geringfügig Beschäftigten zusammen. Zurzeit erarbeiten unsere Chefärzte Vorschläge zur Umsetzung des EuGH-Urteils. Diese werden dann von der Krankenhausleitung auf ihre Realisierung hin überprüft und nach Zustimmung des Betriebsrates umgesetzt.

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Durch eine systematische Einarbeitung ermöglichen wir den neuen Mitarbeitern eine schnelle Orientierung. Die volle Arbeitskraft steht zeitnah zur Verfügung. Die Einarbeitung der Mitarbeiter erfolgt in den jeweiligen Abteilungen entsprechend dem Einarbeitungsstandard. Für die Einarbeitungsphase werden entsprechende Mitarbeiter als verantwortlicher Ansprechpartner benannt. Schriftlich vorliegende Arbeitsanweisungen sind einsehbar. Ein einheitliches Stationshandbuch mit den vorhandenen Arbeitsanweisungen zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter ist vorhanden.

2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

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

Alle Anregungen, Beschwerden, Wünsche und Ideen werden ernst genommen. Unsere Mitarbeiter können in den Abteilungsbesprechungen konstruktive Anregungen aktiv einbringen. Diese werden analysiert und mit den Mitarbeitern gemeinsam Maßnahmen abgeleitet. Im Rahmen unserer Projektarbeit werden viele Mitarbeiter an der Verbesserung der Organisation des Krankenhauses beteiligt. Mitarbeitervorschläge an die Krankenhausleitung, die in unserem Krankenhaus keiner besonderen Form unterliegen, werden bei notwendigen Veränderungen berücksichtigt.

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.

Um unserer Fürsorgepflicht gerecht zu werden, stellen wir für unsere Mitarbeiter einen flächendeckenden Arbeitsschutz sicher. Gemäß Arbeitssicherheitsgesetz sind eine Fachkraft für Arbeitssicherheit, Strahlenschutzbeauftragte und Sicherheitsbeauftragte bestellt. Eine Betriebsärztin wurde extern beauftragt. Sie nehmen regelmäßig an Schulungen der Berufsgenossenschaft teil. Die Erarbeitung der jährlichen Schwerpunkte des Arbeits- und Gesundheitsschutzes erfolgt von der Fachkraft für Arbeitssicherheit.

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes liegt vor. Ziel ist es, Brände zu vermeiden sowie im Brandfall schnell und sicher zu agieren. Unser Krankenhaus ist komplett mit genormten Flucht- und Rettungswegplänen ausgestattet. Die Brandschutzordnung liegt vor und wird im Rahmen der Arbeitsschutzbelehrungen den Mitarbeitern jährlich vermittelt. Regelmäßig finden Brandschutzübungen mit der ortsansässigen freiwilligen Feuerwehr statt. Die Flucht- und Rettungswegpläne unterliegen einer ständigen Aktualisierung.

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.

In Notfallsituationen und bei Schadensereignissen sind unsere Patienten und Mitarbeiter zu schützen. Dafür liegt die Handlungsrichtlinie bei Schadensereignissen vor. Die Handlungsrichtlinie wurde 2005 vom Leiter des Betriebsservices aktualisiert und allen Stationen sowie Abteilungen schriftlich bekannt gegeben. Die Mitarbeiter werden aktenkundig dazu belehrt. Gleichzeitig kann diese Handlungsrichtlinie im Intranet eingesehen werden.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Durch unser medizinisches Notfallmanagement ist eine schnelle Reaktionsfähigkeit gegeben, um unseren Patienten und Mitarbeitern auch in Notfällen eine hervorragende Medizin bieten zu können. Das Notfallmanagement ist im Rahmen einer Dienstanweisung klar geregelt. Medikamente und Notfallkoffer sind auf allen Stationen vorhanden. Auf der Intensivstation sind zusätzliche Geräte für die Reanimation vorhanden. Es gibt einen Standard "Medizinisches Notfallmanagement", in dem der Ablauf bei medizinischen Notfällen detailliert geregelt ist.

3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

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

Die Sicherheit für Patientengruppen (Kinder, verwirrte Patienten) wird durch entsprechende Maßnahmen wie z. B. Schutzkappen für Steckdosen, Fenster, die sich durch Kinder nicht öffnen lassen, gewährleistet. Der Zugang zur geburtshilflichen Station ist durch Türcode, Rufanlage und Fahrstuhlsperrung sowie durch ein verschlossenes Säuglingszimmer gesichert. Außerdem werden das Betreuungsrecht und die Aufsichtspflicht angewendet. Die Handlungsorientierungen für Mitarbeiter sind in den Arbeitsrichtlinien geregelt z. B. Festlegung zentraler Schließzeiten im Haus.

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.

Ziel der Regelungen zur Krankenhaushygiene ist die Vermeidung von Infektionen bei Patienten und Mitarbeitern. Wichtig ist es uns, jeden Mitarbeiter zu sensibilisieren, dass er die im Hygieneordner festgelegten Maßnahmen in seine tägliche Arbeit integriert und umsetzt. Die Hygienekommission ist verantwortlich für die Umsetzung, Durchführung, Kontrolle aller Dienstanweisungen und Maßnahmen, die die gesetzlichen Hygienerichtlinien fordern. Alle Mitarbeiter sind über den Hygieneplan belehrt; dieses wird mit der Unterschrift der Mitarbeiter dokumentiert.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

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

Hygienerelevante Daten werden in unserem Krankenhaus erfasst. Hierbei arbeiten wir eng mit dem Gesundheitsamt zusammen. Meldepflichtige Infektionen teilen wir dem Gesundheitsamt direkt mit. Die Erfassung nosokomialer Infektionen wird in stationären Bereichen durchgeführt. Bei Feststellen einer nosokomialen Infektion und Ausfüllen des Erfassungsbogens erfolgt im jeweiligen Bereich eine Ursachenforschung und Mängelbeseitigung.

3.2.3 Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen

Hygienesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Die Planung bezüglich hygienesichernder Maßnahmen erfolgt auf der Grundlage der Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts sowie nach Richtlinien des Landes Mecklenburg-Vorpommern. Alle Mitarbeiter achten verbindlich auf die hygienesichernden Maßnahmen des Krankenhauses. Anweisungen zum Umgang mit infektiösen Patienten sind im Hygieneordner hinterlegt und den Mitarbeitern bekannt. Die Verhaltensmaßnahmen mit derartig infizierten Patienten sind nach den aktuellen Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts beschrieben und von der Hygienekommission bestätigt.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.

Alle Mitarbeiter kennen die Empfehlungen und Richtlinien bezüglich der Krankenhaushygiene und halten diese ein. Die Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts dienen als Arbeitsgrundlage für die Festlegung der Hygiene in unserem Krankenhaus. Die daraus abgeleitete Hygieneordnung liegt als Dienstanweisung in den Abteilungen vor. Regelmäßige Belehrungen finden statt. Die Kenntnisnahme wird durch die Unterschrift der Mitarbeiter dokumentiert. Die Umsetzung der Hygieneverordnung wird 3 - 4mal jährlich von der hygienebeauftragten Schwester kontrolliert und dokumentiert.

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 geregelter Verfahren zur Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten.

Für die Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten liegen klare Verfahrensanweisungen vor. Die Bereitstellung von Arzneimitteln erfolgt in Kooperation mit einer externen Apotheke, die vor Ort ansässig ist. Die Arzneimittelliste wird durch unsere Arzneimittelkommission den jährlichen Entwicklungen angepasst. Blut und Blutprodukte werden in der hauseigenen Blutbank vorrätig gehalten. Die Belieferung mit Blut und Blutprodukten erfolgt in Kooperation mit dem Blutspendedienst des DRK in Neubrandenburg.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregelter Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Die rationale Anwendung von Arzneimitteln ist zentraler Bestandteil unseres therapeutischen Konzepts. Verantwortlich sind die Chefarzte und die Mitglieder der Arzneimittelkommission. Durch die vertraglich gebundene Apotheke vor Ort ist die Versorgung mit Arzneimitteln rund um die Uhr sichergestellt. Die Stationsleitungen überprüfen die Fehlbestände, Verfallsdaten und die ordnungsgemäße Lagerung der Medikamente. Halbjährlich erfolgt eine Stationsbegehung durch den Apotheker der Lieferapotheke.

3.3.3 Anwendung von Blut und Blutprodukten

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

In unserem Krankenhaus gibt es ein Qualitätsmanagementhandbuch für die Anwendung von Blut und Blutprodukten. Es wird einmal jährlich kontrolliert und regelmäßig aktualisiert. Das Handbuch liegt allen Ärzten, Belegärzten, Stationen, dem Labor, der OP-Abteilung und der Krankenhausleitung in schriftlicher Form vor. Alle Mitarbeiter, die mit Blut und Blutprodukten arbeiten, müssen sicher in deren Anwendung sein. Die transfusionsverantwortlichen Ärzte der Abteilungen sind für die Schulung und Belehrung der Mitarbeiter verantwortlich.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Alle Mitarbeiter unseres Krankenhauses sind so angeleitet, dass sie sicher im Umgang und in der Anwendung von Medizinprodukten sind. Verantwortlich für den sicheren Umgang mit technischen Produkten und Medizinprodukten sind die Chefärzte. In den einzelnen Abteilungen wurden Medizinproduktebeauftragte benannt. Für den sicheren Umgang mit technischen Geräten, die dem Medizinproduktegesetz unterliegen, wurde eine Dienstanweisung "Einhaltung des Medizinproduktegesetzes" erstellt. Auch Vorkommnisse bzw. Beinahevorkommnisse sind in dieser Dienstanweisung geregelt.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Alle Mitarbeiter und Patienten unseres Hauses werden dahingehend sensibilisiert, bewusst unsere Umwelt zu schützen und sparsam mit natürlichen Ressourcen umzugehen. Dafür ist in unserem Haus der Umwelt- und Abfallbeauftragte verantwortlich. Ein bewusster Umgang mit unserer Umwelt ist in unserem Leitbild verankert. Die Thematik wird umfangreich in der hauseigenen Umweltschutzfibel behandelt. In der Planung bei der Neubeschaffung von Produkten wird der ökologische Aspekt mit einbezogen. Abfallstoffe werden laut Abfallordnung getrennt gesammelt.

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.

Eine Dienstanweisung regelt das Führen, Dokumentieren und Archivieren von Patientenakten. Es gibt ein einheitliches Krankenhausinformationssystem. Für die handschriftliche Patientendokumentation verwenden wir ein etabliertes Dokumentationssystem. In dieser Dokumentation werden alle relevanten Behandlungs- und Patientendaten dokumentiert. Alle Patientendaten stehen somit zeitnah für die Behandlung unserer Patienten zur Verfügung. Durch die Handzeichenlisten ist nachvollziehbar, welcher Mitarbeiter die Dokumentation durchgeführt hat.

4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

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

Die Dokumentation der Patientendaten, die medizinisch-pflegerisch, rechtlich und abrechnungsrelevant sind, erfolgt nach festgelegtem Dokumentationssystem in der herkömmlichen Papierform und EDV-gestützt. Eine zeitnahe Dokumentation aller behandlungs- und pflegerelevanten Maßnahmen erfolgt durch die jeweils verantwortlichen Berufsgruppen in der aktuellen Patientenkurve. Es wird besonders darauf geachtet, dass sämtliche Diagnosen und Prozeduren erfasst werden. Die Kontrolle jeder Patientenakte erfolgt durch den nichtärztlichen Kodierer unseres Hauses.

4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

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

Zur schnellen sowie zielsicheren Diagnostik und Therapie ist eine hohe Verfügbarkeit an Patientendaten sicher zu stellen. Patientenakten werden vollständig ins elektronische Patientenarchiv eingelesen. Dadurch ist der zeitlich uneingeschränkte Zugriff gewährleistet. Während der stationären Behandlung erfolgt eine Dokumentation in der strukturierten Patientenakte sowie eine EDV-gestützte Dokumentation. Jeder Patient hat für jeden Aufenthalt eine Patientenakte. Bei mehreren Aufenthalten werden diese bei der Archivierung zusammengeführt.

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.

Zur transparenten Informationsweitergabe haben wir eine Informations- und Kommunikationsmatrix, die die Informationsweitergabe klar regelt. Neben der persönlichen Kommunikation zwischen den Mitarbeitern verschiedener Krankenhausbereiche streben wir eine bessere Nutzung des Intranets unseres Krankenhauses fachübergreifend an. Zu jeder Besprechung (Leitungssitzungen, Kommissionen, Konferenzen, Workshops) wird schriftlich mit Tagesordnung eingeladen. Die Ergebnisse werden protokolliert und an die Teilnehmer übersandt.

4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

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

Die Rezeption ist der zentrale Anlaufpunkt für alle Informationssuchenden. Sie ist klar gekennzeichnet, so dass sie von Patienten und Besuchern gut zu erkennen ist. Ein weiteres Ziel ist die Sicherstellung der hohen Kundenorientierung der Rezeption, da wir die Rezeption als zentrales Aushängeschild sehen. Die Mitarbeiter der Rezeption werden ständig mit notwendigen Informationen versorgt. Diese Informationen erhalten sie zeitnah von der Assistentin der Krankenhausleitung und von den Mitarbeitern der Personalabteilung, so dass sie kompetente Auskünfte geben können.

4.2.3 Information an die Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Die Öffentlichkeit wird regelmäßig und umfassend über das Leistungsspektrum des Krankenhauses informiert. Hierzu werden Broschüren und Veranstaltungen angeboten. Unsere Hausprospekte werden in Arztpraxen, Ämtern, Geschäften, DRK-Einrichtungen verteilt. Der Veranstaltungsplan wird jährlich ab Oktober für das kommende Jahr erarbeitet und im laufenden Jahr je nach Angebot/Nachfrage ergänzt. Aktuelle Berichte werden in der hiesigen und der DRK-Presse sowie über andere Medien wie Regionalfernsehsender und Krankenhaus-Fernsehsender veröffentlicht.

4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

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

Den Schutz der sensiblen Patientendaten stellen wir durch folgende Maßnahmen sicher:

- Nur berechtigte Mitarbeiter haben mittels Passwort Zugriff auf die in der EDV gespeicherten Daten.
- Durch Zugriffsberechtigung ist der Zugang zu bestimmten Daten EDV-technisch geregelt.
- Die Mitarbeiter des Krankenhauses sind per Unterschrift verpflichtet, sich an den Datenschutz entsprechend der Dienstanweisung zu halten.

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.

Ziel ist es, durch eine flächendeckende Bereitstellung einer modernen Informationstechnologie die Effektivität und Effizienz in der Patientenversorgung zu erhöhen. Hierfür betreiben wir in unserem Haus ein vernetztes EDV-System, welches alle Bereiche des Krankenhauses verbindet. Darüber hinaus bestehen zwei Netzverbindungen mit klinikexternen Bereichen (Radiologie). Nahezu alle Patientendaten werden EDV-gestützt erhoben und gespeichert. Unser Server arbeitet 24 Stunden täglich, so dass ein uneingeschränkter Zugriff jederzeit möglich ist.

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.

Unsere Beweggründe, abgeleitet aus dem DRK-Leitbild, ein Krankenhausleitbild zu entwickeln, waren die Definition verbindlicher Ziele für die tägliche Arbeit mit den Patienten und den Umgang der Mitarbeiter untereinander. Damit sich jeder Mitarbeiter mit dem Leitbild identifiziert, wurden berufsgruppen- und hierarchieübergreifend für die Fachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe und Intensivstation Abteilungsleitbilder entwickelt. In den Abteilungsbesprechungen wird einmal jährlich der Leitbildgedanke thematisiert.

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.

Ziel ist es, über eine klare strategische Ausrichtung das erfolgreiche Agieren des Krankenhauses auf dem Gesundheitsmarkt und die Wettbewerbsfähigkeit sicher zu stellen. Die Zielplanung ist durch die Krankenhausleitung in Zusammenarbeit mit Chefärzten und Abteilungsleitern durch genaueste Beobachtung von Marktveränderungen in Abgleich mit dem medizinischen Leistungskatalog entstanden z. B. Umwandlung einiger stationärer Leistungen in ambulante Leistungen. Die Zielplanung ist schriftlich fixiert und wurde allen Beteiligten im Rahmen von Beratungen übermittelt.

5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

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

Die Organisationsstruktur ist durch unser Organigramm festgelegt. Die Funktionsträger sind namentlich benannt. Das Organigramm wird nach Neueinstellung zeitnah angepasst. In unserem Krankenhaus arbeiten zurzeit mehrere Projektgruppen z. B. EDV, Pflege, KTQ/QS, Einkauf, Personalabrechnung, Controlling. Die Ergebnisse werden von der Krankenhausleitung durch die Anforderung von Zwischenberichten überprüft. Die Projektorganisation wird entsprechend der neuen bzw. auslaufenden Projekte aktualisiert.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

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

Die Planung der Finanzen und Investitionen wird durch den jeweiligen einjährigen Wirtschaftsplan dokumentiert. Hierin enthalten sind der Investitionsplan für fünf Jahre, der vierjährige Instandhaltungs- und Wartungsplan sowie der zweijährige Vermögensplan. Durch die monatlichen Budgetauswertungen sind alle Chefärzte, die Pflegedienstleitung und Abteilungsleiter mit in die Verantwortung einbezogen. Alle Chefärzte und Abteilungsleiter erhalten monatlich durch das Controlling eine Auswertung zur Überprüfung der Zielerreichung.

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 Leitungsgremien treffen sich in einem festen Rhythmus, eine effektive und effiziente Führung in unserem Krankenhaus sicher zu stellen, insbesondere um Ressourcen zu schonen und die Behandlung unserer Patienten zeitnah zu gestalten. Innerhalb aller Gremien ist eine koordinierte Arbeitsweise selbstverständlich z. B. tagen Chefärzte einige Tage vor der Krankenhausleitungssitzung, so dass Beschlüsse aus dieser Runde sofort bearbeitet werden können. Des Weiteren sind alle Arbeitsgruppen über das laufende Jahr terminiert. Die Protokolle werden zeitnah verteilt.

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.

Durch eine klare Jahresvorausplanung, die Nutzung von Einladungen mit Tagesordnung, Protokollen, Teilnehmerlisten und unser Wiedervorlagesystem ist eine effektive Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausleitung sichergestellt. Nachgeordnete Leitungsebenen und Abteilungen werden vom Verantwortlichen der Krankenhausleitung zeitnah informiert. Die Krankenhausleitung, Chefärzte und Abteilungsleiter behalten die Krankenhausziele stets im Auge. Die vorhandenen Betriebsergebnisse zeigen, in wie weit sie ihrer Verantwortung gerecht werden.

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 informiert sich regelmäßig durch eigene Beobachtungen, Rückfragen und Gespräche über Entwicklungen und Vorgänge im Krankenhaus. Wichtige Informationen werden schnell von der Krankenhausleitung an die Chefärzte und Abteilungsleiter weitergegeben. Grundlage für die Informationsweitergabe bildet unsere Informations- und Kommunikationsstruktur. Zum anderen nutzen wir unser Controlling und Berichtswesen für die kontinuierliche Information der Krankenhausleitung.

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

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

Gegenseitiges Vertrauen, ein offener Umgang miteinander und gegenseitiger Respekt fördern das Zusammengehörigkeitsgefühl und sind ein Erfolgsfaktor unseres Krankenhauses. Regelmäßige Informationen der Belegschaft über alle relevanten Prozesse und Strategieentscheidungen im Krankenhaus sowie über ökonomische Kennzahlen fördern einen vertrauensvollen Umgang. Durch monatliche Gespräche wird die Zusammenarbeit mit dem Betriebsrat gefördert. Um Mitarbeiter individuell zu fördern und zu fordern, nutzen wir Mitarbeitergespräche.

5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben

Rechte und Ansprüche von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen werden krankenhausesweit respektiert und berücksichtigt.

5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

Im Krankenhaus werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt.

Ziel ist es, unseren Patienten in jeder Krankheitssituation mit in einer ethisch adäquaten Weise zu begegnen. Ärzte, Pflegepersonal und Therapeuten sind mit dieser Problematik vertraut und berücksichtigen sie je nach Problemstellung. Die Autonomie des Patienten wird gewahrt. Vorliegende Patientenverfügungen werden berücksichtigt. Die DRK-Krankenhäuser im Verbund Mecklenburg-Vorpommern streben eine häuserübergreifende Ethik-Kommission an.

5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

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

Die Sterbenden werden gemäß unserem Leitbild und Standard behandelt. Hier heißt es: "Bei fehlenden Heilungschancen steht die menschenwürdige Versorgung und Pflege im Mittelpunkt. Sterbende begleiten wir zusammen mit Angehörigen und Freunden." Patientenverfügungen werden von allen an der Behandlung beteiligten Ärzten, Krankenschwestern und Therapeuten respektiert. Es besteht ein enger Kontakt zur ehrenamtlichen Hospizgruppe. Diese ist aktiv tätig und steht bei Bedarf dem Sterbenden und seinen Angehörigen zur Seite. Auf Wunsch wird der Seelsorger hinzugezogen.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

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

Entsprechend unserem Standard sind Würde und Respekt für den Umgang mit Verstorbenen unser oberstes Gebot. Handlungsanweisungen liegen in Form eines Standards auf den Stationen vor. Alle Mitarbeiter sind im Umgang mit Verstorbenen und deren Angehörigen eingewiesen. Bei Wunsch wird eine Aufbahrung im Abschiedsraum für die Angehörigen vorgenommen. Dort können sie würdevoll Abschied vom Verstorbenen nehmen.

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.

Ziel ist es, durch die Einbindung aller Krankenhausbereiche in das Qualitätsmanagement eine möglichst hohe Akzeptanz der Mitarbeiter für die Arbeit mit Qualitätszielen zu erreichen. Mit der Beteiligung an dem bundesweiten Qualitätsprojekt "Demo pro QM" kann das Krankenhaus auf Erfahrungen in der Qualitätsarbeit zurück blicken. Der Lenkungsausschuss steuert und koordiniert die Qualitätsarbeit in unserem Haus. Dieser setzt sich zusammen aus der Krankenhausleitung und dem KTQ-Kernteam. Das Kernteam ist berufsgruppen- und hierarchieübergreifend zusammengesetzt.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

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

Im Rahmen unserer strategischen Planung und der jährlichen Zielplanung definieren wir klare Qualitätsziele, die aus den strategischen Zielen abgeleitet werden. Diese sind allen Mitarbeitern bekannt und werden als Zielvorgaben vom Lenkungsausschuss "Qualitätsmanagement" bearbeitet. Qualitätsziele für die einzelnen Abteilungen und Aufgabenbereiche werden vom Qualitätsziel des Krankenhauses abgeleitet und in den regelmäßig stattfindenden Abteilungsbesprechungen formuliert sowie nach Abstimmung mit dem Lenkungsausschuss durchgeführt und umgesetzt.

6.2 Qualitätsmanagementsystem

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Die Organisation des Qualitätsmanagements ist in unserem Qualitätsmanagement-Handbuch geregelt. Hier sind Verantwortlichkeiten und Prozesse beschrieben. Der Lenkungsausschuss setzt sich aus Krankenhausleitungsmitgliedern und dem KTQ-Kernteam zusammen. Es wurde eine Leitung Qualitätsmanagement bestellt, die als Stabstelle der Krankenhausleitung zugeordnet ist. Die im Qualitätsmanagement involvierten Mitarbeiter werden unterstützt. Ein Qualitätsmanagementbeauftragter hat die Ausbildung nach dem Curriculum der Bundesärztekammer absolviert.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

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

Ziel der internen Qualitätssicherung ist die kontinuierliche Verbesserung unseres medizinisch pflegerischen Handelns und damit der Patientenorientierung. Die Verantwortung der internen Qualitätssicherung liegt beim jeweiligen Abteilungsleiter. Für spezielle Aufgabenbereiche wie Hygiene, Arzneimittelsicherheit und -anwendung sind Kommissionen eingerichtet. Qualitätsrelevante Daten, wie beispielsweise Infektionsraten, werden erfasst und zur Qualitätsverbesserung genutzt.

6.3 Sammlung und Analyse qualitätsrelevanter Daten

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

6.3.1 Sammlung qualitätsrelevanter Daten

Qualitätsrelevante Daten werden systematisch erhoben.

Die gesetzlich vorgeschriebene externe Qualitätssicherung wird in vollem Umfang erfüllt. Für die externe Qualitätssicherung ist der jeweilige Chefarzt verantwortlich. Die Mitarbeiter sind über den aktuellen Stand der zu dokumentierenden Fälle informiert. Eine vorhandene Software erlaubt über den QS-Filter die Visualisierung der entsprechenden Fälle. Regelmäßig wird die Aktualität überprüft. Die Dokumentation erfolgt zeitnah. Die EDV-Abteilung erfasst alle in Frage kommenden Fälle und meldet diese an die entsprechende Auswertungszentrale.

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 gezielte Befragung der Patienten, Mitarbeiter und Einweiser erhalten wir eine regelmäßige Rückmeldung über die Qualität unserer geleisteten Arbeit. Befragungen als ein wichtiges Instrument zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung werden geplant und durchgeführt. Unterstützt vom Lenkungsausschuss erfolgt die strategische Planung und Bereitstellung finanzieller Ressourcen durch die Krankenhausleitung. Patientenbefragungen erfolgen in unserem Krankenhaus regelmäßig. Im Jahr 2006 führen wir die Befragung dreimal über jeweils einen Monat durch.

6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Alle Patientenwünsche und -beschwerden werden von der Krankenhausleitung entgegen genommen, in Kopie an das entsprechende Krankenhausleitungsmitglied und die Abteilung/Station weitergeleitet sowie dort ausgewertet. Eine Rückinformation über die Klärung erhält die Krankenhausleitung zeitnah. Der Patient bzw. die Angehörigen erhalten eine abschließende Antwort. Die eingehende Beschäftigung mit den Beschwerden und Wünschen des Patienten zielt darauf, die Patientenzufriedenheit zu verbessern, stellt aber auch ein wichtiges Mittel zur Qualitätsverbesserung dar.