

Textbausteine zum KTQ Qualitätsbericht der Havelland Kliniken, Standort Rathenow

Nr.	Kategorie / Kriterium	Zeichenzahl		Berichte
		Incl. Leerzeichen	Excl. Leerzeichen	
1	Patientenorientierung			
1.1	Vorfeld der Aufnahme			
1.1.1	Vorbereitung stationäre Aufnahme	569	500	Die Vorbereitung der stationären Aufnahme wird zwischen Aufnahmestation, Ambulantes OP Zentrum und den Fachabteilungen koordiniert. Durch die Kontakte zu einweisenden Ärzten werden die Bedürfnisse der Patienten frühzeitig erfasst, vorstationäre Sprechstunden sind etabliert. Die Belegungssteuerung ist sowohl für elektive als auch für Notfallpatienten gesichert. Zur Vorabinformation werden Printmedien und die Homepage eingesetzt. Die Klinik verfügt über Parkraum. Eine Ausschilderung gewährleistet die Orientierung für Besucher. Der ÖPNV ist an die Klinik angebunden.
1.1.2	Orientierung im KH	519	465	Das Wegeleitsystem der Klinik umfasst einheitlich gestaltete Hinweisschilder, ein Farbleitsystem, Piktogramme sowie Informationstafeln im Foyer. Die Zugänge sind behindertengerecht. Über die Auskunft kann personelle Unterstützung angefordert werden. Die Patienteninformationsbroschüre enthält einen Orientierungsplan. Warte- und Aufnahmebereiche sind gesondert ausgewiesen. Alle Mitarbeiter sind verpflichtet, hilfebedürftigen Personen ihre Hilfe anzubieten. Die Informationen auf der Website ergänzen die Orientierung.
1.1.3	Pat.orientierung während der Aufnahme	568	500	Das Procedere der administrativen Aufnahme und des Transports auf die Station ist durch Betriebsanweisung geregelt. Die Mitarbeiter der Aufnahme sind geschult. Die Vorgaben zur Dienstplanung sichern den Erstkontakt durch examiniertes Pflegepersonal und den Facharztstandard im Zuge der stationären Aufnahme. Durch die Inbetriebnahme einer interdisziplinären Aufnahmestation konnte das gesamte Aufnahmeverfahren deutlich optimiert werden. Die frühzeitige Belegungsplanung und die Richtlinie zur pflegerischen Aufnahme sichern eine zügige Bettzuteilung auf der Station.
1.1.4	Ambulante Pat.versorgung	563	498	Qualifiziertes Personal und medizintechnische Ausstattung sind jederzeit verfügbar. Notaufnahme und Aufnahmestation arbeiten eng zusammen, sie unterstehen ärztlicher Leitung in Personalunion. Klinikübergreifende Untersuchungen sind Standard, ein Wechsel zur stationären Behandlung ist immer möglich. In der Ambulanz wird umfangreiche Diagnostik durchgeführt, die die stationäre Aufnahme des Patienten erleichtert. Im Unternehmen werden zwei MDZ betrieben, die ambulante Leistungen erbringen. Planbare Prozeduren werden durch das Ambulante OP Zentrum koordiniert.
1.2	Ersteinschätzung und Planung der Behandlung			
1.2.1	Ersteinschätzung	557	489	Zu jedem Patienten erfolgt nach der stationären Aufnahme die Erhebung der pflegerischen und ärztlichen Anamnese durch qualifiziertes Personal. Binnen 24 Stunden wird die Anamnese durch einen Facharzt geprüft. Das soziale Umfeld, kulturelle und religiöse Besonderheiten werden berücksichtigt. Ein Arzneimittelkonsil wird von der Apotheke auf Anforderung durchgeführt. Zur Dokumentation werden standardisierte Formulare verwendet, hier sind alle notwendigen Daten vollständig zu dokumentieren. In der Geriatrie kommen fachspezifische Assessments zum Einsatz.
1.2.2	Nutzung von Vorbefunden	557	494	Alle für die Therapie bedeutsamen Vorbefunde werden bei der Stuserhebung berücksichtigt. Die Patienten werden bei der Einbestellung auf Vorbefunde hingewiesen. Es bestehen Vereinbarungen mit niedergelassenen Ärzten, Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten zur Mitgabe von Vorbefunden. Weitere Anforderungen erfolgen über Stationsärzte. Intern erhobene Befunde aus früheren Aufenthalten können über das Klinikinformationssystem abgerufen werden. Von der verstärkten Nutzung des Einweiserportals verspricht sich die Klinik weitere Verbesserungen.
1.2.3	Festlegung des Behandlungsprozesses	551	494	Je nach Krankheitsbild wird ein leitliniengerechter diagnostischer und therapeutischer Behandlungsplan erstellt. Der Facharztstandard ist gesichert. Für die häufigsten Erkrankungen gibt es schriftlich fixierte interne Leitlinien. Die Behandlungsplanung erfolgt innerhalb der ersten 24 Stunden. Im Pflegebereich wird eine Pflegeplanung erstellt. Spezialisten werden bedarfsweise hinzugezogen (Physiotherapeut, Stomaschwester, Wund- und Ernährungsteam, Sozialdienst). Bedarfsgerecht wird der Behandlungsplan im gemeinsamen Dialog regelmäßig modifiziert.

1.2.4	Integration des Patienten in die Behandlungsplanung	562	500	Die Einbeziehung unserer Patienten in die Behandlungsplanung entspricht den Grundsätzen unseres Leitbildes und beginnt bereits in den vorstationären Sprechstunden. Ziel ist die Erstellung eines auf individuelle Bedürfnisse ausgerichteten Behandlungsplanes, der die besondere Lebenssituation des Patienten berücksichtigt. Die Abstimmung erfolgt im Einzelgespräch, auf Wunsch mit Beteiligung der Angehörigen. Termine für Chefarztgespräche können separat vereinbart werden. Bei Verständigungsproblemen werden Mitarbeiter mit Fremdsprachenkenntnissen hinzugezogen.
1.3	Durchführung der Pat.versorgung			
1.3.1	Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung	546	488	Die hochwertige Behandlung der uns anvertrauten Patienten wird durch qualifiziertes Personal, moderne apparative Ausstattung und effiziente Organisations- und Ablaufstrukturen gewährleistet. Neben klinischen und pflegerischen Standards kommen Richtlinien zur Risikoprophylaxe und zum Vorgehen bei Komplikationen zur Anwendung. Besondere Priorität genießt die Schmerzprophylaxe. Ein breites Spektrum nicht medikamentöser Therapieangebote ist verfügbar, z.B. Physio- und Ergotherapie, Logopädie und psychologische Betreuung onkologischer Patienten.
1.3.2	Anwendung von Leitlinien	536	475	Das Niveau einer leitliniengerechten Behandlung gehört zum Anspruch unserer Versorgungsqualität. Die intern entwickelten Leitlinien für die häufigsten Krankheitsbilder sowie die Leitlinien der Fachgesellschaften haben verbindlichen Charakter bei der Behandlungsplanung. Der Evidenzbezug ist gesichert. Auch in der Pflege kommen Leitlinien zur Anwendung. Die Vermittlung der Leitlinien ist Bestandteil des Einarbeitungskataloges und des Fortbildungsprogramms. Abweichungen von geltenden Leitlinien sind zu begründen und zu dokumentieren.
1.3.3	Pat.orientierung während der Behandlung	556	490	Die Patientenorientierung im Zuge der Behandlung ist oberstes Gebot unseres Leitbildes. Die dokumentierte Aufklärung ist fester Bestandteil jedes Behandlungsschrittes. Durch das Prinzip der Bereichspflege ist gewährleistet, dass jederzeit qualifizierte Pflegekräfte als Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Alle Mitarbeiter stellen sich namentlich und in ihrer Funktion vor. Die Besuchszeiten sind großzügig geregelt. Der Park, Ruhezonen und die Cafeteria bieten Rückzugsmöglichkeiten. Die Pflege basiert auf einem die Ressourcen fördernden Pflegekonzept.
1.3.4	Ernährung	571	500	Ziel des Ernährungskonzeptes ist es, dass jeder Patient die richtige Kostform erhält. Der Ernährungsstatus wird bei der Aufnahme mittels Screening evaluiert. Auf der Basis von Leitlinien zur Ernährung und Diätetik werden Komponenten zusammengestellt. Die Klinik verfügt über eine spezialisierte Diätassistenz. Die Patienten können aus verschiedenen Komponenten wählen. Neben medizinischen werden religiöse und kulturelle Aspekte berücksichtigt. Die Zufriedenheit der Patienten mit der Ernährung ist ein Bestandteil der Patientenbefragung. Ein HACCP Konzept ist etabliert.
1.3.5	Koordinierung der Behandlung	556	497	Zur Sicherstellung einer koordinierten Behandlung hat unsere Klinik ein effizientes System des Konsilwesens etabliert. Durch elektronisch dokumentierte und nach Dringlichkeit priorisierte Anforderungen wird ein Zeitverzug zwischen Anforderung, Terminplanung und Durchführung der Maßnahmen minimiert. Eine Verfahrensweisung zum Patiententransport garantiert die Begleitung durch qualifiziertes Personal bei entsprechender Indikation. Durch den Ausbau des Krankenhausinformationssystems konnte der Zugriff auf erhobene Befunde deutlich beschleunigt werden.
1.3.6	OP Koordination	577	498	Die Koordination operativer Leistungen ist im OP Statut festgelegt. Die OP Bereitschaft ist rund um die Uhr gewährleistet. Die elektive Planung erfolgt langfristig. Die Nutzung der Kapazitäten wird unter den Fachabteilungen koordiniert. Für das Vorgehen bei Notfall OPs gibt es Regelungen. Die OP Planung und die Intensivkapazität werden täglich abgestimmt. Eine Herausforderung an die Flexibilität der Planung besteht in dem gestiegenen Anteil ambulanter OPs. Hierbei erweist sich die Verbindung mit dem Ambulanten OP Zentrum und der Aufnahmestation als besonders vorteilhaft.
1.3.7	Kooperation mit allen Beteiligten der Behandlung	561	499	Ziel ist es, dass unsere Patienten durch die interdisziplinäre Kooperation aller an der Versorgung Beteiligten ein einheitliches Behandlungskonzept erfahren. Besprechungen, ein geregelter Konsilwesens und die bedarfsgerechte Einbeziehung interner Dienstleister (z.B. Physiotherapie, Sozialdienst, Psychologen) ermöglichen eine unter den Berufsgruppen abgestimmte Behandlung auf hohem Niveau. Die Steuerung obliegt den Chefarzten der Fachabteilungen. Besonders hervorzuheben sind die multiprofessionellen Konzepte im Bereich der Tumorbehandlung und der Geriatrie.
1.3.8	Visite	567	498	Das Procedere regelmäßiger Stations-, Ober- und Chefarztvisiten ist geordnet. Der Facharztstandard ist entweder durch persönliche Präsenz oder durch Kurvenvisiten garantiert. Oberarzt- und Chefarztvisiten finden einmal pro Woche statt. Die Patienten können sich auf ein festgelegtes Zeitraster für die Visite verlassen. Das Pflegepersonal begleitet die Visite, bei Bedarf werden Vertreter weiterer Berufsgruppen einbezogen. Gemäß unserem Leitbild werden alle Beteiligten für die Wahrung der Intimsphäre und die Vorschriften des Datenschutzes besonders sensibilisiert.

1.4	Entlassung			
1.4.1	Entlassung und Verlegung	563	497	Die Entlassungsplanung in unserer Klinik beginnt bereits mit dem Aufnahmetag. Ziel ist es, zum Entlassungszeitpunkt alle notwendigen Informationen, Dokumente und Hilfsmittel bereitzustellen und bei entsprechender Indikation Maßnahmen für eine weiterführende Versorgung einzuleiten. Ärzte, Pflegende und Sozialdienst arbeiten bei der Entlassungsplanung eng zusammen. Zum Vorgehen bei Entlassung gegen ärztlichen Rat gibt es genaue Anweisungen. Eine Checkliste garantiert, dass alle in der Entlassungsplanung vorgesehen Schritte eingehalten und dokumentiert werden.
1.4.2	Bereitstellung kompletter Informationen	557	496	Jeder Patient erhält zur Entlassung einen Arztbrief. Bei Verlegung in weiterbehandelnde Einrichtungen wird bereits vorab ein ärztlicher Befundbericht übermittelt. In diesen Fällen sowie bei Entlassung in die häusliche Umgebung mit anschließender häuslicher Krankenpflege wird außerdem eine Pflegeüberleitung erstellt. Für die Dokumente werden strukturierte Formulare bzw. Eingabemasken im elektronischen Krankenhausinformationssystem genutzt. In der Geriatrie ist die Entlassungsplanung fester Bestandteil des interdisziplinären wöchentlichen Teamgesprächs.
1.4.3	Sicherstellung der Weiterbetreuung	559	498	Unsere Klinik garantiert, dass jeder Patient in eine sichere Umgebung entlassen wird. Die organisatorische Abwicklung zum Übergang in weiterbehandelnde Einrichtungen obliegt dem Sozialdienst nach Anordnung des Arztes. Die Klinik unterhält Kooperationen zu ambulanten und stationären Anbietern von Gesundheits- und Rehabilitationsdiensten. Bei gegebener Indikation werden Mitarbeiter weiterbehandelnder Einrichtungen bereits während des stationären Aufenthaltes in die Entlassungsplanung einbezogen. Die Medikamentenversorgung über Brückentage wird garantiert.

2	MA Orientierung			
2.1	Personalbedarf			
2.1.1	Planung des Personalbedarfs	541	483	Die Personalplanung erfolgt dienstorientiert zentral in Verantwortung durch den zuständigen Fachbereich in Absprache mit dem verantwortlichen Mitglied der Krankenhausleitung und den zuständigen Führungsebenen. Sie wird im Rahmen der Wirtschaftsplanung mit dem Betriebsrat erörtert. Zur Bedarfsermittlung werden leistungsbezogene Kennzahlen sowie Zielvorgaben z.B. zur Facharztquote und zur Quote dreijährig examinierter Pflegekräfte herangezogen. Veränderten Budgetsituationen wird im Rahmen unterjähriger Anpassungen Rechnung getragen.
2.2	Personalentwicklung			
2.2.1	Systematische PE	565	499	Unsere Mitarbeiter, ihr Wissen, ihre Fähigkeiten und ihre Motivation bilden das Fundament der Leistungsfähigkeit und des wirtschaftlichen Erfolges unserer Klinik. Ziel ist es, dem Unternehmen die für einen optimalen Ablauf notwendigen quantitativen und qualitativen Personalressourcen zur Verfügung zu stellen und den Mitarbeitern im Rahmen ihrer Fähigkeiten und Möglichkeiten geeignete Entwicklungschancen zu geben. Neben Qualifizierungsmaßnahmen werden Hospitationen und Rotationen angeboten. Der Bedarf wird im Rahmen regelmäßiger Mitarbeitergespräche ermittelt.
2.2.2	Festlegung der Qualifikation	556	494	Die Basis zur Festlegung der jeweils erforderlichen Qualifikation bilden die für alle Berufs- und Funktionsgruppen erarbeiteten Stellen- bzw. Aufgabenbeschreibungen. Durch sie werden den Mitarbeitern und Vorgesetzten die an sie gestellten fachlichen Anforderungen, die dazu notwendige Qualifikation sowie die vorhandenen Befugnisse vermittelt. Im Rahmen von Besetzungsverfahren werden regelmäßig Anforderungs- und Qualifikationsprofile abgeglichen. Bei Abweichungen wird der Fortbildungs- und Personalentwicklungsbedarf durch den Fachvorgesetzten erhoben.
2.2.3	Fort- und Weiterbildung	564	495	Gemäß dem Leitbild und den Führungsgrundsätzen liegt die Fort- und Weiterbildung im Verantwortungsbereich der Führungskräfte. Die Erstellung der Fortbildungsprogramme wird zentral gesteuert. Gemäß Betriebsvereinbarung ist jeder Mitarbeiter verpflichtet, sich 2 Tage im Interesse des Unternehmens fortzubilden. Außerdem hat jeder Mitarbeiter das Recht, sich 2 Tage im Jahr im eigenen Interesse fortbilden zu lassen. Fortbildungsbeauftragte für die Dienststellen sind benannt. Besondere Schwerpunkte sind die Entwicklung der sozialen Kompetenz und die Führungsbildung.
2.2.4	Finanzierung der Fort- und Weiterbildung	564	496	In der Klinik existiert ein im Rahmen des Wirtschaftsplans festgelegtes Gesamtbudget für Fort- und Weiterbildung. Es ist ausgerichtet am Ergebnis des Vorjahres und an Veränderungen des Leistungsspektrums. Der zuständige Fachbereichsleiter erhält vom Controlling einen monatlichen Bericht zum Stand des Budgets. Im ärztlichen und im Krankenpflegedienst werden Teilbudgets vom zuständigen Mitglied der Krankenhausleitung überwacht. Auf Vorschlag des Vorgesetzten unter Beachtung der Betriebsvereinbarung erfolgt eine Entscheidung zur Freistellung und Mittelvergabe.
2.2.5	Verfügbarkeit von Medien für FB	504	449	Den Mitarbeitern der Havellandklinik steht eine wissenschaftliche Fachbibliothek zur freien Verfügung. Die Abteilungen verfügen außerdem über arbeitsplatzbezogene Grundausrüstungen an Fachliteratur. Für Veranstaltungen können Tagungsräume und Konferenztechnik über das zuständige Sachgebiet angemeldet werden. Das Intranet kann von allen PC Arbeitsplätzen aus genutzt werden. Der Zugriff auf einschlägige Datenbanken ist gewährleistet. Ausgewählte Periodika werden im Umlaufverfahren zugänglich gemacht.
2.2.6	Angegliederte Ausbildungsstätten	534	467	Die Havellandkliniken kooperieren mit der Krankenpflegeschule des Klinikums Ernst von Bergmann in Potsdam. Die praktische Ausbildung orientiert sich an einem Curriculum, das die Ausbildungsziele und Maßnahmen beschreibt. Die Klinik stellt qualifizierte Praxisanleiter und Lehrbeauftragte, die über die inhaltliche und methodische Kompetenz verfügen, um die Schüler gezielt anzuleiten und sie auf das Examen vorzubereiten. Die Schnittstelle zur Schule ist durch regelmäßige Treffen der Pflegedirektion mit der Schulleitung eng verzahnt.

2.3	Integration der MA			
2.3.1	Führungsstil	533	475	Auf der Basis des Leitbildes wurden in der Havellandklinik Führungsgrundsätze sowie Führungsleitlinien entwickelt und verbindlich festgelegt. Ziel ist die Pflege eines kooperativen Führungsstils in allen Abteilungen und auf allen Ebenen der Krankenhaushierarchie. Die Führungsbildung ist maßgeblicher Bestandteil des Fortbildungsprogramms. Durch die Mitarbeitergespräche erhalten die Führungskräfte regelmäßiges Feedback. Bei der Besetzung von Arbeitsgruppen wird eine dienstarten- und hierarchieübergreifende Beteiligung angestrebt.
2.3.2	Arbeitszeiten	552	492	Die Dienstplangestaltung erfolgt elektronisch unter Beachtung arbeitsrechtlicher und tariflicher Bestimmungen. Das EUGH Urteil zur Arbeitszeit wird umgesetzt, Ruhezeiten werden eingehalten. Paritätisch besetzte Arbeitsgruppen treffen sich regelmäßig, um die Interessen auszugleichen. Eine elektronisch gestützte Arbeitszeiterfassung ist in den meisten Bereichen realisiert, in den anderen Bereichen wird sie schrittweise eingeführt. Arbeitszeitmodelle werden flexibel gestaltet, um betriebliche und Mitarbeiterinteressen wirksam in Einklang zu bringen.
2.3.3	Einarbeitung	556	494	Neu eingestellte Mitarbeiter werden nach einem Einarbeitungskonzept in ihre Arbeitsbereiche eingeführt. Sie erhalten schriftliche Stellenbeschreibungen und Checklisten für die Phase der Einarbeitung. Während der Einarbeitung finden regelmäßige Rückmeldegespräche statt. Nach der Hälfte der Probezeit bzw. nach Ende der Einarbeitungszeit wird auf der Basis der Regelungen zum Mitarbeitergespräch eine ausführliche Bewertung vorgenommen. Verantwortlich ist der unmittelbare Vorgesetzte. Alle relevanten Dokumente sind im Organisationshandbuch veröffentlicht.
2.3.4	Umgang mit Ideen, Beschwerden, Wünschen der MA	559	492	In der Klinik wurde im Rahmen des Rückmeldesystems ein betriebliches Vorschlagswesen etabliert. Es kann namentlich oder anonym genutzt werden. Standardisierte Formulare stehen zur Verfügung. Anregungen, Lob und Kritik werden im Sachgebiet QM ausgewertet. Die Absender erhalten nach einer festgelegten Frist eine Antwort. Erwarteter Nutzen, Realisierbarkeit und ein angemessener Aufwand sind die Grundlage für Annahme bzw. Ablehnung eines Vorschlags. Positiv beschiedene Vorschläge fließen in betriebliche Verfahrensanweisungen oder Betriebsvereinbarungen ein.

3	Sicherheit im KH			
3.1	Sichere Umgebung			
3.1.1	Arbeitsschutz	544	486	Die Leitung des Krankenhauses hat sämtliche notwendigen Maßnahmen zur Umsetzung eines umfassenden Arbeitsschutzes getroffen. Eine Fachkraft für Arbeitssicherheit ist benannt. Ein Gefahrstoffkataster, Gefährdungsbeurteilungen und Betriebsanweisungen zum Umgang mit Gefahrstoffen liegen vor. Regelmäßige Unterweisungen werden durchgeführt. Für die Beschaffung von und den Umgang mit Gefahrstoffen verantwortliche Mitarbeiter verfügen über die notwendige Qualifikation. Die Maßnahmen zum Strahlenschutz entsprechen allen gesetzlichen Bestimmungen.
3.1.2	Brandschutz	549	486	In der internen Brandschutzordnung sind alle Verantwortlichkeiten, die Maßnahmen zum Brandschutz, das Verhalten im Brandfall sowie die Meldewege klar geregelt. In regelmäßigen Abständen werden Begehungen sowie Belehrungen und praktische Übungen durchgeführt. Die Kennzeichnung der Flucht- und Rettungswege entspricht den gesetzlichen Bestimmungen, sie wird nach baulichen Veränderungen angepasst. Die Funktionsfähigkeit der zum Brandschutz unter Beteiligung der Feuerwehr installierten technischen Anlagen wird in festgelegten Intervallen überprüft.
3.1.3	Katastrophenschutz	555	492	Über die Regionalleitstelle ist das Krankenhaus in den Katastrophenschutz des Landes eingebunden. Ein von der Geschäftsleitung bestätigter Notfallplan für hausinterne nichtmedizinische Notfallsituationen ist vorhanden. Für das Verhalten bei solchen Notfallsituationen sieht der Notfallplan des Krankenhauses Vorgaben für den Brandfall, Evakuierung, Bombenalarm und Betriebsstörungen vor. Dabei greifen das Alarmierungsschema und die Rettungskette für Schadensereignisse. Der Kenntnisstand der Mitarbeiter wird im Rahmen von Alarmierungsübungen überprüft.
3.1.4	Medizinisches Notfallmanagement	561	498	Die Klinik hat besondere Maßnahmen ergriffen, damit bei Feststellung der Indikation zur kardiopulmonalen Reanimation alle Aktionen zur Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der vitalen Funktionen ohne Zeitverzug eingeleitet werden können. Eine Arbeitsanweisung regelt das Procedere. Mitarbeiter in klinischen Bereichen werden regelmäßig unterwiesen. Das Equipment ist standardisiert, der Meldeweg definiert. Ein Reanimationsteam aus fachlich besonders qualifizierten Mitarbeitern steht jederzeit bereit. Jede Reanimation wird mit den Beteiligten ausgewertet.
3.1.5	Pat.sicherheit	546	488	Die Gewährleistung der Sicherheit der uns anvertrauten Patienten ist uns ein erstrangiges Anliegen. Bei der Dienstplangestaltung werden Erfordernisse bei besonders betreuungsbedürftigen Patienten berücksichtigt. Der Expertenstandard zur Sturzprophylaxe wurde eingeführt, die Sturzgefährdung wird im Zuge der Anamnese evaluiert. Für die Kinderstation gelten besondere Schutzmaßnahmen. Den gesetzlichen Vorgaben entsprechende Anweisungen zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen liegen vor. Patienten mit Sicherheitsdefiziten werden gezielt angeleitet.

3.2	Hygiene			
3.2.1	Organisation der Hygiene	541	481	Das Hygieneregime der Klinik Rathenow ist darauf ausgerichtet, unsere Patienten vor nosokomialen Infektionen zu bewahren. Der hygienebeauftragte Arzt ist Mitglied der Hygienekommission. Der Hygieneplan und die Desinfektionspläne beinhalten die Vorgaben für alle hygienisch relevanten Arbeitsabläufe, Isolationsmaßnahmen und Verantwortlichkeiten. Sie gelten als Dienstanweisung und werden kontinuierlich aktualisiert. Schulungen und systematische Überprüfungen auf der Basis von Überwachungsplänen und Checklisten ergänzen das Hygieneregime.
3.2.2	Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten	554	494	Die Sammlung hygienerelevanter Daten wird genutzt, um vorbeugende und therapeutische Maßnahmen zur Erregerbekämpfung gezielt einsetzen zu können. Gemäß Infektionsschutzgesetz werden meldepflichtige Erkrankungen registriert und Erreger- und Resistenzstatistiken geführt. Die Klinik beteiligt sich an einer Studie des Nationalen Referenzzentrums für die Surveillance nosokomialer Infektionen. Klinische Symptome von Infektionen werden nach wissenschaftlichen Kriterien ausgewertet. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Erfassung multiresistenter Keime.
3.2.3	Hygienesichernde Maßnahmen	552	497	Der Hygieneplan regelt alle hygienesichernden Maßnahmen. Basierend auf den Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts existieren Merkblätter mit speziellen Anweisungen für bestimmte Infektionen, die die notwendigen Hygienemaßnahmen vorgeben. Hygienebegehungen der Bereiche sowie hygienisch-mikrobiologische Untersuchungen werden jährlich geplant. Hygieneschulungen und praktische Übungen gehören zum obligatorischen Teil des Fortbildungsprogramms. Infektionsrelevante Indikatoren werden laufend überwacht, um bei Bedarf rechtzeitig intervenieren zu können.
3.2.4	Einhaltung von Hygienerichtlinien	552	490	Die Einhaltung der Hygienerichtlinien liegt in der Verantwortung der Leiter der klinischen Abteilungen. Es finden externe Begehungen durch das Gesundheitsamt und das Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt statt. Hinzu kommen interne Begehungen durch die Hygienefachschwester und Mitarbeiter der Krankenhausapotheke. Die Chargendokumentation für Sterilgut ist gewährleistet, ebenso die Umsetzung des HACCP Standards in der Speiserversorgung. Die Aufbereitung von Medizinprodukten ist im Hygieneplan geregelt. Hygienefortbildungen sind verpflichtend.

3.3	Umgang mit Materialien			
3.3.1	Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut- und Blutprodukten und Medizinprodukten	555	496	Arzneimittel werden gemäß Organisationskonzept zum Umgang mit Arzneimitteln durch die Apotheke, Blut und Blutprodukte über einen Kooperationsvertrag durch einen externen Versorger und Medizinprodukte durch den zentralen Einkauf beschafft. Spezifische Anweisungen gelten für Sonderanforderungen und Betäubungsmittel. Verbrauchs- und Bestandskontrollen in den Stationslagern und die bedarfsgerechte elektronische Arzneimittelbestellung sind detailliert geregelt. Bei der Festlegung von Bestellmengen wird eine Reduzierung des Verpackungsvolumens angestrebt.
3.3.2	Anwendung von Arzneimitteln	559	499	Für die Bestellung und Warenbewirtschaftung von Medikamenten wird ein EDV Tool genutzt. Ein Organisationskonzept regelt das Procedere. Für Betäubungsmittel und Zytostatika gibt es genaue Anweisungen. Arzneimittelinformationen sind elektronisch abrufbar. Ein Meldesystem für unerwünschte Arzneimittelwirkungen wurde etabliert. In der gemeinsamen Arzneimittelkommission mit niedergelassenen Ärzten wurde mit der Erarbeitung einer regionalen Arzneimittelliste begonnen. Ziel ist die sektorenübergreifende Anwendung von Leitsubstanzen bei bestimmten Indikationen.
3.3.3	Anwendung von Blutprodukten	559	498	Das geltende Qualitätssicherungshandbuch zum Umgang mit Blut und Blutprodukten beschreibt die Verantwortlichkeiten sowie die organisatorischen und Verfahrensstrukturen für eine sichere Anwendung von Blutprodukten. Die Aufgaben der Transfusionskommission, des Transfusionsverantwortlichen, der Beauftragten sowie das Vorgehen zur Anordnung, zur Bestellung, Prüfung, Applikation, Überwachung und Dokumentation sind klar definiert, ebenso der Meldeweg für Zwischenfälle. Ein Look Back Verfahren ist gesichert, Schulungen zum Transfusionswesen sind obligatorisch.
3.3.4	Anwendung von Medizinprodukten	541	489	Der Umgang mit Medizinprodukten ist in Betriebsanweisungen geregelt. Darin sind die Zuständigkeiten, Aufgaben, Einweisungen, Probestellungen, Beschaffungsvorgänge und Stilllegungen festgelegt. Verantwortliche sind benannt, das Verfahren der dokumentierten Einweisungen ist genau festgelegt. Gemäß den Erfordernissen des Medizinproduktegesetzes und der Medizinproduktebetriebsverordnung werden Bestandsverzeichnisse und Gerätebücher geführt, Gebrauchsanweisungen zugänglich gemacht, Prüfintervalle dokumentiert und Schulungen durchgeführt.
3.3.5	Umweltschutz	562	500	Schon aus wirtschaftlichen Gründen ist die Klinik Rathenow an einer die Ressourcen schonenden Steuerung der Betriebsabläufe interessiert. Wir orientieren uns an den Referenzwerten des Siegels „Energiesparendes Krankenhaus.“ Ein Abfallwirtschaftskonzept liegt vor. Das Abfallaufkommen wird, getrennt nach spezifischen Abfallfraktionen, analysiert. Die Methoden zur Abfalltrennung sind durch Betriebsanweisung geregelt. Im Zuge der Beschaffung wird die Umweltverträglichkeit eingesetzter Produkte überprüft. Der Abfallbeauftragte führt regelmäßig Begehungen durch.

4	Information			
4.1	Umgang mit Patientendaten			
4.1.1	Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten	556	495	Die Führung und Dokumentation von Patientendaten sind durch Betriebsanweisung geregelt. Dies gilt auch für den Workflow des Aktenlaufs von der Entlassung bis zur Archivierung. Die Mitarbeiter werden im Rahmen der Einarbeitung genau eingewiesen. Es werden Handzeichenlisten geführt. Eine berufsgruppenübergreifende Nutzung der Dokumentation ist sichergestellt. Eine interdisziplinäre Projektgruppe erarbeitet Vorschläge zur weiteren Vereinheitlichung und Verbesserung der Nachvollziehbarkeit, z.B. Mustervorlagen und Checklisten zur Vollständigkeitsprüfung.
4.1.2	Dokumentation von Patientendaten	553	493	In der von der Krankenhausleitung in Kraft gesetzten Betriebsanweisung zur Dokumentation der Krankenhausbehandlung sind Inhalte sowie Zuständigkeiten für die Dokumentation detailliert geregelt. Die Dokumentation umfasst die zeitnahe Aufzeichnung aller therapeutischen, pflegerischen und diagnostischen Tätigkeiten. Elektronische Eingabemasken und papiergestützte Formulare sind so strukturiert, dass für sachkundige Dritte der klinische Verlauf, der aktuelle Zustand sowie die Begründung eingeleiteter Maßnahmen jederzeit plausibel nachvollziehbar sind.
4.1.3	Verfügbarkeit von Patientendaten	566	500	Das Procedere zum Zugriff auf die Patientendokumentation ist durch eine Allgemeine Geschäftsanweisung definiert. Sie beschreibt das Verfahren der Anforderung und Herausgabe von Akten, die Berechtigungen und Zuständigkeiten sowie die sichere Nachvollziehbarkeit des Aktenlaufs. Der Zugriff auf die elektronische Dokumentation ist jederzeit möglich und wird durch ein Berechtigungsprofil gesteuert. Ein optimiertes Suchsystem sowie die geplante schrittweise Mikroverfilmung aller Akten werden zur weiteren Beschleunigung der Verfügbarkeit von Patientendaten beitragen.
4.2	Weiterleitung von Informationen			
4.2.1	Informationsweiterleitung zwischen den Bereichen	556	500	Das System abteilungsspezifischer und interdisziplinärer Besprechungen, das betriebliche Berichtswesen sowie die Vorgaben zur Dokumentenlenkung sorgen für einen effizienten Informationsfluss innerhalb der Klinik. Protokolle werden erstellt. Besprechungen der Kommissionen sowie zentraler Leitungsgremien werden in festgelegten Intervallen nach Geschäftsordnung bzw. Rahmentagesordnung geführt. E-Mails, das Intranet und die Mitarbeiterzeitung werden als zusätzliche Informationsmedien genutzt. Das Krankenhausinformationssystem wird fortlaufend erweitert.
4.2.2	Informationsweiterleitung an zentrale Auskunftsstellen	572	500	Die zentrale Auskunftsstelle ist rund um die Uhr besetzt. Sie ist der erste Anlaufpunkt für Patienten und Besucher der Klinik vor Ort und am Telefon. Auskünfte werden zeitnah, korrekt und freundlich erteilt. Die Mitarbeiter besitzen eine umfassende Datenkenntnis sowie Kenntnisse in Kommunikation und Gesprächsführung. Sie erfahren regelmäßig Schulungen, insbesondere zur Verbesserung der Kommunikationskompetenz, zum Datenschutz und zum Verhalten in Notfällen. Die für eine solide Auskunftserteilung notwendigen Informationen werden fortlaufend geprüft und aktualisiert.
4.2.3	Information der Öffentlichkeit	564	496	Unsere Klinik nutzt diverse Medien und Veranstaltungen, um ihr Leistungsangebot öffentlichkeitswirksam zu publizieren. Sie orientiert sich hierbei am bundesweiten Gesundheitskalender. Zu den im Sachgebiet QM koordinierten Aktivitäten zählen u.a. die Gestaltung der Homepage, das Internetportal für niedergelassene Ärzte in der Region, der Tag der Offenen Tür, die Beteiligung an Ausbildungsmessen und Gesundheitswochen, die Patientenzeitung und die Kooperation mit Selbsthilfegruppen. Zur Verbesserung der Corporate Identity wurde eine Werbeagentur eingeschaltet.
4.2.4	Datenschutz	560	495	Die Aufgabe des Datenschutzbeauftragten besteht in der Beratung der Klinikleitung bei der Umsetzung gesetzlicher Anforderungen zum Datenschutz und in der Sicherung eines homogenen Datenschutzniveaus. Ein Datenschutzkonzept wurde erstellt. Es beschreibt u.a. den Umgang mit Patientendaten, Medien und Datenträgern, das Procedere der Weitergabe von Informationen sowie die erforderlichen Berechtigungen. Die Mitarbeiter werden im Zuge der Einarbeitung über den Datenschutz belehrt und regelmäßig geschult. Passwortgeschützte Bildschirmschoner wurden installiert.
4.3	Informationstechnologie			
4.3.1	Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie	570	500	Jährlich wird eine IT Planung erstellt. Sie beschreibt die strategische Ausrichtung sowie konkrete Ziele. Ein Organisationshandbuch definiert u.a. die Leitlinien der IT Organisation sowie das Datensicherungs- und Notfallkonzept. Sicherheitsrichtlinien für die Bereiche sind festgelegt. Support wird durch Schulungen und im Notfall durch einen Bereitschaftsdienst gesichert. Neben dem KIS wird Software im Finanz- und Rechnungswesen, im Controlling und bei der Dienstplanung eingesetzt. Schnittstellen ermöglichen die Verarbeitung von Daten in verschiedenen Anwendungen.

5	KH Führung			
5.1	Entwicklung eines Leitbildes			
5.1.1	Entwicklung eines Leitbildes	565	500	Das Leitbild entstand aus dem Bewusstsein, Mission und Vision des Unternehmens verbindlich festzulegen. Es ist eine Verschriftlichung der allgemeinen Handlungsgrundsätze und der Ausrichtung des Unternehmens. Damit wird das Selbstverständnis abgebildet, die Identifikation der Mitarbeiter erleichtert und die Bedeutung der hierarchie- und berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit herausgestellt. Die strategischen und operativen Ziele erhalten mit dem Leitbild eine langfristige Grundlage. Es ist im Intranet veröffentlicht und wird neuen Mitarbeitern vorgestellt.
5.2	Zielplanung			
5.2.1	Entwicklung einer Zielplanung	554	494	Die Zielplanung des Unternehmens beruht auf einem Konzernmasterplan. Daraus abgeleitet wird eine jährliche Arbeitsplanung auf Unternehmensebene erstellt. Sie enthält u.a. die Personal-, Finanz- und Investitionsplanung. Die Strategiekarte, auf der die Balanced Scorecard der Klinik aufbaut, beschreibt übergeordnete Ziele. Die Planungen werden auf Jahresklausurtagungen der leitenden Krankenhausmitarbeiter überprüft und fortgeschrieben. Unterjährig wird quartalsweise justiert. Kooperationsverträge werden mit der Zielplanung des Unternehmens abgestimmt.
5.2.2	Festlegung einer Organisationsstruktur	553	494	Die Organisationsstruktur des Unternehmens ist durch Geschäftsordnung der Krankenhausleitung definiert und in Organigrammen dargestellt. Sie ist Teil des Organisationshandbuchs. Die Übersicht der Funktionsträger und ihrer Verantwortlichkeiten kann über das Intranet eingesehen werden. Die Tätigkeit von Arbeitsgruppen einschließlich des Berichtswesens ist geregelt, sie wird durch die Lenkungsgruppe koordiniert. Die Organisationsstruktur der Fachkliniken wurde durch die Einführung standortübergreifender medizinischer Leitungen effizienter gestaltet.
5.2.3	Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes	562	497	Basierend auf der der Strategieplanung wird jährlich ein nach Prioritäten geordneter Finanz- und Investitionsplan erstellt. Die kurzfristige Planung erfolgt für ein Jahr im Voraus, die mittelfristige Planung für fünf Jahre, gemäß den Erfordernissen der medizinischen Leistungsentwicklung. Die Finanzplanung wird unterjährig aktualisiert. Die Verantwortlichen erhalten Reports in Form von Auswertungen zur Budgetentwicklung einschließlich abteilungsspezifischer Darstellungen der Kosten- und Erlössituation. Hinzu kommt ein Abgleich im Rahmen externer Benchmarks.
5.3	Sicherstellung einer effizienten KH Führung			
5.3.1	Effektive Arbeitsweise in Leitungsgremien und Kommissionen	554	500	Die Basis für die Tätigkeit der Leitungsgremien und Kommissionen bilden die Geschäftsordnungen der Krankenhausleitung und etablierten Gremien. Kompetenzen, Tagungsintervalle, Aufgabenverteilung, Procedere der Beschlussfassung sowie Vorbehaltsansprüche der Geschäftsführung sind definiert. Gremien tagen gemäß Jahresterminplan in regelmäßigen Intervallen, Besprechungen werden protokolliert. Aus Beratungen resultierende Dienstanweisungen werden in Organisationshandbüchern und im Intranet veröffentlicht, sie unterliegen der geordneten Dokumentenlenkung.
5.3.2	Effektive Arbeitsweise innerhalb der KH Führung	559	499	Die Arbeit der Krankenhausführung wird durch ihre Geschäftsordnung bestimmt. Die Krankenhausleitung tagt monatlich. Protokolle enthalten Tagesordnungspunkte, Verantwortlichkeiten und Termine. Grundlage der Arbeit sind der Konzernmasterplan und Wirtschaftsplan. Daraus abgeleitete Maßnahmen und Ziele sind in der Quartalsplanung bzw. Balanced Scorecard definiert. Die Überprüfung vereinbarter Termine erfolgt regelhaft. Im Rahmen jährlicher Klausurtagungen unterzieht die Krankenhausführung die Vorhaben der abgelaufenen Periode einer kritischen Selbstprüfung.
5.3.3	Information der KH Führung	564	499	Das in der Klinik etablierte Berichtswesen sichert eine zeitnahe und umfassende Information der Krankenhausführung. In festen Abständen werden aktuelle Daten von den verantwortlichen Mitarbeitern an die Krankenhausleitung gemeldet. Kommt es zwischenzeitlich zu relevanten Abweichungen, so werden die Führungskräfte auch außerhalb dieser Fristen informiert. Bei besonderen Vorkommnissen bezüglich Patienten und Tagesgeschehen wird die Krankenhausleitung sofort in Kenntnis gesetzt. Systematische Prüfungen im Sinne eines proaktiven Risikomanagements sind etabliert.
5.3.4	Vertrauensfördernde Maßnahmen	555	494	Es ist Ziel der Krankenhausführung, durch die Partizipation der Mitarbeiter die Identifikation mit dem Unternehmen zu fördern. Auf der Basis des Leitbildes und der Führungsgrundsätze werden regelmäßig Mitarbeitergespräche geführt, Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Supervisionen und Rotationen angeboten und Betriebsfeste organisiert. Der Betriebsrat wird in strukturelle Planungen einbezogen. Arbeitsgruppen sind interdisziplinär und hierarchieübergreifend besetzt. Die Zufriedenheit der Mitarbeiter wird durch Auswertungen des Personalcontrollings und Befragungen ermittelt.

5.4	Erfüllung ethischer Aufgaben			
5.4.1	Berücksichtigung ethischer Problemstellungen	564	498	Unsere grundsätzlichen Auffassungen zu ethischen Themen basieren auf den Leitbildern der Klinik. Die Unternehmensleitung hat ein Ethikkomitee gebildet, welches sie zu ethischen Problemen berät. Die Arbeitsweise ist in einer Satzung geregelt. Unser Krankenhaus arbeitet mit Seelsorgern und dem regionalen Hospizdienst zusammen, eine psychoonkologische Betreuung ist etabliert, und die Mitarbeiter des Sozialdienstes sind besonders geschult. Ethische Aspekte bilden einen Schwerpunkt im Fortbildungsprogramm. Fallbesprechungen und Supervisionen ergänzen das Angebot.
5.4.2	Umgang mit Sterbenden	559	500	Zur Orientierung beim Umgang mit sterbenden Patienten hat die Krankenhausleitung eine Richtlinie verabschiedet. Die würdevolle Sterbebegleitung durch qualifizierte Mitarbeiter, unbedingte Schmerzprophylaxe, eine ruhige Abschiednahme unter Berücksichtigung der konfessionellen Gegebenheiten und die angemessene Anpassung des Tagesablaufs genießen höchste Priorität. Die Klinik kooperiert mit Seelsorgern und Hospizen. Mitarbeiter des Sozialdienstes erteilen Auskünfte zur Vorsorgevollmacht bzw. Patientenverfügung. Bei Bedarf wird das Ethikkomitee konsultiert.
5.4.3	Umgang mit Verstorbenen	419	374	Zum angemessenen Umgang mit verstorbenen Patienten liegt eine verbindliche Richtlinie vor. Es wurden alle Vorkehrungen getroffen, die eine ungestörte und würdevolle Abschiednahme ermöglichen. Die Angehörigen erfahren in dieser Situation besondere Unterstützung. Kulturelle bzw. religiöse Gegebenheiten werden selbstverständlich berücksichtigt. Die räumlichen und technischen Voraussetzungen werden regelmäßig überprüft.

6	Qualitätsmanagement			
6.1	Umfassendes QM			
6.1.1	Einbindung aller KH Bereiche in das QM	567	499	Ausgehend von der Vision unserer Klinik ist die Einbindung aller Bereiche in das QM System eine entscheidende Voraussetzung zur Verbesserung der Organisationsentwicklung. Es wurde eine Lenkungsgruppe etabliert, deren Mitglieder aufgrund ihrer leitenden Funktionen mit den erforderlichen Kompetenzen ausgestattet sind. Die Qualitätspolitik ist an den Unternehmenszielen ausgerichtet und für alle Bereiche verbindlich. Das QM Konzept basiert auf der Idee des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses, auf der Basis von Selbstbewertungen werden Maßnahmenpläne entwickelt.
6.1.2	Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen	566	499	Die Klinikleitung als verantwortliche Instanz für die qualitätspolitische Ausrichtung des Unternehmens beauftragt und genehmigt Projekte und überwacht die Ergebnisse. Die operative Gestaltung obliegt der Lenkungsgruppe. Der Konzernmasterplan enthält übergeordnete Ziele, in Jahresarbeitsplänen werden davon konkrete Ziele abgeleitet. Im Rahmen der jährlichen Klausurtagung der Klinikleitung werden die auf der Balanced Scorecard des Unternehmens definierten Ziele justiert, die Führungskräfte sind verantwortlich für die Erarbeitung von Teilzielen in den Bereichen.
6.2	QM System			
6.2.1	Organisation des QM	559	496	Die Geschäftsführung hat die Strukturen im QM neu geordnet. Gemäß Organigramm wurde ein eigenständiges Sachgebiet ausgewiesen. Deren Leitung ist als Stelle des QM Beauftragten definiert. Die Lenkungsgruppe ist zuständig für die Sicherstellung der Ressourcen für QM Projekte, die Überwachung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses sowie die interne und externe Kommunikation. Kategorienverantwortliche begleiten gezielt die Vorbereitung von Zertifizierungen. Vorgaben zur standardisierten Dokumentation dienen der Erfolgsbewertung durchgeführter Projekte.
6.2.2	Methoden der internen QS	554	491	Die Methoden der internen Qualitätssicherung werden von der Klinikleitung gesteuert. Ziel ist es, festgelegte qualitative Standards in der Versorgung zu prüfen und im Arbeitsalltag wirksam umzusetzen. Zu den eingesetzten Verfahren gehören u.a. protokollierte Begehungen, Befragungen, die Hygienesurveillance, Auswertungen von Komplikationen, das Instrumentarium des medizinischen Controlling, Pflegevisiten, die Interne Revision und das Qualitätsberichtswesen. Im Rahmen von Benchmarks werden intern erhobene Daten mit externen Referenzwerten verglichen.
6.3	Sammlung und Analyse qualitätsrelevanter Daten			
6.3.1	Sammlung qualitätsrelevanter Daten	560	499	In der Klinik Rathenow werden systematisch qualitätsrelevante Daten erhoben und analysiert. Die Koordination obliegt den QM Beauftragten. Die Ergebnisse finden Eingang in das Qualitätsberichtswesen und gestatten eine zuverlässige Bewertung der Wirksamkeit festgelegter Standards. Zu den aufbereiteten Daten gehören u.a. Erhebungen zur Patientenzufriedenheit, die Hygienesurveillance, Auswertungen im Rahmen des Risikomanagements (z.B. Sturz, unerwünschte Arzneimittelwirkungen), zur Personalentwicklung, im Transfusionswesen, zu Wartezeiten und im Controlling.
6.3.2	Nutzung von Befragungen	560	495	Die Klinikleitung definiert Ziele von Befragungen und stellt erforderliche Mittel bereit. Verschiedene Zielgruppen der Klinik werden befragt. Es wird fortlaufend eine Patientenbefragung auf allen somatischen Stationen durchgeführt. Ergebnisse werden im Intranet veröffentlicht, ein Ranking zwischen den Bereichen erhöht die Transparenz. Mitarbeiter und niedergelassene Ärzte wurden im Rahmen von Imageanalysen wiederholt befragt. Jeder Befragung geht eine Prüfung durch den Datenschutzbeauftragten voraus. Eine repräsentative Mitarbeiterbefragung ist geplant.
6.3.3	Umgang mit Pat.wünschen und Pat.beschwerden	574	498	Um die Arbeit der Klinik kontinuierlich zu verbessern, sind wir auf das Feedback unserer Patienten sowie aller weiteren Zielgruppen und Partner angewiesen. Es existiert ein Rückmeldesystem, das neben Lob und Anregungen auch Beschwerden umfasst. Es kann anonym oder namentlich genutzt werden und wird allen Patienten vorgestellt. Die zentrale Auswertung erfolgt durch die Referentin des Geschäftsführers, welche die Ergebnisse den Führungsebenen und anderen Mitarbeitern bekannt macht. Für die Beantwortung von Anregungen und Beschwerden gibt es ein festgelegtes Zeitfenster.

6.4	Externe QS nach § 137 SGB V			
6.4.1	Beteiligung an der externen QS	549	486	Die Klinik beteiligt sich an allen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung. Es wurde eine dem Ärztlichen Direktor unterstellte Verantwortliche benannt, die für die vollständige und fehlerfreie Datenübermittlung sowie für Fragen der Ärzte zuständig ist. Modulverantwortliche prüfen die Dokumentationsqualität in den einzelnen Leistungsbereichen. Zur Erhebung der Datensätze wurde eine im KIS integrierte Software installiert, deren jährlich aktualisierte Spezifikationen die Datenvalidität gewährleisten. Die Dokumentationsrate betrug zuletzt 100%.
6.4.2	Umgang mit den Ergebnissen der externen QS	561	497	Nach Übermittlung der Ergebnisse der externen Qualitätssicherung erhalten die Chefarzte eine Übersicht der für ihre Fachabteilung relevanten Daten. Unter ihrer Verantwortung erfolgt die inhaltliche Analyse. Im Intranet erscheint eine Zusammenfassung. Bei Auffälligkeiten wendet sich die Fachgruppe der BQS im Rahmen des strukturierten Dialogs an den Geschäftsführer. Durch unterjährige Auswertungen werden Tendenzen prognostiziert. Aus den Ergebnissen der externen Qualitätssicherung resultierende Verbesserungsmaßnahmen werden in der Lenkungsgruppe erarbeitet.