

Qualitätsbericht 2008

Krankenhaus Angermünde



Strukturierter Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2008

(gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB V)

Editorial.....	7
A	Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses..... 12
A-2	Institutionskennzeichen des Krankenhauses..... 12
A-3	Standort(nummer) 12
A-4	Name und Art des Krankenhausträgers..... 12
A-5	Akademisches Lehrkrankenhaus..... 12
A-6	Organisationsstruktur des Krankenhauses 12
A-7	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie..... 13
A-8	Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses..... 13
A-9	Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses..... 13
A-10	Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses 14
A-11	Forschung und Lehre des Krankenhauses..... 15
A-12	Anzahl der Betten im Krankenhaus nach §108/109 SGB V..... 15
A-13	Fallzahlen des Krankenhauses..... 15
A-14	Personal des Krankenhauses..... 15
B	Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen
B-1	Klinik für Innere Medizin 18
B-2	Klinik für Allgemeine Psychiatrie..... 22
C	Qualitätssicherung
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach §137 Abs.1 Satz 3 Nr.1 SGB V (BQS-Verfahren)..... 30
C-1.1	Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate 30
C-1.1.[1]	Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate für das Krankenhaus 30
C-1.2	Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren..... 30
C-1.2.[1]	Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren für das Krankenhaus..... 30
C-1.2.[1]	Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet A bewertete Qualitätsindikatoren..... 30
C-1.2.[1]	Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog A.I bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt..... 30
C-1.2.[1]	Vom Gemeinsamen Bundesausschuss eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene B Qualitätsindikatoren / Qualitätsindikatoren mit eingeschränkter methodischer Eignung 31
C-1.2.[1]	Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog B.I bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt..... 31
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß §112 SGB V 32
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V..... 32
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung..... 32
C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V..... 33
D	Qualitätsmanagement
D-1	Qualitätspolitik..... 36
D-2	Qualitätsziele 36
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements..... 37
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements..... 38
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte..... 40
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements..... 43



Liebe Leserinnen und Leser dieses Qualitätsberichtes,

das Krankenhaus Angermünde ist ein wichtiger Bestandteil des Verbundes von Unternehmen im Gesundheitswesen GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH. Gemeinsam mit den anderen Mitgliedern dieses Verbundes arbeiten wir täglich an der Sicherung und Verbesserung unserer Qualität. Hierzu führen wir Projekte zur Kunden- und Mitarbeiterorientierung, Maßnahmen zur Verbesserung unserer Abläufe, Befragungen, Zertifizierungen und viele weitere Maßnahmen durch, über die in diesem Qualitätsbericht zu lesen ist. Damit gehen wir über den gesetzlich vorgeschriebenen Umfang eines Qualitätsberichtes deutlich hinaus und geben ein vollständiges Bild unserer Qualitätsbemühungen.

Dabei stellen wir unsere hohe Qualität in standardisierten Zertifizierungsverfahren unter Beweis. Unser Krankenhaus in Angermünde ist bereits nach dem deutschlandweiten Verfahren der Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ) zertifiziert. Die anderen zum Verbund gehörenden Krankenhäuser haben Projekte zum Erwerb dieser Zertifikate begonnen. Darüber hinaus werden einzelne Bereiche nach dem europäischen Standard DIN ISO regelmäßig zertifiziert. Auch die Zertifizierung verschiedener Organ- oder Behandlungszentren wird in den kommenden Monaten angestrebt.

Ein bedeutsamer Aspekt von Qualität ist für uns auch die Einbindung und Förderung der Region. Als kommunal getragenes Unternehmen sehen wir uns in der Pflicht, sichere und attraktive Arbeitsplätze in der Region zu erhalten und neu zu schaffen, die Region durch Veranstaltungen zu beleben und regionale Vereine zu unterstützen sowie durch eine professionelle Öffentlichkeitsarbeit das Vertrauen in unsere Unternehmen und die Region zu stärken.

So tragen wir über die Sicherstellung einer hochwertigen Gesundheitsversorgung hinaus wesentlich dazu bei, dass unsere Region lebenswert ist, sich entwickelt und für jedermann ein attraktives Umfeld bietet.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Harald Kothe-Zimmermann', written in a cursive style.

Harald Kothe-Zimmermann
Geschäftsführer

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Matthias Lauterbach', written in a cursive style.

Matthias Lauterbach
Geschäftsführer



Sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

das Krankenhaus Angermünde ist ein modernes Fachkrankenhaus mit einer Klinik für Innere Medizin sowie einer Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie/-somatik und Suchtmedizin. Es verfügt über 130 Betten inklusive 18 tagesklinischer Plätze am Standort Schwedt. Eine leistungsstarke radiologische Abteilung mit CT, ein Krankenhauslabor sowie eine modern ausgestattete Physiotherapie und Ergotherapie runden das Angebot für ambulante sowie stationäre Patienten ab.

Das Krankenhaus Angermünde wird durch die Medizinisch-Soziale Zentrum Uckermark gGmbH, welche seit September 2005 ein 100%iges Tochterunternehmen der GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH ist, betrieben. Mit Gründung der GLG konnte das Ziel verwirklicht werden, Krankenhäuser zweier Landkreise -Barnim und Uckermark- in eine Gesellschaft zu vereinen, um eine abgestimmte und umfassende Gesundheitsversorgung anzubieten.

Die Geschichte unseres Hauses reicht bis ins Jahr 1894 zurück. 1896 wurde es mit 14 Zimmern und 26 Betten eingeweiht. In den letzten Jahrzehnten wurden viele Millionen Euro investiert. So entstand 1993 eine moderne psychiatrische Klinik als Resultat der Umsetzung der Psychiatrieplanung im Land Brandenburg. In enger Kooperation zwischen der Klinik für Innere Medizin und der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie/-somatik und Suchtmedizin können unsere Patienten ganzheitlich und integrativ behandelt werden. Angeschlossen an das stationäre Konzept sind folgende Strukturen: Tagesklinik in Schwedt/Oder, Angermünder Institut für Suchttherapie und Suchtmedizin, ambulante Suchtberatung in Angermünde und Templin, Wohnstätten für chronisch Suchtkranke und für psychisch Kranke in Criewen.

Die gemeindenahe Versorgung in den Flächenkreis Uckermark hinein wird befördert durch Mitarbeit im hausärztlich-psychiatrisch-psychotherapeutischen Qualitätszirkel, der Psychosozialen Arbeitsgruppe und anderen Arbeitsgruppen und Instanzen der Region.

Mit diesem Qualitätsbericht, der dem Gesetz folgend nach Struktur- und Leistungsdaten je Fachabteilung gegliedert ist, möchten wir unsere Leistungen im Geschäftsjahr 2008 präsentieren. Außerdem wollen wir die Maßnahmen zur Qualitätssicherung unseres Krankenhauses vorstellen und über aktuelle Strategien zur Verbesserung berichten. Als zukunftsorientiertes Krankenhaus haben wir uns im Januar 2009 nach den Kriterien der „Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“ (KTQ) wiederholt erfolgreich zertifizieren können.

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Herrn Kothe-Zimmermann, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.


Marita Schönemann
Verwaltungsleiterin



A

Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhausname: Krankenhaus Angermünde
 Hausanschrift: Rudolf-Breitscheid-Straße 37
 16278 Angermünde
 Telefon: 03331 271-0
 Fax: 03331 271-444
 URL: www.krankenhaus-angermuende.de
 Email: info@krankenhaus-angermuende.de

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

Institutionskennzeichen: 261200424

A-3 Standort(nummer)

Standort: 00

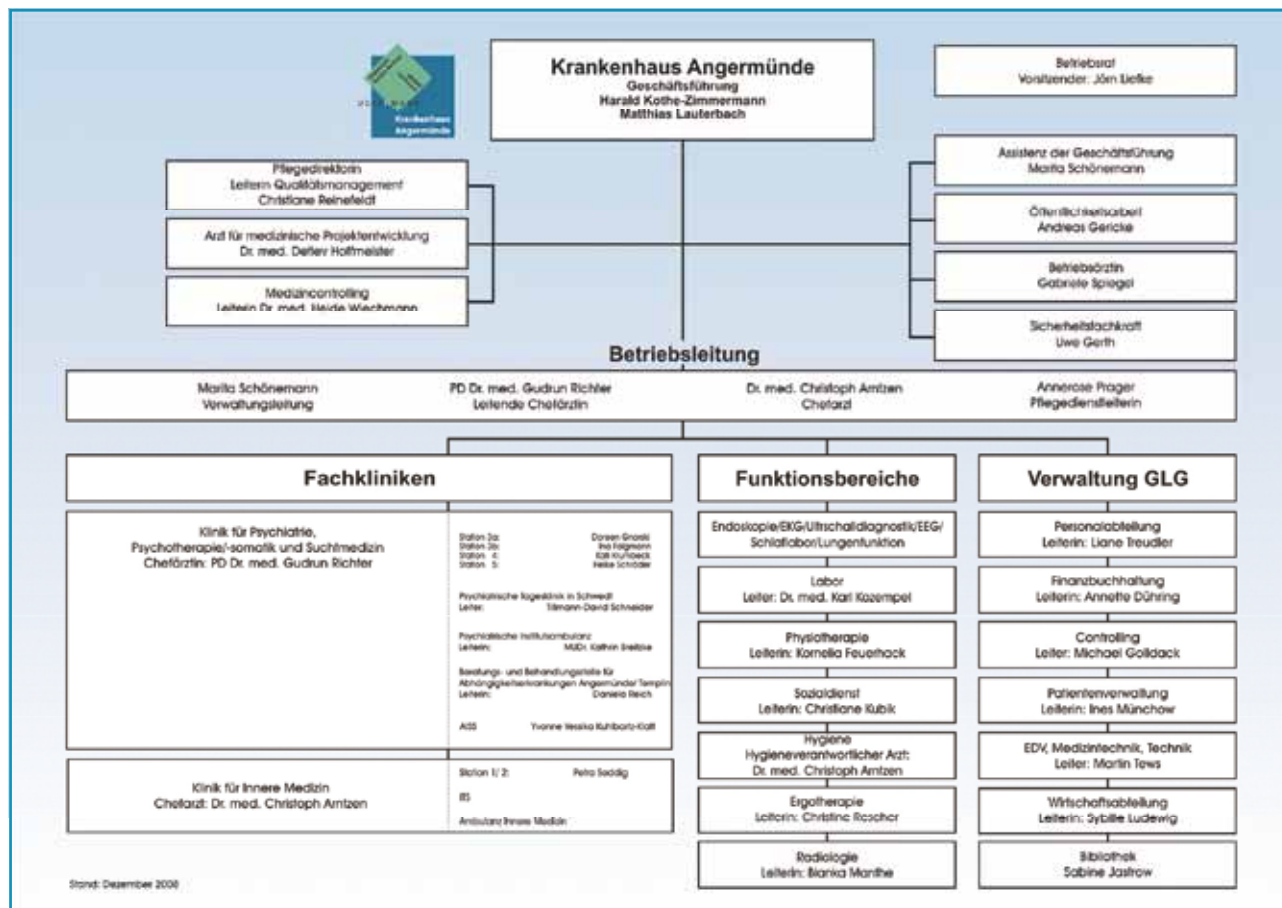
A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: Medizinisch-Soziales Zentrum Uckermark gGmbH
 Art: öffentlich

A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus: Nein
 Frau Priv.-Doz. Dr. Richter, Chefärztin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie/-somatik und Suchtmedizin, ist externe Hochschullehrerin der Humboldt-Universität Berlin und betreut Doktoranden und Studenten bei der Erstellung von Promotionsarbeiten.

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses



A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung? Ja

Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie /-somatik und Suchtmedizin erfüllt den Vollversorgungsauftrag für den Landkreis Uckermark. Die Klinik stellt sicher, dass jeder bedürftige Bürger des Landkreises rund um die Uhr akute psychiatrische Versorgung erhält. Wir arbeiten dazu eng mit den niedergelassenen Nervenärzten, Psychotherapeuten, dem Sozialpsychiatrischen Dienst der Uckermark und anderen komplementären Diensten zusammen.

Selbstverständlich nehmen wir auf Wunsch auch Patienten aus anderen Landkreisen zur psychiatrischen, psychotherapeutisch - psychosomatischen und suchtmmedizinischen Behandlung je nach aktueller Kapazität auf.

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

Psychosomatik (VS00)	
Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind	Klinik für Innere Medizin Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie/-somatik und Suchtmedizin
Kommentar / Erläuterung	Die meisten Erkrankungen betreffen Körper und Seele. In enger Zusammenarbeit erfolgt in beiden Kliniken eine ganzheitliche Behandlung mit jeweils individueller Schwerpunktsetzung für alle Patienten.
Suchtmedizin (VS00)	
Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind	Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie/-somatik und Suchtmedizin Klinik für Innere Medizin
Kommentar / Erläuterung	Abhängigkeitserkrankte Menschen erhalten im Krankenhaus eine umfassende Therapie, die die Behandlung des abhängigen Verhaltens und der körperlichen Begleit- und Folgeerkrankungen umfasst. Es bestehen enge Kontakte zur Suchtberatung der MSZ Uckermark gGmbH. Die Teilnahme am Nikotinentwöhnungsprogramm ist möglich.

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

- **Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie (MP32)**
Als Einzeltherapien nach ärztlicher Anordnung werden alle gängigen Therapieformen (wie z.Bsp. Vestibularstraining, Ergometertraining und weitere Spezialtherapien) angeboten, aber auch verschiedene Tests (6 min Gehstest, definierte Gehstrecke, provoziertes Sputum) werden durchgeführt.
- **Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik (MP35)**
- **Massage (MP25)**
Klassische Massage, Bindegewebs-, Colon-, Segmentmassagen, psychoaktive Atemmassage bei PatientInnen mit Depression, Angst, Stress und Burnout.
- **Wärme- und Kälteanwendungen (MP48)**
auf ärztliche Anordnung als Packung, auch als heiße Rolle
- **Wirbelsäulengymnastik (MP49)**
wird bei PatientInnen mit psycho-somatischen Störungen zur Aktivierung und Mobilisation angeboten.
- **Manuelle Lymphdrainage (MP24)**
- **Nordic Walking (MP00)**
wird zur Schulung von körperlicher Fitness und Koordination auf ärztlichen Rat angeboten.
- **Fußreflexzonenmassage (MP18)**
wird als Entspannungsmethode ärztlich verordnet.
- **Kinästhetik (MP21)**
Drei Mitarbeiterinnen der Pflege wurden bereits in Kinästhetik qualifiziert. Sie wirken als Multiplikatoren auf den Stationen. Weitere Qualifikationen sind geplant.
- **Ergotherapie/Arbeitstherapie (MP16)**
Ergotherapie wird nach ärztlicher Anordnung für PatientInnen beider Abteilungen angeboten. Dabei werden deren motorische, psychische und kognitive Fähigkeiten wieder hergestellt oder verbessert. Lebenspraktische Übungen sind in diese Therapie eingeschlossen.
- **Kontinenztraining/Inkontinenzberatung (MP22)**
Nach Vorlage des Expertenstandards ist eine hausspezifische Richtlinie in Erarbeitung.

- **Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare (MP03)**
Monatlich werden Angehörige zu einem Treffen im Krankenhaus persönlich eingeladen, um sich von einer Sozialarbeiterin persönlich beraten zu lassen oder sich untereinander austauschen zu können. Des Weiteren finden regelmäßige Gespräche mit Angehörigen auf jeder Station statt.
- **Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden (MP09)**
Es gilt ein Standard für die Betreuung von Sterbenden und die Versorgung von Verstorbenen. Zusätzlich beraten ärztliches, pflegerisches und therapeutisches Personal im konkreten Fall über die Betreuung entsprechend den individuellen Bedürfnisse von betroffenen PatientInnen.
- **Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen (MP52)**
Es findet ein wöchentlicher Kontakt mit Selbsthilfegruppen im Krankenhaus statt. Auf der Suchtsation werden regelmäßig wöchentlich Selbsthilfegruppen zur Vorstellung eingeladen.
- **Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege (MP17)**
Fallbesprechungen und Helferkonferenzen finden regelmäßig statt.
- **Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege (MP15)**
Für beide Abteilungen erfolgt die Vorbereitung und Umsetzung der Entlassung unserer Patienten nach klinikspezifischen Standards.
- **Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen (MP39)**
- **Beratung/Betreuung durch Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen (MP07)**
Alle PatientInnen haben die Möglichkeit, sozialarbeiterische Beratungen und Unterstützungen in Anspruch zu nehmen. Wöchentlich findet auf jeder psychiatrischen Station eine Inforunde für Patienten statt. Für alle PatientInnen wird im Rahmen von Visiten und Teambesprechungen der individuelle Hilfebedarf festgestellt, um entsprechende Interventionsmöglichkeiten umsetzen zu können. Vermittlungen von Informationen zum Grundsicherungsamt, Arbeitsamt und anderen Leistungsträgern, Beantragungen von Rehabilitationsmaßnahmen und Kontakte zu ambulanten Diensten.
- **Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse (MP33)**
Nichtraucherkurse
- **Asthmaschulung (MP54)**
- **Ethikberatung/Ethische Fallbesprechung (MP58)**
- **Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/ Konzentrationstraining (MP59)**
- **Sozialdienst (MP63)**
- **Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit (MP64)**

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

- Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA03)
- Ein-Bett-Zimmer (SA02)
- Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (SA11)
- Zwei-Bett-Zimmer (SA10)
- Elektrisch verstellbare Betten (SA13)
- Fernsehgerät am Bett/im Zimmer (SA14)
- Rundfunkempfang am Bett (SA17)
- Telefon (SA18)
- Faxempfang für Patienten und Patientinnen (SA24)
ist über die Sekretariate möglich
- Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer (SA19)
- Rollstuhlgerechte Nasszellen (SA06)
- Teeküche für Patienten und Patientinnen (SA08)
- Fernsehraum (SA04)
- Aufenthaltsräume (SA01)
- Fitnessraum (SA25)
- Bibliothek (SA22)
Unsere Patientenbibliothek ist täglich für alle PatientInnen zugänglich. Die Fachbibliothek steht allen MitarbeiterInnen zur Verfügung.
- Cafeteria (SA23)
Alle PatientInnen und BesucherInnen können zu festgelegten Zeiten die Cafeteria besuchen.
- Kiosk/Einkaufsmöglichkeiten (SA28)
- Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl) (SA20)
- Parkanlage (SA33)
- Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen (SA30)
- Unterbringung Begleitperson (SA09)
- Seelsorge (SA42)
- Dolmetscherdienste (SA41)
- Besuchsdienst/„Grüne Damen“ (SA39)

- Kulturelle Angebote (SA31)
- Rauchfreies Krankenhaus (SA34)
- Abschiedsraum (SA43)
- Beschwerdemanagement (SA55)
- Diät-/Ernährungsangebot (SA44)
- Empfangs- und Begleitsdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen (SA40)
- Fortbildungsangebote/Informationsveranstaltungen (SA49)
- Frühstücks-/Abendbuffet (SA45)
- Getränkeautomat (SA46)
- Kostenlose Getränkebereitstellung (SA21)
- Nachmittagstee/-kaffee (SA47)
- Orientierungshilfen (SA51)
- Patientenförsprache (SA56)
- Postdienst (SA52)
- Sozialdienst (SA57)
- Tageszeitungsangebot (SA54)
- Wäscheservice (SA38)

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-11.1 Forschungsschwerpunkte

trifft nicht zu

A-11.2 Akademische Lehre

trifft nicht zu

A-11.3 Ausbildung in anderen Heilberufen

- Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin (HB01)

A-12 Anzahl der Betten im Krankenhaus nach §108/109 SGB V

Betten: 142

A-13 Fallzahlen des Krankenhauses

Vollstationäre Fallzahl: 3221

Ambulante Fallzahl:

- Fallzählweise: 2311

- Quartalszählweise:

- Patientenzählweise:

- Sonstige Zählweise:

A-14 Personal des Krankenhauses

A-14.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	20,7
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	7,0
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0,0

VK-Berechnung auf Basis der 40-Stunden-Woche

A-14.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	77,9	3 Jahre
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	1,0	1 Jahr

VK-Berechnung auf Basis der 40-Stunden-Woche



B

Struktur und Leistungsdaten der
Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-1 Klinik für Innere Medizin

B-1.1 Allgemeine Angaben - Klinik für Innere Medizin

Fachabteilung:	Klinik für Innere Medizin
Art:	Hauptabteilung
Chefarzt:	Dr. med. Christoph Arntzen
Ansprechpartner:	Sekretariat: Frau Homann
Hausanschrift:	Rudolf-Breitscheid-Straße 37 16278 Angermünde
Telefon:	03331 271-113
Fax:	03331 271-294
URL:	www.krankenhaus-angermuende.de/Klinik-fuer-Innere-Medizin.151.0.html
EMail:	arntzen@krankenhaus-angermuende.de

Die Klinik für Innere Medizin verfügt über 45 Betten im komplett modernisierten, denkmalgeschützten Krankenhaus-Hauptgebäude. Für die Patienten stehen komfortable Ein- und Zweibettzimmer mit eigenem Sanitärbereich, Telefon und Fernseher zur Verfügung. Das Krankenhaus betreibt eine durchgehend mit Ärzten und Pflegekräften besetzte Erste Hilfe/Notaufnahme.

Jährlich werden mehr als 2000 Patienten aus dem gesamten Spektrum der Inneren Medizin stationär behandelt: Lungenerkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Magen-Darm-Erkrankungen etc.

Die Abteilung verfügt über modernste Geräte zur Ultraschalluntersuchung von Herz (Farbdoppler-Echokardiographie, auch über die Speiseröhre, Stressechokardiographie), Bauchorganen, Schilddrüse sowie zur Beurteilung von Blutgefäßen. Zur täglichen Routine gehört ebenfalls eine umfangreiche Herz-Kreislauf-Diagnostik (Langzeit-Blutdruck-Messung, Langzeit-EKG, Spiroergometrie).

In der Endoskopie-Abteilung werden Spiegelungen von Magen, Darm und Lunge (Gastroskopie, Koloskopie, Bronchoskopie, Thorakoskopie) auf Wunsch auch in Kurznarkose durchgeführt. Akute Blutungen aus Magengeschwüren werden endoskopisch gestillt, Polypen bei Krebsvorsorge-Darmspiegelungen mit einer Elektroschlinge schmerzlos entfernt.

Ein Schwerpunkt der Klinik liegt im Bereich der Lungenerkrankungen. So existiert ein modernes Lungenfunktionslabor (Bodyplethysmographie) sowie ein Schlaflabor mit 2 Messplätzen, in dem Patienten mit Tagesmüdigkeit oder Schnarchen mit Atemstillständen untersucht und behandelt werden.

Die Röntgenabteilung führt Untersuchungen bei ambulanten und stationären Patienten durch und verfügt über einen 24-Stunden einsatzbereiten Computertomographen.

Das Zentrallabor führt rund um die Uhr sämtliche Blut-, Urin- und Liquoruntersuchungen durch.

Auf der Intensivstation werden nach Einlieferung durch den Notarztwagen lebensbedrohliche Erkrankungen wie Herzinfarkt, Lungenembolie, schwere Lungenentzündungen, Schlaganfall etc. behandelt.

In der Ambulanz des Chefarztes können Spezialuntersuchungen auch ohne Krankenhausaufnahme durchgeführt werden (Darmspiegelung, auch zur Krebsvorsorge, Schlaflabor-Sprechstunde, ambulante Chemotherapie).

Ein neuer Service ist der ambulante Gesundheits-Check im Krankenhaus. Interessenten können sich in einem unverbindlichen Vorgespräch über diese individuelle Vorsorgeleistung informieren.

B-1.2 Versorgungsschwerpunkte - Klinik für Innere Medizin

- **Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15)**
Wichtiger Versorgungsschwerpunkt der Fachabteilung liegt im Bereich der Lungen- und Bronchialheilkunde einschließlich der bösartigen Erkrankungen im Bereich des Brustkorbes (einschließlich Chemotherapie).
- **Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02)**
Diagnostik mittels Echokardiographie (Herzultraschall) oder Rechtsherzkatheter.
- **Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura (VI16)**
Diagnostik mittels Ultraschall, Computertomographie und Thorakoskopie. Verklebung des Rippenfellspaltes bei nachlaufenden Pleuraergüssen (Pleurodese).
- **Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen (VI18)**
Diagnostische und therapeutische Endoskopie (Stent-Einlage, Argon-Plasma-Koagulation, Anlage von Magenernährungs sonden/PEG), Port-Implantation, Chemotherapie (auch ambulant).
- **Intensivmedizin (VI20)**
Nichtinvasives und invasives Monitoring, Elektrokardioversion, passagere Schrittmachertherapie, nichtinvasive und invasive Beatmung, Tracheotomie, fibrinolytische Therapie.
- **Diagnostik und Therapie von Allergien (VI22)**
Haut-Testungen, inhalative Provokationstests.
- **Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten (VI19)**
Isolier-Zimmer mit Schleuse zur Behandlung infektiöser oder abwehrgeminderter Patienten (Tuberkulose, infektiöse Hepatitis, multiresistente Hospitalkeime).

- **Sonstige im Bereich Innere Medizin (VI00)**

Die Schlafmedizin inklusive der Beatmungstherapie nächtlicher Atmungsstörungen ist ein weiterer Versorgungsschwerpunkt der Fachabteilung für Innere Medizin. Hierzu existiert ein Schlaflabor mit zwei Messplätzen.

B-1.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote - Klinik für Innere Medizin

- **Beatmungsmedizin (MP00)**

- **Schlafmedizin (MP00)**

- **Intensivmedizin (MP00)**

- **Pneumologie (MP00)**

- **Schmerztherapie/-management (MP37)**

Es wird nach den allgemeinen Schmerztherapieleitlinien sowie spezifischen Standards für unterschiedliche Schmerzursachen gearbeitet. Zur Erfolgskontrolle nutzen wir Schmerzskalen.

- **Medizinische Fußpflege (MP26)**

Für PatientInnen, bei denen eine medizinische Fußpflege notwendig ist, werden externe Anbieter organisiert.

- **Wundmanagement (MP51)**

Die Wunddokumentation wird nach Standard geführt. Unsere Wundmanagerin berät die Stationen, koordiniert Materialien für spezielle Wundverbände und gewährleistet durch regelmäßige Teilnahme an Fortbildungen die optimale Wundversorgung.

- **Diät- und Ernährungsberatung (MP14)**

Geschultes Personal führt auf ärztliche Anordnung die Beratung durch. Eine Krankenschwester mit der Qualifikation „Diätberaterin“ berät nach Anforderung auf allen Stationen. Außerdem führt sie regelmäßig Schulungen für jeweils eine Pflegekraft/Station durch, die dann als Multiplikatoren in ihrem Bereich wirksam werden.

- **Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen (MP13)**

Alle PatientInnen, die zur Insulineinstellung eingewiesen wurden, werden durch die Diätberaterin geschult.

- **Atemgymnastik/-therapie (MP04)**

Wird für alle PatientInnen mit Atemwegserkrankungen und zur Pneumonieprophylaxe lt. ärztlicher Anordnung durchgeführt.

Die medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote des gesamten Krankenhauses sind unter A-9 aufgeführt.

B-1.4 Nicht-medizinische Serviceangebote - Klinik für Innere Medizin

Die allgemeinen nicht-medizinischen Serviceangebote des Krankenhauses sind unter A-10 aufgeführt.

B-1.5 Fallzahlen - Klinik für Innere Medizin

Vollstationäre Fallzahl: 2053

B-1.6 Diagnosen nach ICD - Klinik für Innere Medizin

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD - Klinik für Innere Medizin

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C34	239	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs
2	I50	136	Herzschwäche
3	J18	131	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
4	I10	78	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache
5	F10	70	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol
6	J44	70	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD
7	E11	67	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2
8	I21	61	Akuter Herzinfarkt
9	R55	55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps
10	I20	49	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris

B-1.7 Prozeduren nach OPS - Klinik für Innere Medizin

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS - Klinik für Innere Medizin

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-710	373	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie
2	1-632	325	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
3	1-620	276	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung
4	8-542	242	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut
5	1-650	149	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie
6	1-440	112	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung
7	8-800	91	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
8	8-706	68	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung
9	8-390	59	Behandlung durch spezielle Formen der Lagerung eines Patienten im Bett, z.B. Lagerung im Schlingentisch oder im Spezialbett
10	1-430	57	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den Atemwegen bei einer Spiegelung

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten - Klinik für Innere Medizin

In der Fachabteilung für Innere Medizin gibt es darüber hinaus eine Schlafsprechstunde sowie eine Sprechstunde des Chefarztes speziell für Lungenerkrankungen.

Schlafsprechstunde	
Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V (AM05)
Kommentar	Schlaflabor, Diagnostik und Therapie
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin (VI32)
Sprechstunde Magenspiegelung	
Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V (AM05)
Angebotene Leistung	Endoskopie (VI35)
Sprechstunde für Darmkrebsvorsorge	
Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V (AM05)
Kommentar	Vorsorgedarmspiegelungen
Angebotene Leistung	Endoskopie (VI35)
Sprechstunde für Lungenkrebs	
Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V (AM05)
Kommentar	Ambulante Chemotherapie

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V - Klinik für Innere Medizin

Im Rahmen der Ambulanz wurden weitere Gastroskopien (1-632) und Koloskopien (1-650) durchgeführt. Außerdem wurden noch zusätzliche Spiegelungen der Luftröhre und der Bronchien (1-620) erbracht.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft - Klinik für Innere Medizin

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-1.11 Apparative Ausstattung - Klinik für Innere Medizin

- Spirometrie/Lungenfunktionsprüfung (AA31)
- Schlaflabor (AA28)
- Computertomograph (CT) (AA08)
(keine 24h-Notfallverfügbarkeit) Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen
- Bronchoskopie (AA00)
- Thorakoskopie (AA00)
- Gastroskopie (AA00)
- Koloskopie (AA00)
- Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/Duplexsonographiegerät (AA29)
(keine 24h-Notfallverfügbarkeit) Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/farbkodierter Ultraschall

B-1.12 Personelle Ausstattung

B-1.12.1 Ärzte und Ärztinnen - Klinik für Innere Medizin

	Anzahl	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	8,8	
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	4,0	Weiterbildungsbefugnis Innere Medizin und Allgemeinmedizin, Schwerpunkt Pneumologie
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0,0	

Fachexpertise der Abteilung

- Innere Medizin und SP Pneumologie (AQ30)
- Intensivmedizin (ZF15)
- Schlafmedizin (ZF39)

VK-Berechnung auf Basis der 40-Stunden-Woche

B-1.12.2 Pflegepersonal - Klinik für Innere Medizin

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	32,6	3 Jahre

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

- Hygienefachkraft (PQ03)
- Intensivpflege und Anästhesie (PQ04)
- Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten (PQ05)
- Diabetes (ZP03)
- Praxisanleitung (ZP12)

VK-Berechnung auf Basis der 40-Stunden-Woche

B-1.12.3 Spezielles therapeutisches Personal - Klinik für Innere Medizin

- Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin (SP05)
- Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin (SP25)
- Physiotherapeut und Physiotherapeutin (SP21)

B-2 Klinik für Allgemeine Psychiatrie

B-2.1 Allgemeine Angaben - Klinik für Allgemeine Psychiatrie

Fachabteilung:	Klinik für Allgemeine Psychiatrie
Art:	Hauptabteilung
Chefarzt:	Priv.-Doz. Dr. med. Gudrun Richter
Ansprechpartner:	Sekretariat: Frau Puskas
Hausanschrift:	Rudolf-Breitscheid-Straße 37 16278 Angermünde
Telefon:	03331 271-410
Fax:	03331 271-399
URL:	www.krankenhaus-angermuende.de/Klinik-fuer-Psychiatrie-Psych.152.0.html
EMail:	gudrun.richter@krankenhaus-angermuende.de

Die Spezialisierung der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie/-somatik und Suchtmedizin ist ein integriertes gemeindenahe Versorgungsangebot unter Einschluss aller Störungsbilder für die Bevölkerung der Uckermark (regionaler Vollversorgungsauftrag). Das heißt, es handelt sich um eine individualisierte spezialisierte Versorgung, in welcher nicht der Patient in ein Spezialangebot „passen“ muss, sondern die Behandlungsangebote auf den professionell ermittelten individuellen (stationären) Hilfebedarf des Patienten zugeschnitten - „spezialisiert“ - werden, also Patientenzentrierung statt Anbieterzentrierung.

Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie/-somatik und Suchtmedizin hat folgende Stationen:

- Zwei allgemeinpsychiatrische Stationen
- Eine suchtmedinische Station
- Eine psychotherapeutische/-somatische Station
- Eine psychiatrische Tagesklinik am Standort Schwedt

B-2.2 Versorgungsschwerpunkte - Klinik für Allgemeine Psychiatrie

- **Spezialsprechstunde (VP12)**
In der Institutsambulanz wird eine sogenannte „Gedächtnissprechstunde“ zur Diagnostik und Therapie von Demenzerkrankungen angeboten.
- **Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10)**
Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie / -somatik und Suchtmedizin hat einen Versorgungsschwerpunkt in der Diagnostik und Therapie gerontopsychiatrischer Krankheitsbilder. Neben depressiven Störungen bei älteren Patienten diagnostizieren und therapieren wir insbesondere dementielle Erkrankungen nach einer hausinternen Leitlinie. Weiterhin behandeln wir Patienten mit Verwirrheitszuständen. Wir arbeiten eng mit unserer internistischen Klinik zusammen, um auslösende oder mitbestehende körperliche Erkrankungen zu behandeln.
- **Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen (VP07)**
Intelligenzstörungen sind ein Versorgungsschwerpunkt unserer Klinik. Wir verfügen über die Möglichkeit einer organischen und Testdiagnostik. Neben einer medikamentösen Therapie stehen andere Therapieverfahren zur Verfügung (Ergotherapie, Musiktherapie, Bewegungstherapie u.a.). Wir kooperieren eng mit den betreuenden Einrichtungen.
- **Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06)**
Zu den häufigen Störungen in der Bevölkerung gehören die Persönlichkeitsstörungen, wie z. B. die Borderline-Störung, die abhängige, die zwanghafte oder die ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung. Die voll- oder teilstationäre Behandlung hilft vor allem aktuelle Krisen zu bewältigen und in der Regel notwendige ambulante Therapien einzuleiten oder wieder zu ermöglichen.
- **Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (VP05)**
Von diesen Störungen bedürfen vor allem die Essstörungen Anorexie und Bulimie und ihre Unterformen der voll- oder teilstationären Behandlung. Die ebenfalls zugehörigen z.B. Schlafstörungen und Störungen der Sexualität führen in der Regel erst im Gefolge weiterer Störungen zur stationären Behandlung und erfahren dann kompetente Mitbehandlung.
- **Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04)**
Zur genannten Gruppe gehören u.a. die Angststörung in ihren zahlreichen Erscheinungsformen, die Zwangserkrankungen aber auch die Anpassungsstörung nach schweren belastenden Ereignissen. Schwerpunkt in der Therapie stellen hier die psychotherapeutischen Methoden dar, die ggf. von medikamentöser Therapie begleitet wird. Die Klinik hält eine spezialisierte Station für Psychotherapie und Psychosomatik vor.
- **Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03)**
Affektive Störungen stellen einen Behandlungsschwerpunkt unserer Klinik dar. Wir behandeln unsere Patienten leitliniengestützt unter Beachtung individueller Besonderheiten. Neben einer modernen antidepressiven medikamentösen Behandlung stehen andere Therapieverfahren (Psychotherapie, Ergotherapie, Lichttherapie u.a.) zur Verfügung.
- **Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP02)**
Unsere Klinik hat einen Versorgungsschwerpunkt in der Behandlung schizophrener Störungen und anderer wahnhaf-

ter nicht organisch bedingter Störungen. Wir behandeln unsere Patienten nach den aktuellen Leitlinien mit vorwiegend atypischen Antipsychotika. Unsere Patienten werden entsprechend ihrer Ressourcen in ein Therapieprogramm mit Ergotherapie, Musiktherapie, Psychoedukation und anderen Therapien integriert.

- **Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01)**
Die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen, sowohl der stoffgebundenen Süchte als auch der sogenannten Verhaltenssüchte (z.B. Spielsucht), findet auf der suchtmmedizinischen Station unserer Klinik statt. Therapeutische Schwerpunkte bilden dabei der „Qualifizierte Entzug“ und die Krisenintervention, z.B. nach vormaligem Rückfall. Modellhaft wird dabei eine integrierte Behandlung in Zusammenarbeit mit der Klinik für Innere Medizin und der Suchtberatung am Krankenhaus angeboten.

Die Behandlung der Patienten erfolgt in der gesamten Klinik unter offenen Bedingungen. Türschließungen finden in der Allgemeinpsychiatrie nur im Einzelfall und dann so kurz wie möglich statt. Ein führendes Prinzip unserer Arbeit ist die Vermeidung von Gewalt.

Die Einbeziehung von Angehörigen stellt in allen Bereichen einen wesentlichen Schwerpunkt dar.

B-2.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote - Klinik für Allgemeine Psychiatrie

- **Allgemeinpsychiatrie (MP00)**
Zur psychiatrischen Diagnostik finden neben den klinischen und testdiagnostischen Verfahren auch umfangreiche paraklinische Verfahren Anwendung.
Jeder Patient erhält einen individuellen Therapieplan, in dem Elemente der Soziotherapie, der Psychotherapie und der somatischen und komplementären Therapieverfahren auf seine akuten Bedürfnisse zugeschnitten werden.
In Ergänzung der medikamentösen Verfahren gibt es psychoedukative Gruppen und verhaltenstherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche. Entsprechend seines Therapieplans nimmt jeder Patient an den Angeboten der Ergo-, Bewegungs-, Musik-, Mal- und Tanztherapie und den psychoedukativen verhaltenstherapeutisch orientierten Einzel- und Gruppengesprächen teil.
An ergänzenden Behandlungsverfahren stehen die Lichttherapie und die Schlafentzugstherapie zur Verfügung.
- **Psychotherapie/-somatik (MP00)**
Die Indikation zur stationären Psychotherapie wird in Abhängigkeit von der Schwere der Störung sowie der therapeutischen Zielsetzung gestellt. Die vorübergehende Entlastung vom konflikthaften Milieu setzt dabei Ressourcen und Heilungskräfte frei, die im ambulanten Rahmen erst in längerer therapeutischer Arbeit erreichbar sind. Die psychotherapeutischen Interventionen erfolgen in einem strukturübergreifenden und ressourcenorientierten Kontext. Bei entsprechender Zielstellung und Motivation, ausreichender psychischer Stabilität und Reflektionsfähigkeit des Patienten können alle psychischen Störungen behandelt werden.
Stationäre Psychotherapie bietet die Möglichkeit, verschiedene Therapieformen einzusetzen. Frequenz und Zusammensetzung des Therapieplans werden den individuellen Bedürfnissen und Fähigkeiten des einzelnen Patienten angepasst.
- **Suchtmedizin (MP00)**
Nach Abschluss der regelmäßig durchgeführten scoregestützten Entzugsbehandlung (CIWA-AR) werden die Patienten in das unter ärztlicher Leitung stehende psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsprogramm, bestehend aus Gruppen- und Einzelgesprächen, kommunikativer Bewegungstherapie, Entspannungs- und Ergotherapie, Informationsveranstaltungen zu Abhängigkeitserkrankungen, tagesstrukturierenden Maßnahmen sowie Freizeitgestaltung integriert.
Ziele der Behandlung sind eine körperliche und psychische Stabilisierung, die Vermittlung der Diagnose, die Förderung der Abstinenzmotivation und die Befähigung zur Inanspruchnahme weiterer professioneller Hilfen. Aus diesem Grund gehören die Vorstellungen der Selbsthilfegruppen der Region sowie die enge Zusammenarbeit mit der Suchtberatungsstelle am Krankenhaus Angermünde zum Behandlungskonzept. Das Team setzt sich aus Ärzten, Psychologen, Krankenschwestern und -pflegern, Sozialarbeitern, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten zusammen.
- **Psychiatrische Tagesklinik in Schwedt (MP00)**
Seit zehn Jahren werden in der psychiatrischen Tagesklinik Schwedt Patienten mit psychischen Störungen behandelt. Das Behandlungsangebot ist sehr vielfältig. Neben therapeutischen Gruppen- und Einzelgesprächen gibt es Angebote wie Ergotherapie (handwerkliches und kreatives Arbeiten), Körpertherapie (Tanz-, Entspannungs- und Bewegungstherapie), Sport- und Freizeitaktivitäten, therapeutisches Kochen und Backen sowie Unterstützung und Beratung bei sozialrechtlichen Problemen. Außerdem nimmt die Beteiligung der Angehörigen in der Psychotherapie einen wesentlichen Stellenwert ein.
Die Gruppenpsychotherapie wird in der Regel nach thematisch freiem sog. interaktionellem Muster geführt, wobei zumeist ein Methodenpluralismus (tiefenpsychologisch fundierte und verhaltenstherapeutische Elemente) in der praktischen Umsetzung Anwendung finden.
- **Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst (MP34)**
Psychologische Betreuung mit psychotherapeutischem Ansatz findet auf allen Stationen statt. (siehe auch Psychotherapie)
- **Spezielles pflegerisches Leistungsangebot (MP42)**
Wöchentlicher Besuchsdienst ehrenamtlicher BürgerInnen der Stadt Angermünde wird durch Pflegenden koordiniert
- **Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie (MP23)**
Tanztherapie ermöglicht es psychisch Kranken Gefühle auszudrücken und Beziehungen zu gestalten - siehe auch Musiktherapie.

- **Bewegungstherapie (MP11)**
kommunikative Bewegungstherapie wird für alle psychosomatischen, psychotherapeutischen und SuchtpatientInnen angeboten
- **Musiktherapie (MP27)**
Musiktherapie (MT) wird zur Förderung produktiver Tätigkeiten und zur Beziehungsgestaltung für psychisch kranke PatientInnen in verschiedenen Formen (aktive MT, regulative MT, Malen mit Musik, gemeinsames Singen) angeboten.
- **Spezielle Entspannungstherapie (MP40)**
Wir bieten die Konzentrative Entspannung nach Wilda-Kiesel und die progressive Muskelentspannung nach Jacobsen an.

Die medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote des gesamten Krankenhauses sind unter A-9 aufgeführt.

B-2.4 Nicht-medizinische Serviceangebote - Klinik für Allgemeine Psychiatrie

Die allgemeinen nicht-medizinischen Serviceangebote des Krankenhauses sind unter A-10 aufgeführt.

B-2.5 Fallzahlen - Klinik für Allgemeine Psychiatrie

Vollstationäre Fallzahl: 1168

Teilstationäre Fallzahl: 182

B-2.6 Diagnosen nach ICD - Klinik für Allgemeine Psychiatrie

In der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie/-somatik und Suchtmedizin erfolgt die Behandlung der Patienten unter einem umfassenden Ansatz. Über die Therapie der akuten psychiatrischen Störung/Erkrankung hinaus, die unmittelbar zur voll- oder teilstationären Behandlung führt und in der „Hauptdiagnose“ abgebildet wird, erfolgt entsprechend des modernen Konzepts der Komorbidität die ausführliche Diagnostik aller Patienten bezüglich begleitender anderer psychischer und körperlicher Erkrankungen. Diese werden in den „Nebendiagnosen“ erfasst. Je nach deren Auftreten erfolgt die individuelle Therapieanpassung. Die Erfassung aller psychiatrischen Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) der 1095 Patienten des Jahres 2006 ergibt dabei folgendes Bild:

Organische Störungen (Demenz, u.a.):	178
Abhängigkeitserkrankungen:	529
Schizophrenien:	178
Affektive Störungen (Depressionen, u.a.):	390
Neurotische Störungen (Angststörungen, Anpassungsstörungen):	499
Persönlichkeitsstörungen:	95
Sonstige:	74
Gesamt:	1935

B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD - Klinik für Allgemeine Psychiatrie

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	F43	390	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben
2	F10	194	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol
3	F32	130	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode
4	F20	95	Schizophrenie
5	F05	54	Verwirrheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt
6	F41	53	Sonstige Angststörung
7	F33	34	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit
8	F25	22	Psychische Störung, die mit Realitätsverlust, Wahn, Depression bzw. krankhafter Hochstimmung einhergeht - Schizoaffektive Störung
9	F45	18	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert - Somatoforme Störung
10	F60	18	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z. B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung

B-2.7 Prozeduren nach OPS - Klinik für Allgemeine Psychiatrie

B-2.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS - Klinik für Allgemeine Psychiatrie

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-200	<=5	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten - Klinik für Allgemeine Psychiatrie

Ermächtigungsambulanz	
Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V (AM05)
Kommentar	Spezialsprechstunde der Chefarztin für Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie, Substitutionsbehandlung, EEG-Befundung
PIA	
Ambulanzart	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V (AM02)
Kommentar	Die PIA erfüllt einen spezifischen Versorgungsauftrag für psychisch Kranke, die wegen Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung eines besonderen krankenhausnahen Angebotes bedürfen. Das Behandlungsangebot besteht aus einer Komplexleistung mit dem gesamten Spektrum psychiatrisch-psychotherapeutischer Diagnostik und Therapie im ambulanten Setting.
Suchtberatung	
Ambulanzart	Sonstige Art der Ambulanz (AM00)
Kommentar	Beratung und Betreuung von Personen mit stoffgebundenen (Alkohol, Drogen, Nikotin) und stoffungebundenen Abhängigkeiten, enge Kooperation mit der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie/-somatik und Suchtmedizin, der Klinik für Innere Medizin und schwerpunktmäßig der psychiatrischen Institutsambulanz

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V - Klinik für Allgemeine Psychiatrie

trifft nicht zu

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft - Klinik für Allgemeine Psychiatrie

Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-2.11 Apparative Ausstattung - Klinik für Allgemeine Psychiatrie

- **Lichttherapiegerät (AA00)**
Bei depressiven Störungen, insbesondere saisonalen Depressionen, stellt die Lichttherapie ein zusätzliches Therapieverfahren dar. Nach ärztlicher Verordnung können Patienten über festgelegte Zeiten mit variierenden Lichtstärken behandelt werden.
- **Computergestützte Testdiagnostik (AA00)**
In unserer Klinik besteht die Möglichkeit verschiedene Testverfahren (z.B. DemTec) computergestützt durchzuführen. Wir verfügen über eine entsprechende Soft- und Hardware.
- **Computergestütztes kognitives Training (AA00)**
Für Patienten mit kognitiven Störung besteht die Möglichkeit eines computerbasierten kognitiven Trainings. Wir verfügen über die entsprechende Hardware. Als Software stehen die Programme REHACOM und COGPAK zur Verfügung.
- **Elektroenzephalographiegerät (EEG) (AA10)** (keine 24h-Notfallverfügbarkeit)
Hirnstrommessung
EEG - Ableitungen werden für vollstationäre, teilstationäre, ambulante Patienten und Patienten der Inneren Klinik durchgeführt.
- **Computertomograph (CT) (AA08)** (keine 24h-Notfallverfügbarkeit)
Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen
Computertomographische Untersuchungen werden für die Patienten der Psychiatrie am hauseigenen Gerät durchgeführt.

B-2.12 Personelle Ausstattung

B-2.12.1 Ärzte und Ärztinnen - Klinik für Allgemeine Psychiatrie

	Anzahl	Kommentar
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	11,9	
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	3,0	volle Weiterbildungsbefugnis der Chefärztin für das Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0,0	

Fachexpertise der Abteilung

- Neurologie (AQ42)
- Psychiatrie und Psychotherapie (AQ51)

VK-Berechnung auf Basis der 40-Stunden-Woche

B-2.12.2 Pflegepersonal - Klinik für Allgemeine Psychiatrie

	Anzahl	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	45,3	3 Jahre
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	1,0	1 Jahr

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

- Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten (PQ05)
- Psychiatrische Pflege (PQ10)
- Praxisanleitung (ZP12)
- Qualitätsmanagement (ZP13)

VK-Berechnung auf Basis der 40-Stunden-Woche

B-2.12.3 Spezielles therapeutisches Personal - Klinik für Allgemeine Psychiatrie

- Sonstige (SP00)
Tanztherapeutin
- Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin (SP25)
- Psychologe und Psychologin (SP23)
- Musiktherapeut und Musiktherapeutin (SP16)
- Physiotherapeut und Physiotherapeutin (SP21)
- Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin (SP24)
Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/Psychoanalyse, Gestalttherapie
- Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin (SP05)





Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach §137 Abs.1 Satz 3 Nr.1 SGB V (BQS-Verfahren)

Eine externe Qualitätssicherung erfolgt im Bereich der ambulant erworbenen Pneumonie und ihre Behandlung im Krankenhaus. Die Daten werden erfasst und an das Auswertungszentrum (BQS) weitergeleitet. Die Ergebnisse finden in der Qualitätskonferenz Klinikintern jährlich Berücksichtigung.

C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate C-1.1.[1] Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate für das Krankenhaus

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Ambulant erworbene Pneumonie	133	100,0	
Dekubitusprophylaxe	232	100,0	

C-1.2 Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren

C-1.2.[1] Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren für das Krankenhaus

C-1.2.[1] A Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren.

C-1.2.[1] A.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

Leistungsbereich (LB)	Lungenentzündung
Qualitätsindikator (QI)	Rasche Durchführung von Untersuchungen zur Feststellung des Sauerstoffgehaltes im Blut
Kennzahlbezeichnung	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoximetrie: Alle Patienten
Zähler / Nenner	127 / 135
Ergebnis (Einheit)	94,1%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	88,6 - 97,4%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	1
Kommentar Geschäftsstelle	Das abweichende Ergebnis ist durch ganz besondere Einzelfälle entstanden, die gut begründet sind (z.B. Vorlage von Epikrisen).

C-1.2.[1] B Vom Gemeinsamen Bundesausschuss eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren / Qualitätsindikatoren mit eingeschränkter methodischer Eignung.

C-1.2.[1] B.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Vorbeugung von Druckgeschwüren
Qualitätsindikator (QI)	Neu entstandene Druckgeschwüre während des Krankenhausaufenthaltes
Kennzahlbezeichnung	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthaltes bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Risikoadjustierte Rate der Patienten mit Dekubitus Grad 2 bis 4 bei Entlassung
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,9%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Vorbeugung von Druckgeschwüren
Qualitätsindikator (QI)	Neu entstandene Druckgeschwüre während des Krankenhausaufenthaltes
Kennzahlbezeichnung	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthaltes bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Risikoadjustierte Rate der Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	0,3%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,8%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	8

Legende - Bewertung durch den Strukturierten Dialog

- 0 = Der Strukturierte Dialog ist noch nicht abgeschlossen. Derzeit ist noch keine Einstufung der Ergebnisse möglich.
- 1 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig eingestuft.
- 2 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig eingestuft. Die Ergebnisse werden im Verlauf besonders kontrolliert.
- 3 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ auffällig eingestuft.
- 4 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als erneut qualitativ auffällig eingestuft.
- 5 = Das Ergebnis wird bei mangelnder Mitwirkung am Strukturierten Dialog als qualitativ auffällig eingestuft.
- 8 = Das Ergebnis ist unauffällig. Es ist kein Strukturierter Dialog erforderlich.
- 9 = Sonstiges (im Kommentar erläutert)
- 13 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wegen fehlerhafter Dokumentation als qualitativ auffällig eingestuft.
- 14 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wegen fehlerhafter Dokumentation als erneut qualitativ auffällig eingestuft.

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP teil:

- Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD) (LU)
- Asthma bronchiale (AST)
- Koronare Herzkrankheit (KHK) (KORO)

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Landesärztekammer Brandenburg

Ärztliche Stelle des Landes Brandenburg für Qualitätssicherung in der Radiologie

Dreifertstr. 12

030344 Cottbus

Ringversuche über die

Deutsche Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin

Referenzinstitut für Bioanalytik

Im Mühlenbach 52 a

53127 Bonn

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg

Fachbereich Qualitätssicherung (Koloskopie)

Gregor-Mendel-Str. 10/11

14469 Potsdam

Interdisziplinärer Qualitätszirkel Uckermark

für Hausärzte, niedergelassene Fachärzte, Psychologische Psychotherapeuten

Leitung: Chefärztin Priv.-Doz. Dr. med. Gudrun Richter,

Krankenhaus Angermünde

R.-Breitscheid-Str.37

16278 Angermünde

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

Das Leistungsspektrum des Krankenhauses Angermünde umfasst keine Prozeduren, die in der Mindestmengenvereinbarung nach §137 Abs.1 S.3, Nr.3 SGB V benannt sind.



D

Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

In der Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH gilt eine gemeinsame Qualitätspolitik als Grundlage aller Aktivitäten.

Unsere Qualitätspolitik

Ziel unserer Arbeit ist eine messbar gute Qualität der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse bei der ambulanten und stationären Behandlung unserer Patienten. Dabei stellt die wirtschaftliche Betriebsführung die Handlungsfähigkeit des Unternehmens sicher.

Qualitätsmanagement

- steigert die Versorgungs- und Lebensqualität unserer Patienten
- vermittelt Kompetenz und Professionalität in der Versorgung
- fördert die Beziehungen zwischen Mitarbeitern und Patienten
- steigert die Zufriedenheit in der Berufsausübung der Mitarbeiter
- verbessert die Leistungsfähigkeit und Wirksamkeit der Tätigkeiten im Krankenhaus
- intensiviert die internen und externen Geschäftsbeziehungen
- verbessert die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung.

Gute Qualität im Versorgungsprozess kann nur durch uns als Leistungserbringer erreicht werden. Darum wollen wir alle Mitarbeiter unseres Unternehmens und unserer Partner in das Qualitätsmanagement einbinden. Qualitätsbewusste Mitarbeiter gehen den Weg der kontinuierlichen Verbesserung der Abläufe gemeinsam.

Das Qualitätsmanagement ermöglicht es, sämtliche Abläufe an unseren Kunden auszurichten und kontinuierlich zu verbessern. Daher werden wir die Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems ständig überprüfen, Verbesserungspotentiale ableiten und Maßnahmen zur Qualitätssteigerung durchführen.

Die genannten Ziele werden in allen Unternehmen der GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH umgesetzt.

D-2 Qualitätsziele

Die GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH hat folgende gemeinsame Ziele und Strategien festgelegt:

1. Marktführerschaft in der regionalen Gesundheitswirtschaft

- Angebot des kompletten Leistungsspektrums der Krankenhausversorgung in der Region
- Ausbau der ambulanten Versorgung durch Gründung weiterer MVZ
- Ausbau der ambulanten Versorgung durch Zukauf weiterer Praxen für vorhandene MVZ
- Bindung niedergelassener Ärzte durch Angebot von Praxisräumen und Kooperationen
- Umfassende strukturierte Öffentlichkeitsarbeit
- Engagement in regional wichtigen Bereichen außerhalb des Gesundheitswesens
- Bildung von Kooperationen und Allianzen zur Optimierung der Patientenversorgung

2. Erhaltung und Schaffung von attraktiven und sicheren Arbeitsplätzen in der Region

- Vergrößerung des Einzugsbereiches in räumlicher und sachlicher Hinsicht
- Wahrnehmung der Unternehmerpflicht zur Ausbildung, mit vorrangiger Berücksichtigung von Bewerbern aus der Region
- Familienfreundliche Gestaltung der Arbeitsplätze und Arbeitsumstände
- Beteiligung der Mitarbeiter an der Gestaltung der eigenen Arbeitsumgebung und der Arbeitsumstände
- Verstärkung der Motivation und Identifikation der Mitarbeiter mit dem Unternehmen durch Corporate Identity und gemeinsame Veranstaltungen
- Durchführung einer strukturierten Personalentwicklung
- Umfassende und zeitnahe Information der Mitarbeiter über wichtige Tatsachen und Veränderungen
- Aushandeln von „Einkaufsvorteilen“ für Mitarbeiter des Konzerns
- Steigerung der Attraktivität der Region durch umfassendes Engagement im gesellschaftlichen Umfeld

3. Dauerhafte Sicherung der Investitionsfähigkeit durch Gewinnerzielung

- Belegungssicherung und -erweiterung durch Schaffung eigener Angebote im Gesundheitsmarkt und Bindung der Zuweiser
- Sicherung und Verbesserung der Wirtschaftlichkeit durch Optimierung der betrieblichen Prozesse
- Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Datensicherheit durch einheitliche EDV
- elektronisches Archivierungssystem
- Sicherung der Wirtschaftlichkeit durch abgestimmten Sachmitteleinsatz, gemeinsamen Einkauf und optimierte Logistikprozesse
- Sicherung der Wirtschaftlichkeit durch rechtzeitige Reinvestition und Gewährleistung einer modernen Ausstattung
- Sicherung bzw. Verbesserung der Wirtschaftlichkeit durch optimalen Personaleinsatz (Synergien)

4. Erschließung und Ausbau von Wachstumsmärkten in der Gesundheitswirtschaft

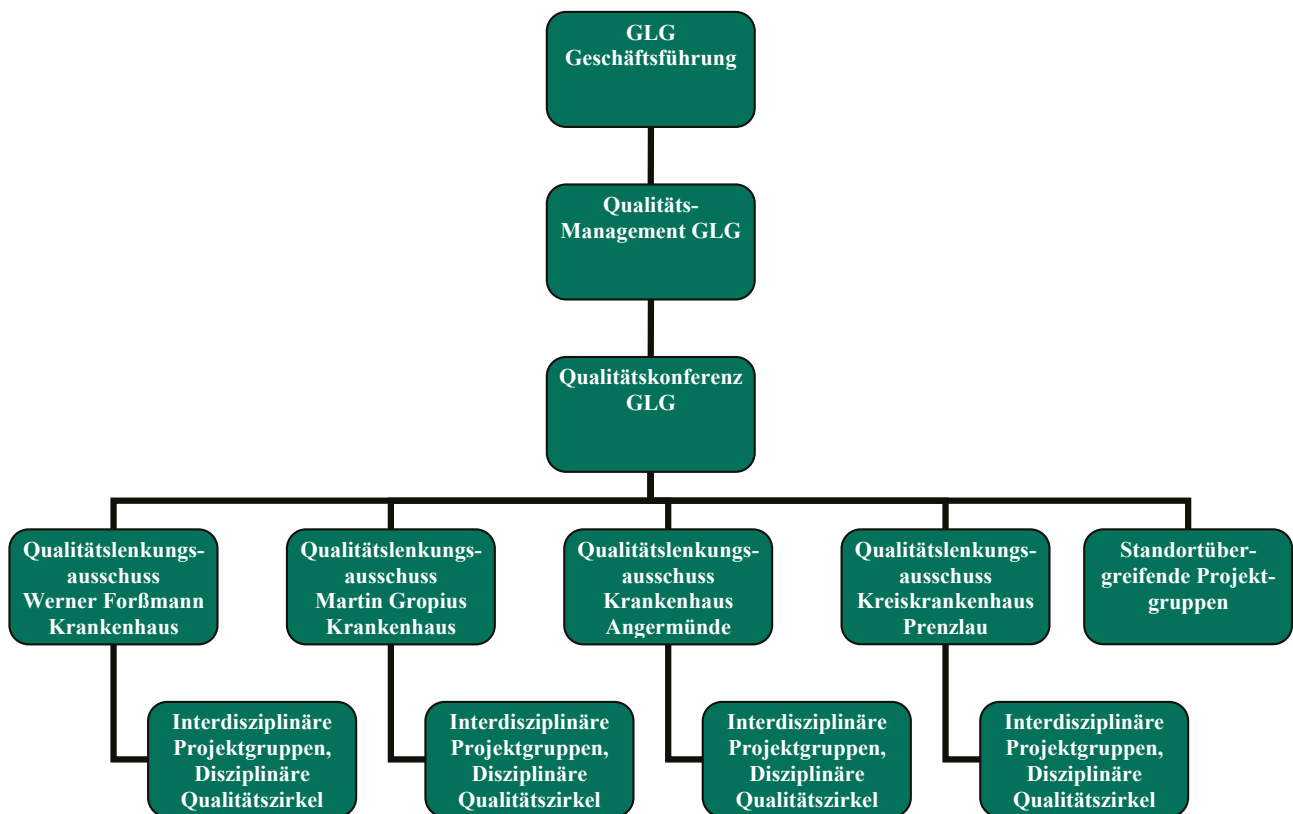
- Ausbau der ambulanten Versorgung durch Gründung weiterer MVZ
- Ausbau der ambulanten Versorgung durch Zukauf weiterer Praxen für vorhandene MVZ
- Ausbau der geriatrischen Versorgung
- Aufbau einer Frührehabilitation (ggf. gemeinsam mit Partnern)
- Ausbau der psychiatrischen Versorgung durch Errichtung von Tageskliniken und Institutsambulanzen
- Angebot von Prävention/Sport an Bevölkerung

5. Qualitätsführerschaft in der Region

- Kontinuierlicher Verbesserungsprozess in allen Bereichen des Konzerns
- Nachweis hoher Qualität durch Erwerb von Zertifikaten
- Kommunikation der Erreichung von Qualitätszielen
- Teilnahme an Disease Management Programmen
- Teilnahme an der Integrierten Versorgung
- Herausgabe von Berichten: Qualitätsbericht, Jahresbericht, Personalentwicklungsbericht, Sozialbilanz, Umweltbilanz

D-3 Aufbau des einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements

Die GLG Geschäftsführung trägt die Gesamtverantwortung für das Qualitätsmanagement. Sie legt die konzernweite Qualitätspolitik mit ihrer Strategie und den Leitsätzen fest, stellt die Systemmittel bereit und benennt den Aufbau der Strukturen. Darüber hinaus verantwortet die Geschäftsführung die Realisierung und Aufrechterhaltung des QM-Systems sowie den Gesamtetat der Abteilung.



Am 01.05.2008 wurde die zentrale Abteilung für Qualitätsmanagement gegründet. Diese Abteilung ist der Geschäftsführung unmittelbar zugeordnet und hat folgende Aufgaben:

- Auf- und Ausbau des Qualitätsmanagementsystems für die GLG unter Berücksichtigung bestehender Strukturen
- Erstellung eines Qualitätsentwicklungsplanes, der sowohl die Zertifizierungen der Krankenhäuser nach KTQ wie auch Zertifizierungen einzelner Bereiche nach DIN ISO 9001 umfasst
- Analyse der wesentlichen Kernprozesse in der Leistungserbringung und Entwicklung von Prozessorientierten Optimierungsstrategien
- Schaffung, Einhaltung und Weiterentwicklung der Qualitätsstandards in der Patientenversorgung
- Erhöhung der Patientensicherheit durch Schaffung eines krankenhausspezifischen Fehler- und Riskmanagements
- Steuerung von Qualitätsprojekten
- Einführung adäquater Indikatoren und/oder Kennzahlen zur Überprüfung der Qualitätsmanagementmaßnahmen
- Motivation, Information und Schulung der Mitarbeiter im Unternehmen zu den Themen des Qualitätsmanagements

Eine Qualitätskonferenz nimmt die Steuerungs- und Koordinierungsfunktion des Qualitätsmanagements auf Konzernebene wahr. Die Qualitätskonferenz setzt sich zusammen aus der Geschäftsführung, dem Qualitätsmanagement der GLG, der GLG Pflegedirektion, der ärztlichen Koordination, dem Medizincontrolling, sowie den Mitgliedern der Krankenhausbetriebsleitungen. Zu den Aufgaben gehören:

- die Festlegung der Grundsätze der Qualitätsentwicklung aller Standorte
- die Definition der lang- und mittelfristigen Zielen
- die Projektvergabe
- die strukturierte Berichterstattung aus den Qualitätslenkungsausschüssen

Die dezentrale Entwicklung des Qualitätsmanagements auf Krankensebene liegt in der Verantwortung der Verwaltungsleitung. Sie übernimmt die Umsetzung und Steuerung des Qualitätslenkungsausschuss mit ihren qualitätsbezogenen Aufgaben. Die Verantwortung wird zusammen mit der Betriebsleitung ausgeübt. Der Qualitätslenkungsausschuss am jeweiligen Standort ist das Steuerungs- und Koordinierungsorgan des Qualitätsmanagements auf Standortebene und ist interdisziplinär und multiprofessionell besetzt. Er koordiniert sowohl die interdisziplinären Projektgruppen, in denen berufsgruppenübergreifenden Probleme bearbeitet werden, als auch die disziplinären Qualitätszirkel, welche sich mit abteilungs- bzw. stationsspezifischen Qualitätsproblemen befassen.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

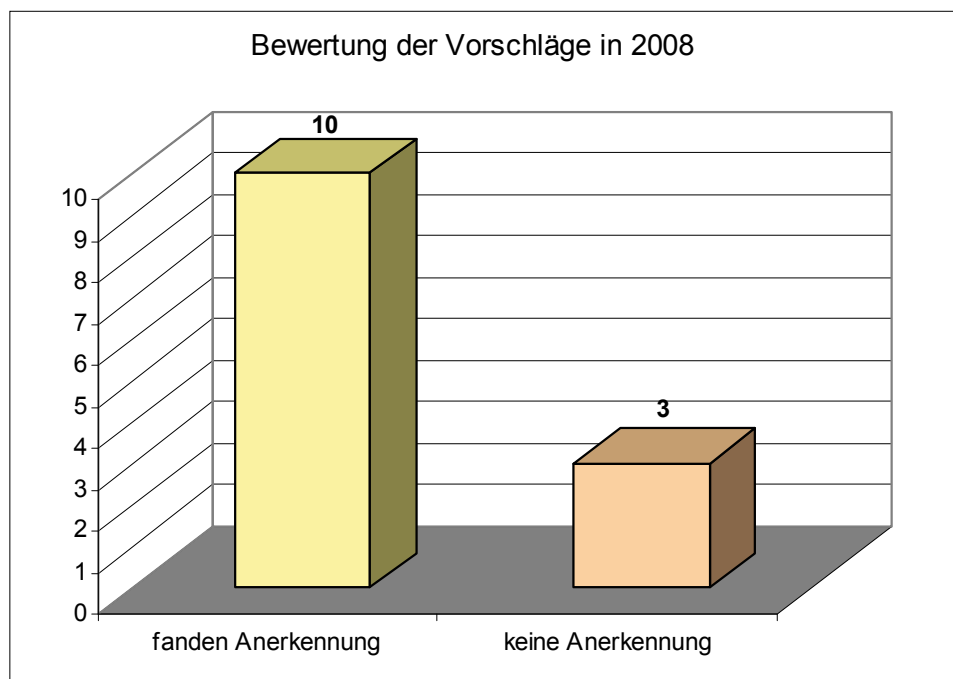
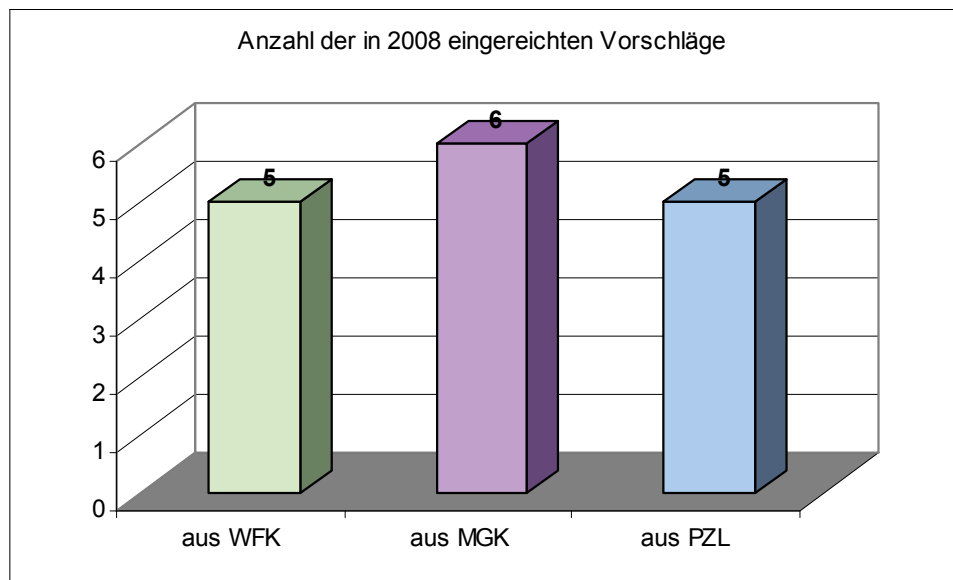
GLG-weit etablierte Instrumente des Qualitätsmanagements

Betriebliches Vorschlagswesen

Das Ziel unseres Betrieblichen Vorschlagswesens ist es, unsere Mitarbeiter zu motivieren, ihre Ideen und Verbesserungsvorschläge einzureichen. Ein besonderes Interesse besteht an Vorschlägen, die Kosten sparen, die Arbeitsbedingungen und die Zusammenarbeit verbessern, die Serviceorientierung verstärken, die Arbeitssicherheit erhöhen und den Umweltschutz fördern.

Eine Bewertungskommission entscheidet nach dem unabhängige Gutachter eine Bewertung des Vorschlages vorgenommen haben, ob eine Umsetzung erfolgen soll.

Seit dem Inkrafttreten einer GLG-weiten Betriebsvereinbarung (BV) sind 2008 insgesamt 16 Verbesserungsvorschläge eingereicht worden. Davon wurden 13 Vorschläge im Jahr 2008 bewertet; die Bewertung der drei anderen Vorschläge erfolgt 2009.



Ein Verbesserungsvorschlag wurde mit 300 € prämiert und bezog sich auf die Einrichtung eines Internetportals im Eingangsbereich der Klinikum Barnim GmbH, Werner Forßmann Krankenhauses, der nun den Patienten zur Nutzung zur Verfügung steht. Andere Vorschläge brachten kleinere aber sehr sinnvolle Veränderungen in den Unternehmen, von denen Patienten, Angehörige und Mitarbeiter profitieren. Bei diesen Vorschlägen erhielten die Einreicher kleine Anerkennungen, wie z. B. Gutscheine.

Befragungen von Patienten, Mitarbeitern und einweisenden Ärzten

Wir nutzen Befragungen, um die Zufriedenheit unserer Patienten, Mitarbeiter und Einweiser zu ermitteln. Wir haben für die Krankenhäuser des Unternehmensverbundes ein Befragungskonzept entwickelt, welches im Abstand von jeweils 3 Jahren die Durchführung aller drei Befragungsgruppen vorsieht. Im Berichtsraum wurden nachfolgend aufgeführte Befragungen in den GLG-Krankenhäusern durchgeführt:

- Einweiserbefragung Klinikum Barnim GmbH, Werner Forßmann Krankenhaus
- Patientenbefragung MSZ Uckermark Krankenhaus Angermünde
- Einweiserbefragung MSZ Uckermark Kreiskrankenhaus Prenzlau

Die Ergebnisse zeigen unsere Stärken auf, aber auch unsere Verbesserungspotentiale, die wir gezielt durch Maßnahmenplanungen nutzen, um unsere Kunden zukünftig besser zufrieden zu stellen.

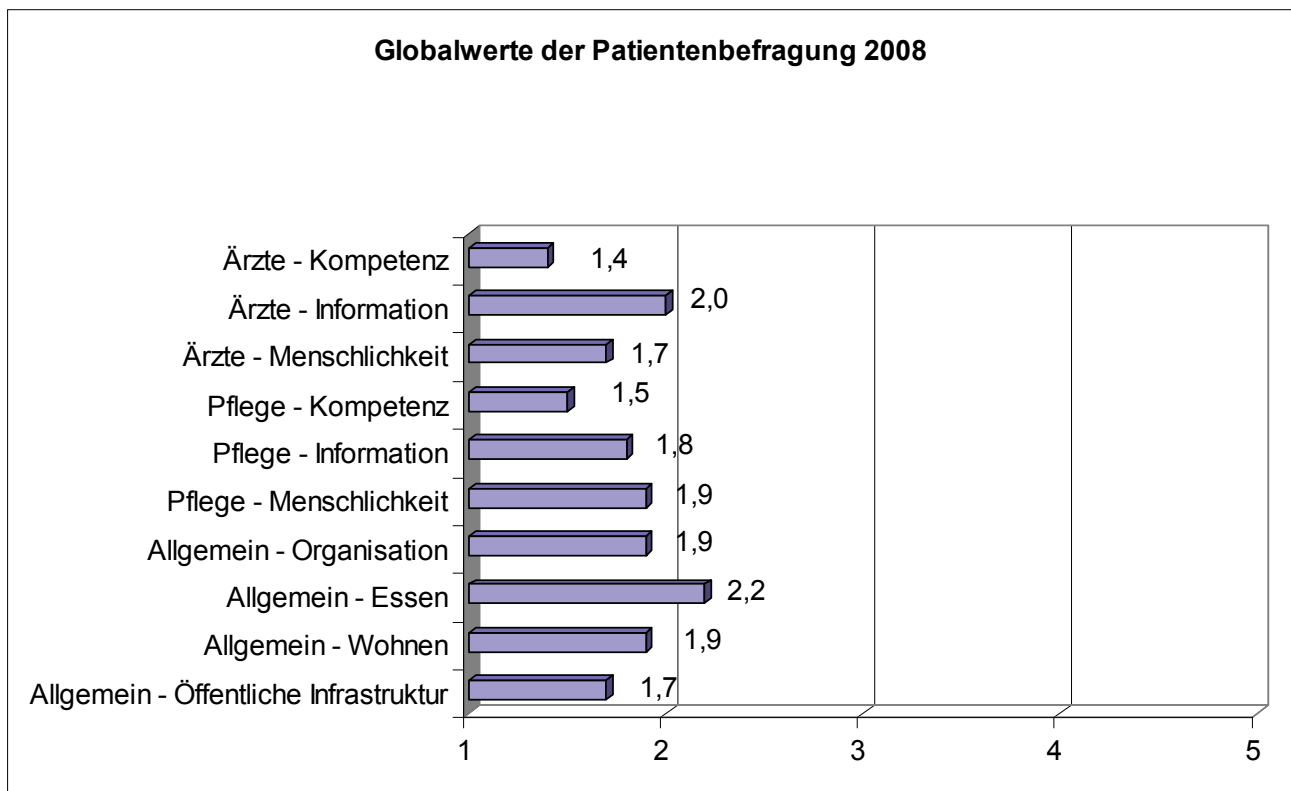
Im Jahr 2009 werden wir eine unternehmensweite Patientenbefragung und eine Mitarbeiterbefragung durchführen.

Ergebnisse der Patientenbefragung im Krankenhaus Angermünde

Im Auftrag der Betriebsleitung fand im Zeitraum September und Oktober 2008 im Krankenhaus Angermünde eine schriftliche Patientenbefragung statt, um die Zufriedenheit unserer Patienten mit unseren Leistungen zu erfahren.

Die Ergebnisse dieser Befragung zeigen, dass unsere Patienten von der Kompetenz unserer Ärzte überzeugt sind. Auch mit der pflegerischen Kompetenz sind die Patienten zufrieden. Die Befragten gaben außerdem an, dass sie immer einen Ansprechpartner in der Pflege hatten. Des Weiteren wurde die Einhaltung der Termine im Krankenhaus bestätigt. Auch die Orientierung im Krankenhausgebäude fällt den Patienten leicht. Verbesserungspotentiale wurden uns insbesondere hinsichtlich Information und Aufklärung bescheinigt; so u.a. zum Thema Entlassung und für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt, welches wir in unserem Projekt Entlassungsmanagement (siehe D-5) aufgreifen.

Das folgende Diagramm zeigt die zusammengefaßte Darstellung aller Ergebnisse der einzelnen Fragestellungen, d.h. hier sind die Globalwerte als Mittelwerte abgebildet. Dabei ist die Bewertungsskala so einzuordnen, dass der Wert „1“ für die beste Bewertung steht und die „5“ für die schlechteste Bewertung.



Klinisches Ethik-Komitee

In den letzten Jahren hat eine wachsende Anzahl von Krankenhäusern in Deutschland unterschiedliche institutionelle Strukturen zur Beratung ethischer Probleme in der Patientenversorgung eingerichtet. Im Rahmen dieser Entwicklung stellen Ethikkomitees, die ethische Probleme aus dem Alltag der Behandlung und Pflege von Patienten beraten, neue Formen der medizinischen Ethikberatung in Deutschland. Die Einrichtung eines Klinischen Ethikkomitees bedeutet in der Praxis eine Weiterentwicklung von Kommunikation und Identität in einem Krankenhaus und geht über eine ethische Einzelfallberatung hinaus. Damit kann ein Ethikkomitee wichtige ethische Beiträge zur Leitbild-, Qualitäts-, Organisations- und Personalentwicklung in einer Einrichtung leisten.

Dieser Entwicklung hat sich die GLG auf Initiative des Ärztlichen Beirats gestellt. In einem umfassenden Konsensprozess wurde die Satzung durch den Ärztlichen Beirat entwickelt und im August 2008 verabschiedet. Entsprechend des Statutes besteht das Ethik-Komitee der GLG aus den nachstehend genannten Mitgliedern: Ärztlicher Sprecher / Sprecherin, Mitglied aus dem Ärztlichen Beirat, Vertretern aus dem Bereich der Pflege, Jurist, Psychologe/Seelsorger, unabhängiges, neutrales Mitglied. In der konstituierenden Sitzung wurde der Sprecher des Ethik-Komitees gewählt. Zu den wesentlichen Aufgaben unseres Klinischen Ethik-Komitees gehören die Leitlinienentwicklung, die Einzelfallberatung, sowie die Fort- und Weiterbildung in klinischer Ethik. Vor der Verabschiedung einer Leitlinie wird diese allen interessierten Mitarbeitern des Unternehmens zur Diskussion zur Verfügung gestellt, wobei relevante Änderungen berücksichtigt werden. Anschließend erfolgt der Beschluss durch die Betriebsleitung/Geschäftsführung. Diese Vorgehensweise erscheint uns für die Qualität und die spätere Akzeptanz der Leitlinie wesentlich. Die Transparenz der Arbeit des Ethik-Komitees und eine gute Kommunikation des Erstellungsprozesses sind für uns wesentliche Erfolgskriterien. Neben der Erstellung von Leitlinien ist die ethische Fallberatung eine weitere Aufgabe, die grundsätzlich nur auf Anfrage aus dem Behandlungsteam oder vom Patienten durchgeführt wird. Es handelt sich hierbei um ein freiwilliges Beratungsangebot, welches die Betroffenen bei ethisch schwierigen Entscheidungen unterstützen soll.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Die Geschäftsführung der GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH hat zu Beginn des Jahres beschlossen, alle Krankenhäuser nach den Vorgaben der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) zertifizieren zu lassen. Um die Stärken und Verbesserungsbereiche innerhalb der Unternehmen beurteilen zu können, wurden KTQ- Kurzchecks in allen drei Krankenhausstandorten der GLG, die bisher nicht zertifiziert wurden, durchgeführt. Die KTQ- Kurzchecks schlossen mit einem Strategieworkshop, indem die Stärken und Verbesserungsbereiche präsentiert wurden und eine Maßnahmenplanung zur Zertifizierungsvorbereitung verabschiedet wurde, ab. Folgende Projekte wurden für die GLG herausgearbeitet:

1. Behandlungspfade

Behandlungspfade legen die optimale Abfolge und Terminierung der wichtigsten Maßnahmen fest, die von allen Disziplinen bei der Versorgung eines Patienten mit einer bestimmten Diagnose oder Behandlung durchgeführt werden. Interdisziplinäre Behandlungspfade sind spezielle Implementierungen von Leitlinien, die konkret auf einen Patienten eingehen. Behandlungspfade schaffen Transparenz nach innen und außen und stellen somit ein ideales Instrument dar, die Koordination aller Fachgebiete, die mit der Behandlung dieses Patienten betraut sind, zu gestalten. Ziel des Projektes ist die Optimierung von Prozessabläufen in der Patientenbehandlung, die Qualitätssicherung in der medizinischen Behandlung und die Erhöhung der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit. Die erste Entwicklung von zwei Behandlungspfaden je Fachabteilung wird 2009 abgeschlossen sein.

2. Entlassungsmanagement

Der Erfolg der Krankenhausbehandlung soll durch vorausschauende, abgestimmte Planungen der Berufsgruppen gesichert und fortgeführt werden. Deshalb sind frühzeitige Planung und Organisation zur Entlassung von Patienten wesentliche Bestandteile der Krankenhausbehandlung. Das Entlassungsmanagement beginnt bereits unmittelbar zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes und wird integraler Bestandteil der Behandlung und Pflege. Eine optimale, schnelle und effiziente Entlassung der Patienten nach Hause oder in nachsorgende Institutionen wird zeitnah von den behandelnden Ärzten, den Pflegenden und den Mitarbeitern des Sozialdienstes organisiert. Ziel des Projektes, das 2009 abgeschlossen wird, ist es alle Patienten in ein strukturiertes, umfassendes Entlassungsmanagement zu überführen. Somit ist eine systematische, geplante Entlassung bzw. Überleitung der Patienten in die Häuslichkeit und nachsorgenden Institutionen gewährleistet.

3. Personalentwicklung

Personalentwicklung ist ein fortlaufender, langfristig systematisch angelegter Prozess. Er leitet sich aus den Unternehmenszielen der GLG mbH ab. Die Personalentwicklung der vier Krankenhäuser der GLG hat einen hohen Stellenwert. Beispiele hierfür sind ärztliche Fort- und Weiterbildungen, interne und externe Fortbildungsprogramme des Pflegedienstes und eine systematische Einarbeitung. Die Handlungsfelder der Personalentwicklung haben sich in ganz verschiedenen Schwerpunkten herausgebildet und stehen für die vier Krankenhäuser bisher noch weitgehend unverbunden nebeneinander. Die GLG mbH beginnt mit einer systematischen Personalentwicklung. Darunter werden alle Maßnahmen verstanden, die die fachliche Qualifikation und soziale Kompetenz ihrer Mitarbeiter steigert und zur Motivation und Zufriedenheit beitragen. Die Planung und Umsetzung der Personalentwicklung berücksichtigt personelle, strukturelle und organisatorische Gesichtspunkte. Die Handlungsfelder und Instrumente der Personalentwicklung sind:

- Einführung neuer Mitarbeiter,
- Nachwuchssicherung,
- System zur Potenzialeinschätzung,
- Fortbildungsprogramme,
- Fachärztliche Weiterbildung,
- Fortbildungscontrolling,
- Gesundheitsförderung.

Ziel dieses Projektes ist es, ein Personalentwicklungskonzept im nächsten Jahr zu erarbeiten und einzuführen.

4. Arbeitsschutzmanagementsystem

Ein GLG-weit einheitliches Arbeitsschutzmanagementsystem hat das Ziel der Senkung von Arbeitsunfallzahlen und die Verbesserung der Gesundheit der Beschäftigten am Arbeitsplatz. Angelehnt an den Prozess der kontinuierlichen Verbesserung ergeben sich für das Arbeitsschutzmanagementsystem folgende Punkte:

- **Planung:** Die Gefährdungserkennung, Risikoeinschätzung und darauf folgende Festlegung der Maßnahmen sind wichtigster Bestandteil des Arbeitsschutzmanagements. Sowohl alltägliche Abläufe als auch seltene Tätigkeiten werden auf Gefahren und Risiken geprüft. Verfahrensanweisungen stellen sicher, dass rechtliche Anforderungen regelmäßig erhoben, bewertet und umgesetzt werden.
- **Umsetzung:** Verantwortlichkeiten (u. a. Sicherheitsbeauftragter, Strahlenschutzbeauftragter) und Programme des Arbeitsschutzmanagement werden aufgestellt und ausgeführt. Wichtige Beispiele sind Beschaffung von Arbeitsmitteln und Persönlichen Schutzausrüstungen, der Umgang mit Fremdfirmen, Kommunikation und Beratung mit den Beschäftigten und ihren Vertretern sowie Notfallvorsorge und Gefahrenabwehr.
- **Überprüfung:** Nach der Einführung wird das Arbeitsschutzmanagement regelmäßig überprüft. Es wird ein Controlling eingeführt, bei dem die wichtigsten Kennzahlen zur Unfallstatistik und sonstigen Daten erhoben und bewertet werden. Bei Abweichungen werden entsprechende Korrekturmaßnahmen eingeleitet. Es werden interne Audits zur Überprüfung der Umsetzungsqualität durchgeführt.
- **Bewerten und Maßnahmen festlegen:** Die Betriebsleitung ist verpflichtet, die Eignung des Arbeitsschutzmanagements in festgelegten Abständen zu bewerten und gegebenenfalls Korrekturmaßnahmen festzulegen.

Dieses Projekt wird im nächsten Jahr umgesetzt.

5. Umweltmanagement

Ziel des Projektes ist die Implementierung von umfassenden Regelungen zum Umweltschutz und Erhalt der Ressourcen. In einer Arbeitsgruppe bestehend aus Mitarbeitern aller Standorte der GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH werden folgende Konzepte erarbeitet:

- **Abfallwirtschaftskonzept:** Abfallwirtschaftskonzepte der einzelnen Standorte werden überarbeitet und zu einem GLG-weiten Abfallwirtschaftskonzept zusammengeführt. Ziel ist die Vermeidung von Abfall durch gezielte Einkaufsstrategien, Trennung von Abfall zur Sicherung der maximalen Wiederverwertung und kostengünstiger Entsorgung.
- **Wassernutzungskonzept:** Dieses Konzept umfasst die Erarbeitung von Möglichkeiten zum Einsparen von Wasser unter Beachtung wasserhygienischer Bedingungen durch den Einsatz von Perlatoren, Spartasten und Einhebelmischer sowie der Nutzung von Regenwasser.
- **Energienutzungskonzept:** Das Energienutzungskonzept umfasst vier Teilgebiete - Heizungsanlagen, Gebäudemaßnahmen, Elektroenergie und personelle Maßnahmen. Ziel dieses Konzeptes ist die Einsparung und effizientere Nutzung der Energien.
- **Einkaufskonzept:** Das Einkaufskonzept beinhaltet eine Bewertung der Artikel und Geräte nach Energieeffizienz, ökologische Entsorgungsmöglichkeit, Entsorgungsaufwand und Medienaufwand.

6. Medizinisches Risikomanagement

Zur Erhöhung der Patientensicherheit wurden Aktivitäten initiiert, u.a. auch ein Frühwarnsystem - Critical Incident Reporting System (CIRS) - zu implementieren. Ziel dieses Risikomanagements ist die Identifizierung von Risiken in der Patientenversorgung und deren unterstützenden Prozessen, sowie die Auswahl und Einleitung von geeigneten Maßnahmen zur Risikominimierung. Dafür werden im nächsten Jahr in den Kliniken der GLG mbH Strukturen implementiert, die eine systematische und methodisch fundierte Ursachenanalyse von Beinahevorkommnisse ermöglichen. Dies beinhaltet die Installation einer Software zur Meldung von Beinahevorkommnissen, die Einrichtung von Meldekreisen und die Auswahl von CIRS-Beauftragten für die Auswertung der Meldungen. Durch die Einführung dieses Fehlermeldesystems ist es den Mitarbeitern möglich, schnell, unbürokratisch und anonym kritische Ereignisse oder Beinahevorkommnisse zu beschreiben und aus ihrer Sicht vorzuschlagen, was zur künftigen Vermeidung getan werden kann. Dabei geht es nicht um die Suche nach Schuldigen, sondern um die Veränderung von Systemen, Prozessen und Abläufe, um künftig dieses Fehler bzw. Ereignisse zu vermeiden. Die Mitarbeiter haben die Möglichkeit ihre Berichte in elektronischer Form oder mittels Dokumentenvorlage abzugeben. Die eingegangenen Meldungen werden in dezentralen interdisziplinären Teams ausgewertet. Bei dieser dezentralen Struktur der Auswertungsteams haben wir eine zentrale Stelle eingerichtet um alle eingehenden Meldungen zu anonymisieren und ggf. Sofortmaßnahmen einzuleiten. Durch die zentrale Stelle wird die Koordination von klinikübergreifenden bzw. abteilungsspezifischen Maßnahmen vorgenommen und das Lernpotenzial dem gesamten Krankenhaus zur Verfügung gestellt.

7. Festlegung der Leitungsstrukturen und Führungsgrundsätze

Die Ziele dieses Projektes, welches in 2009 abgeschlossen wird, bestehen darin die Arbeit in Leitungsgremien zu optimieren, Regelungen zur Zusammenarbeit für Leitungskräfte zu erstellen, das Vier-Augen-Prinzip sicherzustellen sowie die Kommunikation und Umsetzung von Entscheidungen und Beschlüssen zu sichern. Um diese Ziele zu erreichen werden die Leitungsstrukturen und Führungsgrundsätze erarbeitet, eine Maßnahmenplanung in den Leitungsgremien und Kommissionen mit Festlegung der Verantwortlichkeiten und zeitlicher Planung entwickelt und neue Sitzungsrhythmen eingeführt.

8. Kennzahlensystem / qualitätsrelevante Daten

Die zunehmende Bedeutung der Qualitätsdaten führen dazu, dass innerhalb der GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH ein Managementsystem erstellt wird, das der mehrdimensionalen Leistungsmessung und Unternehmenssteuerung dient. Ziel dieses Projektes ist die Ermittlung qualitätsrelevanter Daten mit entsprechenden Zielvorgaben sowie die Entwicklung eines strukturierten Berichtswesens dieser Daten mit Festlegung der Verantwortlichen und der Verbesserungsmaßnahmen. Im Rahmen klassischer Projektgruppenarbeit werden die Ziele, Inhalte und Berichtsnotwendigkeiten für die medizinische Ergebnisqualität definiert. Mit den Mitarbeitern werden aus ihrer Sicht wünschenswerte Informationen definiert, die aus Sicht der Nutzer die Qualitätsoptimierung in der Leistungserbringung erleichtern. Hierbei werden interne und externe Auswertungen und Auswertungsmöglichkeiten vorgestellt, weitere Möglichkeiten erarbeitet und abschließend für die interne und externe Kommunikation geeignete Kennzahlen ausgewählt. Für die Bestimmung weiterer Kennzahlen werden Vorschläge durch das Medizincontrolling erarbeitet. Hierbei werden sowohl bereits vorhandene Datengrundlagen genutzt wie auch Daten mit Vergleichspotenzial. Besonders beachtet werden auch die Relevanz und das Optimierungspotenzial im Unternehmen. Grundlage des Kennzahlensystems ist die BalanceScore-Card. Die Vorschläge werden mit den Verantwortlichen diskutiert, ggf. ergänzt und bei Relevanz für das Krankenhaus aufgenommen. Für alle ausgewählten Bereiche werden Ziele, Art der Kennzahl, Referenzbereiche und die notwendigen Maßnahmen zur Zielerreichung festgelegt. Ergänzend erfolgt die Einigung auf die Kennzahlenverantwortlichen, die Auswertungsrhythmen und das entsprechende Berichtswesen. Dieses Projekt wird sukzessive umgesetzt und in 2009 abgeschlossen.

Projekte des Krankenhauses Angermünde

BELA - Bewegung - Ernährung - Lernen - Akzeptieren

Die Einnahme von Medikamenten zur Behandlung psychiatrischer Erkrankungen ist mit erheblichen Nebenwirkungen belastet. Dies umfasst u.a. die depressive Stimmung, Antriebsminderung und Störung der Bewegungsabläufe. Durch die Einführung der so genannten atypischen Neuroleptika hat sich dies positiv verändert. Die nun häufigsten Nebenwirkungen der medikamentösen Behandlung ist die unerwünschte Gewichtszunahme, verbunden mit den auch sonst verbreiteten Risiken des Diabetes mellitus, hoher Blutdruck, Fettstoffwechselstörungen und dem erhöhten Risiko für Herzinfarkte und Schlaganfällen.

Ziel ist es, betroffene Patienten über die vorhersehbaren Nebenwirkungen der medikamentösen Behandlungen zu informieren und denen entgegenzuwirken. Durch den Erwerb eines Grundwissens über eine gesunde und ausgewogene Ernährung sowie über die Bedeutung regelmäßiger Bewegung kann die Lebensqualität der Patienten gebessert werden. So können Ernährungsgewohnheiten und Körpergefühl langfristig verbessert werden.

Die BELA-Kurse finden seit 2007 regelmäßig im Krankenhaus Angermünde statt. Das Angebot richtet sich an die Psychiatrische Klinik im Krankenhaus Angermünde. Die stationären Patienten sowie die tagesklinischen Patienten und zukünftig die PIA-Patienten (PIA - Psychiatrische Institutsambulanz) können die Kurse absolvieren.

Inhalte des Kurses sind z.B. psychoedukative Trainingsprogrammen zu den Themen Ernährung und Bewegung.

In praktischen Übungen werden Speisen zubereitet und Bewegungsformen geübt. Mitarbeiterschulungen werden 2 x jährlich angeboten. Das BELA-Konzept ist fortlaufend konzipiert. Ergebnisse und Erkenntnisse aus den stattfindenden Mitarbeiterschulungen werden in der Projektarbeit integriert.

Das Krankenhaus Angermünde trägt die Kosten für die Beschaffung der notwendigen Lebensmittel sowie für den Arbeitszeitausgleich der beteiligten Mitarbeiter. Ein Pharmaunternehmen unterstützt mit der Bereitstellung von Informations-, Verbrauchs- und Sportmaterialien.

Rückenschule im Krankenhaus Angermünde

Zielsetzung der Rückenschule ist es, die umfassende Information und Schulung unserer Mitarbeiter im Krankenhaus Angermünde auf motorischer, affektiv-emotionaler, kognitiver und sozialer Ebene, um deren Kompetenz für einen eigenverantwortlichen Umgang mit dem eigenen Körper zu entwickeln. Die Rückenschule soll somit dazu beitragen, die Entstehung von Rückenerkrankungen im Sinne einer primären Prävention zu verhindern bzw. im Bereich der sekundären und tertiären Prävention, das Fortschreiten von bereits eingetretenen Störungen zu vermeiden und Wiedererkrankungen zu verhindern.

Für die Entwicklung von Rückenbeschwerden sind neben dem altersbedingten Verschleiß der Wirbelsäule vor allem falsche Körperhaltungen sowie stark rückenbelastendes Bewegungsverhalten verantwortlich.

Mit der Durchführung der Rückenschule ermöglichen wir

- die Stärkung der physischen Gesundheitsressourcen
- Verminderung von Risikofaktoren
- Aufbau von und Bindung an gesundheitsorientierte Aktivität
- Sensibilisierung für haltungs- und bewegungsförderliche Verhältnisse

Die Rückenschule wird von ausgebildeten Mitarbeitern unserer Physiotherapie angeboten. Der Bedarf an Wiederholungs- bzw. Auffrischkursen wird in den Stationsleitungsbesprechungen regelmäßig analysiert und an die verantwortliche Physiotherapeuten weitergeleitet. Von dort aus erfolgt die Organisation weiterer Kurse. Die Finanzierung übernimmt das Krankenhaus Angermünde.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Herausforderung und Ziel - Rezertifizierung nach KTQ in 2009

Als ein patienten- und kundenorientiertes Dienstleistungsunternehmen sind wir davon überzeugt, dass neben objektiven Werten zur Darstellung der medizinischen Versorgungsqualität die Zufriedenheit unserer Patienten, Kunden und Partner eine wichtige Grundlage des Erfolges darstellt.

Bereits im Februar 2006 erlangten wir das Zertifikat nach KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen). Aus der Zertifizierung im Jahre 2006 generierten wir einerseits Hinweise aus dem Verbesserungspotential und andererseits eine Motivation für unsere Mitarbeiter, die sich durch ein positives Urteil der Visitoren in ihrer Arbeit bestätigt sehen.

Das Krankenhaus Angermünde hat sich das Ziel gesetzt, im Jahre 2009 das Zertifikat der KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) erneut zu erlangen. Hierzu fand im Sommer/Herbst 2008 die Selbstbewertung statt, wobei eine Vielzahl von Fragen beantwortet wurden, welche im festgelegten und ständig weiterentwickelten KTQ-Katalog zusammengefasst sind. Die Qualität der Prozesse und der medizinischen Versorgung wurde berufsgruppen-, abteilungs- und hierarchieübergreifend transparent dargestellt. Der Katalog umfasst die Kategorien: Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Sicherheit im Krankenhaus, Informationswesen, Krankenhausführung sowie Qualitätsmanagement.

Ein wesentlicher Bestandteil zur Vorbereitung der Rezertifizierung war die ständige aktuelle Verfügbarkeit der Dokumente und Aufzeichnungsvorlagen. Dies geschieht durch den Aufbau eines für unser Krankenhaus aufrufbaren QM-Handbuchs. Der wesentliche Vorteil der elektronischen Lösung ist die Transparenz des Krankenhausesgeschehens. Alle Dokumente unseres Hauses sind somit für jeden Mitarbeiter an jedem PC nutzbar.

Ein weiterer Bestandteil zur Vorbereitung der Rezertifizierung war die Etablierung eines Kennzahlensystems. Folgende Kennziffern werden z.B. erhoben:

- Dekubitusprohylaxe
- Dekubitusinzidenz
- Sturzinzidenz
- Beschwerdezahl und -inhalt
- Wartezeiten der Patienten bei der Aufnahme
- Nosokomiale Infektionen
- MRSA-Entwicklung
- Fixierungsanzahl und Dauer (im Bereich Psychiatrie)
- Türschließungszeiten (im Bereich Psychiatrie)
- Weiterbildungsstunden/ 2 Jahre (im Bereich Pflege)
- Vollzeitkräfte
- Überstundenentwicklung
- Fluktuationsrate
- Ausfallzeiten
- Unfallstatistik

Im Rahmen der KTQ-Kurzchecks im Sommer 2008 in den anderen GLG-Krankenhäuser sind weitere Projekte GLG-weit (siehe D-5) angeregt worden, in denen auch das Krankenhaus Angermünde eingebunden ist.

Schlusswort

Qualität ist ein Ziel, das niemals vollständig erreicht werden kann, sondern immer neue Aufgaben stellt. Es handelt sich damit um einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess, den wir in unserer Arbeit täglich gestalten.

IMPRESSUM

Herausgeber

MSZ Uckermark gGmbH, Krankenhaus Angermünde

Verantwortlich für den Inhalt

Harald Kothe-Zimmermann, Geschäftsführer

Redaktion

Marita Schönemann, Verwaltungsleiterin

Chefärzte der Kliniken und Leiter der Abteilungen

Christiane Reinefeldt, Pflegedirektorin GLG und Leiterin der zentralen Abteilung Qualitätsmanagement

Dr. med. Heide Wiechmann, Medizin-Controllerin GLG

Marcel Szendzielorz, Assistent der Pflegedirektion GLG

Ines Münchow, Mitarbeiterin im Qualitätsmanagement

Dana Tiefensee, Mitarbeiterin im Qualitätsmanagement

Fotos

Klaus Mihatsch, Hans Wiedl

Layout und Herstellung

Grit Götz, Grafikdesign

Andreas Gericke, GLG Öffentlichkeitsarbeit

Druckerei Nauendorf GmbH, Angermünde

Gesundheit für die Region!