

Ambulantes OP-Zentrum

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

Krankenhaus: Havellandklinik Nauen

Institutionskennzeichen: 261200538

Anschrift: Ketziner Strasse 21
14641 Nauen

Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer: 2009 – 00xx K
durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle:

BSI Management Systems und Umweltgutachter Deutschland GmbH

Datum der Ausstellung: 09.04.2009

Gültigkeitsdauer: 08.04.2012

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Die KTQ-Kriterien beschrieben von der Havellandklinik Nauen	8
1 Patientenorientierung im Krankenhaus	8
2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung	14
3 Sicherheit im Krankenhaus	18
4 Informationswesen	23
5 Krankenhausführung	26
6 Qualitätsmanagement	30



Vorwort der KTQ[®]

Die KTQ-Zertifizierung ist ein krankenhausspezifisches Zertifizierungsverfahren, das getragen wird von der Bundesärztekammer (BÄK), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Deutschen Pflegerat (DPR) und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherungen¹. Darüber hinaus wurde der Hartmannbund - Verband der Ärzte Deutschlands e. V. (HB) - mit Beginn des Routinebetriebes im „Niedergelassenen Bereich“ ebenfalls Gesellschafter der KTQ- GmbH. Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet. **Die Verfahrensinhalte wurden ausschließlich von Krankenhauspraktikern entwickelt und erprobt.**

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

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

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes Visitorenteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den Visitoren gezielt hinterfragt und durch Begehungen einzelner Krankenhausbereiche überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Selbst- und Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

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

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

Jedem KTQ-Qualitätsbericht ist ein Vorwort der KTQ-GmbH vorangestellt, darauf folgen die individuelle Einleitung, in der drei bis vier innovative, patientenorientierte Leistungen beschrieben werden, die Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses, die Daten der Qualitätssicherung, die Leistungen aus der Mindestmengenvereinbarung sowie eine Beschreibung des krankenhausinternen Qualitätsmanagements und darüber hinaus wird zu jedem der insgesamt **72 Kriterien des KTQ-Kataloges** ein Abstrakt dokumentiert.

Wir freuen uns, dass das Krankenhaus Havellandklinik Nauen mit diesem Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen - einen umfassenden Überblick hinsichtlich seines Leistungsspektrums, seiner Leistungsfähigkeit und seines Qualitätsmanagements vermitteln kann.

Der Qualitätsbericht ist auch auf der KTQ-Homepage unter www.ktq.de abrufbar.

Prof. Dr. F.-W. Kolkmann
Für die Bundesärztekammer

Dr. H. D. Scheinert
Für die Spitzen-
verbände der Krankenkassen

Dr. M. Walger
Für die Deutsche Krankenhausgesellschaft

M.-L. Müller
Für den Deutschen Pflegerat

Einleitung

Die Havellandklinik Nauen ist ein Haus der Regelversorgung mit 329 Betten. Wir sind Teil einer Unternehmensgruppe, zu der ein weiteres Krankenhaus-Standort in Rathenow gehört sowie drei Tochtergesellschaften, die sich über den gesamten Landkreis Havelland verteilen. In den vergangenen Jahren ist so stufenweise aus verschiedenen Einrichtungen unserer Region ein leistungsstarker Verbund von Gesundheits- und Sozialdienstleistungen entstanden.

Zu unserer Klinik, die in diesem Jahr ihr zehnjähriges Bestehen feierte, zählen folgende Fachkliniken, die ein breit gefächertes Spektrum ambulanter und stationärer Leistungen anbieten:

Innere Medizin
Allgemein- und Visceralchirurgie
Traumatologie und Orthopädie
Urologie
Gynäkologie und Geburtshilfe
Kinder- und Jugendmedizin
Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik



Ferner betreiben wir ein ambulantes OP-Zentrum und zwei Psychiatrische Tageskliniken in Nauen und Falkensee mit angeschlossenen Institutsambulanzen. Für akute Fälle ist unsere Notfallversorgung täglich rund um die Uhr erreichbar. In unserem Haus gibt es außerdem ein eigenes Labor und eine Apotheke sowie Abteilungen für Funktionsdiagnostik, Radiologie und eine Physiotherapie mit Bewegungsbad.

Viele Maßnahmen, die zur Verbesserung medizinischer Angebote und klinischer Abläufe führen oder den Service für Patienten steigern, sind mit baulichen Veränderungen verbunden. Die Havellandklinik wird 2009 ein umfängliches Sanierungsprogramm abschließen, das sowohl Neubauten als auch Renovierungsarbeiten umfasste und zu dem die Modernisierung der OP-Säle ebenso zählt wie die Schaffung eines Freiluft Cafes am Haupteingang oder die Erweiterung der PKW-Stellflächen.

Wir sind Mitglied im Deutschen Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser, welches ein Teil der Weltgesundheitsorganisation ist. Wir teilen die Auffassung, dass Gesundheit ein vielschichtiger Begriff ist, der weit mehr umfasst als die Abwesenheit von Krankheiten. Gesundheit ist kein fester Status, sondern muss immer wieder neu ausbalanciert werden. Dafür trägt jeder einzelne Verantwortung und die

Institutionen des Gesundheitswesens in besonderem Maße. Unser wichtigstes Qualitätsziel als Krankenhaus ist es, den Patienten, die sich uns anvertrauen, eine hochwertige medizinische und pflegerische Versorgung zu bieten. Die Angehörigen sind dabei für uns Partner in diesem Prozess, denn gesundheitsbewusstes Verhalten sollte ein Thema im Alltag sein. Damit unsere Patienten einen möglichst hohen und nachhaltigen Behandlungserfolg haben, pflegen wir eine kontinuierliche enge Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten.

Um im Wettbewerb mit anderen Anbietern bestehen zu können, setzen wir unsere Ressourcen sinnvoll ein und versuchen unsere Arbeits- und Behandlungsabläufe effektiv zu gestalten. Dazu ist eine fortwährende Überprüfung unserer Prozesse und Ergebnisse erforderlich. Die Zertifizierung nach KTQ soll uns dabei helfen, unser Qualitätsmanagement weiter zu verbessern. Der Erfahrungs- und Informationsaustausch aller Dienststellen im Krankenhaus ist dabei ein zentrales Element. Patienten- und Mitarbeiterorientierung müssen in einem ausgewogenen Verhältnis stehen, um die gute Behandlungsergebnisse zu erzielen.



Ein vernetztes Arbeiten ist uns nicht nur intern wichtig. Kooperationen mit anderen Einrichtungen in unserer Region sind ein wichtiger Bestandteil unserer Arbeit. Im Gesundheitsnetzwerk Südwest-Brandenburg entwickeln wir mit anderen Krankenhäusern tragfähige Versorgungsstrukturen und Konzeptionen z.B. für Kontinenzzentren, in denen wirkungsvolle Therapien bei Harn- und Stuhlinkontinenz

angeboten werden. Gemeinsam mit einem Potsdamer Haus betreiben wir das Brustzentrum Regine Hildebrandt, um Brustkrebspatientinnen eine wohnortnahe und qualifizierte Betreuung und Behandlung bieten zu können. Zusammen mit dem Landkreis Havelland sind wir Träger des Havelländischen Netzwerks Gesunde Kinder, das vom Brandenburger Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie gefördert wird. Eine Vielzahl von Akteuren, v. a. aus dem Gesundheits- und Sozialbereich betreut hier Familien mit Kindern bis zum dritten Lebensjahr in der Region, um sie bei einem gesunden Start ins (Familien-) leben zu begleiten.

Um unsere Angebote und unsere Leistungen zielgerichtet weiter zu entwickeln, ist neben der eigenen kritischen Betrachtung unseres Handelns auch die Meinung derjenigen wichtig, die mit uns zu tun haben. Bei unseren Patienten führen wir eine fortlaufende Befragung durch. Sie können aber, ebenso wie Angehörige, Geschäftspartner oder sonstige Besucher unserer Klinik auch unsere ausliegenden Rückmeldezettel nutzen, um Lob und Kritik zu äußern oder uns Veränderungsvorschläge zu machen. Wir wollen auch zukünftig ein verlässlicher, kreativer Anbieter und Ansprechpartner im Bereich Gesundheit und Soziales sein. Deshalb hat Ausbildung für uns einen hohen Stellenwert. Wir bieten in allen unseren Einrichtungen eine Vielzahl von Ausbildungsplätzen an, um für qualifizierten "Nachwuchs" zu sorgen.

Qualitätsmanagement im Krankenhaus ist eine komplexe Aufgabe, die niemals ein Ende findet, denn da sich die Welt in der wir leben und arbeiten fortwährend verändert, müssen auch wir unsere Arbeit dem immer wieder anpassen. Wir überprüfen kontinuierlich unsere Ziele und die Prozesse als Wege, auf denen wir diese erreichen wollen. Um den jeweils erreichten Stand zu dokumentieren, veröffentlichen wir Qualitätsberichte und stellen uns den Anforderungen von KTQ.



Jörg Grigoleit
Geschäftsführer

Die KTQ-Kriterien beschrieben von der Havellandklinik Nauen

1 Patientenorientierung im Krankenhaus

1.1 Vorfeld der stationären Versorgung und Aufnahme

Die Organisation im Vorfeld der stationären Aufnahme erfolgt patientenorientiert.

1.1.1 Die Vorbereitungen einer stationären Behandlung sind patientenorientiert

Das Krankenhaus gewährleistet im Vorfeld der stationären Versorgung eine an den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Angehörigen orientierte Organisation und Gestaltung.

Die Vorbereitung der stationären Aufnahme wird zwischen dem Ambulanten OP Zentrum und den Fachabteilungen koordiniert. Durch die Kontakte zu einweisenden Ärzten werden die Bedürfnisse aufzunehmender Patienten frühzeitig erfasst. Die Belegungssteuerung ist sowohl für elektive als auch für Notfallpatienten gesichert. Zur Vorabinformation werden vorrangig Printmedien und die Homepage eingesetzt. Die Klinik verfügt über großzügigen Parkraum. Eine weiträumige Ausschilderung gewährleistet die Orientierung für Besucher. Der ÖPNV ist unmittelbar an die Klinik angebunden.

1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

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

Das Wegeleitsystem der Klinik umfasst einheitlich gestaltete Hinweisschilder, Piktogramme sowie Informationstafeln im Foyer. Die Zugänge sind behindertengerecht. Über die Auskunft kann jederzeit personelle Unterstützung angefordert werden. Die am Empfang hinterlegte Dolmetscherliste dient dazu, bei Bedarf Unterstützung für fremdsprachige Patienten und Besucher zu gewährleisten. Zur Vorabinformation werden Flyer und die Homepage genutzt. Alle Mitarbeiter sind verpflichtet, hilfebedürftigen Personen ihre Hilfe anzubieten.

1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

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

Das Procedere der administrativen Aufnahme und des Transports auf die Station ist durch Betriebsanweisung geregelt. Die Mitarbeiter der Aufnahme sind geschult. Im Wartebereich stehen ausreichend Sitzgelegenheiten zur Verfügung, ein Getränkeautomat wurde installiert. Die Vorgaben zur Dienstplanung sichern den Erstkontakt durch examiniertes Personal auf der Station. Durch die frühzeitige Belegungsplanung und die Richtlinie zur pflegerischen Aufnahme werden Wartezeiten bei der Bettzuteilung vermieden. In den Patientenzimmern werden weitere Informationen angeboten.

1.1.4 Ambulante Patientenversorgung

Die ambulante Patientenversorgung z. B. im Rahmen der Notfallambulanz, (Psych.: der psychiatrischen Institutsambulanz), der Wiedereinbestellungsambulanz oder der Ermächtigungsambulanz (Uni.: Spezialambulanzen) verläuft koordiniert unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse.

Qualifiziertes Personal und medizintechnische Ausstattung sind rund um die Uhr verfügbar. Der Empfang der Patienten und die Einleitung diagnostischer Maßnahmen sind interdisziplinär geregelt. Klinikübergreifende Untersuchungen sind sichergestellt. Da ambulanter und stationärer Bereich eng verzahnt sind, ist ein Wechsel zur stationären Behandlung jederzeit möglich. In der Ambulanz wird bereits umfangreiche Diagnostik durchgeführt, die die stationäre Aufnahme des Patienten erleichtert. Im Unternehmen werden zwei MDZ betrieben, die ambulante Leistungen erbringen.

1.2 Ersteinschätzung und Planung der Behandlung

Eine umfassende Befunderhebung jedes Patienten ermöglicht eine patientenorientierte Behandlungsplanung.

1.2.1 Ersteinschätzung

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

Jeder Patient wird am Aufnahmetag einem Facharzt oder Oberarzt vorgestellt. Ärztlicher und Pflegedienst verwenden Vordrucke und Kurven, die den Standards der Fachabteilungen entsprechen. Die Patienten werden von der aufnehmenden Pflegekraft zur pflegerischen Anamnese befragt. Im Anschluss erfolgt die Untersuchung durch den Stationsarzt, bei der eine ausführliche Anamnese erhoben und die OP-Aufklärung/Therapieplanung vorgenommen wird. Bei der Anamneseerhebung wird den allgemeinen Standards zur ganzheitlichen Patientenuntersuchung Rechnung getragen.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

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

Alle Vorbefunde, die für die Therapie des Patienten von Bedeutung sind, werden bei der Stuserhebung berücksichtigt. Die Patienten werden bei der Einbestellung auf die notwendigen Vorbefunde hingewiesen. Weitere Anforderungen erfolgen über die Stationsärzte bzw. Stationsassistenten. Intern erhobene Befunde aus Untersuchungen bzw. früheren Aufenthalten können jederzeit über das elektronische Klinikinformationssystem abgerufen werden. Der Zugang zum Archiv sowie die Zugriffsrechte sind detailliert geregelt.

1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

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

Je nach Krankheitsbild wird ein leitliniengerechter diagnostischer und therapeutischer Plan in Abstimmung mit den Chef- und Oberärzten erstellt. Für die häufigsten Erkrankungen gibt es schriftlich fixierte interne Standards. Die Behandlungsplanung erfolgt innerhalb der ersten 24 Stunden. Im Pflegebereich wird nach festgelegten Pflegerichtlinien eine Pflegeplanung für jeden Patienten durchgeführt. Die Behandlung wird berufsgruppenübergreifend geplant. Bedarfsgerecht werden die primären Planungen im gemeinsamen Dialog regelmäßig modifiziert.

1.2.4 Integration von Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Ziel ist die Erstellung eines auf die individuellen Bedürfnisse ausgerichteten Behandlungsplanes, der die besondere Lebenssituation des Patienten berücksichtigt. Die Abstimmung erfolgt im Einzelgespräch, auf Wunsch unter Beteiligung der Angehörigen. Das Vorgehen bei Ablehnung geplanter Maßnahmen ist detailliert geregelt. Die Patienten können außerhalb der Visiten zusätzlichen Gesprächsbedarf beim Stations-, Ober- und Chefarzt anmelden. Bei Verständigungsproblemen werden Mitarbeiter mit Fremdsprachenkenntnissen anhand der Datei im Intranet hinzugezogen.

1.3 Durchführung der Patientenversorgung

Die Behandlung und Pflege jedes Patienten erfolgt in koordinierter Weise gemäß professioneller Standards, um bestmögliche Behandlungsergebnisse zu erzielen.

1.3.1 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung

Die Behandlung und Pflege jedes Patienten wird umfassend, zeitgerecht und entsprechend professioneller Standards durchgeführt.

Die hochwertige Behandlung der uns anvertrauten Patienten wird durch unser qualifiziertes Personal, eine moderne apparative Ausstattung und effiziente Strukturen der Organisation und der klinischen Abläufe gewährleistet. Neben den klinischen und pflegerischen Behandlungsstandards kommen Richtlinien zur Komplikationsprophylaxe und zum Vorgehen bei Komplikationen zur Anwendung. Besondere Priorität genießt die Schmerzprophylaxe. Die Klinik verfügt über ein breites Spektrum nicht medikamentöser Therapieangebote, z.B. Physio- und Ergotherapie.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

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

Das Niveau einer leitliniengerechten Behandlung gehört zum Anspruch unserer Versorgungsqualität. Die intern entwickelten Standards für die häufigsten Krankheitsbilder sowie die Leitlinien der Fachgesellschaften haben verbindlichen Charakter bei der Behandlungsplanung. Der Evidenzbezug ist gesichert. Auch in der Pflege kommen Richtlinien zur Anwendung. Die Vermittlung der Richtlinien ist regelmäßiger Bestandteil unseres Fortbildungsprogramms. Abweichungen von geltenden Richtlinien sind zu begründen und zu dokumentieren.

1.3.3 Patientenorientierung während der Behandlung

Der Patient wird in alle durchzuführenden Behandlungsschritte und Maßnahmen der Versorgung einbezogen und seine Umgebung ist patientenorientiert gestaltet.

Die Patientenorientierung im Zuge der Behandlung ist oberstes Gebot unseres Leitbildes. Durch das Prinzip der Bereichspflege ist gewährleistet, dass jederzeit feste examinierte Pflegekräfte als Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Alle Mitarbeiter stellen sich namentlich vor. Die Besuchszeiten sind großzügig geregelt. Der Park, Aufenthaltsräume und die Cafeteria bieten Rückzugsmöglichkeiten. Die Aufklärung ist fester Bestandteil jedes Behandlungsschrittes. Die Pflege basiert auf einem die Ressourcen fördernden Pflegekonzept.

1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

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

Ziel des Ernährungskonzeptes in der Havellandklinik ist es, dass jeder Patient zur richtigen Zeit die richtige Kostform erhält. Auf der Basis der Leitlinien zur Ernährung und Diätetik werden die Komponenten zusammengestellt. Die Klinik verfügt über eine Diätassistentin und eine Küchenkommission. Die Patienten können aus verschiedenen Komponenten wählen. Neben medizinischen werden auch religiöse und kulturelle Aspekte berücksichtigt. Die Zufriedenheit der Patienten mit der Ernährung ist ein fester Bestandteil der Patientenbefragung.

1.3.5 Koordinierung der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Zur Sicherstellung einer koordinierten Behandlung hat die Havellandklinik ein effizientes System der Konsilanforderung gemäß der klinischen Dringlichkeit, der Terminierung von Untersuchungen unter Vermeidung von Doppeltransporten, der zeitnahen Befunddokumentation und des Patiententransports etabliert. Das elektronische Krankenhausinformationssystem gewährleistet eine schnelle Verfügbarkeit der Befunde. Eine Verfahrensweisung zum Patiententransport garantiert die Begleitung durch qualifiziertes Personal bei entsprechender Indikation.

1.3.6 Koordinierung der Behandlung: OP-Koordination

Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.

Die Koordination der operativen Leistungen ist im OP Statut verbindlich festgelegt. Die Operationsbereitschaft ist rund um die Uhr gewährleistet. Die elektive OP Planung erfolgt langfristig. Im Sinne der Patientenorientierung und gemessen am Versorgungsauftrag eines Regelversorgungshauses wird entsprechend des Patientenaufkommens eine flexible Planung angestrebt. Für das Vorgehen bei Notfall OPs gibt es genaue Vorgaben. Die OP Planung und die Intensivkapazität werden täglich abgestimmt.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

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

Ziel ist es, dass unsere Patienten durch die interdisziplinäre Kooperation aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen ein einheitliches Behandlungskonzept erfahren. Interdisziplinäre Besprechungen, ein geregelter Konsilwesens, die bedarfsgerechte Einbeziehung interner Dienstleister (z.B. Physiotherapie, Sozialdienst, Psychologen) und die multi-professionelle Besetzung von Arbeitsgruppen ermöglichen eine unter den Berufsgruppen abgestimmte Behandlung auf hohem Niveau. Die Steuerung obliegt den Chefärzten der Fachabteilungen.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

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

Das Procedere regelmäßiger Stations-, Ober- und Chefarztvisiten ist geregelt. Die tägliche Visite des Stationsarztes wird durch Kurvenvisiten ergänzt, wodurch der Facharztstandard garantiert ist. Oberarztvisiten finden zweimal, Chefarztvisiten einmal pro Woche statt. Das Pflegepersonal begleitet die Visite, bei Bedarf werden Vertreter weiterer Berufsgruppen hinzugezogen. Gemäß unserem Leitbild werden alle Beteiligten für die Wahrung der Intimsphäre und die Vorschriften des Datenschutzes besonders sensibilisiert.

1.4 Übergang des Patienten in andere Versorgungsbereiche

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

1.4.1 Entlassung und Verlegung

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

In der Havellandklinik beginnt die Entlassungsplanung 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. Dazu wird eine Checkliste geführt. Ärzte, Pflegende und Sozialdienst arbeiten bei der Entlassungsplanung eng zusammen. Zum Vorgehen bei Entlassung gegen ärztlichen Rat gibt es genaue Anweisungen.

1.4.2 Bereitstellung kompletter Informationen zum Zeitpunkt des Überganges des Patienten in einen anderen Versorgungsbereich (Entlassung / Verlegung u. a.)

Das Krankenhaus sichert eine lückenlose Information für die Weiterbehandlung oder Nachsorge des Patienten.

Jeder Patient erhält zur Entlassung einen Arztbrief. Bei Verlegung in weiterbehandelnde Einrichtungen wird bereits im Vorfeld die Entlassungsepikrise einschließlich wichtiger Informationen zur Medikation und zu den erhobenen Befunden 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.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

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

Die Havellandklinik garantiert, dass jeder Patient in eine sichere Umgebung entlassen wird. Bei Bedarf erfolgt noch im Krankenhaus die Begutachtung durch den MDK. Anträge werden vom Sozialdienst gemeinsam mit dem Patienten und ggf. mit den Angehörigen formuliert. Die organisatorische Abwicklung zum Übergang in weiterbehandelnde Einrichtungen obliegt dem Sozialdienst nach Anordnung des Arztes. Die Klinik unterhält Kooperationen zu diversen ambulanten und stationären Anbietern von Gesundheits- und Rehabilitationsdiensten.

2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

2.1 Planung des Personals

Durch die Personalplanung ist die kontinuierliche Bereitstellung einer angemessenen Anzahl an qualifizierten Mitarbeitern gesichert.

2.1.1 Planung des Personalbedarfes

Die Planung des Personalbedarfes umfasst die Bereitstellung einer angemessenen Zahl an entsprechend qualifizierten Mitarbeitern.

Die Personalplanung erfolgt dienststartorientiert 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

Die Personalentwicklung des Krankenhauses orientiert sich an den Bedürfnissen des Hauses und der Mitarbeiter.

2.2.1 Systematische Personalentwicklung

Das Krankenhaus betreibt eine systematische Personalentwicklung.

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

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

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

Das Krankenhaus sorgt für eine systematische Fort- und Weiterbildung, die sowohl an den Bedürfnissen der Mitarbeiter als auch des Krankenhauses ausgerichtet ist.

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 Dienstarten sind benannt. Besondere Schwerpunkte sind die Entwicklung der sozialen Kompetenz und die Ausbildung von Führungskompetenzen.

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

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 Krankenpflege-dienst 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 Fort- und Weiterbildungsmedien

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

Den Mitarbeitern der Havellandklinik steht eine wissenschaftliche Fachbibliothek zur freien Verfügung. Die Abteilungen verfügen außerdem über arbeitsplatzbezogene Grundausstattungen 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 Sicherstellung des Lernerfolges in angegliederten Ausbildungsstätten

Angegliederte Ausbildungsstätten leisten eine Theorie-Praxis-Vernetzung und bereiten Mitarbeiter angemessen auf ihre Tätigkeiten im Rahmen der Patientenversorgung vor.

Die Havellandklinik kooperiert 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 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

Mitarbeiterinteressen werden angemessen bei der Führung des Krankenhauses berücksichtigt.

2.3.1 Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles

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

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 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

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 von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

In der Pflege werden neu eingestellte Mitarbeiter nach einem Einarbeitungskonzept in ihre Arbeitsbereiche eingeführt. Jeder neue Mitarbeiter erhält eine schriftliche Stellenbeschreibung 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. Die Einführung eines Einarbeitungskonzeptes für alle Mitarbeiter ist als Projekt geplant.

2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

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

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 von der Referentin des Geschäftsführers 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 ein.

3 Sicherheit im Krankenhaus

3.1 Gewährleistung einer sicheren Umgebung

Das Krankenhaus gewährleistet eine sichere Umgebung für die Patientenversorgung.

3.1.1 Verfahren zum Arbeitsschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum Arbeitsschutz angewandt, das insbesondere Sicherheitsaspekte am Arbeitsplatz, bei Mitarbeitern, im Umgang mit Gefahrstoffen und zum Strahlenschutz berücksichtigt.

Die Leitung der Havellandklinik hat alle notwendigen Maßnahmen zur Umsetzung eines umfassenden Arbeitsschutzes getroffen. Eine Fachkraft für Arbeitssicherheit wurde fest eingestellt. Ein Gefahrstoffverzeichnis, 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 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

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 Flucht- und Rettungswegepläne entsprechen den gesetzlichen Bestimmungen. Die Funktionsfähigkeit der zum Brandschutz unter Beteiligung der Feuerwehr installierten technischen Anlagen wird in festgelegten Intervallen überprüft.

3.1.3 Verfahren zur Regelung von hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung bei hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz angewandt.

Über die Leitstelle des Landkreises 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 interne Schadensereignisse. Der Notfallplan regelt den Ablauf der abzuwehrenden Maßnahmen.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Die Havellandklinik 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. Alle Mitarbeiter in den klinischen Bereichen werden regelmäßig unterwiesen. Das Equipment ist standardisiert, der Meldeweg definiert. Ein Reanimationsteam aus fachlich besonders qualifizierten Mitarbeitern steht jederzeit bereit.

3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

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

Die Gewährleistung der Sicherheit der uns anvertrauten Patienten liegt uns besonders am Herzen. Bei der Dienstplangestaltung werden Erfordernisse bei besonders betreuungsbedürftigen Patienten berücksichtigt. Die Ermittlung des Sturzrisikos gehört standardmäßig zur Erhebung der Anamnese. Für die Psychiatrie gelten besondere Bestimmungen. Den gesetzlichen Vorgaben entsprechende Anweisungen zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen liegen vor. Ein Deeskalationstraining ist fester Bestandteil des Fortbildungsprogramms.

3.2 Hygiene

Im Krankenhaus wird ein systematisches, krankenhausesweit umgesetztes Verfahren zur effektiven Prävention und Kontrolle von Infektionen eingesetzt.

3.2.1 Organisation der Hygiene

Für Belange der Hygiene ist sowohl die personelle Verantwortung als auch das Verfahren der Umsetzung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen krankenhausesweit geregelt.

Das Hygieneregime der Havellandklinik ist darauf ausgerichtet, unsere Patienten vor nosokomialen Infektionen zu bewahren. Eine Hygienekommission wurde etabliert. Ihr gehören neben der beratenden Krankenhaushygienikerin und der Hygienefachschwester hygienebeauftragte Ärzte und Pflegekräfte der Fachabteilungen an. Der Hygieneplan und die Desinfektionspläne beinhalten die Vorgaben für alle hygienisch relevanten Arbeitsabläufe, Isolationsmaßnahmen und Verantwortlichkeiten. Sie gelten als Betriebsanweisung und werden kontinuierlich aktualisiert.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerrelevanter Daten

Für die Analyse hygienerrelevanter Bereiche wie auch die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen werden krankenhausesweit hygienerrelevante Daten erfasst.

Die Sammlung hygienerrelevanter 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 Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen

Hygienesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Der Hygieneplan, der fortlaufend aktualisiert wird, regelt alle hygienesichernden Maßnahmen. Darin existieren Merkblätter mit speziellen Anweisungen für bestimmte Infektionen, die die notwendigen Hygienemaßnahmen vorgeben. Hygienebegehungen der Stationen sowie hygienisch-mikrobiologische Untersuchungen werden unter Verantwortung der Hygienefachschwester zu Beginn des Jahres geplant. Hygieneschulungen und praktische Übungen (z.B. zur Händedesinfektion) gehören zum obligatorischen Teil des Fortbildungsprogramms.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.

Die Einhaltung der Hygienerichtlinien liegt in der Verantwortung der Leiter der klinischen Abteilungen. Es finden unangemeldete externe Begehungen durch das Gesundheitsamt und das Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt statt. Hinzu kommen interne Begehungen durch die Hygienefachschwester. Die Chargendokumentation für Sterilgut ist gewährleistet, ebenso die Umsetzung des HACCP-Konzeptes in der Speiserversorgung. Die Aufbereitung von Medizinprodukten ist detailliert im Hygieneplan geregelt. Hygienefortbildungen sind verpflichtend.

3.3 Bereitstellung von Materialien

Vom Krankenhaus werden die für die Patientenversorgung benötigten Materialien auch unter Beachtung ökologischer Aspekte bereitgestellt.

3.3.1 Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten.

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. Rufbereitschaftsregelungen gewährleisten die zügige Beschaffung auch in Notfällen.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Für die Bestellung und Warenbewirtschaftung von Arzneimitteln wird ein EDV Tool genutzt. Das Organisationskonzept zum sicheren und wirtschaftlichen Umgang mit Arzneimitteln regelt das Procedere zum Umgang mit Arzneimitteln. Für Betäubungsmittel und Zytostatika gibt es genaue Anweisungen. Arzneimittelinformationen können über die Stationsarbeitsplätze jederzeit abgerufen werden. Ein Meldesystem zur Anzeige unerwünschter Arzneimittelwirkungen wurde etabliert. Die Einführung eines EDV Tools zur Medikamentenanordnung ist als Pilotprojekt geplant.

3.3.3 Anwendung von Blut und Blutprodukten

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

Das in der Havellandklinik geltende Qualitätssicherungshandbuch zum Umgang mit Blut und Blutprodukten beschreibt die Verantwortlichkeiten sowie organisatorische und Verfahrensstrukturen für eine sichere Anwendung von Blutprodukten. Die Aufgaben der Transfusionskommission, der Transfusionsverantwortlichen und Beauftragten sowie das Vorgehen zur Anordnung, Bestellung, Prüfung, Applikation, Überwachung und Dokumentation sind klar definiert, ebenso der Meldeweg für Zwischenfälle. Schulungen zum Transfusionswesen sind obligatorisch.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Der Umgang mit Medizinprodukten ist in einer Betriebsanweisung geregelt. Darin sind u.a. die Verantwortlichkeiten, Aufgaben, Einweisungen, Probestellungen, Beschaffungsvorgänge und Stilllegungen festgelegt. Verantwortliche und Beauftragte sind benannt, das Verfahren der dokumentierten Einweisungen ist genau festgelegt. Gemäß den Erfordernissen des Medizinproduktegesetzes und der Medizinproduktebetreiberverordnung werden Gerätebücher geführt, Gebrauchsanweisungen zugänglich gemacht, Prüfintervalle dokumentiert und Schulungen durchgeführt.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Schon aus wirtschaftlichen Gründen ist die Havellandklinik an einer die Ressourcen schonenden Steuerung der Betriebsabläufe interessiert. Ziel ist die Erreichung der Kennwerte, die für das Siegel "Energiesparendes Krankenhaus" erforderlich sind. Ein Abfallwirtschaftskonzept liegt vor. Das Abfallaufkommen wird, getrennt nach spezifischen Abfallfraktionen, genau analysiert. Die Vorgaben zur Abfalltrennung sind durch Betriebsanweisung verbindlich geregelt. Im Zuge der Beschaffung wird die Umweltverträglichkeit eingesetzter Produkte überprüft.

4 Informationswesen

4.1 Umgang mit Patientendaten

Im Krankenhaus existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die Erfassung, Dokumentation und Verfügbarkeit von Patientendaten sicherstellt.

4.1.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Eine hausinterne Regelung zur Führung und Dokumentation von Patientendaten liegt vor und findet Berücksichtigung.

Die Führung und Dokumentation von Patientendaten sind durch Betriebsanweisung geregelt. 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.

4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

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

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

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

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. Die schrittweise Mikroverfilmung aller Akten wird zur weiteren Beschleunigung der Verfügbarkeit von Patientendaten beitragen.

4.2 Informationsweiterleitung

Im Krankenhaus existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die adäquate Weiterleitung von Informationen gewährleistet.

4.2.1 Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Bereichen

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Informationsweitergabe innerhalb und zwischen verschiedenen Krankenhausbereichen.

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 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

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

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 klinischen Informationen werden fortlaufend aktualisiert.

4.2.3 Information der Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Wir nutzen diverse Medien und Veranstaltungen, um das Leistungsangebot öffentlichkeitswirksam zu publizieren und orientieren uns dabei am bundesweiten Gesundheitskalender. Zu den im Sachgebiet Öffentlichkeitsarbeit koordinierten Aktivitäten zählen u.a. die Gestaltung der Homepage, der Tag der Offenen Tür, die Beteiligung an Ausbildungsmessen und Gesundheitswochen, die Patientenzeitung und Kooperation mit Selbsthilfegruppen. Zur Verbesserung der Corporate Identity wurde eine Werbeagentur eingeschaltet.

4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

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

Die Aufgabe des neuen externen Datenschutzberaters besteht darin, die Klinikleitung bei der Umsetzung der gesetzlichen Anforderungen zum Datenschutz zu beraten und ein homogenes Datenschutzniveau an allen Standorten der Unternehmensgruppe zu gewährleisten. Ein Datenschutzkonzept wurde erstellt. Die Betriebsanweisung zum Datenschutz beschreibt u.a. den sicheren Umgang mit Patientendaten, das Procedere der Weitergabe von Informationen und den Umgang mit Medien und Datenträgern. Die Mitarbeiter werden schon im Zuge der Einarbeitung über die Erfordernisse des Datenschutzes belehrt.

4.3 Nutzung einer Informationstechnologie

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

4.3.1 Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie

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

Die Informationstechnologie in der Havellandklinik wird ständig erweitert. Jährlich wird eine IT Planung erstellt und als Grundlage für die Budgetierung genutzt. Kernstück ist das elektronische Krankenhausinformationssystem. Ein Ausfall- und Sicherheitskonzept liegt vor, der Support wird durch Schulungen und der Notfall durch einen Bereitschaftsdienst gesichert. Weitere Software wird im Finanz- und Rechnungswesen, im Controlling und bei der Dienstplanung eingesetzt. Eingerichtete Schnittstellen ermöglichen die Verarbeitung von Daten in verschiedenen Anwendungen.

5 Krankenhausführung

5.1 Entwicklung eines Leitbildes

Das Krankenhaus entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.

5.1.1 Entwicklung eines Leitbildes

Das Krankenhaus entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.

Das Leitbild entstand aus dem Anspruch, die Vision und das Selbstverständnis des Unternehmens abzubilden und die Identifikation der Mitarbeiter zu erleichtern. Das Leitbild ist der Ausgangspunkt für die zielgerichtete Entwicklung von Handlungsvorgaben, z.B. für die Erstellung von Richtlinien für Führungskräfte und das Mitarbeiter-Vorgesetzten-Gespräch. Es ist im Intranet veröffentlicht und wird neuen Mitarbeitern vorgestellt.

5.2 Zielplanung

Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und steuert die Umsetzung der festgelegten Ziele.

5.2.1 Entwicklung einer Zielplanung

Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und nutzt diese für die Steuerung seiner Handlungen.

Die 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

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

Die Organisationsstruktur des Unternehmens ist durch Geschäftsordnung der Krankenhausleitung definiert und in Organigrammen übersichtlich dargestellt. Sie ist Bestandteil des Organisationshandbuchs. Eine aktuelle 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. Um ein effizienteres Projektmanagement etablieren zu können, wird ein Schulungsprogramm aufgelegt.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

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

Basierend auf der Strategieplanung wird jährlich ein nach Prioritäten geordneter Finanz- und Investitionsplan erstellt. Die kurzfristige Planung erfolgt für ein Jahr im Voraus. Die mittelfristige Planung erfolgt für drei Jahre und orientiert sich an den Erfordernissen der medizinischen Leistungsentwicklung. Die Finanzplanung wird unterjährig fortlaufend aktualisiert. Die Verantwortlichen erhalten monatlich eine Auswertung zur Budgetentwicklung. Hinzu kommen jährliche Analysen zu externen Benchmarks und Detailanalysen zu einzelnen Aufwandspositionen.

5.3 Sicherstellung einer effektiven und effizienten Krankenhausführung

Das Krankenhaus wird effektiv und effizient geführt mit dem Ziel der Sicherstellung der Patientenversorgung.

5.3.1 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Leitungsgremien und Kommissionen

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise von Leitungsgremien und Kommissionen, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.

Die Basis für die Tätigkeit der Leitungsgremien und Kommissionen bildet die Geschäftsordnung der Krankenhausleitung. Sie definiert die Kompetenzen und die Aufgabenverteilung. Die Gremien tagen nach einem Jahresterminplan in regelmäßigen Intervallen, die Besprechungen werden protokolliert. Die Weitergabe von Informationen erfolgt differenziert nach Berechtigung bzw. gemäß Beschlussfassung. Aus den Beratungen resultierende Betriebsanweisungen werden in den Organisationshandbüchern und im Intranet veröffentlicht.

5.3.2 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.

Die effektive Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung wird durch ihre Geschäftsordnung gewährleistet. Die Zuständigkeiten sind klar definiert. Die Krankenhausleitung tagt monatlich. Die Protokolle enthalten standardisierte Tagesordnungspunkte, Vorlagenbezeichnungen, Verantwortlichkeiten und Termine. Die Überprüfung vereinbarter Termine erfolgt regelhaft. Im Rahmen der jährlichen Klausurtagung unterzieht die Krankenhausführung die Vorhaben der abgelaufenen Periode und die Effizienz der eigenen Arbeitsweise einer kritischen Selbstprüfung.

5.3.3 Information der Krankenhausführung

Die Krankenhausleitung wird regelmäßig über Entwicklungen und Vorgänge im Krankenhaus informiert und nutzt diese Informationen zur Einleitung verbessernder Maßnahmen.

Das in der Havellandklinik etablierte Berichtswesen sichert eine zeitnahe und umfassende Information der Krankenhausführung. In festen Abständen werden aktuelle Daten und Fakten von den verantwortlichen Mitarbeitern an die Fachbereichsleitung, Krankenhausleitung oder den Geschäftsführer gemeldet. Kommt es zwischenzeitlich zu relevanten Abweichungen, werden die Führungskräfte auch außerhalb dieser Fristen informiert. Bei besonderen Vorkommnissen bezüglich Patienten und Tagesgeschehen wird die Krankenhausleitung sofort in Kenntnis gesetzt.

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

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

Es ist erklärtes Ziel der Krankenhausführung, durch die Partizipation der Mitarbeiter bei Planungen und Entscheidungen die Identifikation mit dem Unternehmen zu verstärken. Die Basis bilden das Leitbild, Führungsgrundsätze und die Führungsrichtlinien. Teamtrainings, Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Supervisionen und Rotationen werden angeboten. Der Betriebsrat wird in strukturelle Planungen einbezogen. Arbeitsgruppen sind interdisziplinär und hierarchieübergreifend besetzt. Mitarbeitergespräche finden regelmäßig statt.

5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben

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

5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

Im Krankenhaus werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt.

Unsere grundsätzlichen Auffassungen zu ethischen Fragestellungen basieren auf den Leitbildern der Klinik und der Pflege. 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. Die Klinik verfügt über eine Psychoonkologin und onkologisch ausgebildete Fachschwestern. Zu ethischen Aspekten gibt es Fortbildungen, Fallbesprechungen und Supervisionen.

5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

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

Zum Umgang mit sterbenden Patienten und ihren Angehörigen hat eine Arbeitsgruppe einen Leitfaden entwickelt. Eine würdevolle Sterbebegleitung durch qualifizierte Mitarbeiter, die unbedingte Schmerzprophylaxe, eine ruhige Abschiednahme und die angemessene Anpassung des Tagesablaufs genießen höchste Priorität. Die Klinik kooperiert mit Seelsorgern und Hospizen. Die Mitarbeiter des Sozialdienstes erteilen qualifizierte Auskünfte zur Vorsorgevollmacht bzw. Patientenverfügung. Bei Bedarf wird das Ethikkomitee konsultiert.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

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

Zum angemessenen Umgang mit verstorbenen Patienten liegt ein verbindlicher Leitfaden 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.

6 Qualitätsmanagement

6.1 Umfassendes Qualitätsmanagement

Die Krankenhausführung stellt sicher, dass alle Krankenhausbereiche in die Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements eingebunden sind.

6.1.1 Einbindung aller Krankenhausbereiche in das Qualitätsmanagement

Die Krankenhausführung ist verantwortlich für die Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements.

Ausgehend von der Vision, der Mission und der Zielplanung der Havelland Kliniken sieht die Krankenhausleitung in der Einführung eines QM Systems eine entscheidende Möglichkeit zur Verbesserung der Organisationsentwicklung. Es wurde eine QM-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.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

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

Als oberste Instanz ist die Klinikleitung verantwortlich für die qualitätspolitische und strategische Ausrichtung des Unternehmens. Sie beauftragt und genehmigt Projekte und überwacht die Ergebnisse, die operative Gestaltung obliegt der Lenkungsgruppe. Der Konzernmasterplan gibt die übergeordneten Aufgabenschwerpunkte vor. Abgeleitet davon werden in den Jahresarbeitsplänen konkrete Ziele festgeschrieben. Im Rahmen der jährlichen Klausurtagung der Klinikleitung werden die auf der Balanced Scorecard des Unternehmens definierten Ziele justiert.

6.2 Qualitätsmanagementsystem

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

In Vorbereitung auf die KTQ Visitation hat die Geschäftsführung die Strukturen im QM neu geordnet. Gemäß Organigramm wurde ein eigenständiges Sachgebiet QM im Fachbereich Allgemeines und QM ausgewiesen. Die Sachgebietsleitung 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 der KTQ Visitation.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

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

Methoden und Ziele der internen Qualitätssicherung werden von der Klinikleitung gesteuert. Das Ziel besteht darin, festgelegte qualitative Standards in der Versorgung zu prüfen und im Arbeitsalltag wirksam umzusetzen. Zu den eingesetzten Verfahren gehören u.a. protokollierte Begehungen durch Mitglieder der Kommissionen, die Hygienesurveillance, Auswertungen von Komplikationen sowie Tendenzen in der Morbiditäts- und Letalitätsentwicklung, das Instrumentarium des medizinischen Controlling, Pflegevisiten, die Interne Revision und das Qualitätsberichtswesen.

6.3 Sammlung und Analyse qualitätsrelevanter Daten

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

6.3.1 Sammlung qualitätsrelevanter Daten

Über die gesetzlich vorgeschriebene externe Qualitätssicherung hinaus werden qualitätsrelevante Daten systematisch erhoben und analysiert.

In der Havellandklinik werden systematisch qualitätsrelevante Daten erhoben und analysiert. Die Koordination obliegt dem 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 (Sturz, Dekubitus, nosokomiale Infektionen, unerwünschte Arzneimittelwirkungen), zur Personalentwicklung und im Controlling.

6.3.2 Nutzung von Befragungen

Regelmäßig durchgeführte Patienten- und Mitarbeiterbefragungen sowie Befragungen niedergelassener Ärzte werden als Instrument zur Erfassung von Patienten- und Mitarbeiterbedürfnissen und zur Verbesserung der Patientenversorgung genutzt.

Die Klinikleitung definiert Ziele und Eckdaten zur Durchführung von Befragungen und stellt die erforderlichen Mittel bereit. In festgelegten Abständen werden Zielgruppen der Klinik in geeigneter Weise befragt. Es wird fortlaufend eine Patientenbefragung auf allen somatischen Stationen durchgeführt. Sämtliche Mitarbeiter und niedergelassene Ärzte wurden im Rahmen von Imageanalysen wiederholt befragt. Eine repräsentative Mitarbeiterbefragung ist geplant.

6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Um die Arbeit der Klinik kontinuierlich zu verbessern, sind wir auf das Feedback unserer Zielgruppen und Partner angewiesen. Es existiert ein strukturiertes Rückmeldesystem, das neben Lob und Anregungen auch Beschwerden umfasst. Es kann anonym oder namentlich genutzt werden und wird allen Patienten vorgestellt. Eine 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 Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Die Daten der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V werden systematisch erhoben und die Auswertungen zu qualitätsverbessernden Maßnahmen genutzt.

6.4.1 Beteiligung an der externen Qualitätssicherung

Das Krankenhaus beteiligt sich an den gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung.

Die Havellandklinik beteiligt sich in vollem Umfang an den vorgegebenen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung. Es wurde eine dem Ärztlichen Direktor unterstellte Verantwortliche benannt, die für die vollständige und fehlerfreie Datenübermittlung sowie für auftretende Fragen der Ärzte zuständig ist. Modulverantwortliche prüfen die Dokumentationsqualität in den einzelnen Leistungsbereichen. Zur Erhebung der Datensätze wurde eine Software installiert, die den Spezifikationen der BQS entspricht. Die Dokumentationsrate betrug zuletzt 100%.

6.4.2 Umgang mit den Ergebnissen der externen Qualitätssicherung

Das Krankenhaus analysiert systematisch die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung und legt ggf. notwendige Konsequenzen fest.

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.