



Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen



**Johanniter-Krankenhaus  
Genthin-Stendal GmbH**

## proCum Cert-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 6.0\_2009/2 für die Verbundzertifizierung  
der Krankenhäuser  
der Johanniter-Krankenhaus Genthin-Stendal GmbH

Johanniter-Krankenhaus Stendal	Klinik für Frauenheilkunde u. Geburtshilfe, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	Johanniter-Krankenhaus Genthin
IK 261500030	IK 261500030	IK 261500029
Wendstraße 31 39576 Stendal	Bahnhofstraße 25-26 39576 Stendal	Karower Straße 1-3 39307 Genthin

**Ist zertifiziert nach proCum Cert  
inklusive KTQ<sup>®</sup> mit der Zertifikatnummer:**

2015-0012-STEN-11-E-001963

**durch die von der KTQ-GmbH  
zugelassene Zertifizierungsstelle:**

proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft,  
Frankfurt am Main

**Gültig vom:**

11.08.2015

**bis:**

10.08.2018

## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort der proCum Cert</b> .....	3
<b>Vorwort der KTQ®</b> .....	4
<b>Vorwort der Einrichtung</b> .....	6
<b>Die Kategorien</b> .....	8
1 Patientenorientierung .....	9
2 Mitarbeiterorientierung .....	13
3 Sicherheit .....	16
4 Informations- und Kommunikationswesen .....	18
5 Führung.....	20
6 Qualitätsmanagement .....	24
7 Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus .....	26
8 Verantwortung gegenüber der Gesellschaft.....	27
9 Trägerverantwortung.....	28

## ***Vorwort der proCum Cert***

Die proCum Cert GmbH ist eine eigenständige konfessionelle Zertifizierungsgesellschaft, die von der katholischen und der evangelischen Kirche, namentlich durch den Katholischen Krankenhausverband Deutschlands (KKVD) und den Deutschen Evangelischen Krankenhausverband (DEKV) ins Leben gerufen wurde.

Gesellschafter der proCum Cert sind neben den genannten Krankenhausverbänden die beiden christlichen Wohlfahrtsverbände Caritas (DCV) und Diakonie (DWdEKD) sowie deren Versicherungsdienst Ecclesia.

Als Kooperationspartner der KTQ® war die proCum Cert an der Entwicklung des KTQ-Manuals beteiligt. Als akkreditierte Zertifizierungsstelle der KTQ® ist sie berechtigt, Krankenhäuser in dem vorgesehenen Verfahren mit dem KTQ-Zertifikat auszuzeichnen.

Das kombinierte pCC-KTQ-Zertifikat geht in seinen Anforderungen über die hinaus, die im KTQ-Manual beschrieben sind. Ziel der proCum Cert ist, christliche Werte in das Qualitätsmanagement einzubeziehen und in der Organisation zu verankern. Hierfür wurden 24 weitere Qualitätskriterien formuliert, die es in dem KTQ-Manual mit seinen derzeit 63 Kriterien nicht gibt.

Das KTQ-Manual ist vollumfänglicher Bestandteil des proCum Cert-Anforderungskataloges. Um das pCC-KTQ-Zertifikat zu erhalten, muss das Krankenhaus sowohl die Erfüllung aller Voraussetzungen für das KTQ-Zertifikat, als auch die Erfüllung der zusätzlichen proCum Cert-Anforderungen nachweisen.

Dieser Nachweis ist dem Krankenhaus gelungen, daher wurde es von der proCum Cert mit dem kombinierten pCC-KTQ-Zertifikat ausgezeichnet.

Der vorliegende Qualitätsbericht ist während der dreijährigen Gültigkeitsdauer des Zertifikates über die Internetseite [www.proCum-Cert.de](http://www.proCum-Cert.de) allgemein zugänglich.

Hedwig Semmusch

Geschäftsführung  
proCum Cert GmbH

## Vorwort der KTQ®

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren ist ein spezifisches Zertifizierungsverfahren des Gesundheitswesens für die Bereiche Krankenhaus, Arztpraxen, MVZ, Pathologische Institute, Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Hospize, alternative Wohnformen und Rettungsdienstleistungen.

Gesellschafter der KTQ® sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene<sup>1</sup>, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR).

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, insbesondere der KTQ-Katalog, wurde hierarchie- und berufsgruppenübergreifend in konstruktiver Zusammenarbeit zwischen der KTQ-GmbH und Praktikern aus dem Gesundheitswesen entwickelt und erprobt. Im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden die Kataloge entsprechend weiterentwickelt.

Mit dem freiwilligen Zertifizierungsverfahren und dem damit verbundenen KTQ-Qualitätsbericht bietet die KTQ® somit Instrumente an, die die Sicherung und stetige Verbesserung der Qualität in Einrichtungen des Gesundheitswesens für die Öffentlichkeit darstellen.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen Kriterien, die sich auf

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit,
- das Informations- und Kommunikationswesen,
- die Führung und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung 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 KTQ-Visitoren® gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Krankenhausbereiche überprüft.

---

<sup>1</sup> zu diesen zählen: Verband der Ersatzkassen e. V., AOK-Bundesverband, BKK-Dachverband, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Knappschaft.

Auf Grund des positiven Ergebnisses der 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.

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009/2. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet einen strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass die **Krankenhäuser der Johanniter-Krankenhaus Genthin-Stendal GmbH** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen - einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter [www.ktq.de](http://www.ktq.de) abrufbar.

**Dr. med. G. Jonitz**

Für die Bundesärztekammer

**S. Wöhrmann**

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

**Dr. med. B. Metzinger, MPH**

Für die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

**A. Westerfellhaus**

Für den Deutschen Pflegerat

## Vorwort der Einrichtung

### Das Johanniter-Krankenhaus in Genthin – Stendal

„Was Ihr getan habt einem von diesen meinen geringsten Brüdern....“

#### Unsere Tradition

**Der Johanniterorden sieht seit 900 Jahren die Pflege und die Heilung der Kranken als seine besondere Aufgabe an. Daran orientiert sich alle seine Arbeit in den Häusern des Ordens.**

Das Johanniter Krankenhaus Genthin – Stendal, ein Schwerpunktkrankenhaus mit einem Medizinischen Versorgungszentrum\*, zählt im Norden Sachsen-Anhalts zum wichtigsten Gesundheitsdienstleister. Unser Krankenhaus mit drei Standorten in zwei Landkreisen widmet sich bereits seit über 150 Jahren diesem Pflegeauftrag der Region. Unsere Krankenhäuser zählen zu den ältesten in unseren Landkreisen.



in

Neben unserer stationären Tätigkeit betreiben wir unter dem Dach des Krankenhauses ein Medizinisches Versorgungszentrum\* 11 verschiedene ambulante Praxen\* in zwei Landkreisen. Damit übernehmen wir einen wichtigen Beitrag zur umfassenden Versorgung der Bevölkerung in unserer Region.

Unser Auftrag endet jedoch nicht in der Versorgung unserer Patienten, sondern beinhaltet auch die Verpflichtung, junge Menschen auszubilden. Wir verfügen über eine Krankenpflegeschule am Standort Genthin mit 100 Plätzen. Dort bilden wir im Bereich der Krankenpflege- und der Krankenpflegehilfe erfolgreich aus. Im kaufmännischen Bereich bilden wir jährlich einen Bürokaufmann aus. Im Bereich der ärztlichen Ausbildung sind wir bereits seit vielen Jahren Akademisches Lehrkrankenhaus der Otto-von-Guericke Universität in Magdeburg. Ergänzend zu diesen regelmäßigen Leistungen bieten wir Praktika und Hospitationen in unterschiedlichen Bereichen an.

#### Unser Leitbild

Im Mittelpunkt aller Bemühungen in unserem Krankenhaus steht die ganzheitliche Betreuung des kranken und pflegebedürftigen Patienten auf der Grundlage des christlichen Menschenbildes.

Ärztliche Kunst und pflegerisches Können lassen sich davon so weit wie möglich bestimmen.

Der Johanniterorden sieht seinen natürlichen Schwerpunkt in der pflegerischen Tätigkeit und Zuwendung zum Kranken.

Das breite Aufgabengebiet des Pflegedienstes erfordert die Weiterentwicklung und ständige Verbesserung von Pflegestandards, Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse, Prävention und Gesundheitserziehung, die die Pflegequalität auf hohem Niveau ermöglichen.



Moderne Großgeräte, vor allem am Standort Wendstraße, ermöglichen uns ein umfassendes Diagnostik - und Therapieangebot. Dabei liegt es in der Verantwortung des Arztes, den Einsatz von solchen Verfahren sorgfältig abzuwägen und medizinische, technische und ethische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

Die seelsorgliche Begleitung während des stationären Aufenthaltes wird durch angestellte Seelsorger an allen drei Standorten gewährleistet. Diese Leistungen stehen allen Patienten unabhängig ihrer Konfession zur Verfügung.

Es ist dem Orden ein besonderes Anliegen, Menschen in Angst und Schmerzen zur Seite zu stehen und Zeit für sie zu haben.



Eine ständige Weiterentwicklung des Leistungsspektrums wird durch die Geschäftsführung bei der Erstellung der jährlichen Fünfjahres-Masterplanung verfolgt. Gleichzeitig ist eine zeitgemäße und ständig neuen Erkenntnissen anzupassende Führung unter Berücksichtigung der traditionellen Werte erforderlich, um die Besonderheit des Hauses transparent zu machen. Ausschlaggebend für den Erfolg ist die enge Zusammenarbeit aller am Patienten tätigen Mitarbeiter mit der Geschäftsführung.

Ebenso werden die Chefarzte in die betriebswirtschaftliche Verantwortung genommen, die zu Transparenz und Wettbewerbsfähigkeit führt.

Aus-, Weiter- und Fortbildung sind ein wesentliches Anliegen des Ordens, um den Mitarbeitern den Erwerb fachlicher und sozialer Kompetenz zu ermöglichen. Der überregionale Verbund der Johanniter-Krankenhäuser leistet dabei einen wesentlichen Beitrag und wird von uns als Zukunftsinvestition verstanden.

Das Krankenhaus steht mit anderen Krankenhäusern der Region in ständigem kooperativen Austausch, das spiegelt sich beispielsweise im Aufbau eines übergreifenden zertifizierten Brustzentrums wider. Hier arbeiten wir sehr eng mit dem Altmarkklinikum Salzwedel und Gardelegen im Rahmen einer interdisziplinären Tumorkonferenz zusammen.

Das Johanniter-Krankenhaus hat 477 Betten. Jährlich werden ca. 22.000 stationäre und ca. 33.000 ambulante Patienten behandelt. Im Medizinischen Versorgungszentrum haben wir 2014 über 46784 Arztfälle in 12 verschiedenen Fachdisziplinen versorgt.

\*Diese Einrichtungen sind nicht Bestandteil der KTQ-Zertifizierung

# Die Kategorien



## 1 Patientenorientierung

### KTQ:

#### **Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung**

Bei geplanten Behandlungen erfolgt die administrative Patientenaufnahme in Büros im Eingangsbereich des Krankenhauses. Notfälle werden direkt in der Notfallambulanz versorgt. Grundsätzlich werden alle Patienten angenommen. Die Einbestellung der Patienten erfolgt durch die Ambulanzen, Chefarzt- oder Stationssekretariate der medizinischen Fachabteilungen. Bei der Aufnahme erhält der Patient weitergehende Informationen zu Seelsorge und Wahlleistungsangeboten. Zur Verkürzung des stationären Aufenthaltes werden vorstationäre Leistungen angeboten. Das Krankenhaus ist in der Nähe der Innenstadt gelegen und durch Hinweisschilder im Stadtgebiet ausgewiesen. Parkplätze stehen zur Verfügung, Behindertenplätze sind gesondert ausgewiesen. Die Mitarbeiter der Rezeption geben Patienten und Angehörigen Informationen. Grundsätzlich ist jeder Mitarbeiter Ansprechperson für Fragen. Rollstühle stehen zur Verfügung. Patienten werden durch qualifiziertes Personal betreut. Wartebereiche sind freundlich, patientengerecht und barrierefrei ausgestattet. Die Belegungscoordination obliegt der jeweiligen Fachabteilung. Der Aufnahmeprozess ist schriftlich für die Abteilungen festgelegt.

#### **Informationen und Beteiligung des Patienten**

Die Patientenaufklärung erfolgt gemäß einem geregelten Verfahren. Wichtige Informationen erhalten die Patienten über die Flyer sowie die Patienteninformationsmappen in den Patientenzimmern. Die Mitarbeiter des Hauses tragen Namensschilder und stellen sich dem Patienten bei der Begrüßung namentlich vor. Der aufnehmende Arzt bespricht mit dem Patienten die notwendige Behandlung. Die Schritte werden gemeinschaftlich festgelegt. Sprachliche, kulturelle und religiöse Besonderheiten der Patienten werden berücksichtigt. Mitarbeiter mit Fremdsprachenkenntnissen sowie erforderliche fremdsprachige Aufklärungsbögen stehen zur Verfügung.

#### **Erstdiagnostik und Erstversorgung**

In den Ambulanzen sind Sprechstunden für die ambulante Patientenversorgung eingerichtet. Die Notfallaufnahme ist zentral über die Notfallambulanz organisiert. Die fachärztliche Versorgung von Notfallpatienten aller im Haus vorgehaltenen Fachrichtungen ist über 24 Stunden Erreichbarkeit gewährleistet. Über die EDV werden die Termine mit den Patienten individuell koordiniert. Über ein geregeltes Verfahren erfolgen Konsile. Die Funktionsabteilungen werden in die Patientenbetreuung einbezogen. Erstdiagnostik und Erstversorgung werden unter Hinzuziehung von intern gültigen Leitlinien und auf Fachabteilungsebene erstellten Verfahrensanweisungen, geplant und durchgeführt.

#### **Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung**

Anhand von standardisierten Aufnahmebögen wird bei den Patienten von ärztlicher und pflegerischer Seite der körperliche und soziale Befund erhoben. Anhand der gesammelten Daten erstellen die Ärzte und Pflegekräfte einen Behandlungs- und Pflegeplan und ermöglichen somit eine individuelle Betreuung. Das therapeutische Team kann den Krankheitsverlauf aus den Unterlagen erkennen, Behandlungsverfahren einleiten und Maßnahmen aufeinander abstimmen. Eine seelsorgliche Betreuung wird angeboten. Die Dokumentation erfolgt neben der Patientenakte im EDV-System. Der Zugang zu den Unterlagen aus dem Archiv ist jederzeit möglich. Elektronisch erfasste Daten inklusive Bildmaterial sind gemäß einem Berechtigungskonzept zugänglich. Für die Diagnostik und Therapie werden vorhandene Vorbefunde genutzt, um Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Bei der Verlegung werden diese den weiter-/bzw. mitbehandelnden Abteilungen und Einrichtungen zur Verfügung gestellt. Durch Flyer werden Einweiser und Patienten auf die Notwendigkeit von mitzubringenden Vorbefunden hingewiesen. Nach Abschluss der Diagnostik und der Rücksprache mit dem zuständigen Chefarzt oder Oberarzt werden die individuellen Behandlungsmaßnahmen festgelegt. Als Basis dienen allgemein gültige Behandlungsrichtlinien und medizinisch-pflegerische Standards. Hausinterne schriftliche Anweisungen regeln das Verfahren. Die Aufsichtspflicht durch Fachärzte in allen Abteilungen und der Notfallambulanz ist geregelt. Außerhalb der Dienstzeiten sind Rufbereitschaftsdienste der Chef- und Oberärzte eingerichtet. Alle Stationen sind mit examiniertem Pflegepersonal besetzt. Eine adäquate Diagnostik, Behandlung, Pflege und Dokumentation wird ermöglicht.

#### **Ambulante Diagnostik und Behandlung**

In den Ambulanzen sind Sprechstunden für die ambulante Patientenversorgung eingerichtet. Außerdem besteht ein Medizinisches Versorgungszentrum\*. Für Notfälle besteht eine ständige Aufnahme-

bereitschaft. Um Doppeluntersuchungen zu vermeiden, werden Vorbefunde angefordert und entsprechend berücksichtigt. Hausinterne Vorbefunde aus vorherigen Aufenthalten stehen über das Krankenhausinformationssystem zur Verfügung.

### **Therapeutische Prozesse**

Die Einbeziehung von Physiotherapeuten, Diätassistenten, Sozialarbeitern oder Orthopädietechnikern erfolgt in den betreffenden Bereichen. Die ersten ärztlichen und pflegerischen Gespräche mit dem Patienten und auf Wunsch den Angehörigen haben der Behandlungs- und Pflegeplan sowie das weitere Vorgehen zum Inhalt.

### **Visite**

In der täglichen Visite können Wünsche und Bedürfnisse des Patienten aufgenommen und medizinische Fragen individuell beantwortet werden. Patientenverfügungen wird entsprochen. Während der täglichen Visite findet die individuelle Anpassung des Behandlungsplans statt. Tägliche Absprachen mit dem Chefarzt oder Oberarzt gewährleisten eine Überwachung der Maßnahmen.

### **Leitlinien**

Die qualifizierte medizinische und pflegerische Betreuung erfolgt unter Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und den vorhandenen Leitlinien der Fachgesellschaften. Die Vorgaben der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften sowie die Leitlinien der Fachgesellschaften bilden die Basis für interne Anweisungen und Standards zur Behandlung von Patienten. Über Verfahrensanweisungen wird die berufsgruppen- und fachübergreifende Zusammenarbeit unterstützt. Pflege- und Hygienestandards, Risikoprävention und berufsgruppenübergreifende Dokumentation ermöglichen die qualifizierte Betreuung durch den Pflegedienst. Das Krankenpflegepersonal führt eine am Pflegeleitbild orientierte Bereichspflege durch. Diese gewährleistet, dass Patienten und Angehörige feste Ansprechpartner haben.

### **Service, Essen und Trinken**

Die Speiseversorgung der Patienten, Mitarbeiter und Besucher übernimmt eine externe Küche im Krankenhaus. Qualifiziertes Küchenpersonal sorgt für ein abwechslungsreiches schmackhaftes und individuell zusammengestelltes Bio-Speisenangebot mit täglich zwei Menüs. Sonderwünsche können jederzeit berücksichtigt werden. Die Speiseversorgung wird entsprechend den Richtlinien der Lebensmittelhygieneverordnung vorgenommen. Die Patientenzimmer und Wartebereiche sind mit Waschbereich, Telefon, Fernsehen, Radio ausgestattet. Erforderliche Informationen über die Versorgungsabläufe und den Tagesablauf der Station erhalten die Patienten bei der Aufnahme und durch die in den Patientenzimmern befindlichen Informationsmappen.

### **Operative Verfahren**

Die Untersuchungen sollen zeitnah und termingerecht durchgeführt werden. Die Operationsplanung obliegt der jeweiligen Fachabteilung. Die OP- Koordinatorin organisiert in Absprache mit den Operateuren reibungslose Abläufe und eine effektive Auslastung der Operationssäle gemäß der Verfahrensanweisungen, Pflegestandards und medizinischen Leitlinien. Die postoperative Schmerzmedikation erfolgt nach einem Standard. Nach der Operation wird die Betreuung im Aufwachraum oder auf der Intensivstation durchgeführt.

### **Ambulante Operationen**

Die organisatorischen Strukturen beim ambulanten Operieren gleichen im Wesentlichen dem stationären Operieren. Zur Information erhält der Patient Merkblätter und Aufklärungsbögen. Die Entlassung erfolgt unter fachärztlicher Begutachtung.

### **Kooperationen**

Im Leitbild für die Krankenhäuser des Johanniterordens ist die Zusammenarbeit zwischen den medizinischen Fachabteilungen und einzelnen Berufsgruppen verankert. Der Patient ist im Fokus aller Prozesse und Verfahrensweisen. In den Fachabteilungen gibt es werktägliche Besprechungen. Die Mitbehandlung wird durch ein Konsiliarwesen gewährleistet. Es gibt interdisziplinäre Besprechungen, in die externe Dienstleister, z. B. Stomatherapeuten, einbezogen werden. Durch die Seelsorge und dem Sozialdienst wird die medizinische und pflegerische Versorgung unterstützt.

### **Entlassung**

Die Entlassungsplanung beginnt bei der Aufnahme mit der Erhebung der medizinischen, pflegerischen bzw. Sozialanamnese. Anhand von festgelegten Regelungen wird die Entlassung/ Verlegung vorbereitet. Der Sozialdienst sowie nachbehandelnde Einrichtungen werden in die Planungen einbezogen, im

Bedarfsfall mit Zustimmung des Patienten auch Angehörige. In pflegerischen und ärztlichen Entlassungsgesprächen werden die Patienten über notwendige weitere Maßnahmen informiert. Ein Pflegeverlegungsbericht unterstützt die Informationsweitergabe. Vor der Entlassung wird mit dem Patienten ein ärztliches und bei Bedarf ein pflegerisches Entlassungsgespräch geführt. Jeder Patient erhält bei der Entlassung entweder einen endgültigen Arztbrief oder einen vorläufigen Kurzbrief.

### **Kontinuierliche Weiterbetreuung**

Pflegebedürftige Patienten erhalten einen Pflegeverlegungsbericht für die weiterbetreuende Einrichtung. Diagnostische Unterlagen und Befunde sowie weitere Therapieempfehlungen für die weiterbetreuende Einrichtung werden dem Patienten mitgegeben. Die Organisation wird vom Sozialdienst vorgenommen. Die nachbehandelnden Einrichtungen werden mit Zustimmung der Patienten und Angehörigen frühzeitig in die Entlassungsvorbereitung mit einbezogen. Eine zeitnahe und konstruktive Zusammenarbeit ist durch eine Zusammenarbeit mit den ambulanten Pflegediensten gewährleistet. Die Organisation der Nachbetreuung und die Gewährleistung der kontinuierlichen Weiterbehandlung werden durch den Sozialdienst des Krankenhauses koordiniert. Über regelmäßige Veranstaltungen bestehen gute Kontakte zu anderen Krankenhäusern sowie zu niedergelassenen Ärzten der Region.

### **Teilstationär, Prästationär, Poststationär**

Zur Information und Gewährleistung der erforderlichen Nachsorge werden Absprachen getroffen und Überleitungsformulare / Arztbriefe erstellt. Therapeutische Angebote wie Physiotherapie sind in die prä- und poststationäre Versorgung integriert.

### **Umgang mit sterbenden Patienten**

Unter Berücksichtigung der Autonomie und individueller Wünsche des Patienten wird Schwerstkranken und Sterbenden ein würdevoller Tod ermöglicht. Angehörige können rund um die Uhr bei ihnen bleiben. Die Sterbebegleitung erfolgt zusätzlich zum ärztlichen und pflegerischen Dienst durch die Mitarbeiter der Krankenhausseelsorge, des Sozialdienstes und gegebenenfalls die "Grünen Damen". Bei Bedarf wird auch seelischer Beistand bei fremdkonfessionellen Religionen organisiert. Patientenverfügungen werden erfasst.

### **Umgang mit Verstorbenen**

Ein Abschiednehmen der Angehörigen von ihren Verstorbenen wird ermöglicht. Die Trauergespräche sind mit der Seelsorge, die einen ausgebildeten Trauerbegleiter aufzuweisen hat, möglich. Die Seelsorgerin begleitet die Eltern während der Zeit des Abschiednehmens und ist Ansprechpartner für Ärzte, Hebammen und Pflegende.

## **proCum Cert:**

### **Besondere Zuwendung und Präsenz für Patienten**

#### **Begleitung, Zuwendung und Präsenz für Patienten**

Im JKH erfolgt grundsätzlich ein qualifizierter Patiententransport. Dieser beinhaltet neben der Beachtung der Vitalzeichen insbesondere die seelische Betreuung während des Transportes zu Untersuchungen und im besonderen vor und nach operativen Eingriffen.

#### **Sprechzeiten der an der Behandlung Beteiligten für Patienten und Angehörige**

Es werden wöchentlich Stationschwester-sprechstunden, insbesondere für Angehörige, angeboten. Die Seelsorge ist jederzeit erreichbar. Zusätzlich stehen noch die „Grünen Damen“ und in der Frauenklinik Ansprechpartnerinnen der Selbsthilfegruppe "Frauen nach Krebs" zur Verfügung.

#### **Gestaltung eines der christlichen Werteorientierung des Trägers, besondere Angebote für Patienten und Angehörige**

In den Wartebereichen des JKH liegen neben allgemeinen Zeitschriften christliche Broschüren, die Gemeinde-Nachrichten und die Zeitung "Die Kirche und Heimat" aus. Des Weiteren ist auf den Patientenzimmern das "Neue Testament" ausgelegt, die die Patienten mit nach Hause nehmen dürfen.

## **Berücksichtigung der spirituellen bzw. religiösen Dimension von Krankheit und Krankheitsbewältigung**

### **Berücksichtigung religiöser bzw. spiritueller Erfahrungen und Bedürfnisse der Patienten**

Es werden die spirituellen Bedürfnisse von Patienten aller Konfessionen sowie ohne religiösen Hintergrund berücksichtigt und ermöglicht. Externe Seelsorger, nichtchristliche Berater und Priester anderer Religionen werden in die Patientenbegleitung eingebunden.

### **Integration geeigneter Elemente der christlichen Tradition in den Behandlungsprozess**

Innerhalb des therapeutischen Teams erfolgen, ggf. unter Einbindung der Seelsorge, kontinuierliche Abstimmungen über Behandlungszustand und Bedürfnisse von Patienten- und Angehörigen sowie die damit verbundenen Erfordernisse.

### **Integration der Seelsorge in die Prozesse auf den Stationen und in den Funktionsbereichen**

Die Information der Seelsorge bezüglich Patienten erfolgt durch das Pflegepersonal oder Ärzte und über direkte Besuche in den Patientenzimmern. Ungestörte Gespräche können in den Büros der Klinikseelsorge realisiert werden.

### **Mitwirkung der Seelsorge bei Gesprächen mit Patienten und Angehörigen**

Die Seelsorge bietet gemäß Konzept Hilfestellungen bei besonderen Situationen.

## 2 Mitarbeiterorientierung

### KTQ:

#### Planung des Personalbedarfs

Die Personalbedarfsberechnung erfolgt durch die Geschäftsführung und Personalleitung unter Kooperation mit der Pflegedirektion und den Chefärzten. Auf der Basis der Leistungsentwicklungen und Statistiken sowie der Fluktuationsraten und Ausfallzeiten wird die Dienst- und Stellenplanung vorgenommen. Für die Bereitstellung von qualifiziertem Personal wird die interne Fort- und Weiterbildung genutzt oder eine Neubesetzung bei Veränderungen des Stellenplanes oder des Leistungsspektrums. Die Mitarbeitervertretung wird in den Prozess einbezogen.

#### Personalentwicklung/Qualifizierung

Die Personalentwicklung beginnt durch eine Einarbeitung neuer Mitarbeiter und wird durch die Weiterqualifizierung des Personals weitergeführt. In unserem Krankenhaus sind examinierte Pflegekräfte tätig. Die Stationsleitungen besitzen die entsprechende Qualifikation. Mentoren und Praxisanleiter sind weitergebildet und Pflegefachkräfte mit Zusatzausbildung in den Bereichen OP und Anästhesie tätig. In den Fachabteilungen sind Fachärzte, zum Teil mit Zusatzausbildungen beschäftigt. Gesetzliche und kirchliche Anforderungen bilden die Grundlage der Arbeitsvertragsrichtlinien und Stellenbeschreibungen. Das Leitbild findet Berücksichtigung bei deren Ausgestaltung. Im Organigramm werden die Stellen abgebildet. Bei allen Dienstarten der Berufsgruppen gibt es Vorgaben zur Qualifikation. Bei Führungskräften wird der Facharztstatus, die Weiterbildungsbefugnis, die Stationsleitungsweiterbildung oder die Approbation zur Ausübung der Tätigkeit erwartet.

#### Fort- und Weiterbildung

Die Fort- und Weiterbildung orientiert sich am Leitbild. Die Interessen des Krankenhauses, dessen Leistungsspektrum sowie die aktuellen gesetzliche Vorgaben sowie die Fähigkeiten und Wünsche der Mitarbeiter bilden die Basis. Veranstaltungen sowie ein Angebot an Inhouse-Schulungen, an denen auch Externe teilnehmen können, werden durchgeführt. Im Pflegebereich gibt es ein Halbjahres-Fortbildungsprogramm, welches auf die Bedürfnisse abgestimmt ist. Die Ärzte des Hauses integrieren niedergelassene Kollegen in Fortbildungsveranstaltungen. Interprofessionelle Fortbildungen werden geregelt durchgeführt. Die Finanzierungen für Fort- und Weiterbildungen werden in einem jährlichen Budget berücksichtigt. Fortbildungen, die die Qualität sichern oder steigern, betrieblich oder strategisch notwendig sind, werden vollständig vom Haus finanziert und führen in der Regel zur Freistellung des Mitarbeiters. Für längerfristige Weiterbildungen werden Verträge abgeschlossen. Diese regeln sowohl die Kostenübernahme als auch den finanziellen und zeitlichen Eigenanteil des Mitarbeiters. Für interne Fortbildungen stehen ausreichend Räumlichkeiten und moderne Medien zur Verfügung. Die Abteilungen verfügen über Fachliteratur, die Stationen über pflegerische Standardwerke. Ausgewählte Fachliteratur wird über ein Umlaufverfahren weitergeleitet. Fachzeitschriften, Bücher können von den Mitarbeitern genutzt werden. Das Intranet und Internet steht über die Arbeitsplatzrechner für die Mitarbeiter zur Verfügung. Für die Fernleihe ist ein Bibliotheksausweis für die Mitarbeiter verfügbar.

#### Ausbildung

Die Schule für Gesundheitsberufe an der Johanniter-Krankenhaus Genthin - Stendal GmbH bildet Kranken- und Gesundheitspfleger sowie Krankenpflegehelfer aus. Die Ausbildung orientiert sich an anerkannten Lehrplänen. Das Curriculum "Pflegen können" orientiert sich über die gesetzlichen Vorgaben hinaus am christlichen Menschenbild.

Der Theorie-Praxis-Bezug wird durch Einsätze in verschiedenen Klinikbereichen und Einrichtungen ermöglicht. Die Ausbildung von medizinischem Nachwuchs erfolgt als Lehrkrankenhaus im Rahmen von Famulatur, Praktischem Jahr und Weiterbildungsbefugnis. Die Arbeitszeitregelungen richten sich nach den gesetzlichen Vorgaben und sind auf die Erfordernisse der Abteilungen abgestimmt. Die Regelungen umfassen Schicht-, Wechselschicht- und Gleitzeitarbeit, Bereitschaftsdienste sowie flexible Regelungen. Teilzeitarbeit und neue Arbeitszeitmodelle werden erprobt. Die erbrachte Arbeitszeit wird erfasst und von den verantwortlichen Leitungen überwacht. Der Personaleinsatz und die Dienstplanung werden im Pflegebereich EDV-gestützt überprüft und durchgeführt.

#### Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Die im Leitbild benannten Führungsaspekte stellen die Grundlage für einen mitarbeiterorientierten Führungsstil dar. Im Rahmen von strukturierten Mitarbeitergesprächen werden Mitarbeiter in die

Zielplanung eingebunden und eine Rückkoppelung zur möglichen Integration der Mitarbeiterinteressen ermöglicht. In Führungs- und Kommunikationsseminaren werden Führungskräfte mit diesen besonderen Anforderungen vertraut gemacht. Mitarbeiter aller Berufsgruppen und Hierarchieebenen beteiligen sich an Projekt- und Gremienarbeiten.

### **Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden**

Ein innerbetriebliches Vorschlagswesen, bei dem Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden eingebracht werden können, bildet ein Instrument zur Integration von Mitarbeitern im Johanniter-Krankenhaus Genthin - Stendal. Der nutzbringende Umgang mit Ideen, Vorschlägen und Beschwerden ist ein wichtiger Bestandteil der Unternehmenspolitik.

Beschwerden können jederzeit beim direkten Vorgesetzten, der Betriebsleitung oder der Mitarbeitervertretung eingereicht werden. Die Mitarbeiter sind aufgefordert, in Teamgesprächen, Projektgruppenarbeit und in Mitarbeitergesprächen den Vorgesetzten gegenüber Wünsche und Kritik zu äußern. Ein Vorschlagswesen ermöglicht den geregelten Umgang mit Mitarbeiterideen über die Bearbeitung durch eine Kommission.

### **Einarbeitung von Mitarbeitern**

Neue Mitarbeiter werden nach einem Einarbeitungskonzept mit ihren neuen Aufgaben vertraut gemacht. Das Leitbild, die Strukturen des Hauses, die Themen des Qualitätsmanagement, die innerbetriebliche Fortbildung, die Dokumentenlenkung, das Kommunikationssystem und die Hygiene sind zentrale Bestandteile dieses Konzeptes.

Durch einen Mentor erfolgt die fachliche Einarbeitung des neuen Mitarbeiters am festgelegten Arbeitsplatz. Die Probezeit endet mit einer fachlichen und methodischen Beurteilung.

### **Geplante und gesetzliche Regelung zur Arbeitszeit**

Mitarbeiterwünsche in Bezug auf die Arbeitszeiten werden unter Berücksichtigung der betrieblichen Belange realisiert.

Dienstzeitenregelungen sind implementiert. Verschiedene Arbeitszeitmodelle stehen den Mitarbeitern zur Verfügung. Die jeweils gültigen Regelungen sind durch eine Betriebsvereinbarung mit der MAV bestätigt.

## **proCum Cert:**

### **Wahrnehmung der Fürsorgepflicht für die Mitarbeiter**

#### **Vereinbarkeit von Familie und Beruf**

In Zusammenarbeit mit der Johanniter Unfallhilfe kann ein Kontingent an Kinderbetreuungsplätzen zur Verfügung gestellt werden. Des Weiteren besteht die Möglichkeit der Inanspruchnahme von stundenweiser Betreuung, z.B. nachmittags, nachts auch von Kindern, die tagsüber in einem anderen KITA-Platz untergebracht sind.

#### **Betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz**

Angeboten wird eine Rückenschule und eine betriebliche BGW Rückensprechstunde, Rückencollege.

#### **Maßnahmen zur Verhinderung und zum Abbau von Arbeitsüberlastung**

Im Bereich der Pflege werden die Fachkräfte durch einen Rotationsplan dahingehend eingearbeitet, dass sie bei Vakanzen auch in anderen Abteilungen eingesetzt werden können. Präventiv wird bereits bei der Dienstplanung auf eine ausgewogene Verteilung Rücksicht genommen.

#### **Schutz der Mitarbeiter vor Bedrohung und Gewalt**

Die Einrichtung wird ab 22:00 Uhr durch einen Wachschatz kontrolliert und gesichert. Jeder Mitarbeiter kann ein Mitglied des Wachschatzes telefonisch kontaktieren und Hilfe anfordern.

#### **Wertschätzung und Anerkennung vermitteln, Verbundenheit fördern**

Im Rahmen der jährlich zu Führenden Mitarbeitergespräche wird der Mitarbeiter auch durch den Vorgesetzten beurteilt und die Ziele besprochen. Ein innerbetriebliches Vorschlagswesen mit Prämierung von positiv umgesetzten Verbesserungspotentialen steht ebenfalls zur Verfügung.

**Würdigung von Erfolgen und besonderen Leistungen**

Für bestimmte Funktionen und Rollen werden leistungsorientierte Vergütungen ausgeschüttet.

**Begleitung der Mitarbeiter an beruflich-biografischen Wegmarken**

In mehreren Verfahrensanweisungen sind die Vorgehensweisen beschrieben.

**Kontaktpflege zu Pensionären**

Im Ruhestand befindlichen Mitarbeiter werden schriftlich zu Weihnachts- und Betriebsfeiern persönlich eingeladen.

**Hilfe zur Bewältigung persönlicher Krisen**

Die Unterstützung der Mitarbeiter zur Bewältigung persönlicher Krisen erfolgt in unterschiedlicher Form. Z.B. werden Freistellungen oder monetäre Unterstützungen gewährt. Angebote zur Teilnahme, bzw. in Anspruchnahme von Supervisionen bestehen.

**Fachliche und organisatorische Hilfe**

Auf Wunsch stehen den Abteilungen Angebote für eine Supervision zur Verfügung. Die Kosten übernimmt die Einrichtung. Einzelne Mitarbeiter können Ihre Altersteilzeit variabel gestalten, um so z.B. die Pflege eines Familienangehörigen in der Freistellungsphase zu gewährleisten.

**Förderung der sozialen und christlich-ethischen Kompetenz der Mitarbeiter**

Es gibt konzeptionelle Vorgaben zur Förderung der spirituellen und christlich ethischen Kompetenz der Mitarbeiter. Spezielle Angebote fördern die spirituelle Kompetenz der Mitarbeiter.

**Vermittlung und Vertiefung christlichen Basiswissens**

Eine Vermittlung der christlichen Werte ist Bestandteil des täglichen gelebt Werdens in der Klinik.

## 3 Sicherheit

### KTQ:

#### **Arbeitsschutz**

Die Organisation des Arbeits- und Brandschutzes wird durch einen externen Dienstleister vorgenommen. Eine Betriebsärztin ist für die medizinische Betreuung des Personals beauftragt, Regelungen bei Arbeitsunfällen sind vorhanden. Das Personal ist im Umgang mit Gefahrstoffen geschult und wird in die Strahlenschutzbestimmungen eingewiesen. Es finden Begehungen des Sicherheitsbeauftragten, der Betriebsärztin und der Fachkraft für Arbeitssicherheit statt. Ein Arbeitsschutzausschuss ist etabliert.

#### **Brandschutz**

Die Regelungen zum Brandschutz sind in der Brandschutzordnung festgelegt und mit der zuständigen Feuerwehr abgestimmt. Es werden für die Mitarbeiter Übungen von einem ausgebildeten Brandschutzbeauftragten an einem Übungsgerät angeboten. Die Bereiche im Krankenhaus sind mit Flucht- und Rettungswegplänen ausgestattet.

Es finden Brandschutzbegehungen statt. Neubauten und Umnutzungsprojekte werden von einem Brandschutzingenieur unter den Regelungen des Brandschutzbeauftragten des Landes unterstützt.

#### **Katastrophenschutz**

Durch die Einbindung in den Katastrophenschutz nach Landesrecht existiert ein hausinterner Katastrophenschutzplan inklusive Alarmierungsplan, der an allen strategisch wichtigen Punkten des Krankenhauses verfügbar ist und in regelmäßigen Abständen überprüft und angepasst wird. Der Katastrophenschutz und damit die Aufnahmeverpflichtung bzw. die Versorgungssicherstellung für Notfallpatienten bei Großschadensereignissen ist konzeptionell geregelt. Verantwortlich ist die Krankenhaus-Einsatzleitung.

#### **Nichtmedizinische Notfallsituationen**

Für Notfallsituationen und Katastrophenfälle sind Regelungen getroffen. Diese Regelungen beinhalten die Vorgehensweise zum Schutz der Patienten und Mitarbeiter und die Alarmierung der Rettungskräfte und der Krankenhausführung. Hausinterne Notfallsituationen, z. B. Bombendrohung, sind in das Sicherheitskonzept einbezogen.

Für den Ausfall von Medien liegt ein Ausfallkonzept der Betriebstechnik vor. Ein Notstromaggregat ist einsatzbereit. Es erfolgen Schulungen zum Umgang mit Notfallsituationen.

#### **Umweltschutz**

Eine Abfallbilanz ist erstellt, ein Jahresbericht über die Abfallmengen liegt vor, ein Abfallbeauftragter ist benannt und geschult. Für neue Bauabschnitte ist ein Wassereinspar- und Energiesparkonzept umgesetzt. Weitere Bereiche sind einbezogen. Energieeinsparmaßnahmen werden auf der Basis der Verbrauchsdaten diskutiert. Umweltverträgliche Stoffe werden als Verbrauchsstoffe und Baumaterialien eingesetzt.

#### **Medizinisches Notfallmanagement**

Notrufe werden über mehrere Notrufnummern weitergeleitet. Schulungen und eindeutige Vorgaben zum Umgang mit Notfällen gehören zum Standard und sind den Mitarbeitern bekannt. Über den Notruf wird ein Notfallteam, bestehend aus einem Arzt und einer Pflegekraft der Intensivstation gerufen. Jede Station und Funktionsabteilung ist mit einem Notfallkoffer ausgestattet.

#### **Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung**

Im Rahmen der Bereichspflege werden besondere Sicherheitsrisiken von Patienten in Bezug auf Eigen- und Fremdgefährdung erkannt und entsprechende Maßnahmen eingeleitet. Die Betreuung von sturz- und dekubitusgefährdeten Patienten ist geregelt. Für Sicherheitsrisiken, die von Patienten ausgehen, werden individuelle Maßnahmen ergriffen. Über Pflegevisiten und die Auswertung des Risikomanagements können Sicherheitslücken erkannt und verringert werden.



### **Hygienemanagement**

Die Verantwortung für die Hygiene liegt beim Ärztlichen Direktor, der durch einen hygienebeauftragten Arzt und eine Hygienefachkraft unterstützt wird. Bei jeder Sitzung der Hygienekommission steht eine Krankenhaushygienikerin zu hygienerelevanten Fragen zur Verfügung. Grundlagen der Organisation der Hygiene stellen die gesetzlichen Vorschriften, die Krankenhaushygiene-Verordnung, das Infektionsschutzgesetz, die Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts sowie die Unfallverhütungsvorschriften und diverse DIN-Normen dar.

### **Hygienerrelevanter Daten**

Die Erfassung und Nutzung hygienerrelevanter Daten ist über die Hygienekommission geregelt. Nosokomiale Infektionen werden von den behandelnden Ärzten an die Hygienebeauftragten gemeldet oder auf der Grundlage von bakteriologischen Befunden in Rücksprache mit den behandelnden Ärzten erfasst. Die Ergebnisse werden in den betreffenden Abteilungen besprochen und ausgewertet, ggf. notwendige Maßnahmen eingeleitet. Über die Arzneimittel-Kommission wird z. B. das Antibiotika-Regime an das Keimspektrum des Hauses angepasst. Die hygiesichernden Maßnahmen orientieren sich an den Richtlinien und Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts. Die Hygienerichtlinien sind in den Bereichen für die Mitarbeiter einsehbar und zusätzlich über das Intranet verfügbar. Das Krankenhaus beteiligt sich an der Aktion "Saubere Hände".

### **Infektionsmanagement**

Hygienepläne und Isolierungsstandards werden überarbeitet, spezielle Verhaltensrichtlinien erarbeitet und bei Hygienebegehungen überprüft. Die gültigen Hygienepläne und Isolierungsstandards, die sich an den Richtlinien und Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts orientieren, werden den Mitarbeitern bekannt gemacht und sind im Intranet hinterlegt. Desinfektionspläne hängen in den Bereichen aus. Die bestehenden Richtlinien sind Bestandteil der Fortbildungsveranstaltungen zur Hygiene. Über Hygienebegehungen wird die Einhaltung der Verfahren überprüft.

### **Blutkomponenten und Plasmaderivate**

Im Qualitätsmanagement-Handbuch werden die Regelung zur Bereitstellung und Anwendung von Blut und Blutprodukten und die klinische Anwendung von Blutkomponenten und Plasmaderivaten beschrieben und geregelt. Die Bereitstellung erfolgt nach Indikationsstellung über das Labor und wird patientenspezifisch ausgegeben. Bei geplanten Operationen mit Transfusionsbedarf erfolgt nach Möglichkeit eine Eigenblutspende im Haus. Der Ablauf ist durch die Anästhesieabteilung geregelt.

### **Arzneimittel**

Das Verfahren zur Beschaffung von Medikamenten und apothekenpflichtigen Artikeln ist durch die Arzneimittelkommission festgelegt. Es werden CE-zertifizierte Medizinprodukte eingesetzt. Diese werden anhand ökonomischer und handhabungstechnischer Kriterien beschafft. Durch den verantwortlichen Arzt wird die Verordnung von Arzneimitteln vorgenommen, in der Patientenakte eingetragen. Für das gesamte Haus ist die verbindliche Arzneimittelliste zu beachten, die durch die Arzneimittelkommission freigegeben wird. Die Bereitstellung der Medikamente erfolgt durch eine Vertragsapotheker, die die Medikamentenbestände und ihre ordnungsgemäße Lagerung sowie die Überprüfung des Verfallsdatums erfolgen. Die Verabreichung erfolgt durch qualifizierte Mitarbeiter.

### **Medizinprodukte**

Die gesetzlichen Vorgaben des Medizinproduktegesetzes regeln die Anwendung und Nutzung von technischen Medizinprodukten, die Rechte und Pflichten der Betreiber, Geräteverantwortlichen, Beauftragten und Anwender. Einweisungen und Schulungen gemäß den gesetzlichen Grundlagen erfolgen für die Mitarbeiter. Für aktive Medizinprodukte sind Medizinproduktverantwortliche und -beauftragte benannt. Die Behebung von Störungen an Geräten erfolgt nach einem Stufenplan. Reparaturen erfolgen über Wartungsverträge oder qualifizierte Mitarbeiter.

## 4 Informations- und Kommunikationswesen

### KTQ:

#### **Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie**

Im Johanniter-Krankenhaus wird seit 1999 ein vernetztes EDV-System betrieben und kontinuierlich ausgebaut. Von den Rechnern kann auf das Krankenhausinformationssystem, das medizinische Dokumentationssystem, das Laborsystem, das Bilddokumentationssystem sowie das Intra- und Internet zugegriffen werden. Das Intranet bietet den Zugriff auf Standards, Verfahrensanweisungen, Leitlinien, Leitfäden und Handbücher. Die Betreuung des Systems wird von einem externen Dienstleister vorgenommen.

#### **Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten**

Regelungen zu der Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten sind schriftlich fixiert. Es wird eine Patientenakte geführt, die durch ein EDV-System mit Bilddaten ergänzt und das Konsilwesen unterstützt wird. Verantwortlich für die Führung der Patientendokumentation sind die behandelnden Ärzte, die für den Patienten zuständigen Pflegekräfte, sowie alle an der Behandlung beteiligten Mitarbeiter. Die Archivierung der Patientenakten erfolgt gemäß Leitfaden im Archiv. Die gesetzlichen Vorschriften des Datenschutzes werden beachtet.

#### **Verfügbarkeit von Patientendaten**

Im modifizierten Standard-Dokumentationssystem erfolgen bei Aufnahme eine Erfassung und schriftliche Niederlegung der ärztlichen und pflegerischen Anamnese sowie Diagnosen. Patienten-Identifikation, Konsile, Untersuchungen und Befunde in Kurzform, ärztliche Untersuchungsbefunde und Anordnungen, Medikamente, die Pflegeplanung und der Pflegeprozess werden abgebildet. Das Führen der Dokumentation erfolgt durch am Prozess beteiligte Berufsgruppen und wird per Unterschrift bestätigt. Unterschriftenlisten des Pflegedienstes sind auf der Station hinterlegt. Im Krankenhaus besteht für berechnigte Mitarbeiter, Ärzte und Pflegekräfte ein zeitlich uneingeschränkter Zugriff auf die Patientendokumentation. Die Patientendokumentation der stationären Patienten ist jederzeit von den an der Behandlung beteiligten Personen einsehbar. Der Zugriff auf die in der EDV erfassten Daten und Bilder ist jederzeit gemäß einem Berechnigungskonzept möglich. Bei der ärztlichen Visite und der Pflegevisite werden das Vorhandensein sowie die Vollständigkeit der Dokumentation überprüft.

#### **Informationsweitergabe (intern/extern)**

Es finden interdisziplinäre Besprechungen zwischen den Abteilungen und Berufsgruppen statt. Dadurch werden die Informationswege kurz gehalten. Im Rahmen der Behandlung und Verlegung werden Kurzbriebe und pflegerische Verlegungsberichte erstellt sowie relevante Patientenunterlagen zur Verfügung gestellt. Durch die Verwendung eines einheitlichen Patientendokumentations- und EDV-Systems ist die Weiterverwendung der Patientendokumentation abteilungsübergreifend gewährleistet. Das Konsilwesen erfolgt EDV-gestützt. Mit einer Homepage im Internet sind für Patienten, Angehörige und Kooperationspartner jederzeit Informationen über das Krankenhaus erhältlich. Für die Öffentlichkeitsarbeit ist ein Mitarbeiter benannt, die Verantwortung liegt bei der Geschäftsführung. Öffentlichkeitswirksame Veranstaltungen wie ein "Tag der offenen Tür" und andere Informationsveranstaltungen, z.B. Laienseminare, werden durchgeführt. Die Information der Öffentlichkeit erfolgt zusätzlich durch die Tagespresse.

#### **Information der Krankenhausleitung**

Die Krankenhausführung wird über laufende Projekte, Entwicklungen, Vorgänge, Kennzahlen, etc. informiert, um frühzeitig Entscheidungen treffen zu können. Hierzu zählt z. B. ein detailliertes monatliches Berichtswesen zur wirtschaftlichen Situation, Protokolle/Aktenvermerke der regelmäßigen Besprechungen, Konferenzen und Kommissionen oder die Kommunikation der Daten in Bezug auf die Qualitätssicherung und der Ergebnisse von Befragungen. Philosophie des Hauses ist es, dass Mitarbeiter sich jederzeit vertrauensvoll an die Krankenhausführung wenden können.

#### **Organisation und Service**

Im Eingangsbereich des Krankenhauses befindet sich eine Rezeption, die rund um die Uhr besetzt ist. Die Infozentralen und der Eingangsbereich sind patienten- und besucherfreundlich gestaltet. Es sind verschiedene Informationen ausgelegt oder werden ausgehändigt.

Bei fremdsprachigen Anfragen kann auf der Basis einer Fremdsprachenliste ein Mitarbeiter oder Dolmetscher für die notwendige Übersetzung hinzugezogen werden.

### **Regelungen zum Datenschutz**

Die Mitarbeiter haben computergestützten Zugriff auf Patientendaten und können unter Wahrung der Datenschutzbestimmungen Angehörigen und Besuchern notwendige Auskünfte geben. Sie erhalten Schulungen zum Datenschutz, Arbeits- und Brandschutz sowie zur Gesprächsführung. Für alle Mitarbeiter des Krankenhauses gelten die Bestimmungen des Datenschutzes. Diese werden mit einer Datenschutz- und Schweigepflichterklärung unterschrieben. Ein Datenschutzbeauftragter ist benannt, eine Datenschutzanweisung wurde erstellt. Mitarbeiter haben durch ein passwortgeschütztes Benutzerkonzept, welches auf der Basis der Dienstaufgaben erarbeitet wurde, Zugriff auf elektronische Daten. Die Einsichtnahme in Patientenakten kann auf Antrag von Patienten erfolgen. Die Intimsphäre der Patienten wird im Behandlungsverlauf beachtet.

## 5 Führung

### KTQ:

#### **Vision, Philosophie und Leitbild**

Der Johanniterorden hat gemeinsam mit den Krankenhausleitungen für alle Krankenhäuser ein einheitliches Leitbild erarbeitet und umgesetzt. Die Grundlage zur Umsetzung des Leitbildes in den Häusern wurde geschaffen und Kommentierungen vertiefen jeden Leitsatz. Es werden interne und externe Leitbildseminare für Mitarbeiter aller Hierarchieebenen und Fachdisziplinen angeboten. Auf der Basis des Leitbildes ist ein Pflegeleitbild erarbeitet und eingeführt worden.

#### **Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung**

Sämtliche strategische Entscheidungen für das Johanniter-Krankenhaus werden durch den Träger in Abstimmung mit der Geschäftsführung getroffen. Basierend auf dem Leitbild werden für das Krankenhaus strategische Unternehmensziele formuliert, aus denen operative Ziele abgeleitet werden. Diese Ziele sind Basis für die Abteilungen, abteilungsbezogene Ziele/ Qualitätsziele zu formulieren. Es existiert ein 5-Jahresplan. Die Finanz- und Investitionsplanung erfolgt mittelfristig, pauschale Fördermittel werden jährlich geplant. In den Wirtschaftsplan für das Folgejahr fließen die Leistungs-, Personal-, Kosten-, Erlös und Investitionsplanung sowie die Darstellung der Finanz- und Liquiditätslage auf der Basis von internen Auswertungen ein. Der Wirtschaftsplan wird dem Kuratorium zur Genehmigung vorgelegt. Zur Kontrolle erfolgt monatlich ein Abgleich der aktuellen Daten mit den auf das Jahr prognostizierten Plan-Daten.

#### **Innovation und Wissensmanagement**

Zur Kommunikation und Weiterentwicklung von Wissen werden intern verschiedene Systeme eingesetzt (z. B. Innovationstag, Intranet, Beschwerdemanagement, Betriebliches Vorschlagswesen, Befragungen und Besprechungen). Das betriebliche Know-How wird durch Maßnahmen, wie dem Zugang zur Bibliothek, Bereitstellung von Fachliteratur, Internet sowie Fort- und Weiterbildungen, gefördert.

#### **Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien**

Durch bestehende Gremien wird eine effektive Arbeitsweise unterstützt. Die Gremien sind durch die Beteiligung von Vertretern der Geschäftsführung/ Betriebsleitung untereinander koordiniert. Eingesetzte Kommissionen haben klare Aufgabenstellungen und Zuständigkeitsbereiche. Sitzungen werden protokolliert und teilweise im Intranet veröffentlicht. Die Geschäftsordnungen für die Geschäftsführung und die Krankenhausbetriebsleitung treffen Regelungen zur Zusammensetzung und zur Sitzungshäufigkeit. Ergebnisse werden durch Protokolle belegt und dem Träger zur Kenntnisnahme gegeben. Das Krankenhausleitbild gibt Regelungen und Formen der Gesprächskultur und der Kommunikation vor. Es besteht die Möglichkeit zu einem persönlichen Gespräch mit dem Geschäftsführer oder Betriebsleitungsmitgliedern.

#### **Festlegung der Organisationsstruktur**

Gemäß den Vorgaben des Trägers ist die Organisationsstruktur in Organigrammen dargestellt. Diese zeigen eindeutige Zuständigkeiten und Funktionen auf. Die Grundsätze, Ordnungen und Richtlinien des Trägers enthalten die Vorgaben und sehen die Einrichtung von Kommissionen wie zum Beispiel der Ethikkommission, der Arzneimittel-, und auch der Hygienekommission vor. Die Krankenhaus-Konferenz stellt das Gremium der Führungskräfte, Chefärzte und Abteilungsleiter dar. Die Organisation der Krankenhausführung beinhaltet Regelungen für die Bereiche/Abteilungen, durch die wesentliche Betriebsabläufe zur Optimierung und Risikominimierung überprüft werden. Durch Weitergabe von Leistungsdaten, monatliche Gespräche mit den Abteilungsleitern, Arbeiten in Projekten und Erfassen von Beschwerden und Schadensfällen werden Risiken erkannt und entsprechend gegengesteuert. Die Geschäftsführung/ Betriebsleitung ist als Mitglied verschiedener Kommissionen und Gremien informiert.

#### **Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen**

Durch eine offene Informationspolitik und einen Führungsstil der gegenseitigen Wertschätzung fördern wir das Vertrauen der Mitarbeiter zu den verschiedenen Leitungsinstitutionen unseres Hauses. Die Mitarbeit in Gremien und Kommissionen bietet die Möglichkeit aktiv mitzuwirken. Die Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitervertretung und Geschäftsführung ist geprägt durch kurze Wege, direkte Erreichbarkeit und Kompromissbereitschaft beider Seiten.

### **Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse**

Die Ethikkommission gewährleistet, dass ethische Problemstellungen auf der Ebene des Pflegedienstes, des ärztlichen Dienstes sowie der Seelsorger besprochen werden können. Die Rahmenbedingungen der Ethikkommission sind festgelegt. Neben Mitarbeitern des Krankenhauses aus den Bereichen Geschäftsführung, Seelsorge, Pflege und Medizin sind auch ein externer Jurist sowie ein Arzt im Ruhestand tätig. Themen sind zum Beispiel Patientenverfügungen und passive Sterbehilfe. Eine Information erfolgt über Protokolle.

### **Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems**

Für die Analyse von Beinaheunfällen steht ein elektronisches Risikomanagementsystem zur Verfügung. Über das Berichtswesen werden Schwachstellen und Risikobereiche abgebildet. Gemäß Geschäftsordnung werden Vorkommnisse ausgewertet und durch eine interdisziplinäre Kommission wird ein Veränderungsprozess zur Risikominimierung für die Mitarbeiter, Patienten und Dritte angeleitet. Die Beteiligten Personen werden direkt angesprochen und Veränderungen gemeinsam entwickelt.

### **Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen**

Es bestehen verschiedene Kooperationen in medizinischen als auch in weiteren Bereichen, welche über Kooperationsverträge geregelt sind. Die ambulante pflegerische Versorgung und Betreuung erfolgt durch Partnereinrichtungen des Johanniterordens. Das Ehrenamt ist ein fester Bestandteil der Organisation. Patienten aus Krisengebieten werden unentgeltlich behandelt. Kulturelle und soziale Veranstaltungen werden initiiert oder sich daran beteiligt.

### **Externe Kommunikation**

Die Öffentlichkeit wird durch Maßnahmen, wie das Internet, Flyern, Pressegespräche, Presseinformationen und Veranstaltungshinweise, informiert. Veranstaltungen für die interessierte Öffentlichkeit werden angeboten. Auf ein einheitliches Corporate Identity wird geachtet.

## **proCum Cert:**

### **Entwicklung und Pflege einer christlichen Unternehmenskultur**

Das Leitbild des Johanniter-Ordens ist die Basis der Arbeit im JKH und damit der Geschäftsführung. Ein Konzept zur Entwicklung und Pflege einer spirituellen Unternehmenskultur ist erarbeitet. Bestandteile sind die Rolle und Struktur der Klinikseelsorge und deren verschiedenen Angebote. Der Johanniter-Orden als Träger des JKH legt großen Wert auf die Vermittlung seiner Grundwerte und Geschichte an alle Führungskräfte und Mitarbeiter. Es werden Leitbild-Seminare zur Corporate Identity im Haus und durch den Orden monatlich durchgeführt. Diese werden durch die Geschäftsführung ideell getragen und mittels eines Budgets sichergestellt. Die Inhalte, so auch die historische Entwicklung des Johanniter-Ordens, werden im Intranet abgebildet.

### **Beiträge der Mitarbeiter zur christlichen Unternehmenskultur**

Die Krankenhausseelsorge ist fester Bestandteil des Versorgungsauftrages. Über die Teilnahme an den Kuratoriumssitzungen und die Einbeziehung in die Stationsbereiche des JKH ist diese für alle Bereiche Ansprechpartner. Die Konzeption der Krankenhausseelsorge beinhaltet die Grundlage für alle Aktivitäten und Betreuungsangebote. Die Geschäftsführung stellt dafür die notwendigen Mittel und Ressourcen bereit. Die Seelsorge ist aktiv in den täglichen Ablauf im JKH eingebunden. Verschiedenste Angebote für Mitarbeiter und Patienten werden öffentlich, wie z.B. Werkandacht oder Gottesdienste, oder als persönliche Gespräche oder Supervisionen durchgeführt.

### **Aktivitäten, die den Geist bzw. die christliche Kultur des Unternehmens in besonderer Weise zum Ausdruck bringen**

Basierend auf der Konzeption der Klinikseelsorge werden anhand des Kirchenjahres Veranstaltungen und Maßnahmen geplant. Sie bilden den Rahmen für die Entwicklung von Geist und Kultur des JKH. Dazu gehören die regelmäßigen Gottesdienste ebenso, wie einzelne Unternehmungen und Gespräche. Neben den liturgischen Veranstaltungen werden Pilger-Wanderungen auf dem Jakobs-Pilgerweg Sachsen-Anhalt angeboten.

## **Suche und Einstellung von Mitarbeitern, die das christliche Profil der Einrichtung stärken**

### **Wege der Personalgewinnung**

Das Leitbild der JKH des Johanniter-Ordens und die AVR DW - EKM des Diakonischen Werkes legen den Rahmen für die Personalsuche, -auswahl und -einstellung fest. Bei den Mitarbeitern wird Wert darauf gelegt, dass das christliche Werteverständnis gelebt wird. Von Bewerbern wird erwartet, dass diese sich im Vorfeld über das JKH und seinen christlichen Hintergrund informieren. Für die Personalauswahl werden definierte Anforderungsprofile (z. B. aus Stellenbeschreibungen) zugrunde gelegt. Über die Personalabteilung werden nach dem gewünschten Anforderungsprofil der Bereiche und Abteilungen Stellenanzeigen für Neueinstellungen gemäß eines einheitlichen Layouts erstellt. Das kirchliche Profil und das Leitbild sind integraler Bestandteil. Über die Krankenpflegeschule werden neben Nachwuchskräften der Pflege auch Stationsleitungen ausgebildet. Die Fachweiterbildung im ärztlichen Bereich trägt dem medizinischen Profil Rechnung. Es erfolgt eine systematische Auswahl von Bewerbern. Neben der Weiterentwicklung von Mitarbeitern des Hauses werden externe zur Erweiterung der Wissensbasis eingestellt. Spontanbewerbungen werden auf Umsetzbarkeit geprüft. Im Rahmen der engen Zusammenarbeit mit dem Diakonischen Werk Mitteldeutschland werden Bewerbungen von Mitarbeitern, die in anderen Diakonischen Einrichtungen durch strukturelle Veränderungen freigesetzt werden mit besonderem Interesse berücksichtigt.

### **Rahmenbedingungen für die Beschäftigung älterer Mitarbeiter**

Mitarbeiter ab 55 Jahren können einen Antrag auf Wegfall von Nachtdienst stellen. Sofern es die Stellensituation zulässt, können Mitarbeiter auch auf fachfremde und körperlich weniger belastende Stellen umgesetzt werden. Des Weiteren bietet die Klinik im Rahmen einer präventiven Gesundheitsförderung verschiedene Programme an z.B. Rückenschule.

### **Vorgehen bei erforderlichem Personalabbau und betriebsbedingten Kündigungen sowie Outsourcing, Vorgehen bei außerordentlichen Kündigungen**

Sollten betriebsbedingte Kündigungen notwendig sein, werden sozialverträgliche Lösungen in Kooperation mit der Geschäftsführung und der MAV erarbeitet. Dies geschieht auf der Grundlage des Leitbildes, das die Mitarbeiterorientierung beinhaltet.

## **Besondere Aspekte eines umfassenden Risikomanagements**

### **Delegation ärztlicher, pflegerischer und eventuell weiterer Tätigkeiten an nachgeordneten Mitarbeiter und andere Berufsgruppen**

Stellenbeschreibungen der Mitarbeiter regeln die Tätigkeitsbereiche und Kompetenzen für ärztlichen Dienst, Pflege, Funktionsdienst, medizinisch-technischen Dienst und Verwaltung. Die Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an das Pflegepersonal wird über die leitenden Ärzte der Abteilungen geregelt. Für die Delegation pflegerischer Tätigkeiten sind klare Vorgaben vorhanden. Krankenpflegeschüler, Praktikanten und Hospitierende werden gemäß Leitlinien, Standards, Lernzielkatalog in den klinischen Alltag einbezogen. Im Rahmen des Delegationsrechts delegiert der Stationsarzt an die Pflege im Einzelfall Tätigkeiten, wie z.B. Blutabnahmen Sofern Mitarbeiter aus dem Pflegebereich z.B. das Anhängen von Mischinfusionen oder die Applikation von i.v. Injektionen übertragen werden, existieren Spritzenbefähigungsscheine.

### **Interne und externe Kommunikation und Bearbeitung von Behandlungsfehlern**

Für die Erfassung von Beinahefehlern in medizinische, technische und organisatorischer Hinsicht sind Mitarbeiter dazu angehalten, dieses in einem EDV-basierte Risikomanagementsystem zu dokumentieren. Für die Analyse ist eine Kommission Risikomanagement zuständig, welche sich aus Mitarbeitern der verschiedenen Bereiche, einschließlich Seelsorge, zusammensetzt. Eine Geschäftsordnung regelt Aufgaben und Arbeitsweise der Kommission. Im Haus wird eine interdisziplinäre Komplikationskonferenz durchgeführt. Diese beinhaltet die Diskussion von Komplikationen während des gesamten Behandlungsprozesses von ausgewählten Patienten. Hausweite Handlungsempfehlungen werden als Ergebnis abgeleitet. Die Beinahefehler werden mit betroffenen Bereichen durch die Mitglieder der Risikomanagement-Kommissionen diskutiert.

### **Gewährleistung der Sicherheit insbesondere von Neugeborenen und Kleinkindern**

Der Kreißsaaltrakt ist abgeschlossen. Jedes Neugeborene erhält im Anschluss an die Erstversorgung im Kreißsaal um jedes Handgelenk ein Namensbändchen und trägt dieses bis zum Verlassen des

Klinikgeländes.

Die werdende Mutter erhält ein Aufklärungsblatt "Rooming in", zur Aufklärung der bestehenden Aufsichtspflicht. Es wird je 1 Kontrollgang in der Nacht durchgeführt. Es gibt zusätzlich ein Baby- und Kindersicherungssystem.

## 6 Qualitätsmanagement

### KTQ:

#### Organisation

Es wurde 1999 auf der Ebene der Aufsichtsgremien beschlossen, ein Qualitätsmanagement aufzubauen. Ein hauptamtlicher Qualitätsmanagementbeauftragter als Stabsstelle zur Geschäftsführung sowie Qualitätsbeauftragte aus den Abteilungen sind benannt. Einer Lenkungsgruppe Qualitätsmanagement obliegt die Überwachung, Planung und Organisation von Projekten und Prozessen. Führungskräfte und Mitarbeiter der Hierarchieebenen sind in die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements eingebunden. Grundlage für die Qualitätspolitik des Krankenhauses sind das Leitbild und die durch die Geschäftsführung bestimmten Unternehmensziele. Daraus leiten sich strategische und operative Qualitätsziele ab. Vorgaben zur internen Qualitätssicherung bestehen zum Teil durch gesetzliche Regelungen, Leitlinien und Expertenstandards. Es werden verschiedene Instrumente angewendet. Erstellung und Anwendung von hausinternen Standards, Implementierung von Expertenstandards, Erfassung und Reduzierung von Komplikationen sowie mit Verfahrensanweisungen, Dienst- und Verfahrensanweisungen bilden die Grundlage. Zur Erfassung notwendiger Informationen werden Befragungen, Gremienarbeit, Ausschüsse und Kommissionen genutzt.

#### Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Die Umsetzung erfolgt bereichsindividuell in Abstimmung mit den Abteilungsleitern und Qualitätsbeauftragten sowie abteilungsübergreifend in Form von Projekten. Die für das Qualitätsmanagement verantwortliche Geschäftsführung hat einen hauptamtlichen Qualitätsmanagementbeauftragten berufen, der als Stabsstelle der Geschäftsführung unterstellt ist und für diese sowohl beratend als auch umsetzend tätig ist. Die Lenkungsgruppe Qualitätsmanagement und die Qualitätsbeauftragten aus den Bereichen unterstützen das Qualitätsmanagement und überprüfen die Erreichung der Ziele. Es werden ziel- und lösungsorientierte Projektgruppen mit der Bearbeitung von medizinischen, organisatorischen oder interdisziplinären Aufgaben beauftragt.

#### Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Das Krankenhaus beteiligt sich an gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Die zur Erfassung und Weitergabe der Daten notwendigen EDV Programme und personellen Ressourcen werden bereitgestellt. Die Eingabe wird durch das Controlling begleitet und die Daten weitergeleitet. Rückmeldungen werden zentral gesammelt und mit den Abteilungen diskutiert. Es ist eine Stabsstelle für den Bereich internes und externes Berichtswesen geschaffen worden.

#### Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Die Qualitätsindikatoren des Aqua- Institutes werden für die Entwicklung von Zielen genutzt. Im Vergleich mit anderen Häusern werden diese auf Relevanz überprüft und gemäß Prioritäten bearbeitet. Die Fallzahlen stellen dabei die Bewertungsgrundlage dar. Die Berichte der Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung werden von der Geschäftsführung in Kooperation mit dem Controlling für die Chefarzte zur Verfügung gestellt. Parallel dazu erfolgt die Veröffentlichung im Intranet.

#### Mitarbeiterbefragung

In regelmäßigen Abständen werden mit den Mitarbeitern strukturierte Mitarbeitergespräche geführt. Die Ergebnisse werden genutzt, um Verbesserungspotentiale zu erkennen und Problemfelder durch geeignete Maßnahmen zu beheben.

#### Patientenbefragung

Gemäß Leitbild nimmt die Beachtung der ganzheitlichen, patientenorientierten Versorgung, Behandlung und Pflege der Patienten einen wichtigen Stellenwert ein. Patientenwünsche und Beschwerden werden sorgfältig geprüft, mit den Beteiligten diskutiert und notwendige Maßnahmen eingeleitet. Über die Patientenbefragung, durch Gespräche mit Krankenhausmitarbeitern während des Behandlungsaufenthaltes, den Stationsschwesternsprechtag und durch das Beschwerdemanagement haben Patienten und Angehörige die Möglichkeit, Lob, Wünsche, und Kritik zu äußern.

#### Befragung externer Einrichtungen

Eine Einweiserstatistik wird monatlich erhoben. Die Befragung von niedergelassenen Ärzten wird durch die einzelnen Kliniken durchgeführt. Dadurch soll die Zusammenarbeit optimiert und der Kontakt mit den Hausärzten erweitert werden.



### **Umgang mit Wünschen und Beschwerden**

Ein Beschwerdemanagement ist etabliert. Kritik wird als Verbesserungsvorschlag genutzt und auf dieser Basis werden Korrekturmaßnahmen eingeleitet.

## 7 Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus

### proCum Cert:

#### Integration der Seelsorge ins Krankenhaus

Die Krankhausseelsorge ist als eigener professioneller Bereich in den ganzheitlichen und konfessionellen Ansatz des Johanniter-Krankenhauses integriert und im Organigramm ausgewiesen. Die disziplinarische Dienstaufsicht liegt bei der Geschäftsführung, die Fachaufsicht erfolgt über den Seelsorgekonvent. Die Seelsorge hat einen festen Vertreter in der Krankenhauskonferenz und dem Kuratorium. Ein Pfarrer mit 70% für das JKH Genthin-Stendal und 30% in der Hospizarbeit sowie eine Pfarrerin mit 50% Teilzeit haben festgelegte Anwesenheitszeiten auf zugeordneten Stationen. Die Zuständigkeit für Dienst- und Urlaubsplanung obliegt den involvierten Seelsorgern. Im Betriebsteil Genthin ist eine Pfarrerin mit 25 Wochenstunden tätig. Ihre Urlaubsvertretung wird durch das Pfarramt der Trinitatisgemeinde in Genthin bzw. deren Ruheständler übernommen.

Die Leitlinien der Krankenhaus-Seelsorge bilden die Basis der Arbeit der Klinikseelsorge. Am quartalsmäßigen Klinikseelsorge-Konvent der Landeskirche wird teilgenommen. Die Leitlinien der Krankenhaus-Seelsorge bilden die Basis der Arbeit der Klinikseelsorge. Am quartalsmäßigen Klinikseelsorge-Konvent der Landeskirche wird teilgenommen.

## 8 Verantwortung gegenüber der Gesellschaft

### proCum Cert:

#### Übernahme von Verantwortung für Ausbildung

##### **Bereitstellung und Sicherung von Ausbildungs- und Praktikumsplätzen**

An das JKH ist eine Krankenpflegeschule mit 100 Ausbildungsplätzen in der "Gesundheits- und Krankenpflege" angegliedert. In der Verwaltung wird jährlich ein Ausbildungsplatz als "Fachkraft für Bürokommunikation" besetzt.

##### **Auswahlkriterien und -verfahren für Bewerber für Ausbildungs- und Praktikumsplätze**

Für die Auswahl der Schüler gelten die gesetzlichen Zugangsvoraussetzungen für Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege. Für alle Ausbildungsbereiche liegt das Leitbild des Johanniter-Ordens zugrunde.

##### **Betreuung und Begleitung der Auszubildenden, Schüler und Praktikanten**

Die Gesamtverantwortung liegt beim Schulleiter der Krankenpflegeschule. Die Verantwortung für den theoretischen und praktischen Unterricht liegt bei den Mitarbeitern der Krankenpflegeschule sowie den nebenberuflich tätigen Mitarbeitern. Die praktische Ausbildung wird durch Praxisanleiter und benannte Lehrbeauftragte der Stationen sichergestellt.

##### **Vermittlung christlicher Inhalte in der täglichen Arbeit**

Im Ausbildungskonzept wird der Möglichkeit am christlichen Lebensvollzug des Hauses teilzunehmen großes Augenmerk geschenkt. Die Bedeutung der christlichen Inhalte für Mitarbeiter, Auszubildende und Patienten wird neben der Ausgestaltung von Gottesdiensten, Andachten sowie der Zuwendung zum Patienten abgebildet. Die Zeitplanung für die christlichen Inhalte erfolgt gemäß dem Jahreslauf.

##### **Förderung ehrenamtlichen bzw. bürgerschaftlichen Engagements**

Im JKH stehen insgesamt 17 ehrenamtlich tätige "Grüne Damen" und 2 "Grüne Herren" zur Verfügung. Alle 4-6 Wochen findet ein Treffen unter Leitung der PD statt.

##### **Gewinnung, Schulung und Pflege ehrenamtlicher Mitarbeiter**

Da dieses ehrenamtliche Engagement kostenfrei durch die Grüne Damen und Herren zur Verfügung gestellt wird, legt die Klinik großen Wert auf eine menschliche Betreuung. Die zeichnet sich z.B. durch kleine Aufmerksamkeiten zu Geburtstagen oder Weihnachten, sowie die Verköstigung mit Kaffee und Kuchen bei den monatlichen Treffen, aus.

##### **Ermöglichung von finanziellem und ideellem Engagement**

In der Johanniter Kinderklinik Stendal werden im Jahr ca. 1600 akut kranke Kinder und Jugendliche stationär behandelt. Dazu kommen weitere ca. 3000 Kinder, die in Notfall- und Spezial-Ambulanzen (Kinderneurologie und Kinderkardiologie) untersucht und behandelt werden. Auch werden alle in der Johanniter-Frauenklinik Stendal neugeborenen Kinder (z. Zt. über 800 im Jahr) in den Tagen nach der Geburt von den Kinderärzten untersucht und wenn nötig auch behandelt. Im Jahr 1998 wurde ein Förderverein gegründet, um den stationär wie ambulant in der Johanniter-Kinderklinik Stendal betreuten Kindern möglichst alle Hilfe und Unterstützung zukommen zu lassen, die sie benötigen.

## 9 Trägerverantwortung

### proCum Cert:

#### Vorgaben und Beiträge zur Strategie und Ausrichtung des Unternehmens

##### Vorgaben für die strategische Ausrichtung

Für die strategische Entwicklung wurde von der Johanniter GmbH ein Konzept in Verbindung mit einem EDV-Tool eingeführt. Dieses bietet die Möglichkeit, eine strukturierte strategische Planung für den Zeitraum von 5 Jahren zu erstellen.

##### Vorgaben für den Aufbau bzw. die Vorhaltung eigener komplementärer Versorgungsstrukturen

Für die Aufrechterhaltung der amb. medizinischen Versorgung und zur Lenkung der Patientenströme wurde in Abstimmung mit dem Träger die Implementierung eines MVZ geschaffen.

##### Vorgaben für die Unternehmensführung

Der Träger legt im Rahmen des 5 Jahresplanes ergänzt um Investitionsplanung, wirtschaftliche Ziele und Kennzahlen fest. Grundlagen für die Vorgaben des Trägers zum Personalmanagement sind in den Kommentaren zum Leitbild des Johanniter Ordens festgeschrieben.

##### Vorgaben für das Wertemanagement im Unternehmen bzw. die Beachtung ethischer Prinzipien in der Unternehmensführung

Unser Wertemanagementsystem dient uns zur Entwicklung und Förderung einer spezifischen Unternehmensidentität. Aus diesem Grund haben wir im Haus eine Ethikkommission etabliert, die sich mit ethischen Fragestellungen beschäftigt.

##### Vorgaben für Leistungsausschlüsse und möglicherweise als problematisch zu beurteilende Leistungsangebote

Gemäß dem vierten Leitsatz des Leitbildes „...will der Johanniterorden nach seinen Kräften dazu beitragen, Schwangerschaftsabbrüche zu vermeiden. Ein differenziertes Angebot an medizinischer und seelsorglicher Beratung liegt vor.

##### Vorgaben im Blick auf Forschungsaktivitäten und die Teilnahme an Studien

Die Geschäftsführung legt Wert auf die Mitwirkung an Forschungsprojekten und Studien. Diese werden in Form von Multicenter- Studien, Promotionsarbeiten sowie Anwendungsbeobachtungen durchgeführt.

### Personalverantwortung

##### Berufung der Geschäftsführung bzw. Besetzung der obersten Führungspositionen

Gemäß dem sechsten Leitsatz des Leitbildes erwartet der Johanniter-Orden "...von seinen leitenden Mitarbeitern fachliche und soziale Kompetenz sowie zeitgemäßes Führungsverhalten, das vor allem vom gelebten Vorbild, der Bereitschaft zu Delegation und Dialog im Team und von ständiger Fürsorge gegenüber den Mitarbeitern bestimmt ist."

##### Vorausschauende Personalpolitik im Blick auf die obersten Führungspositionen

Grundsätzlich verfolgt der Träger im Dialog mit der Geschäftsführung eine perspektivische Personalpolitik. Diese ist im 5-Jahresplan abgebildet. Es werden Umsatzerlöse abgebildet und der Personalaufwand geplant.

##### Förderung und Begleitung der obersten Führungskräfte

Die obersten Führungskräfte werden zur Erfüllung ihrer Aufgaben durch das Kuratorium begleitet. "Jedes Kuratoriumsmitglied bietet dem Kurator seine Fachkompetenz an.

##### Wahrnehmung der Aufsichtsverantwortung

Das Kuratorium mit dem Kurator als Trägervertreter nimmt die Aufsichtsverantwortung wahr. Der Vorsitzende ist unmittelbarer Dienstgeber der Geschäftsführung. Aufgaben und Kompetenzen des Kuratoriums als Aufsichtsgremium sind in einer Geschäftsordnung geregelt.

### **Aufsicht über die Geschäftsführung, Beratung der Geschäftsführung und geregelte Kommunikation zwischen Aufsichtsgremium und Geschäftsführung**

Die Geschäftsführung und Betriebsleitung stellen das Bindeglied zwischen dem Kuratorium und dem JKH dar. Ihre Kompetenzen und Aufgaben sind im Gesellschafter-Vertrag und im Geschäftsführer-Vertrag juristisch geregelt.

### **Vorgaben für die Gestaltung der Zugehörigkeit zur Kirche, z. B. Umsetzung kirchlichen Rechts bzw. des Satzungsrechts von Caritas oder Diakonie**

Der Johanniter-Orden als Träger gibt das Leitbild verbindlich vor. Der Orden legt Wert darauf, dass die Betreuung der Patienten auf der Grundlage des gelebten Christentums geschieht. Bei der Auswahl von Führungskräften ist konfessionelle Zugehörigkeit eine Einstellungsvoraussetzung.