



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Havelland Kliniken GmbH Klinik Nauen	Klinik Rathenow
Institutionskennzeichen:	261200538	
Anschrift:	Ketziner Straße 21 14641 Nauen	Forststraße 45, 14712 Rathenow
Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer:	2015-0028 KHVB	
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	WIESO CERT GmbH, Köln	
Gültig vom:	09.04.2015	
bis:	08.04.2018	

Inhaltsverzeichnis:

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung.....	5
Die Kategorien	7
1 Patientenorientierung	8
2 Mitarbeiterorientierung.....	12
3 Sicherheit.....	14
4 Informations- und Kommunikationswesen	14
5 Führung	17
6 Qualitätsmanagement.....	22

Vorwort der KTQ®

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

Gesellschafter der KTQ® sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR).

Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

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

- Patientenorientierung,
 - die Mitarbeiterorientierung,
 - die Sicherheit,
 - das Informationswesen,
 - die Führung des Krankenhauses und das
 - Qualitätsmanagement
- der Einrichtung beziehen.

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

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren® gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft.

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

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

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

Wir freuen uns, dass die **Klinik Nauen und Klinik Rathenow der Havelland Kliniken GmbH** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter <http://www.ktq.de/> abrufbar.

Dr. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung

Die Havelland Kliniken GmbH bildet den betrieblichen Kern der Havelland Kliniken Unternehmensgruppe. Ihr Auftrag besteht im Angebot einer hochwertigen und umfassenden medizinischen Versorgung für die regionale Bevölkerung. Neben stationären und ambulanten Leistungen gehören hierzu zahlreiche Beratungsdienste, Sprechstunden, vor- und nachstationäre Angebote und die Notfallversorgung.

Im Lauf des letzten Jahrzehnts ist aus zwei kleinen städtischen Krankenhäusern schrittweise ein Konzern entstanden, der heute als größter Arbeitgeber der Region gesundheits-spezifische Dienstleistungen bündelt. Zu den vorgehaltenen Disziplinen und Fachabteilungen gehören Kliniken für Innere Medizin, Chirurgie, Traumatologie und Orthopädie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Anästhesie und Intensivmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Urologie und Geriatrie. Eine umfangreiche Funktionsdiagnostik, die Physiotherapie, psychoonkologische Betreuung, der Sozialdienst, Labor und die Apotheke ergänzen das Profil eines modernen Gesundheitskonzerns. In medizinischen Zentren können die Patienten spezielle Versorgungsangebote in Anspruch nehmen. Dazu gehören das Ambulante Operationszentrum, ein Brustzentrum, das Kontinenz- und Beckenbodenzentrum, das Prostatakarzinomzentrum, das Traumazentrum, das Havelländische Netzwerk Gesunde Kinder* und das Kompetenzzentrum für bürgerschaftliches Engagement*



Die Havelland Kliniken GmbH ist an zahlreichen regionalen Netzwerken, Kooperationen und Arbeitsgemeinschaften beteiligt. Unter dem Dach der Unternehmensgruppe sieht sie sich in der Pflicht, andere Anbieter auf dem Gesundheitsmarkt für gemeinsame Projekte zu gewinnen, um den Nutzen für die Patienten zu optimieren. Die Zusammenarbeit mit anderen Gesellschaften der Unternehmensgruppe – einem Wohn- und Pflegezentrum für stationäre Pflege*, einem Medizinischen Dienstleistungszentrum*, einer Gesundheitsservicegesellschaft*, dem Rettungsdienst* des Landkreises und der Sozialen Betreuungsgesellschaft* – ermöglicht eine wirksame Koordination der Aktivitäten. Ein Konzept zur ambulanten spezialisierten Palliativversorgung wurde von der Havelland Kliniken GmbH maßgeblich gestaltet. Weitere Kooperationen existieren in den Bereichen* der Radiologie, des Labors und der medizinischen Zentren sowie zu Sozialstationen, Pflegeheimen und Hospizen. Im sozialen Bereich liegen Schwerpunkte beim Angebot von Schuluntersuchungen sowie bei der Betreuung von Familien über das Netzwerk Gesunde Kinder und über die Beteiligung am Demographieprojekt des Landkreises.

Angesichts des demografischen Strukturwandels besteht für die Havelland Kliniken GmbH als einem der wichtigsten Arbeitgeber im Landkreis eine besondere Verantwortung in der Bereitstellung beruflicher Perspektiven für Menschen aller Altersgruppen in der Region. Hierzu kooperieren die Kliniken mit Ausbildungseinrichtungen und Schulen. Die betriebliche Personalentwicklung ist darauf ausgelegt, neue qualifizierte Mitarbeiter zu gewinnen und die Beschäftigten langfristig an ihr Unternehmen zu binden.



Die Havelland Kliniken GmbH besteht aus zwei Standorten. Die Klinik Nauen bietet ein kompetentes medizinisches Zentrum für eine moderne und zeitgemäße Diagnostik und Therapie. Als Krankenhaus mit dem Status der Regelversorgung ist sie Anlaufpunkt für die Bevölkerung im östlichen Teil des Landkreises Havelland und im Berliner Umkreis. Für die ambulante und stationäre Behandlung stehen in acht Fachkliniken 352 Betten zur Verfügung.

Ferner gehören Funktionsabteilungen wie Radiologie, Physiotherapie und Labor sowie eine Apotheke zur Klinik.

Im Ambulanten Operationszentrum können die operativen Kliniken diverse Eingriffe vornehmen, ohne dass ein stationärer Aufenthalt nötig ist. Die behandelten Patienten gehen ohne Übernachtung noch am Tag des Eingriffs nach Hause. Die Notfallversorgung ist jeden Tag rund um die Uhr geöffnet, um in dringenden Fällen zu helfen. Ein Hubschrauberlandeplatz auf dem Gelände ermöglicht die schnelle Aufnahme von Unfallopfern und bei Bedarf die Verlegung von Patienten in eine geeignete Spezialklinik.

Eine ruhige Parkanlage umgibt die Klinik Nauen und weitere angrenzende Gebäude der Unternehmensgruppe. Der Neubau der Klinik Nauen wurde am 1. Mai 1998 von der damaligen Gesundheitsministerin Regine Hildebrandt eingeweiht.

Die Klinik Rathenow als zweiter Standort der Havelland Kliniken GmbH ist zuständig für die medizinische Versorgung der Bevölkerung im westlichen Teil des Landkreises Havelland und angrenzender Landkreise. Sie ist ausgestattet als medizinisches Zentrum für moderne Diagnostik und Therapie der Regelversorgung. Für ambulante und stationäre Behandlung stehen in einem modernisierten Gebäudekomplex 190 Betten in sieben Fachkliniken zur Verfügung. Ferner gehören als Funktionsabteilungen Radiologie, Physiotherapie und Labor sowie eine Apotheke zur Klinik. Auch am Standort Rathenow gibt es ein Ambulantes Operationszentrum sowie eine rund um die Uhr geöffnete Notfallversorgung.

1885 erbaut, kann die Klinik Rathenow auf eine über 120jährige Geschichte zurückblicken. Aufgrund ihrer künstlerisch-historischen und städtebaulichen Bedeutung wurde die Gesamtanlage der Klinik Rathenow (ehemals Paracelsus Krankenhaus Rathenow) 1992 in das Verzeichnis für Denkmalpflege des Brandenburgischen Landesamtes eingetragen. Eine großzügige und gepflegte Parkanlage umgibt die Klinik. Zwei Innenhöfe bieten Patienten und Besuchern weitere Rückzugsmöglichkeiten.



Die beiden Krankenhäuser der Havelland Kliniken GmbH haben sich entschlossen, ihr Qualitätsmanagement einer Bewertung nach dem Standard der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen im Verbund zu unterziehen. Dadurch wollen sie ihren Anspruch unterstreichen, als ein in die Havelland Kliniken Unternehmensgruppe integrierter Krankenhausbetrieb ein einheitliches und qualitativ erstrangiges Leistungsprofil anzubieten.



* Nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

An beiden Standorten der Havelland Kliniken GmbH existieren detaillierte Regelungen für die Aufnahme- und Belegungsplanung. Dies betrifft sowohl die elektive Belegung als auch die notfallmäßige Aufnahme. Die an den Bedürfnissen der Patienten orientierten Aufnahmeverfahren umfassen neben administrativen Abläufen die ärztliche und pflegerische Anamnese, sorgfältige Risikoeinschätzungen und eine gründliche Aufklärung. Patienten und Angehörige können sich über verschiedene Printmedien und die Website informieren oder im Rahmen von Indikationssprechstunden und Informationsveranstaltungen beraten lassen. Die Kliniken sind mit einem strukturierten Wegeleitsystem ausgestattet und mit öffentlichen Verkehrsmitteln direkt erreichbar. Die bereitgestellten Parkplätze verfügen über großzügige Kapazitäten. Der Empfang ist an beiden Standorten rund um die Uhr mit qualifizierten Mitarbeitern besetzt.

Leitlinien

Unter Beachtung der von den medizinischen Fachgesellschaften veröffentlichten Empfehlungen wurden für jede Fachabteilung spezifische Behandlungsstandards entwickelt. Im Bereich der Pflege existieren Handlungsanweisungen in Form von Pflegerichtlinien und Pflegestandards. Alle therapeutischen, diagnostischen und pflegerischen Standards werden regelmäßig überprüft und bei Bedarf aktualisiert. Begründete Abweichungen sind zu dokumentieren. Die Expertenstandards Entlassungsmanagement, Harnkontinenz, Ernährung, Dekubitus und Sturz sind in Form von Richtlinien etabliert. Die Leitlinienkompetenz der Mitarbeiter ist ein besonderer Schwerpunkt im Fortbildungsprogramm. Über Internetanschlüsse in allen klinischen Bereichen erhalten die Mitarbeiter Informationen zu neuen Publikationen der Fachgesellschaften und haben die Möglichkeit auf ein webbasiertes Medienportal für Fachliteratur zuzugreifen.

Information und Beteiligung der Patienten

Das Leitbild der Havelland Kliniken GmbH bildet die Richtschnur für die gewissenhafte Information der Patienten zu allen Belangen des stationären Aufenthaltes. Es werden standardisierte Aufklärungsmaterialien eingesetzt. Angehörige werden auf Wunsch in die Beratung einbezogen. Für fremdsprachige Patienten können professionelle Dolmetscher hinzugezogen werden. Die Klinik hat eine angestellte Psychoonkologin und arbeitet mit diversen Selbsthilfegruppen zusammen. Kontakte zu Seelsorgern, zum Patientenführer oder zu Beratungsdiensten können jederzeit vermittelt werden. Ein Ethikkomitee ist etabliert und kann bei Fragen zum Selbstbestimmungsrecht von Patienten hinzugezogen werden. Zum Vorgehen bei Betreuungsverhältnissen, bei Ablehnung von Therapieanschlüssen oder bei Anforderung einer Zweitmeinung gibt es strikte betriebliche Anweisungen nach Maßgabe der jeweiligen gesetzlichen Vorgaben.

Service, Essen und Trinken

Das Ausstattungskonzept orientiert sich am Standard moderner Krankenhausbetriebe. Dazu gehören elektrisch verstellbare Betten, verschließbare Schränke für jeden Patienten, Sitzgelegenheiten, Gemeinschaftsräume und eigene Sanitärbereiche für jedes Zimmer. Die Patienten können eine Cafeteria, den Park, einen Friseursalon und eine Bibliothek nutzen. Ein kooperierendes Sanitätshaus unterhält einen Servicepunkt. Patienten können einen besonderen zusatzpflichtigen Servicekatalog in Anspruch nehmen. In der Klinik Nauen stehen 2 Komfortzimmer zur Verfügung. Die geriatrischen Bereiche haben einen wohnlichen Charakter. In der Kinderklinik ist ein Spielzimmer etabliert.

Die Mahlzeiten werden von qualifizierten Mitarbeitern unter Beachtung der fachärztlich angeordneten Kostformen zubereitet und verteilt. Ein HACCP Konzept zur Kontrolle aller sensiblen Bereiche im Umgang mit Lebensmitteln ist etabliert. Dies betrifft Lieferanten, Lagerung, Zubereitung, Verteilung und Hygiene. Qualifizierte Beratung kann durch eine Ernährungsmedizinerin, Diätassistenten und eine Diabetesberaterin eingeholt werden. Diese führen regelmäßige Informationsveranstaltungen bzw. Schulungen für Patienten durch.

Kooperationen

Das Leitbild der Havelland Kliniken GmbH definiert alle an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen als ein therapeutisches Team. Es existiert ein strukturiertes System interdisziplinärer Visiten, Fallbesprechungen und Konferenzen. Das Konsiliarwesen ist präzise geregelt. Die Organisation der Schnittstellen zwischen stationären und operativen Bereichen, Funktionsdiagnostik und Transportdienst unterliegt der Priorität patientenorientierter klinischer Prozesse. Externe Kooperationen betreffen u.a. Labore, Sanitätshäuser oder die teleradiologische und teleneurologische Zusammenarbeit mit anderen Kliniken. In den Kliniken sind mehrere Selbsthilfegruppen aktiv, die mit Fachvorträgen der Klinikmitarbeiter und kostenfreier Logie unterstützt werden. Im Zuge der Zentrumsbildung konnten die bestehenden Kooperationen ausgeweitet und gefestigt werden.

Seit 2014 ist die Klinik zum Lehrkrankenhaus der Charité ernannt.

Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die Notfallversorgung ist an beiden Standorten rund um die Uhr gewährleistet. Das klinische Personal ist speziell ausgebildet, es existieren Standards zum Vorgehen bei den häufigsten Krankheitsbildern. Zwischen dem Rettungsdienst und den Notärzten besteht eine enge Zusammenarbeit, da die Notärzte von der Klinik eingesetzt werden. Der Rettungsdienst ist in die Unternehmensgruppe integriert, der Chefarzt der Notfallmedizin ist in Personalunion Geschäftsführer der Tochter GmbH. Es bestehen Regelungen für die strukturierte Übergabe von Patienten, die mit dem Rettungsdienst in die Notfallversorgung kommen. Die Aufnahmebereitschaft wird in Abstimmung zwischen den Fachabteilungen gewährleistet. Für die Ersteinschätzung wird Facharztniveau durch Präsenz- und Rufbereitschaftsregeln garantiert. Der Erstkontakt durch dreijährig examiniertes Pflegefachpersonal ist obligatorisch. Selbst das für die Klinik geltende Entlassungsmanagement hat in der Notfallversorgung Gültigkeit. Die Notfallversorgung Nauen ist im zertifizierten „Lokalen Traumazentrum“ integriert.

Ambulante Diagnostik und Behandlung

Das in den Kliniken vorgehaltene Spektrum ambulanter Versorgungsangebote beruht auf der sorgfältigen Analyse des regionalen Bedarfs. Die Leistungen von Fachambulanzen, Spezialambulanzen und Institutsambulanzen werden zwischen den Chefarzten der Fachabteilungen koordiniert. Das ambulante Portfolio umfasst Angebote u.a. in der Inneren Medizin, Urologie, Chirurgie, Kinderheilkunde, Onkologie, Traumatologie und Orthopädie sowie Gynäkologie. Im Rahmen der Netzwerke Gesunde Kinder oder der ambulanten Palliativversorgung sehen die Kliniken weitere Schwerpunkte ihrer ambulanten Versorgungsstrategie. Die Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung sind durch enge personelle Verflechtung und organisatorische Vorkehrungen abgesichert. Mit der Etablierung und Zertifizierung der onkologischen Zentren wurden weitere Sprechstundenangebote etabliert.

Ambulante Operationen

Die Havelland Kliniken GmbH verfügt über ein Ambulantes OP Zentrum mit spezialisiertem Personal und moderner Ausstattung. Die Abläufe vom Erstkontakt über Aufklärung, Terminierung, präoperative Diagnostik, operative Leistung bis hin zur Nachsorge einschließlich einer wirksamen postoperativen Schmerztherapie sind neu geregelt und grundlegend verändert worden. Notwendigkeit und Umfang präoperativer Untersuchungen sind detailliert festgelegt und folgen somit den Vorgaben der Fachgesellschaften. Ein standortübergreifendes OP Management ist etabliert. Alle Behandlungsschritte werden sorgfältig dokumentiert, eine detaillierte Information weiterbehandelnder Ärzte ist gewährleistet.

Diagnostik und Behandlungsplanung

Die festgelegten Behandlungsstandards, die Leitlinien der Fachgesellschaften sowie die aus vorstationären Untersuchungen vorliegenden Therapieempfehlungen bestimmen das Vorgehen zur Planung aller diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Die dokumentierte Aufklärung der Patienten erfolgt unter strikter Beachtung gesetzlicher Bestimmungen. Bei der Behandlungsplanung werden die individuellen Voraussetzungen umfänglich analysiert. Neben den klinischen Parametern und der ärztlichen Anamnese gehören die pflegerische Anamnese, eine Risikoeinschätzung, die Sozialanamnese und die Erfassung persönlicher Lebensumstände dazu. Ein weitgehend standardisiertes und zwischen den beteiligten Berufsgruppen abgestimmtes Verfahren stellt sicher, dass alle Aspekte berücksichtigt werden.

Therapeutische Prozesse

Die diagnostischen und therapeutischen Prozeduren erfolgen nach abteilungsinternen Standards bzw. nach Behandlungsleitlinien der Fachgesellschaften. In Absprache mit dem zuständigen Oberarzt bzw. Chefarzt schließt sich die Individualisierung des Vorgehens an. Die einheitliche Pflegequalität wird durch die Anwendung von Richtlinien und Standards gesichert, die nach Maßgabe pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse formuliert sind und sich an den Expertenstandards orientieren. In der Geriatrie bilden Assessments die Grundlage der Therapieplanung. Das etablierte Konzept zur Schmerzbehandlung wird durch einen „Schmerzdienst“ ergänzt. Für Patienten mit kritischer Pharmakotherapie werden Arzneimittelkonsile eingeholt. Für die Durchführung von Prophylaxen zur Vermeidung von Komplikationen sind standardisierte Handlungsanweisungen vorhanden. Die klinischen Abläufe sind so strukturiert, dass die multiprofessionelle Koordination – z.B. in Visiten, Fallbesprechungen, Assessments – jederzeit geboten ist. Der Facharztstandard wird während der gesamten Dauer des stationären Aufenthaltes garantiert.

Operative Verfahren

Die Indikationsstellung und Planung der OP erfolgt in Verantwortung der jeweiligen Fachabteilung. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die perioperativen Prozesse sind im OP Statut geregelt. Der OP Manager koordiniert standortübergreifend die langfristige Ressourcenverteilung und bestimmt die strategische Ausrichtung der OP Organisation. Für Notfälle werden die erforderlichen Kapazitäten bereitgehalten. Im Berichtszeitraum wurden verschiedene Maßnahmen zur Optimierung des OP Managements umgesetzt. Dazu gehören die Einführung einer durchgängig elektronischen OP Planung, die Durchsetzung eines Schmerzmanagements und die präzisere Erfassung verfügbarer Kapazitäten. Die unabdingbare Beachtung der Patientensicherheit ist durch Handlungsanweisungen geregelt.

Visite

Die täglichen Visiten sind als wichtigstes Instrument der Behandlungssteuerung fest in den stationären Tagesablauf integriert. Betreuende Pflegekräfte nehmen an den Visiten teil. Bei Bedarf werden weitere an der Therapieplanung beteiligte Berufsgruppen, Spezialisten sowie Konsilärzte hinzugezogen. Wöchentlich finden Oberarzt- und Chefarztvisiten statt. Im Pflegebereich werden Pflege- und Leitungsvisiten durchgeführt. Alle während der Visiten gewonnenen Erkenntnisse, Anordnungen und Vereinbarungen sind Bestandteil der Behandlungsdokumentation.

Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Als regional führender Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen ist die Unternehmensgruppe strategisch darauf ausgerichtet, über die vollstationären Leistungen hinaus auch das Spektrum der vor-, teil- und nachstationären Versorgung abzubilden. Dies betrifft Fach-, Spezial- und Institutsambulanzen, eine koordinierte prä- und postoperative Betreuung, eine Vielzahl vor- und nachstationärer Sprechstunden und diagnostischer Verfahren sowie Schulungsangebote. Im teilstationären Bereich unterhalten die Psychiatrische und die Geriatriische Fachabteilung Tageskliniken an verschiedenen Standorten. Durch die enge – auch personelle – Verzahnung mit dem stationären Bereich ist eine bedarfsorientierte Planung und Organisation aller vor-, teil- und nachstationären Prozeduren gewährleistet.

Entlassung

Für die strukturierte Entlassungsvorbereitung wurde gemeinsam mit nachsorgenden Einrichtungen eine Handlungsanweisung erarbeitet, die sich am Nationalen Expertenstandard Entlassungsmanagement orientiert. Dabei wurde besonderer Wert auf die interprofessionelle Abstimmung unter den beteiligten Berufsgruppen gelegt. Die Entlassungsplanung beginnt am Aufnahmetag und wird unter ärztlicher Verantwortung in Abhängigkeit vom Behandlungsfortschritt nach einem systematischen Verfahren präzisiert. Dokumentierte Entlassungsgespräche sind obligatorisch, für die Erstellung der Arztbriefe wurden Zeitfenster festgelegt. Die Mitgabe von Medikamenten und die Beschaffung notwendiger Heil- und Hilfsmittel sind so geregelt, dass Versorgungslücken ausgeschlossen sind. Die Mitarbeiter des Sozialdienstes sorgen für eine qualifizierte Beratung. Die Entlassung in regionale nachsorgende Einrichtungen ist durch die Nutzung eines gemeinsamen Pflegeüberleitungsbogens reibungslos gestaltet.

Kontinuierliche Weiterbetreuung

Die Entlassung der Patienten in eine sichere Umgebung und die Gewährleistung der Weiterbetreuung haben höchste Priorität. Die zeitnahe und umfassende Information weiterbehandelnder Einrichtungen und niedergelassener Ärzte steht hierbei im Vordergrund. Die Entlassungsdokumentation erfolgt in festgelegten Zeitfenstern nach standardisierten Methoden und unter Nutzung des IT Systems. Mitarbeiter nachsorgender Einrichtungen werden vorab informiert und können direkt am Patientenbett notwendige Auskünfte einholen. Da die familiäre Pflege als zentraler Baustein der Pflegestrategie gesehen wird, beteiligen sich die Kliniken am „PfiFf“-Projekt (Pflege in Familien fördern).

Umgang mit sterbenden Patienten

Dem Leitbild entsprechend sind die individuellen Bedürfnisse sterbender Patienten und ihrer Angehörigen besonders zu beachten. Die Kliniken haben eine Richtlinie, welche die Grundsätze zum Umgang mit sterbenden Patienten und deren Angehörigen verbindlich regelt. Die Unterbringung im Einzelzimmer ist selbstverständlich, Angehörige erhalten jederzeit Zugang. Alle pflegerischen und ärztlichen Bemühungen stehen unter dem Postulat der unbedingten Vermeidung von Schmerzen. Unter Federführung der Havelland Kliniken GmbH wurde das regionale Netzwerk Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung aufgebaut. Es bestehen Kooperationen mit Hospizen und Palliativstationen. Das fachliche Niveau wird durch hochwertige Qualifikationsangebote gesichert, z.B. für Palliativmediziner und Palliativpflegefachkräfte.

Umgang mit Verstorbenen

In den Kliniken existieren Handlungsanweisungen zum Umgang mit verstorbenen Patienten. Ein dem Geschehen angemessenes Vorgehen ist durch das Leitbild geboten. Den Angehörigen wird die Abschiednahme in ruhiger Atmosphäre ermöglicht. Die technischen und organisatorischen Vorkehrungen zur Feststellung des Todes, zur Aufbewahrung, zur Dokumentation und Übergabe des Eigentums sowie zur Übernahme durch den Bestatter entsprechen den gesetzlichen Vorschriften.

2 Mitarbeiterorientierung

Planung des Personalbedarfs

Der Personalbedarf wird durch die Geschäftsführung auf Grundlage des jährlichen Wirtschaftsplans festgelegt. Zur Kalkulation werden die Besetzungspläne, die geplante Leistungsentwicklung, aber auch die Personalintensität bzw. die Personalkostenentwicklung herangezogen. Die Planung erfolgt differenziert nach Dienstarten, unter Federführung des für Personalwesen zuständigen Fachbereichs und unter Einbeziehung des Betriebsrates. Ein detailliertes Personalcontrolling ermöglicht fortlaufende Steuerung und ggf. unterjährige Anpassung bei veränderter Bedarfslage. Eine strukturierte Durchführung von Eingliederungsgesprächen unter Teilnahme der Betriebsärztin und dem Betriebsarzt ist etabliert.

Personalentwicklung und Qualifizierung

Die Konzeption der Havelland Kliniken GmbH zur Personalentwicklung ist ausgerichtet an den Unternehmenszielen sowie den im Zuge der Personalbedarfsplanung ermittelten Qualifikationserfordernissen. Im Rahmen von Mitarbeitergesprächen erfolgt ein strukturierter Abgleich zwischen den persönlichen Interessen der Beschäftigten und den betrieblichen Prioritäten. Ein etabliertes Aus- Fort- und Weiterbildungszentrum steuert und koordiniert die Prozesse. Fach- und Führungskarrieren werden gezielt gefördert. Die Führungsbildung ist ein wesentlicher Bestandteil der Qualifizierungspolitik. Zu den weitergehenden Maßnahmen langfristig angelegter Personalentwicklung unter Beachtung des regionalen demografischen Strukturwandels gehören außerdem attraktive Angebote für Berufseinsteiger und differenzierte Optionen zur Arbeitsorganisation für ältere Beschäftigte.

Einarbeitung von Mitarbeitern

Die Grundlage für eine solide Einarbeitung neuer Mitarbeiter bildet ein Einarbeitungskonzept, welches für alle Dienstarten spezifiziert wurde. Neue Mitarbeiter werden während der Einarbeitungsphase intensiv betreut. Die Fortschritte werden in Checklisten dokumentiert und in Zwischengesprächen reflektiert. Innerhalb der Einarbeitung finden zudem regelmäßige Rückmeldegespräche statt. Stellenbeschreibungen liegen vor. Regelmäßig werden Begrüßungstage für neue Mitarbeiter veranstaltet, bei denen auch Vertreter der Geschäftsführung zugegen sind.

Ausbildung

Schon aufgrund der demografischen Entwicklung liegt das Engagement der Havelland Kliniken GmbH bei der Ausbildung junger Fachkräfte im Fokus des unternehmerischen Interesses. Die Kliniken kooperieren mit einer der größten regionalen Krankenpflegeschulen. Die Schüler werden auf der Basis eines vorgegebenen Curriculums von qualifizierten Praxisanleitern betreut. Die Lernerfolge werden regelmäßig evaluiert, die leitenden Mitarbeiter der Krankenpflegeschule und des Pflegedienstes der Kliniken stehen in engem Kontakt. Die Bewertungen der Praxiseinsätze sowie die Schulnoten werden anhand eines Berichtswesens im Aus- Fort- und Weiterbildungszentrum erfasst. Seit 2014 bietet die Havelland Kliniken GmbH auch die akademische Pflegeausbildung in Zusammenarbeit mit der Brandenburgischen Technischen Universität (BTU) Senftenberg an. Dem gestiegenen Ausbildungsbedarf wird mit einer höheren Ausbildungskapazität und durch die Freistellung einer Ausbildungsbeauftragten Rechnung getragen.

Die Klinik ist seit 2014 akademisches Lehrkrankenhaus der Charité und stellt einen entsprechenden Mentor zur Verfügung.

Fort- und Weiterbildung

Ziel des zentralen Aus-, Fort- und Weiterbildungszentrums ist neben dem Kompetenzerhalt die Sicherung des eigenen Personalbedarfs. Der Themenbedarf wird durch das Leistungsgeschehen, durch Wünsche der Mitarbeiter und Analysen zu den Fachkenntnissen, z.B. im Rahmen von Audits oder Begehungen, bestimmt. Wichtige Anhaltspunkte bieten die Mitarbeitergespräche und Hinweise der Fort- und Weiterbildungsbeauftragten. Die Mittel sind budgetiert, zur zweckgebundenen Mittelverwendung ist ein detailliertes Controlling etabliert. Ein regelmäßiges Fortbildungsprogramm existiert, besonders wichtige Themen sind als Pflichtveranstaltungen ausgewiesen (z.B. Brand- und Arbeitsschutz, Brandschutzübungen, Reanimation). Die Teilnahmequoten werden ermittelt. Zur Auswertung des Feedbacks werden strukturierte Rückmeldebögen verwendet. Für die Bereitstellung angemessener Fachliteratur und kostenpflichtiger Online-Medien ist die Verwaltungsdirektion verantwortlich. Alle Mitarbeiter haben die Möglichkeit sich über die medizinische Fachbibliothek im Selbststudium fortzubilden (Fachliteratur und Intranet).

Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Im Leitbild sind die Richtlinien zum Verhalten im Unternehmen festgeschrieben. Einen davon abgeleiteten Orientierungs- und Handlungsrahmen für Führungskräfte hat die Geschäftsleitung in Form von Führungsgrundsätzen verbindlich festgelegt. In der kontinuierlichen Partizipation der Mitarbeiter an der Unternehmensentwicklung wird die Grundlage für motiviertes und engagiertes Arbeiten gesehen. Das Instrument der Balanced Scorecard dient dazu, allen Führungskräften den strategischen Rahmen und die Unternehmensziele zu vermitteln. Führungsbildung ist ein kontinuierlicher Schwerpunkt im Fortbildungsprogramm. Mitarbeitergespräche und Klausuren werden genutzt, um die Realisierung von Zielen und den Führungserfolg zu reflektieren. Ein strukturiertes Vorschlagswesen ist eingeführt. In einer Kommission werden die Vorschläge öffentlich beraten, angenommen oder abgelehnt und nach einer Bewertungsmatrix ggf. prämiert.

Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Die Arbeitszeitregelungen sehen verschiedene Modelle als Bereitschaftsdienst- bzw. Gleitzeitmodelle sowie Schicht- und Wechselschichtbetrieb vor. Die paritätisch besetzte Arbeitsgruppe zur Personalentwicklung trifft sich regelmäßig, um Belange von Arbeitgeber und Arbeitnehmern in Einklang zu bringen. Dienstpläne werden durch die Vorgesetzten elektronisch erstellt. Die Ärztlichen Direktoren und die Pflegedirektoren haben Leserechte an allen Dienstplänen, um unmittelbar Einfluss auf den Ressourceneinsatz zu nehmen.

Die Arbeitszeiten werden regelmäßig kontrolliert und die Modelle überprüft. Anfallende Mehrarbeitsstunden unterliegen einem ständigen Monitoring. Belastungsanalysen für Ruf- und Bereitschaftsdienste werden durchgeführt. Eine Betriebsvereinbarung zur Arbeitszeitwirtschaft und Dienstplangestaltung regelt das Verfahren ausführlich.

Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Das betriebliche Vorschlagswesen wird durch eine paritätisch besetzte Kommission unterstützt, eingereichte Vorschläge werden anhand einer Bewertungsmatrix ggf. prämiert und im Intranet transparent gemacht. Alle Mitarbeiter haben die Möglichkeit das Rückmeldesystem in namentlicher oder anonymisierter Form zu nutzen, welches standardisiert in Verantwortung der Referentin des Geschäftsführers auf der Basis einer Betriebsanweisung durchgeführt wird. Die Formulare dazu sind an verschiedenen Stellen im Krankenhaus frei zugänglich. Es kann Kritik geübt, Lob erteilt oder eine Anregung gegeben werden. Für die Bearbeitung sind Fristen festgelegt. Die Bewertung und Analyse erfolgen nach bestimmten Prioritäten. Die Geschäftsführung wird regelmäßig über die Ergebnisse unterrichtet. Das Verfahren zu Überlastungsanzeigen ist in einer Betriebsanweisung geregelt. In der regelmäßigen Sprechstunde des Geschäftsführers können Mitarbeiter persönlich vorsprechen.

3 Sicherheit

Arbeitsschutz

Die betrieblichen Regularien zur Gewährleistung der Arbeitssicherheit sind nach gesetzlichen Vorgaben definiert. Ein Arbeitssicherheitsausschuss ist etabliert, die Geschäftsordnung geregelt. Eine qualifizierte Fachkraft für Arbeitssicherheit ist bestellt, zusätzlich gibt es Sicherheitsbeauftragte und Ersthelfer. Gefährdungsbeurteilungen für Arbeitsplätze, Betriebsanweisungen für gefährdende Tätigkeiten und Gefahrstoffe sowie ein Gefahrstoffkataster liegen vor. Arbeitsschutzunterweisungen sind als Pflichtfortbildungen ausgewiesen. Aus Begehungen, Unfallanalysen und veränderten Gefahrenpotenzialen wird der Schulungsbedarf abgeleitet.

Brandschutz

Beratung, Aufsicht und Fortbildung zum Thema Brandschutz werden von einer Tochtergesellschaft der Unternehmensgruppe wahrgenommen. Alle Regelungen und Verfahrensweisen zum Brandschutz sind im Intranet im Organisationshandbuch veröffentlicht. Dazu gehören Meldepläne, Erstmaßnahmen sowie Sammelpunkte. Es wurde je Standort ein Brandschutzbeauftragter bestellt. Flucht- und Rettungswege sind gekennzeichnet. Schulungen und praktische Übungen sind als Pflichtveranstaltungen deklariert. Bei den Brandverhütungsschauen sowie bei der Planung und Bewertung von Notfall- und Evakuierungsübungen hat sich die enge Zusammenarbeit mit den örtlichen Feuerwehren bewährt.

Umweltschutz

Das Unternehmen setzt Ressourcen wirtschaftlich und umweltbewusst ein. Zur Festlegung der Umweltziele wird die Balance Scorecard genutzt. Die Umweltziele bzgl. Wasser und Energie sind durch Referenzwerte aus dem Siegel "Energiesparendes Krankenhaus" definiert. Die Teilnahme am Programm Green Hospital wird genutzt zur Identifizierung technischer Verbesserungspotenziale zur Energieeinsparung. Eine Betriebsanweisung legt fest, dass bei Beschaffung und Investitionsplanung ökologische Gesichtspunkte zu berücksichtigen sind. Verkaufsverpackungen werden getrennt gesammelt und dem dualen System zugeführt. Bei Neuanschaffungen wird der Produktlebenszyklus berücksichtigt. Ein umweltorientiertes Abfallmanagement ist etabliert.

Katastrophenschutz

Die Kliniken sind in die regionale Organisation des Katastrophenschutzes eingebunden. Im Krankenhauseinsatzplan sind Maßnahmen beschrieben, die bei einem internen bzw. externen Schadensereignis greifen. Dieser Plan regelt den Ablauf von der Alarmierung bis zur Beseitigung der Gefahrenlage bei Bränden, technischen Betriebsstörungen, Bombendrohungen und Evakuierungen. Die Verantwortlichkeiten des Diensthabenden Leiters, der Krankenhauseinsatzleitung und des Einheitsführers der Behörde sind definiert. Die Auswertung von Übungen wird gemeinsam von den Oberärzten der Notfallversorgung, der Fachkraft für Sicherheit und den Verantwortlichen der beteiligten Institutionen vorgenommen.

Nichtmedizinische Notfallsituationen

Für den Umgang mit nichtmedizinischen Notfallsituationen liegen im Krankenhauseinsatzplan konkrete Pläne vor. Bei Ausfall der Primärversorgung werden über die Gebäudeleittechnik redundante Versorgungskreise in Betrieb genommen. So steht u.a. ein leistungsfähiges Notstromaggregat zur Verfügung. Die IT Infrastruktur wird durch ein Notfallkonzept gesichert. Regelungen zur Rufbereitschaft gewährleisten den zügigen Support. Störungsmeldungen laufen bei den Informationsdiensten auf und werden an die Mitarbeiter der Haustechnik oder an den Bereitschaftsdienst vermittelt. Zur Überwachung und Identifizierung von konkreten Risiken und zur Festlegung von geeigneten präventiven Instandhaltungsmaßnahmen wird eine Software genutzt.

Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Die Gewährleistung der Patientensicherheit genießt in der Organisation der stationären Abläufe höchste Priorität. Die Vorschriften zur Personaleinsatzplanung garantieren eine kontinuierliche Betreuung durch qualifiziertes Personal. Es wird nach Bereichs- bzw. Bezugspflege gearbeitet. Zur pflegerischen und ärztlichen Anamnese gehört eine Analyse des individuellen Risikoprofils. Ein Standard zur Sturzprophylaxe in Anlehnung an den nationalen Expertenstandard wurde eingeführt. Die betrieblichen Regelungen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen implizieren eine genaue Abwägung zwischen dem Schutzgebot und dem Recht auf individuelle Freiheit gemäß gesetzlichen Vorschriften. Patienten mit Sicherheitsdefiziten werden gezielt angeleitet. Es werden Hilfsmittel eingesetzt, die eine gefahrfreie Mobilisation und sichere Transfers ermöglichen.

Medizinisches Notfallmanagement

Das Verfahren bei Feststellung einer Indikation zur kardiopulmonalen Reanimation ist in einer Arbeitsanweisung explizit beschrieben. Dazu gehören alle Aspekte von der Meldung, Erstversorgung, Einsatz des Reanimationsteams bis hin zur Einleitung der Transporte zu den intensivtherapeutischen Abteilungen. Die Schulungen sind als Pflichtfortbildungen ausgewiesen, die theoretischen Inhalte und praktischen Übungen werden nach den Leitlinien der Fachgesellschaft vermittelt. Das Equipment in Notfallkoffern und -wagen ist standardisiert und wird regelmäßig überprüft. Unabhängig von der Tageszeit ist die sofortige und maximale Versorgung im medizinischen Notfall garantiert.

Hygienemanagement

Die Verantwortung für die Hygiene ist im Hygieneplan abgebildet und in einem Organigramm dargestellt. Der Ärztliche Direktor als Verantwortlicher für die Krankenhaushygiene wird unterstützt von der Hygienefachkraft, vom beratenden Hygieniker sowie von der Hygienekommission. Die Kliniken verfügen über hygienebeauftragte Ärzte, in den einzelnen Bereichen sind außerdem hygienebeauftragte Mitarbeiter benannt, die regelmäßig zu aktuellen Themen geschult werden und mit der Hygienefachkraft eng zusammen arbeiten. Begehungen und Schulungen werden in festgelegten Intervallen durchgeführt. Die Abläufe in der Sterilgutaufbereitung unterliegen einem strengen Qualitätssicherungsverfahren. Das HACCP Konzept (Konzept zur Lebensmittelhygiene) in der Küche gewährleistet eine Kontrolle aller kritischen Punkte bei der Beschaffung, Lagerung, Zubereitung und Verteilung von Lebensmitteln.

Hygienerrelevante Daten

Hygienerrelevante Daten werden detailliert erfasst und zur Optimierung prophylaktischer Maßnahmen sowie therapeutischer Standards genutzt. Die Analysen zu Erregern und Resistenzen werden – differenziert nach Fachabteilungen – erstellt, die Ergebnisse werden in der Hygienekommission analysiert. Die Kliniken nehmen am Modul OP KISS für die Surveillance von nosokomialen Infektionen (Modul zur Überwachung klinisch erworbener Infektionen) teil. Die Daten werden von der Hygienefachkraft an das Nationale Referenzzentrum übermittelt. Der Vergleich mit der Referenzdatenbank gibt Aufschluss über die Wundinfektionsrate. Die Kliniken beteiligen sich außerdem am Hand KISS. Mit der Auswertung des Desinfektionsmittelverbrauches der Bereiche können Schlussfolgerungen über die Einhaltung des Hygieneregimes gewonnen werden.

Infektionsmanagement

Im Hygieneplan sind Maßnahmen zum Umgang mit speziellen Infektionserregern festgelegt. Diese beschreiben die Schutz- und Isolierungsmaßnahmen, welche Vorsichtsmaßnahmen bei Operationen und Untersuchungen und bei Verlegung bzw. Entlassung zu beachten sind. Die Merkblätter werden regelmäßig überarbeitet. Neu aufgenommen wurden z.B. Merkblätter zu Pertussis, Masern, MRGN, Scabies und Ebola. Von der Hygienefachkraft ist ein Handlungsleitfaden zum Vorgehen bei multiresistenten Erregern erarbeitet worden. Die Kliniken beteiligen sich am MRSA-KISS. Schulungen zum Hygiene- und Infektionsmanagement sind obligatorisch.

Arzneimittel

Der Umgang mit Arzneimitteln ist in einer Betriebsanweisung geregelt und orientiert sich an den Vorgaben der Apothekenbetriebsordnung. Arzneimittel werden ausschließlich durch die Apotheke beschafft. Die Beschaffung erfolgt bedarfsgerecht unter Verantwortung des Apothekers. Für die Bestellung, Beschaffung, Vergabe und Dokumentation von Sonderanforderungen und Betäubungsmitteln liegen detaillierte Handlungsanweisungen vor. Eine Arzneimittelkommission ist von der Krankenhausleitung bestellt. Sie ist die Institution, die über Umfang und Auswahl der Arzneimittel befindetet. Die Beschlüsse der Kommission sind allgemein verbindlich für alle Ärzte, Fachabteilungen und Mitarbeiter der Apotheke. Im Rahmen turnusmäßiger Begehungen wird der korrekte Umgang mit Arzneimitteln überprüft. Zur Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit betreute ein Stationsapotheker in einem Projekt die Intensivstation.

Blutkomponenten und Plasmaderivate

In einem Handbuch zur Anwendung von Blutprodukten und Plasmaderivaten sind alle bestehenden Verantwortlichkeiten, Prozeduren und qualitätssichernden Maßnahmen genau beschrieben. Die Mitarbeiter werden zu der Thematik periodisch unterwiesen. Die personellen und fachlichen Ressourcen sind vorhanden, bestellt sind eine Transfusionsverantwortliche, ein für das Qualitätsmanagement in der Hämotherapie beauftragter Arzt sowie transfusionsbeauftragte Ärzte in den Fachabteilungen. Die Transfusionskommission tagt nach Geschäftsordnung. Ein Look Back Verfahren ist etabliert – es ga-

rantiert die Nachvollziehbarkeit jeder Transfusion von der Anordnung über Bestellung, Lieferung, Kontrolle bis zur Anwendung einschließlich der begleitenden Dokumentation.

Medizinprodukte

In den Betriebsanweisungen zur Handhabung von Medizinprodukten sind Verantwortlichkeiten, Einweisungen, Probestellungen, Beschaffungsvorgänge und Stilllegungen sind festgelegt. Auch dieses Thema ist Gegenstand regelmäßiger Pflichtfortbildungen. Medizinprodukteverantwortliche und-beauftragte sind benannt. Gerätepässe, Gebrauchsanweisungen und Einweisungsnachweise liegen vor und werden regelhaft aktualisiert. Die Einhaltung technischer Kontroll- und Wartungsintervalle wird durch die Medizintechnik gewährleistet. Der zweimal jährlich tagende Medizinprodukteausschuss fungiert als Schnittstelle zwischen den beauftragten Vertretern der klinischen Bereiche und den Verantwortlichen der Medizintechnik.

4 Informations- und Kommunikationswesen

Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Der systematische Ausbau betrieblicher IT Systeme ist Bestandteil der strategischen Planung der Unternehmensgruppe. Jährlich wird ein Arbeitsplan entwickelt und mit der Geschäftsführung abgestimmt. Das IT Organisationshandbuch bildet das Rahmenkonzept. Es beinhaltet die Leitlinien der IT Organisation, das Datensicherungskonzept, die Schutzbedarfsfeststellung und ein IT Notfallkonzept. Kernstück ist das elektronische Krankenhausinformationssystem. Hinzu kommen ein EDV gestütztes Dokumentationssystem in der Intensivtherapie und der Anästhesie, eine digitalisierte OP Planung sowie telemedizinische Anbindungen zwischen den Standorten und zu verschiedenen Kliniken für radiologische Diagnostik, für teleneurologische Konsile und Tumorkonferenzen. Supportprozesse wie die Warenbewirtschaftung oder die Dienstplanung werden ebenfalls unter Nutzung von Softwareapplikationen abgewickelt. Email und Intranet sind allen Mitarbeitern zugänglich. Durch IT-Nutzerbefragungen werden Anwenderanforderungen ermittelt.

Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Die Dokumentation von Patientendaten, die Aktenführung und die Archivierung sind in verschiedenen Handlungsanweisungen geregelt. Die Mitarbeiter werden darüber im Zuge der Einarbeitung sowie in fortlaufenden Schulungen unterrichtet. Ziel ist die Sicherstellung einer sachlich richtigen, nachvollziehbaren, umfassenden und jederzeit verfügbaren Dokumentation aller Behandlungsabläufe und klinischen Beobachtungen.

Verfügbarkeit von Patientendaten

Die Verfügbarkeit von Patientendaten ist durch die Dokumentationsregeln und Vorschriften zur Archivierung einschließlich der Entnahme von Akten abgesichert. Elektronisch gespeicherte Patientendaten sind gemäß Berechtigungskonzept jederzeit abrufbar. Die Archivordnung enthält ein Rückverfolgungssystem bei Entnahme von Papierakten durch berechtigte Personen. Investitionen in modernste Bildübertragungssysteme ermöglichen die Kooperation mit verschiedenen Kliniken. Es finden Tumorkonferenzen, neurologische Konsile und Radiologiebesprechungen über ein Videokonferenzsystem statt.

Information der Krankenhausleitung

Zur zeitnahen und sachlich umfassenden Information der Krankenhausleitung wurde ein detailliertes Berichtswesen etabliert. Besprechungen der Gremien und der Teams werden protokolliert. Die Berichtspflichten der Vorgesetzten an die Krankenhausleitung sind in Führungsrichtlinien und Stellenbeschreibungen definiert. Das Controlling beinhaltet sowohl klinische Kennzahlen als auch Indikatoren aus dem betriebs- und personalwirtschaftlichen Bereich. Ausgewählte Indikatoren z.B. aus der Infektionssurveillance oder der Mitarbeiterbefragung werden externem Benchmark unterzogen.

Informationsweitergabe (intern / extern)

Die Pflichten zur Information ergeben sich aus dem Organigramm, der Richtlinie für Führungskräfte und den Stellenbeschreibungen. In den Geschäftsordnungen der Gremien sind Festlegungen zur Protokollierung und Informationsweiterleitung getroffen. Die für die interne bzw. externe Information genutzten Medien sind an den jeweiligen Zielgruppen orientiert. Dazu gehören u.a. die Website, Patienteninformationsbroschüren, die Hauszeitung, das Intranet und Email sowie verschiedene themenbezogene Flyer und Aufklärungsmaterialien. Ein Corporate Design wurde eingeführt, es unterstreicht die strategische Ausrichtung der Unternehmensgruppe als führender Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen in der Region.

Organisation und Service

Die zentralen Auskunftsstellen bilden den ersten Anlaufpunkt vor Ort und am Telefon für Patienten und Besucher. Auskünfte werden zeitnah, korrekt und freundlich erteilt. Die Mitarbeiter besitzen eine umfassende Datenkenntnis sowie Kenntnisse in Kommunikation und Gesprächsführung. Die Auskunftsstellen sind rund um die Uhr besetzt. Ein Service Center bearbeitet sämtliche interne Anfragen und Anforderungen.

Regelungen zum Datenschutz

Zur wirksamen Umsetzung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen hat sich die Geschäftsführung zur Nutzung externer Fachexpertise entschlossen. Es wurde eine externe Datenschutzbeauftragte bestellt, die die konzeptionellen Grundlagen entwickelt und sowohl die Krankenhausleitung als auch die Mitarbeiter berät. Eine Betriebsanweisung zur Gewährleistung datenschutzrechtlicher Aspekte liegt

vor. Protokollierte Begehungen werden durchgeführt. Datenschulungen sind als Pflichtfortbildungen gekennzeichnet. Im Datenschutzhandbuch werden sämtliche Aktivitäten dokumentiert.

5 Führung

Vision, Philosophie und Leitbild

Die Philosophie der Havelland Kliniken Unternehmensgruppe ist geprägt von einem sich ständig entwickelnden Leistungsspektrum. Dazu wurde ein Unternehmenskonzept erarbeitet, das auf der Basis von Vision und Mission zu einem unternehmensweit gültigen Leitbild geführt hat, welches in operativen Handlungsanweisungen, u.a. Führungsgrundsätzen, eine konkrete Ausformulierung erfuhrt. An der Erarbeitung und Fortentwicklung des Leitbildes sind Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen und Hierarchieebenen beteiligt. Das Leitbild wird internen und externen Zielgruppen über verschiedene Medien vermittelt. Die erarbeiteten Grundsätze werden über Masterpläne, Wirtschafts- und Jahresarbeitspläne aktuell umgesetzt und realisiert. Die nächste Überprüfung und Aktualisierung von Mission, Vision und Leitbild steht mit der geplanten Erweiterung der Unternehmensgruppe an.

Durchführung vertrauensbildender Maßnahmen

Ausgewiesene Ziele vertrauensbildender Maßnahmen sind die Förderung der Mitarbeiterzufriedenheit und die Identifikation mit dem Unternehmen. Das Unternehmen legt besonderen Wert auf die langfristige Bindung seiner Mitarbeiter. Das Expertenwissen von Beschäftigten unterschiedlicher Hierarchieebenen wird bei strategischen Planungen gezielt genutzt. Fach- und Führungskarrieren werden gefördert – hierzu gibt es Zielvereinbarungen im Rahmen der Mitarbeitergespräche. Nachwuchsförderung wird betrieben. Zu den vertrauensbildenden Maßnahmen gehört u. a. eine transparente Informationspolitik. Zur betrieblichen Gesundheitsförderung gehören Rückenurse, Schulungen zur Stressvermeidung, Deeskalationstrainings und Sportangebote. Die Mitarbeitervertretung wird bei allen mitbestimmungspflichtigen Fragen einbezogen. Ein unternehmensweites Vorschlagswesen wurde unter Berücksichtigung einer Prämierungssystematik etabliert. Die Förderung der betrieblichen Wiedereingliederung ist durch eine Betriebsanweisung geregelt. Die Geschäftsführung bietet Mitarbeitersprechstunden an und es besteht für alle Mitarbeiter die Möglichkeit eine anonyme telefonischen Sozial- und Gesundheitsberatung in Anspruch zu nehmen.

Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Im Leitbild sind die Werte für die Grundhaltung aller Mitarbeiter gegenüber anderen Personengruppen formuliert. Die Sicherstellung, dass ethische Fragestellungen im klinischen und betrieblichen Alltag angemessen berücksichtigt werden, ist als Führungsaufgabe festgelegt. Es wurde ein einrichtungsübergreifendes Ethikkomitee eingerichtet, das sich u.a. mit den ethischen Fragestellungen im Klinikalltag befasst und für Information und Beratung aller Kollegen bereitsteht. Die Mitarbeiter werden über die Tätigkeit des Ethikkomitees informiert (z.B. Jahresbericht). Eine Richtlinie zum Umgang mit Sterbenden wird umgesetzt. Das Ethikkomitee hat eine Richtlinie zum Selbstbestimmungsrecht von Patienten erarbeitet.

Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Die Unternehmensstrategie basiert auf Vision, Mission und Leitbild und ist im Masterplan präzisiert. Jährlich wird ein Wirtschaftsplan erstellt - er enthält die Personal-, Finanz- und Investitionsplanung unter Berücksichtigung des medizinischen Leistungsspektrums. Die Steuerung erfolgt über den Jahresarbeitsplan und die Balanced Scorecard, in welcher Zieldaten und Maßnahmen benannt sind. Die Beteiligung der leitenden Mitarbeiter an der Wirtschaftsplanung ist durch jährliche Klausurtagungen sowie die Budgetverantwortlichkeit auf Abteilungsebene sichergestellt. Wichtige Kennzahlen zur Messung der Zielerreichung werden durch das Reporting generiert. Eine quartalsweise Kostenträgerrechnung für die einzelnen Abteilungen ist etabliert. Ein Frühwarnsystem in Form eines Risikomanagement-Handbuches wird vorgehalten. Ein Benchmarking medizinischer und wirtschaftlicher Daten kann durch strategische Kooperationen und der Teilnahme an freiwilligen Qualitätsinitiativen betrieben werden.

Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Nach dem im Leitbild festgelegten Auftrag für die Entwicklung der Gesundheitsregion Havelland ist die aktive Zusammenarbeit mit Partnern im Gesundheitswesen für den betrieblichen Erfolg besonders wichtig. Die Kooperationspartner werden sorgfältig ausgewählt, um den angestrebten Qualitätsstandard sicherzustellen. Es gibt Kooperationen in den Bereichen Radiologie, Labor, medizinische Zentren, Sozialstationen, Pflegeheime und Hospiz, Netzwerk Gesunde Kinder und Selbsthilfegruppen. Die Kliniken engagieren sich bei sozialen und kulturellen Projekten. Kulturangebote werden geplant und gesponsert. Schulen erhalten Angebote für Praktikumsstellen, Bewerbungstrainings und den jährlichen Zukunftstag. Leitende Mitarbeiter sind in regionalen bzw. überregionalen Netzwerken engagiert. Im gesundheitspolitischen Bereich engagiert sich das Unternehmen in Arbeitskreisen des Landkreises

aus Kliniken, Behörden, Rettungsdiensten, Feuerwehr und Pflegeeinrichtungen. Der Ausbau der Palliativmedizin hat besonderen Stellenwert. Die Kliniken haben das SAPV-Team mit aufgebaut, stellen den Ärztlichen Leiter und sind an der Durchführung und Weiterentwicklung maßgeblich beteiligt. Eine strategische Kooperation mit der Oberhavel Kliniken GmbH fördert eine aktive Zusammenarbeit beider kommunaler Verbände.

Festlegung einer Organisationsstruktur

Die Aufbauorganisation ist für alle Bereiche mit definierten Verantwortlichkeiten durch die Geschäftsordnung der Krankenhausleitung geregelt und in Organigrammen dargestellt. In den Führungsrichtlinien werden Kompetenzen und Zuständigkeiten der vier betrieblichen Führungsebenen bestimmt. Unter dem Aspekt der Effizienzverbesserung fanden Um- und Neustrukturierungen im Bereich der Geschäftsführung, Verwaltung und Pflege statt. Die Organigramme sowie Übersichten der hausintern benannten Beauftragten sind im Intranet zugänglich. Die Koordination der Gremienarbeit obliegt der Krankenhausleitung, den Fachbereichsleitern sowie den speziell Beauftragten. Befristet werden Projektgruppen eingerichtet. Das Projektmanagement ist in einer Richtlinie geregelt.

Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

In den Kliniken ist ein effektives und bedarfsorientiertes System von Führungsgremien und Kommissionen etabliert. Die direkte Beteiligung der Geschäftsführung bzw. Krankenhausleitung an nahezu allen Führungsgremien sowie ein in den letzten Jahren optimiertes Protokollwesen stellen den umfassenden Informationstransfer sicher. Aufgaben und Zuständigkeiten der Führungsgremien regeln Geschäftsordnungen. Ein Jahresterminplan sieht verpflichtende Dienstberatungen der Leitungsgremien vor. Strukturen für ein Projekt- und Prozessmanagement sind implementiert. Die Transparenz der Projekte und ihrer Zielerreichung wird über das Internet oder Intranet, die Mitarbeiterzeitung sowie einen Managementletter hergestellt.

Innovations- und Wissensmanagement

Innovation, Effektivität und Effizienz der Organisation sind wesentliche Ziele im Leitbild und in den Managementgrundsätzen. Durch kritische Reflektion der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen, die Beobachtungen des Marktes sowie den Erfahrungsaustausch mit anderen Anbietern werden Chancen ermittelt. Die Realisierung geplanter Innovationen erfolgt in Projekten. Zielvorgaben, Ressourcen und Zeitpläne werden definiert. Die konkreten Innovationsvorhaben basieren auf der strategischen Zielplanung. Notwendige Ressourcen werden in den Wirtschaftsplan eingestellt. Neue Versorgungsansätze werden bedarfsorientiert unter Berücksichtigung der Besonderheiten in den Fachdisziplinen erschlossen (z.B. Geriatrie, Adipositaschirurgie). Weitere Innovationen ergeben sich aus regionalen Kooperationen (Demografieprojekt). Wissenschaftliche Arbeiten von Mitarbeitern werden gefördert, um das betriebliche Know How zu verbessern. Das Havelländische Netzwerk Gesunde Kinder wurde 2013 als innovatives Projekt mit dem KTQ Award und dem Springer Medizin Charity Award ausgezeichnet und plant den Ausbau der Betreuungszeiten.

Externe Kommunikation

Dem Marketing wird als strategischem Faktor in der Entwicklung der Havelland Kliniken GmbH ein exponierter Stellenwert im Masterplan zugewiesen. Nachdem in den letzten Jahren ein einheitliches Leitbild und Corporate Design entwickelt wurden, gilt es nunmehr, die Aspekte der Corporate Identity öffentlich umzusetzen und ein Corporate Branding anzustreben. Ziel ist es, eine stabile Positionierung am Markt zu erreichen und die Unternehmensgruppe als Marke zu etablieren. Zu den vom Sachgebiet Öffentlichkeitsarbeit und Marketing koordinierten Maßnahmen gehören u.a. die Kontaktpflege zu Kooperationspartnern, die Pressearbeit, das Engagement bei regionalen Veranstaltungen und die Gestaltung von Informationsmaterialien unter differenzierter Berücksichtigung externer Zielgruppen. Dazu existiert ein Jahresarbeitsplan. Flankierend ist eine Pressesprecherin tätig. Regelungen zum Umgang mit Krisen und Störfällen sind in einer Betriebsanweisung hinterlegt. Eine umfassende Information der Öffentlichkeit stellt das Jahrespressegespräch dar. Informationsmaterialien (Patientenbroschüre, Flyer der Fachkliniken) werden vorgehalten.

Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Das Handbuch zum Risikomanagement beschreibt detaillierte Maßnahmen zum Umgang mit betrieblichen Risiken. Es wurde ein Frühwarnsystem etabliert, um Markt-, Leistungs- und finanzwirtschaftliche Risiken frühzeitig zu erkennen. Über das Reporting werden Risiken beobachtet und ggf. simuliert. Im klinischen Bereich dienen Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen, Pflegevisiten und die Analyse von Vorkommnissen der Evaluation besonderer Risiken. Expertenstandards sind etabliert. Zur Vermeidung von antibiotikaassoziierten Komplikationen wird die leitliniengerechten Antibiotikatherapie angestrebt.

Dazu haben drei Mitarbeiter die Ausbildung zum Antibiotik stewardship absolviert. Ein Projekt zur Umsetzung in der Klinik für Viszeralchirurgie wurde bestätigt und wird in 2015 realisiert. Ein anonymes Meldesystem für Vorfälle mit Schadenspotenzial ist eingeführt (CIRS). Zur Vorbeugung von Verwechslungen kommt im OP eine Checkliste zur Anwendung. Der Hygieneplan beschreibt Maßnahmen zur Vermeidung hygienebedingter Risiken. Meldewege für besondere Vorkommnisse sind geregelt. Die Mitgliedschaft bei der Initiative Qualitätsmedizin bietet die Möglichkeit von Peer-Review-Verfahren zur Beleuchtung medizinischer Risikoreiche.

6 Qualitätsmanagement

Organisation

Qualitätsmanagement als Führungsaufgabe ist Bestandteil der strategischen Ausrichtung. Ein zielorientiertes QM-System ist implementiert, welches sich am Prinzip der kontinuierlichen Verbesserung orientiert. Im Konzept zum Qualitätsmanagement sind Qualitätspolitik, -instrumente und -ziele festgelegt, die erforderlichen Strukturen benannt sowie in einem Organigramm visualisiert. Das QM ist organisatorisch als Referat in der Konzernverwaltung ausgewiesen. Durch eine auf Basis einer Geschäftsordnung agierende QM Lenkungsgruppe wird die Einbindung aller Klinikbereiche in die Qualitätsarbeit sichergestellt. QM-Fortbildungen können nachgewiesen werden. Ein Qualitätsberichtswesen und ein Projektmanagement sind etabliert, QM-Schulungen für Mitarbeiter werden regelmäßig angeboten.

Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Zentrale Prozesse sind, abgeleitet aus dem Leitbild und dem Versorgungsauftrag, in einer Prozesslandkarte dargestellt. Betriebliche und klinische Abläufe sowie Schnittstellen sind detailliert und arbeitsteilig geregelt. Dies betrifft sowohl die unmittelbare Versorgung als auch Vorgänge in der Administration. Die Abläufe im Facility Management sind mit der Tochtergesellschaft genau vereinbart. Im Bereich der Mitarbeiterführung sind Grundsätze und Handlungsvorgaben definiert. Sicherheitsrelevante Workflows sind beschrieben. Die IT gestützte Prozessdarstellung und -analyse im zentralen QM wird schrittweise ausgebaut. Ein geregeltes Verfahren zur Dokumentenlenkung wird umgesetzt. In jeder Fachklinik sind die wichtigsten Krankheitsbilder als Behandlungsstandards, die klinischen Prozesse der Fachzentren in QM-Handbüchern hinterlegt. Die OP Planung erfolgt softwaregestützt und wird durch die Berufung eines OP-Koordinators unterstützt. Ein unternehmensweit ausgebautes Intranet unterstützt die Prozessgestaltung.

Patientenbefragung

Pro Monat wird in den Kliniken eine festgelegte Anzahl von Patienten durch eine externe Interviewerin befragt. Sie verwendet einen standardisierten Fragebogen, der auch ein Freitextfeld beinhaltet. Die Auswertung erfolgt IT-gestützt. Die Befragungsergebnisse werden genutzt, um Maßnahmen abzuleiten. Dies geschieht durch eine Justierung der Qualitätsziele und Arbeitspläne in den Führungsgremien. Die Ergebnisse werden nach einzelnen Kliniken und z.T. Dienstarten differenziert, es werden Periodenvergleiche sowie Vergleiche im Zuge des Klinikranking innerhalb jedes Hauses und zwischen den Standorten angestellt. Da die klassischen Cluster abgefragt werden, ist ein tendenzieller Vergleich mit anderen Häusern möglich. Das Thema Wünsche und Beschwerden von Patienten findet in unternehmensweit durchgeführten Schulungen zur Service- und Dienstleistungsmentalität Berücksichtigung.

Befragung externer Einrichtungen

Befragungen von Einweisern und nachbehandelnden Einrichtungen werden in bestimmten Zeitintervallen mittels Fragebögen durchgeführt. Diese werden mit externer Unterstützung ausgewertet und die Ergebnisse im Unternehmen kommuniziert. Durch einen Klinikletter werden Einweiser über aktuelle Themen informiert, Es existiert darüber hinaus ein pflegerisches Entlassungsmanagement, welches eine kontinuierliche Befragung weiterbehandelnder Einrichtungen vorsieht. In den Zentren sind ebenfalls Befragungen Externer etabliert. In der Tochtergesellschaft werden regelmäßig Lieferantenaudits durchgeführt. Eine Datenbank zur Lieferantenbewertung wurde entwickelt.

Mitarbeiterbefragung

Die Durchführung von Mitarbeiterbefragungen wurde als personalspezifisches QM Instrument in das QM- und Personalentwicklungskonzept integriert. Arten, Intervalle und Methoden sind festgelegt, eine Abstimmung mit dem Betriebsrat ist erfolgt. In regelmäßigen Abständen wird das BGW Betriebsbarometer als Standardbefragung im Konzern eingesetzt. Hinzu kommen partielle Befragungen, u.a. zur Gesundheitsförderung oder im Rahmen der Imageanalyse. Die Ergebnisse werden im Intranet und über die Mitarbeiterzeitung publiziert und zur Optimierung personalwirtschaftlicher Planungen genutzt. Eine Arbeitsgruppe erarbeitet und überwacht die Maßnahmen. Die letzte Mitarbeiterbefragung fand im September 2014 statt.

Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Zur kontinuierlichen und zielgerichteten Verbesserung der Arbeit in den Kliniken werden Rückmeldungen verschiedener Zielgruppen eingeholt. Jedes Feedback kann namentlich oder anonym übermittelt werden. Das Rückmelde- und Beschwerdesystem ist im QM Konzept integriert und in einer Betriebsanweisung festgeschrieben. Die Bearbeitungsfristen sind geregelt. Es liegen Auswertungstabellen vor, es existieren gesonderte Formulare zur Erfassung mündlicher Beschwerden. Die Auswertungen der Beschwerden implizieren Vergleiche zwischen den Standorten und Abteilungen. Ergebnisse der Beschwerdeauswertung werden im Intranet und in der Mitarbeiterzeitung publiziert. Ein betriebliches Vorschlagswesen ist implementiert. Eingereichte Vorschläge werden im Intranet veröffentlicht.

Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Das Qualitätsberichtswesen umfasst Indikatoren aus Routinedaten und weitere qualitätsrelevante Kennzahlen. Unter Nutzung dieser Quellen werden u.a. Daten zur Hygiene, zum Transfusionswesen, zur Qualität der Pflege, zu Wartezeiten, zu Vorkommnissen, zur Personalentwicklung und zum Ressourceneinsatz statistisch aufbereitet und genutzt. Jährlich wird ein medizinischer Qualitätsbericht herausgegeben. Die Teilnahme an verschiedenen Registern (z.B. Herzinfarktregister), und daraus resultierende Datenerfassungen und –übermittlungen, ist etabliert. Für alle Fachabteilungen werden Kennziffern auf Basis von Helios-Indikatoren erhoben und den Chefärzten zur Verfügung gestellt. Es erfolgt eine jährliche Auswertung der Pflegekomplikationen Sturz und Dekubitus. Die auf Routinedaten basierende Auswertung von Qualitätsergebnissen nach den Kriterien der Initiative Qualitätsmedizin erfolgt zweimal jährlich. Peer Review Verfahren wurden bereits an jedem Standort durchgeführt. Die Daten der externen Qualitätssicherung werden fortlaufend erhoben und ausgewertet.

Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Das Krankenhaus nimmt an der gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätskontrolle nach §137 SGB V in allen Leistungsbereichen teil, die in den Kliniken vertreten sind. Die Verantwortlichkeit für die Teilnahme an der externen Qualitätssicherung obliegt dem Ärztlichen Direktor. Das Referat Qualitätsmanagement stellt eine Mitarbeiterin, die die Durchführung des Verfahrens zentral überwacht und steuert. Zur Sicherung und Überprüfung vollständiger Dokumentationsraten kommt eine spezielle Software zum Einsatz. Die Daten zur externen Qualitätssicherung werden unter Einsatz einer speziellen Auswertungssoftware dargestellt. Sie werden fortlaufend erhoben und den Abteilungen regelmäßig zur Aufarbeitung übermittelt. Die Tendenzen werden unterjährig analysiert, um rechtzeitig eventuelle Abweichungen feststellen zu können. Eine Kurzform der jährlichen Ergebnisse, Ausfüllhinweise sowie die Dokumentationsbögen sind im Intranet veröffentlicht.