

KTQ - QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009 für Krankenhäuser

Einrichtung: Schlosspark-Klinik
Institutionskennzeichen: 261100229
Anschrift: Heubner Weg 2
14059 BERLIN

Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer: 2011 – 00xx K
durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle:

BSI MANAGEMENT SYSTEMS und Umweltgutachter Deutschland GmbH, Hanau

Dauer der Ausstellung: 07.06.2010
Gültigkeitsdauer: 06.06.2013

Inhaltsverzeichnis:

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die Kategorien	7
1 Patientenorientierung.....	8
2 Mitarbeiterorientierung.....	13
3 Sicherheit	14
4 Informations- und Kommunikationswesen.....	18
5 Führung.....	20
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 und alternative Wohnformen.

Gesellschafter der KTQ® sind die Bundesärztekammer (BÄK), die Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Deutsche Pflegerat (DPR), der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e.V. (HB) die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹. 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, von Praktikern entwickelten Kriterien, die sich auf die Patientenorientierung, die Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit, das Informations- und Kommunikationswesen, die Führung und das Qualitätsmanagement der Einrichtung beziehen.

Mit diesem spezifischen Zertifizierungsverfahren bietet die KTQ® ein Instrument an, mit dem sie die Qualität ihrer Leistungen zum internen Qualitätsmanagement durch eine freiwillige Zertifizierung und den zu veröffentlichenden strukturierten KTQ-Qualitätsbericht für die Öffentlichkeit 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 der Einrichtung beziehen.

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

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

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

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009. 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.

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

Wir freuen uns, dass das Schlosspark-Klinik 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 sind auch auf der KTQ-Homepage unter <http://www.ktq.de/> abrufbar.

Dr. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Verbände der Kranken- und
Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die Deutsche Krankenhaus-
gesellschaft

Andreas Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Dr. Astrid Bühren

Für den Hartmannbund

Vorwort der Einrichtung

Schlosspark-Klinik in Berlin-Charlottenburg

Die Schlosspark-Klinik ist ein privates Krankenhaus der Akut- und Regelversorgung, das allen Patienten, ob privat oder gesetzlich versichert, offen steht. Die Klinik ist bereits seit 2004 nach KTQ zertifiziert und ist Mitglied im Deutschen Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser der WHO. 2009 versorgte die Klinik rund 12.000 Patienten.

Die 334 Betten verteilen sich auf die folgenden medizinischen Abteilungen:

- Augenheilkunde mit den Schwerpunkten Glaukomchirurgie und Vitrektomie
- Chirurgie mit den Schwerpunkten minimal invasive Viszeralchirurgie, Koloproktologie, Darmkrebszentrum Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie als Belegabteilung.
- Innere Medizin I, mit den Schwerpunkten onkologische Versorgung und Gastroenterologie
- Innere Medizin II, Rheumatologie (auch Tagesklinik)
- Neurochirurgie (Belegarztpraxis auf dem Klinikgelände) mit dem Schwerpunkt Bandscheibenendoprothetik
- Neurologie mit den Schwerpunkten Schwindelerkrankungen, Multiple Sklerose, Parkinson und stationäre multimodale Schmerztherapie
- Plastische und Handchirurgie
- Psychiatrie (auch Tagesklinik)

In der Klinik befindet sich außerdem eine Röntgenpraxis, auf dem Gelände eine MRT- und MCT-Praxis. Die Klinik wurde 2009 von der Deutschen Krebsgesellschaft als Darmzentrum zertifiziert. Die Aufgaben eines Darmkrebszentrums sind neben Diagnostik und Therapie auch Prävention und Nachsorge entsprechend verbindlich festgelegter und nachgewiesener Qualitätskriterien. Weitere, mit der Patientenversorgung betraute Einrichtungen sind das Zentrum für Ästhetisch-Plastische Chirurgie sowie die auch ambulant tätige Physiotherapie. Im Gesundheitszentrum der Klinik können interessierte Patienten und Bürger präventive Angebote aus den Bereichen Bewegung, Ernährung und Entspannung wahrnehmen. Ein 4-Sterne Hotel auf dem Klinikgelände mit Gastronomieangeboten bietet Patienten und Besuchern ein alternatives Ambiente zur Klinik, ist aber auch Ort eines Tagesklinikangebotes für Patienten mit rheumatischen Erkrankungen.

Die Schlosspark-Klinik hat 2009 in großem Umfang Neu- und Umbauten durchgeführt, die 2010 zu einer grundsätzlichen Umstrukturierung der Klinik führen.

So entstand eine private Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik, die Park-Klinik Sophie Charlotte, mit 35 stationären und 10 Tagesklinikplätzen auf dem Gelände.

Es wurde eine Notaufnahme nach neuestem technischen und medizinischen Standard errichtet. Seit Januar 2010 versorgt die Schlosspark-Klinik psychiatrische Notfälle der Region Charlottenburg Nord. Noch in diesem Jahr wird die Notaufnahme auch die allgemeine Notfallversorgung übernehmen.

Das Ambulanzzentrum wurde umgebaut, modernisiert und erweitert.

Es wurde ein neues Zentrum für Ambulantes Operieren errichtet. Die großzügigen Räumlichkeiten ermöglichen es, Anmeldung, Vorbereitung und Überwachung nach der Operation für den Patienten so angenehm wie möglich zu gestalten. Die Ausstattung der OP-Säle erfolgte auf modernstem technischen Niveau.

Die administrative Aufnahme wurde mit großzügigem und übersichtlichem Wartebereich neu gebaut. Zur Sicherstellung des Datenschutzes und der Wahrung der Intimsphäre des Patienten erfolgt nun jede Aufnahme in einem separaten Raum.

Durch den Bau einer neuen Bettenstation konnte die Anzahl der Mehrbettzimmer reduziert werden. Im Zuge dieses Neubaus und im Rahmen der Erweiterung der Psychiatrischen Abteilung aufgrund der Übernahme der psychiatrischen Pflichtversorgung wurden etliche Abteilungen räumlich neu geordnet. Abteilungsübergreifende Abläufe können so auf kurzem Wege patienten- und mitarbeiterfreundlich gestaltet werden. Dies kommt vor allem Patienten des Darmzentrums zugute, die gemeinsam von der Chirurgischen Abteilung und der Abteilung Innere Medizin betreut werden.

Im Rahmen der zweiten KTQ- Rezertifizierung wurde die Qualität der Leistungen im Mai 2010 durch externe KTQ Visitoren überprüft. Im folgenden Bericht sind die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst.

Dieser Qualitätsbericht der Schlosspark-Klinik gliedert sich in sechs Kapitel:

1. Patientenorientierung
1. Mitarbeiterorientierung
1. Sicherheit
1. Informations- und Kommunikationswesen
1. Führung
1. Qualitätsmanagement

Bei Fragen zum Qualitätsbericht wenden Sie sich bitte an folgende Ansprechpartnerin:

Dr. med. Ute Grünwaldt
Qualitätsmanagement der Schlosspark-Klinik
Telefon: 030/ 3264 – 1670
ute.gruenwaldt@schlosspark-klinik.de

Die Kategorien

1 Patientenorientierung

1.1 Rahmenbedingungen der Patientenversorgung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Unsere aktuellen Informationsbroschüren und unsere Internetseite informieren Patienten und Haupteinweiser über unser Leistungsangebot.

1.1.2 Leitlinien

Die Fachabteilungen verwenden anerkannte Leitlinien, Verfahrensanweisungen und wissenschaftlich fundierte Pflegestandards. Es wurden zum Beispiel Lagerungsstandards für Operationen, Schmerztherapieleitlinien und Richtlinien zur Vermeidung von Stürzen und Druckgeschwüren erstellt. In klarer Verantwortung werden neue wissenschaftliche Erkenntnisse eingearbeitet. Neuerungen werden stets allen Mitarbeitern zur Kenntnis gegeben und die Mitarbeiter werden vor der Umsetzung neuer Richtlinien gezielt geschult.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

In jeder Fachabteilung steht ein kompetenter Bettenkoordinator zur Verfügung, der für eine reibungslose Absprache eines individuellen Aufnahmetermins Sorge trägt. Unser Belegungskonzept ordnet den Fachabteilungen feste Zeitfenster für die Einbestellung zu. Das hilft, unangenehme Wartezeiten zu vermeiden. Bei chirurgischen Erkrankungen bieten wir dem Patienten die vorstationäre Diagnostikabklärung an. Dies erfolgt zentral koordiniert in unserem Ambulanzzentrum.

Um Doppeluntersuchungen zu vermeiden, bitten wir Patienten bereits beim telefonischen Erstkontakt, vorhandene Vorbefunde mitzubringen. Zur Unterstützung erhalten Patienten Info-Broschüren und Checklisten. Mitgebrachte Befunde werden in Kopie der ambulanten und stationären Krankenakte zugefügt. So ist gewährleistet, dass jeder an der Behandlung beteiligte Mitarbeiter stets darauf zurückgreifen kann.

1.1.4 Service, Essen und Trinken

Es ist uns wichtig, dass Patienten sich in unserem Haus wohl fühlen. Eine gute Patientenorientierung wird daher konsequent von allen Mitarbeitern gelebt. Neben den Aspekten zugewandte Gesprächsführung, verständliche Erklärungen, Zuhören und Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse und –wünsche spielt der Service eine wichtige Rolle. Unser Servicepersonal serviert den Patienten das im Haus frisch zubereitete Essen in den Zimmern. Diäten und individuell oder religiös begründete Wunschkost stellt die Diätassistentin gemeinsam mit dem Patienten zusammen. Patienten mit Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme werden vom Pflegepersonal unterstützt.

1.1.5 Kooperationen

Im Vorfeld der stationären Behandlung erfolgt –gerade in schwierigen Fällen, eine enge Abstimmung mit dem einweisenden Arzt. Zur gezielten Nachsorge kooperieren wir mit zahlreichen Partnern. Im Darmzentrum erfolgt die Kooperation mit den Nachbehandlern im Rah-

men der wöchentlichen Videokonferenz, in der die Experten gemeinsam das weitere Behandlungsregime beraten. In der Psychiatrie gibt es intensive Kooperationen und regelmäßige Treffen mit den bezirklichen Gremien und Einrichtungen.

1.2 Notaufnahme

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die Schlosspark-Klinik hat 2009 eine neue Notaufnahme gebaut. Eingerichtet nach neuestem Standard werden seit Dezember 2009 psychiatrische Notfallpatienten im Rahmen der übernommenen Pflichtversorgung für den Bezirk rund um die Uhr aufgenommen und nach Facharztstandard versorgt. Bei jedem mit dem Notarztwagen eingelieferten Patienten erfolgt eine Übergabe von Notarzt zu Klinikarzt, um die Sicherheit des Patienten bestmöglich zu gewährleisten. Die Erweiterung der Notaufnahme auf Patienten mit somatischen Krisensituationen ist ab Juli 2010 geplant. Die Übernahme der Notversorgung in der Region ist für die Schlosspark-Klinik, die bisher überwiegend geplante stationäre Eingriffe vollzog, eine große Veränderung. Diese Änderung wurde von der Geschäftsführung auf hohem Qualitätsniveau geplant und kontinuierlich umgesetzt. Hierfür wird das organisatorische und personelle Konzept stufenweise erweitert. Unserem Leitbild entsprechend wurde hierfür neben der Sicherstellung entsprechender technischer und zum Beispiel diagnostischer Ausstattung auch spezialisierte und erfahrene Mitarbeiter gewonnen.

1.3 Ambulante Versorgung

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Für die Versorgung ambulanter Patienten hat die Schlosspark-Klinik 2009 in Neu- und Umbauten auf qualitativ hohem Niveau investiert. So wurde das Ambulanzzentrum modernisiert und erweitert. Es wurde ein großzügiger ambulanter Operationsbereich mit modernster Ausstattung errichtet. Anmelde-, Vorbereitungs- und Nachsorgebereiche wurden patientenfreundlich großzügig gestaltet.

Im Ambulanzzentrum bieten alle chirurgischen Fachbereiche und die Rheumatologie Sprechstunden durch Fachärzte an. Arzthelferinnen betreuen die Patienten während des Aufenthaltes und koordinieren die Abläufe so, dass Wartezeiten gering bleiben.

Im Rahmen der Vorbereitung zur stationären Aufnahme erhält der Patient in der Sprechstunde alle wichtigen Informationen zum weiteren Ablauf und wird über diagnostische und therapeutische Maßnahmen aufgeklärt. Dabei werden Informationsmaterialien, Modelle und moderne Medien genutzt, die dem medizinischen Laien das Verständnis erleichtern. Bei der Planung des Operationstermins werden Wünsche des Patienten berücksichtigt. Ein Behandlungsbericht übermittelt wichtige Informationen an den niedergelassenen Arzt. In Absprache mit dem einweisenden Arzt kann eine Nachbetreuung (z.B. Verbandswechsel) über unser Ambulanzzentrum erfolgen.

1.3.2 Ambulante Operationen

Die Schlosspark-Klinik führt ambulante Operationen durch. Ambulante Operationen mit Vollnarkose erfolgen ausnahmslos im Zentral-OP, die Überwachung wird im nahe gelegenen Aufwachraum durchgeführt. Kleinere Eingriffen werden im ambulanten OP-Zentrum vorgenommen.

Das Angebot der Schlosspark-Klinik wird durch ein Gesundheitszentrum ergänzt. Hier gibt es zahlreiche präventive Angebote (z.B. Rückenschule, Gymnastik und Beratungen).

1.4 Stationäre Versorgung

1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Die medizinische Ersteinschätzung durch die ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter wird durch strukturierte Anamnesebögen unmittelbar nach der Aufnahme unterstützt. Neben den Krankheitssymptomen werden systematisch Risiken, Fähigkeiten und Lebensumstände des Patienten erfasst und in der Patientenakte dokumentiert. Jeder Patient wird durch einen approbierten Arzt aufgenommen und zeitnah einem Fach- oder Oberarzt vorgestellt.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die Professionalität der Behandlung ist durch zahlreiche Leitlinien, Behandlungsstandards, pflegerische Expertenstandards und durch den jederzeit sichergestellten Facharztstandard gewährleistet. In klarer Verantwortung werden neue wissenschaftliche Erkenntnisse eingearbeitet. Neuerungen werden stets allen Mitarbeitern zur Kenntnis gegeben.

Mit jedem Patienten und auf Wunsch seinem Angehörigen besprechen wir den individuellen Behandlungsplan. Aufklärungsbögen, Anschauungsmaterial und Info-Material helfen der Verdeutlichung. Insbesondere bei schweren Erkrankungen werden in einem ruhigen Gespräch die möglichen und gängigen Therapiekonzepte dargelegt und Zeit zur Entscheidung gelassen. Lehnt der Patient eine Maßnahme ab, werden in Ruhe gemeinsam Risiken abgewogen und mögliche Alternativen aufgezeigt. In unserem 2009 zertifizierten Darmzentrum werden Krebspatienten interdisziplinär behandelt. In der wöchentlichen Video-Tumorkonferenz wird Verlauf und Nachsorge wöchentlich interdisziplinär besprochen. Ein Psychoonkologe, Seelsorger, Selbsthilfe und der Sozialdienst sind in die Betreuung der Patienten fest eingebunden.

Ein wichtiges Ziel unserer Behandlungsqualität ist eine möglichst schmerzarme Behandlung. Der Expertenstandard Schmerz ist umgesetzt, die Mitarbeiter hierzu geschult. Das interdisziplinär abgestimmte Schmerzbuch macht krankheitsbezogene Vorgaben zur Schmerzbehandlung. Ein anästhesistischer Schmerzdienst ist jederzeit abrufbar.

Die Achtung der Würde und Bedürfnisse unserer Patienten ist uns wichtiges Anliegen. Alle Untersuchungen und Behandlungen werden dem Patienten frühzeitig und ausführlich mit Chancen und eventuellen Risiken erläutert und erst nach seiner Zustimmung veranlasst. Durch das Konzept der Bereichspflege ist sicher gestellt, dass jedem Patient eine ihm bekannte gut informierte Pflegefachkraft zur Seite gestellt ist. Schulungs- und Beratungskonzepte für zahlreiche Erkrankungen ermöglichen die aktive Beteiligung der Patienten.

1.4.3 Operative Verfahren

Der 2004 neu gebaute, nach modernsten Erkenntnissen ausgestattete OP ermöglicht effizientes und hochqualifiziertes Arbeiten in enger Kooperation zwischen Arzt und Pflege (24 Stunden OP-Bereitschaft). Das regelmäßig aktualisierte OP-Statut regelt Verantwortlichkeiten, Ablauf und Qualität (z.B. Lagerungsrichtlinien). Der Chefarzt der Anästhesie legt den OP Plan am Vortag fest. Per Checkliste erfolgt direkt vor dem Eingriff eine letzte Kontrolle der Patientenunterlagen. Unsere Software ermöglicht die Termineinhaltung auch von langfristig geplanten Operationen. Die Patienten werden rechtzeitig durch den Operateur und den Anästhesisten aufgeklärt, anhand einer Richtlinie auf die OP vorbereitet und durch eine examinierte Pflegekraft zum OP gebracht. Nach dem Eingriff erfolgt eine Überwachung im Aufwachraum oder bei Bedarf auf der Intensivstation. Eine Richtlinie sowie schriftliche Vorgaben der Anästhesie sichern, dass der Patient in der Zeit nach der Operation auf der Normalstation adäquat überwacht und schmerztherapeutisch behandelt wird

1.4.4 Visite

Jeder Patient ist bei uns durch tägliche Visiten gut versorgt. Im Vordergrund steht hierbei das Gespräch und nicht die Akte. Die Visiten werden von Arzt und Pflege sorgfältig ausgearbeitet und in der Patientenakte dokumentiert. Hierzu gibt das im ganzen Haus einheitlich verwandte Dokumentationssystem klare Vorgaben. Notwendige Maßnahmen werden schnellstmöglich umgesetzt. Bei schwer pflegebedürftigen Patienten erfolgt zusätzlich eine Pflegevisite.

Die hauseigene Apotheke garantiert den schnellen Zugriff auf notwendige Medikamente. Durch konsequente Integration der nicht medizinischen Therapeuten in die Abteilung ist eine multiprofessionelle Behandlung sichergestellt. Die Planung der ambulanten Weiterbetreuung beginnt bei Bedarf unter Einbeziehung unseres Sozialdienstes bereits unmittelbar nach der Aufnahme.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

In der psychiatrischen Fachabteilung können Patienten tagesklinisch behandelt werden. Dies erfolgt zum Beispiel im Anschluss an die stationäre Behandlung, um den Übergang in den eigenverantwortlich gestalteten Alltag unterstützend zu begleiten. Eine direkte Einweisung in die Tagesklinik durch den niedergelassenen Arzt ist ebenfalls möglich.

Die meisten Patienten, die zu uns zu einer Operation kommen werden prästationär aufgenommen. Einige Tage vor dem Operationstermin erfolgt die notwendige Diagnostik und das Narkosegespräch. Die stationäre Aufnahme erfolgt dann erst am OP-Tag.

1.5 Übergang in andere Bereiche

1.5.1 Entlassung

Die Planung der ambulanten Weiterbetreuung beginnt bei Bedarf unter Einbeziehung unseres Sozialdienstes bereits unmittelbar nach der Aufnahme gemeinsam mit Patient und Angehörigen. Die Gesamtkoordination obliegt dem Sozialdienst in Abstimmung mit Arzt, Pflege und übrigen Therapeuten. Es erfolgt ein ärztliches und pflegerisches Entlassungsgespräch, das Raum für Empfehlungen und Fragen lässt. Jeder Patient verlässt die Klinik mit einem Arztbrief, der den niedergelassenen Arzt über die Behandlung in der Klinik informiert. Not-

wendige Medikamente und Hilfsmittel werden mitgegeben, bis der Besuch beim niedergelassenen Arzt möglich ist. Pflegebedürftige Patienten erhalten außerdem einen Überleitungsbogen für die nachsorgende Einrichtung, der alle wichtigen pflegerischen Maßnahmen beinhaltet.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Intensiver Informationsaustausch mit Nachsorgern erfolgt mit Einverständnis des Patienten. Schwierige medizinische Verläufe bespricht der Arzt mit dem weiterbehandelnden Kollegen. Bei Pflegeproblemen erfolgt die direkte Übergabe am Krankenbett von Pflege zu Pflege. Eine speziell ausgebildete Stoma- und Wundtherapeutin berät betroffene Patienten und Angehörige. Ist häusliche oder stationäre Nachsorge (z.B. Rehabilitation) erforderlich, sorgt der Sozialdienst frühzeitig für reibungslose Koordination und Informationsaustausch.

1.6 Sterben und Tod

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Auf die besonderen Bedürfnisse sterbender Menschen und ihrer Angehörigen werden Mitarbeiter in entsprechenden Schulungen vorbereitet. Einzelzimmer gewährleisten eine private und individuelle Atmosphäre und die Möglichkeit der ständigen Begleitung durch Angehörige und Freunde. Ein schmerztherapeutischer Dienst gewährleistet jederzeit eine angemessene Schmerzstillung. Die Beachtung von Patientenverfügungen ist durch eine Richtlinie und Schulung der Mitarbeiter sichergestellt.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Angehörige können sich in der Regel im Patientenzimmer vom Verstorbenen verabschieden. Darüber hinaus stehen angemessene Räumlichkeiten für das ungestörte Abschiednehmen zur Verfügung. Wünsche der Abschiednehmenden werden von allen Mitarbeitern einfühlsam berücksichtigt.

Möchte der Patient nicht in der Klinik sterben, wird umfassende häusliche Hilfe und Begleitung oder z.B. die Verlegung in ein Hospiz organisiert.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1 Personalplanung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Grundlage für eine qualitativ hochwertige Behandlung der Patienten ist eine angemessene Ausstattung mit Personal und die Qualifikation der Mitarbeiter:

Die Personalplanung der Schlosspark-Klinik erfolgt anhand der Zahl der behandelten Patienten, des ermittelten Aufwands für pflegerische und ärztliche Maßnahmen sowie der für eine optimale Betreuung erforderlichen Qualifikation der Mitarbeiter. Diese Daten werden regelmäßig erhoben, um Zusammensetzung und Anzahl der Mitarbeiter den Anforderungen anzupassen.

2.2 Personalentwicklung

2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Ein neu erstelltes Personalentwicklungskonzept hat zum Ziel, die Fähigkeiten und Kompetenzen unserer Mitarbeiter zu fördern und im Sinne unserer strategischen Weiterentwicklung konsequent zu nutzen. In jährlichen Personalentwicklungskonferenzen sollen in jeder Abteilung die Potentiale systematisch erhoben werden. Im Sinne unseres Leitbildes und unserer Spezialisierungen in allen Fachabteilungen werden aus diesen Erkenntnissen Qualifizierungs- und Fortbildungsmaßnahmen abgeleitet.

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Es ist uns wichtig, dass neue Mitarbeiter sich gut in unserem Unternehmen einleben können. Für alle Berufsgruppen gibt es ein verbindliches Einarbeitungskonzept. Dem neuen Kollegen wird ein Mentor an die Seite gestellt. Alle neuen Mitarbeiter durchlaufen ein strukturiertes Einarbeitungskonzept, in dem grundlegende Kenntnisse über Arbeitsabläufe, Patientendokumentation und organisatorische Angelegenheiten vermittelt werden. In einer regelmäßigen Einführungsveranstaltung stellen sich die Vertreter aller Krankenhausbereiche einschließlich Direktion, Controlling, QM, EDV, Datenschutz etc. persönlich mit ihren Aufgabenbereichen vor. Zeitnah erfolgt für jeden neuen Mitarbeiter im Arzt- und Pflegedienst eine Einführung in die Kliniksoftware, DRG Besonderheiten, Hygiene, Arbeitsschutz, Pflegeleitbild und Pflegeverständnis.

2.2.3 Ausbildung

Um die Qualität der Ausbildung unserer zukünftigen Kollegen zu unterstützen arbeiten wir eng mit der Krankenpflegeschule Wannsee e.V. zusammen. So werden die Ausbildungsinhalte eng miteinander verzahnt. Lernzielkataloge und Mentoren garantieren systematisches Lernen. Während des Einsatzes wird in wöchentlichen Gesprächen die Aktualität des Planes überprüft und Wünsche des Schülers erfragt. Alle Praxisanleiter kommen regelmäßig unter Leitung einer Koordinatorin zusammen, um Erfahrungen auszutauschen und neues

Wissen zu erarbeiten. So wurde z.B. das Thema „nonverbale Kommunikation im Patientenkontakt“ neu aufgenommen. In der Arzt-Ausbildung kooperieren wir mit der Charité Berlin.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Ein umfangreiches interdisziplinäres Fortbildungsprogramm wird jährlich zusammengestellt und orientiert sich an den Wünschen der Mitarbeiter, am Krankheitsspektrum der in der Klinik betreuten Patienten und an den Spezialisierungen der Fachabteilungen. Das Gespräch mit Patienten und Angehörigen ist wesentliche Grundlage für die tägliche Arbeit in der Klinik. Fortbildung zur Kommunikationskompetenz sind daher ein wichtiger Fortbildungsinhalt.

Für jeden Mitarbeiter sind abteilungsbezogene Fachbücher, nationale und internationale Fachzeitschriften sowie wissenschaftliche Datenbanken über Internet verfügbar. Im Intranet der Klinik sind weitere medizinische Nachschlagewerke und zahlreiche in der Klinik erarbeitete Leitlinien und Pflegerichtlinien hinterlegt.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Vorraussetzung für eine hohe Servicequalität sind motivierte Mitarbeiter. Entsprechend geben die Führungsgrundsätze der Klinik einen mitarbeiterorientierten Führungsstil vor. Die Mitarbeiter werden zum eigenverantwortlichen Arbeiten motiviert und im Rahmen von Projekten in das Veränderungsmanagement der Klinik einbezogen. In den Abteilungen finden regelmäßig Mitarbeitergespräche mit der Abteilungsleitung statt. Vertrauensfördernde Maßnahmen, wie Betriebsausflüge und Weihnachtsfeiern, werden unterstützt.

Es ist uns wichtig, dass neue Mitarbeiter sich gut in unserem Unternehmen einleben können. Für alle Berufsgruppen gibt es ein verbindliches Einarbeitungskonzept. Dem neuen Kollegen wird ein Mentor an die Seite gestellt. Alle neuen Mitarbeiter durchlaufen ein strukturiertes Einarbeitungskonzept, in dem grundlegende Kenntnisse über Arbeitsabläufe, Patientendokumentation und organisatorische Angelegenheiten vermittelt werden.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Die Arbeitszeit aller Mitarbeiter ist schriftlich festgelegt. In Abhängigkeit der Tätigkeit sind diese als feste Arbeitszeit, als Schichtmodell oder als Gleitzeitmodell ausgewiesen. Die Einhaltung der Arbeitszeiten wird durch eine tägliche Dokumentation aller Mitarbeiter und eine regelmäßige Kontrolle durch die Abteilungsleiter gesichert. Für alle Mitarbeiter wird ein Jahresarbeitszeitkonto geführt, das von der Personalabteilung nach einem Ampelsystem überwacht wird.

2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Über den betrieblichen Ideenwettbewerb können Mitarbeiter Veränderungsvorschläge einbringen. Eine Betriebsvereinbarung legt das Vorgehen mit eingebrachten Mitarbeiterideen. Vorschläge, die zur Umsetzung kommen können von der Geschäftsführung mit einer Prämie ausgezeichnet werden. Die Kriterien für die Prämierung sind in der Betriebsvereinbarung für alle Mitarbeiter transparent festgelegt.

3 Sicherheit

3.1 Schutz und Sicherheitssysteme

3.1.1 Arbeitsschutz

Der Arbeitsschutz berücksichtigt Sicherheitsaspekte am Arbeitsplatz, den Umgang mit Gefahrstoffen sowie den Strahlenschutz. Für die verschiedenen Bereiche wurden speziell qualifizierte Beauftragte benannt, die regelmäßig Fortbildungen besuchen und die Mitarbeiter ihres Verantwortungsbereiches schulen. Durch regelmäßige Begehungen aller Bereiche überwachen sie die konsequente Umsetzung der Vorgaben.

3.1.2 Brandschutz

Für den Fall eines Brandes in der Klinik sind aus der Brandschutzordnung die Flucht- und Rettungspläne abgeleitet, die in der gesamten Klinik aushängen. Alle Mitarbeiter werden bei der Einstellung und danach jährlich praktisch und theoretisch im Brandschutz unterwiesen. Der Brandschutzbeauftragte kontrolliert regelmäßig die Einhaltung der Brandschutzordnung, bei Mängeln veranlasst er deren Beseitigung.

3.1.3 Umweltschutz

In unseren alltäglichen Handlungsfeldern nehmen wir den Aspekt des Umweltschutzes sehr ernst. So haben wir zum Beispiel an den Wasserhähnen Perlatoren installiert. Bei Einkauf neuer Geräte achten wir auf umweltverträgliche Materialien und bedenken im Voraus die zu erwartenden Verbrauchskosten, zum Beispiel Strom und Toner bei Druckern und Kopiergeräten. In der Radiologie haben wir durch Umstellung auf digitales Röntgen die Strahlenbelastung um etwa 80 % reduzieren können und brauchen keine Röntgenfilme, die als Sondermüll entsorgt werden müssen.

3.1.4 Katastrophenschutz

Auf eventuelle nicht medizinische Notfallsituationen sind wir gut vorbereitet. Unser Katastrophenschutz-Konzept, Checklisten für vorstellbare Havarien sowie Räumungspläne für jede Fachabteilung geben uns eine gute Basis für den Umgang mit eventuellen Notfallsituationen.

3.1.5 Nicht medizinische Notfallsituationen

Für alle nichtmedizinischen Notfälle, wie z.B. einen Stromausfall, existieren Checklisten für ein effizientes Handeln sowie ein technischer Bereitschaftsdienst.

3.2 Patientensicherheit

3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Die Patientensicherheit ist im Krankenhaus von besonderer Bedeutung. Deshalb ist auf jeder Station eine Mindestbesetzung mit examiniertem Pflegepersonal gewährleistet und alle medizinischen Abteilungen sind mit einer angemessenen Anzahl von Fachärzten besetzt.

Gefährdungspotentiale unserer Patienten werden in der Anamnese erfasst, in der Patientenakte dokumentiert und in der Behandlung berücksichtigt. Der Sicherheit des Patienten wird stets große Aufmerksamkeit gewidmet. Auch das Pflegekonzept integriert konsequent den Sicherheitsaspekt. Bei sturzgefährdeten Patienten z.B. greift ein klar abgestufter Maßnahmenplan, der die Sicherheit der Patienten erhöht ohne sie unnötig einzuschränken. Für außergewöhnliche Notfallsituationen ist ein Reanimationsteam stets in Bereitschaft. Die Telefonnummer des Reanimationsteams ist allen Mitarbeitern bekannt. Alle Mitarbeiter der Klinik sind in der Reanimation geschult und haben schnellen Zugriff auf die in jeder Etage zur Verfügung stehenden Notfallkoffer.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Das Notfallmanagement ist in einer Dienstanweisung für alle Mitarbeiter einheitlich geregelt. Über einen Reanimationspager, dessen Nummer in allen Bereichen gut sichtbar aushängt, kann im Notfall das Reanimationsteam sofort gerufen werden. In allen Etagen stehen Notfallkoffer und Defibrillatoren bereit.

3.2.3 Hygienemanagement

Der ärztliche Direktor und eine qualifizierte Hygienefachkraft sind verantwortlich für die Krankenhaushygiene und werden von einem externen Fachexperten beraten. Hygienerichtlinien und Hygieneplan wurden in Absprache mit dem externen Hygienefacharzt gemäß der Richtlinien des Robert Koch Instituts erarbeitet und umgesetzt. Sie enthalten auch Merkblätter für den Umgang mit Infektionskrankheiten, bei denen besondere hygienische Vorsichtsmaßnahmen erforderlich sind. Besondere Fragestellungen und Maßnahmen werden in einer regelmäßig tagenden Expertenkommission bearbeitet. Es erfolgen regelmäßige Begehungen. Eventuelle Mängel werden umgehend behoben. Die umfassenden Hygienerichtlinien sind allen Mitarbeitern bekannt, und über Intranet und Stationsordner nachlesbar. Regelmäßige Schulungen erhöhen die Kompetenz und Sensibilität unserer Mitarbeiter bei der alltäglichen Einhaltung der Hygienerichtlinien. Der Umgang mit Desinfektionsmitteln, Schutzkleidung und weitere Maßnahmen, um die Ausbreitung von Keimen zu verhindern, sind allen Mitarbeitern bekannt.

3.2.4 Hygienerelevante Daten

Hygienerelevante Daten werden regelmäßig erhoben, und von der Hygienefachkraft systematisch erfasst und gemeinsam mit einem externen Hygienefacharzt in der regelmäßig tagenden Hygienekommission kritisch auf Verbesserungsmöglichkeiten hin analysiert. Entsprechende Maßnahmen werden abgeleitet und unter Kontrolle der Hygienefachkraft unverzüglich umgesetzt. So wurde zum Beispiel das MRSA Screening (multiresistente Keime) im Haus vereinheitlicht und intensiviert. Wir vergleichen unsere Daten mit den Referenzdaten der Robert-Koch-Instituts.

3.2.5 Infektionsmanagement

Um nosokomiale Infektionen (Infektionen, die im Krankenhaus erworben wurden) zu verhindern, werden fortlaufend Daten erfasst und halbjährlich ausgewertet. Die Ergebnisse bilden die Grundlage für Präventionsmaßnahmen und Mitarbeiterschulungen. Über einen Vergleich der Daten mit anderen Krankenhäusern wird Auffälligkeiten nachgegangen. Außerdem werden fortlaufend die Infektionserkrankungen und die Mikroorganismen mit besonderen Resistenzen erfasst und ausgewertet.

3.2.6 Arzneimittel

Die Bereitstellung von Arzneimitteln ist durch die hauseigene Apotheke jederzeit gewährleistet, der Verfahrensweg festgelegt und allen Mitarbeitern bekannt. Ein Notfalldepot steht nachts zur Verfügung. Die Arzneimittelkommission wählt die Medikamente in Absprache mit den Abteilungen nach neuestem Erkenntnisstand für die hauseigene Liste aus. Um eine sichere Anwendung von Arzneimitteln zu ermöglichen, sind alle relevanten Informationen über die Arzneimittel elektronisch verfügbar und über die Lieferung in der Originalverpackung sichergestellt. Wirkungen, Nebenwirkungen oder Interaktionen sind so schnell ablesbar. Die Lagerhaltung der Medikamente wird regelmäßig überprüft.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Der Umgang mit Blutkomponenten (zum Beispiel Blutkonserven) ist einheitlich geregelt und im Qualitätsmanagementhandbuch Hämotherapie festgelegt. Ein Transfusionsverantwortlicher Arzt inklusive Vertreter sind ernannt. Eventuelle Transfusionszwischenfälle werden zentral erfasst und vom Transfusionsverantwortlichen gemeinsam mit dem Medizin Controlling analysiert.

3.2.8 Medizinprodukte

Für die Anwendung von Medizinprodukten existiert ein geregeltes Verfahren, um sicher zu stellen, dass alle medizinischen Geräte nur von Mitarbeitern genutzt werden, die in den Umgang persönlich eingewiesen wurden. Die Verantwortlichkeiten und die Aufgaben der Mitarbeiter sind in einer Dienstanweisung festgelegt. Bei der Beschaffung von Medizinprodukten werden die Mitarbeiter, die die Produkte anwenden einbezogen. Medizintechnische Geräte werden zuvor erprobt. Die Umsetzung sicherheitsrelevanter Vorgaben wird von der Medizintechnik kontrolliert.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1 Informations- und Kommunikationstechnologie

4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Die Schlosspark-Klinik betreibt ein vernetztes Klinikinformationssystem, das allen Anforderungen eines modernen Krankenhauses gerecht wird. Die bedarfsgerechte Erweiterung dieser Kliniksoftware erfolgt sowohl in der regelmäßigen Anpassung des Systems an unsere Erfordernisse als auch durch Anschaffung weiterer Module im Rahmen der strategischen Gesamtplanung. So ist sicher gestellt, dass zum Beispiel wichtige Patienteninformationen von den autorisierten Mitarbeitern schnell abgerufen werden können. Unsere Mitarbeiter sind im Umgang mit dem Klinikinformationssystem geschult. Neuerungen werden von unserer EDV-Abteilung frühzeitig zur Kenntnis gegeben. Unser langfristiges Ziel ist die digitale Patientenakte.

4.2 Patientendaten

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Die richtige und vollständige Dokumentation von Patientendaten ist die Voraussetzung für eine korrekte Informationsweitergabe. Nur so kann sichergestellt werden, dass alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzte und Pflegekräfte über relevante Vorbefunde und Behandlungsergebnisse verfügen. Deshalb sind alle Regelungen für die Patientendokumentation und Archivierung in einer Dienstanweisung verbindlich festgelegt.

Die Sicherheit für die umfangreichen patientenbezogenen Daten garantiert eine Dienstanweisung zum Datenschutz, über die alle Mitarbeiter belehrt werden. Eine speziell qualifizierte Datenschutzbeauftragte kümmert sich darum, dass alle Schutzmaßnahmen für die Patientendaten durchgeführt werden. Die Zugriffsbefugnisse auf das elektronische Klinikinformationssystem sind in einem schriftlichen Konzept festgelegt, die Vergabe von Passwörtern sichert die Einhaltung der Regelungen. Die Übermittlung von Abrechnungsdaten an Krankenkassen erfolgt mittels spezieller Verschlüsselungsprogramme.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Die konventionelle Patientenakte auf Papier ist während des Aufenthaltes mit allen Daten und Befunden jederzeit auf der Station verfügbar. Über das elektronische Klinikinformationssystem sind außerdem aktuelle Befunde und auch die Ergebnisse von Voraufenthalten für berechnigte Mitarbeiter abrufbar. Auch Röntgenbilder sind digital verfügbar. Die strategische EDV-Planung sieht einen systematischen Ausbau der elektronischen Patientenakte in den nächsten Jahren vor.

4.3 Informationsmanagement

4.3.1 Information der Krankenhausleitung

In der Schlosspark-Klinik wird eine Kultur interdisziplinärer Kommunikation gelebt. Dies spiegelt sich in multiprofessionell zusammengesetzten Leitungsgremien, interdisziplinären Teambesprechungen und Arbeitsgruppen wieder. Die Weitergabe organisatorischer Informationen ist durch regelmäßig tagende Gremien sicher gestellt. Damit werden einerseits die Mitarbeiter über aktuelle Neuerungen informiert, andererseits erhält die Geschäftsführung Informationen aus den Bereichen. Darüber hinaus werden wichtige ökonomische Daten regelmäßig an die Geschäftsführung berichtet, dort bewertet und als Grundlage für Steuerungsmaßnahmen genutzt.

4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

Patienten betreffende Ergebnisse werden stets in der Patientenakte dokumentiert. Die Informationsweitergabe an weiter- bzw. mitbehandelnde Bereiche erfolgt außerdem über interne Verlegungsbriefe und Übergabeprotokolle.

Die Öffentlichkeitsarbeit informiert Patienten, Angehörige, niedergelassene Ärzte und andere Interessierte durch das Internet, Broschüren, Veranstaltungen und Pressemeldungen regelmäßig über Behandlungsschwerpunkte, Leistungsspektrum, Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie andere Aktivitäten der Schlosspark-Klinik.

4.4 Telefonzentrale und Empfang

4.4.1 Organisation und Service

In unserer Telefonzentrale und Empfang nehmen rund um die Uhr qualifizierte Mitarbeiter Telefonate entgegen, geben Auskunft und leiten Telefonate zielgerecht weiter. Um dies kundenfreundlich umzusetzen, haben sie Zugang wichtigen Informationssystemen der Schlosspark-Klinik, wie z.B. Telefonregister, Veranstaltungskalender und Informationen über Aktuelles aus der Klinik. Wir leben das Prinzip der persönlichen Weiterleitung jedes eintreffenden Gastes. Er wird begrüßt, nach seinem Anliegen gefragt und gezielt weitergeleitet. Unsere Mitarbeiter sind in Kommunikation geschult und erfahren.

4.5 Datenschutz

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Unser Datenschutz-Kodex ist in einem schriftlichen Konzept verbindlich für alle Mitarbeiter geregelt.

Die Sicherheit für die umfangreichen patientenbezogenen Daten garantiert eine Dienstweisung zum Datenschutz, über die alle Mitarbeiter jährlich belehrt werden. Eine Datenschutzbeauftragte kümmert sich darum, dass alle Schutzmaßnahmen für die Patientendaten durchgeführt werden. Sie überprüft dies auch in nicht angemeldeten Begehungen der einzelnen Bereiche. Die Zugriffsbefugnisse auf das elektronische Klinikinformationssystem sind in einem schriftlichen Konzept festgelegt, die Vergabe von Passwörtern sichert die Einhaltung der Regelungen. Die Übermittlung von Abrechnungsdaten an Krankenkassen erfolgt mittels spezieller Verschlüsselungsprogramme.

5 Führung

5.1 Unternehmensphilosophie und -kultur

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Das Leitbild der Schlosspark-Klinik beschreibt deren Vision, Strategie und Ziele. Es wird von allen Mitarbeitern gelebt. Dem Leitbild entsprechend sollen mit fachlichen Spezialisierungen herausragende medizinische Leistungen zum Wohle der Patienten erbracht werden.

Innovation, Qualitätsentwicklung und Transparenz sind Bestandteil der Unternehmensgrundsätze.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Alle Mitarbeiter werden über vertrauensbildende Maßnahmen wie Perspektivenveranstaltungen, Einführungsveranstaltungen für neue Mitarbeiter, Gesundheitstage, ein breites Fortbildungsprogramm, Supervisionen, hausinterne Mitteilungen und Abteilungsbesprechungen in die Strategie einbezogen.

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Neben den strategischen Zielen sind ethische Ziele im Pflegeleitbild und in den Unternehmensgrundsätzen der Schlosspark-Klinik festgeschrieben. Eine Arbeitsgruppe ist von der Krankenhausführung beauftragt, sich ethischen Themen anzunehmen. In diese Arbeitsgruppe sind Seelsorger und Patientenfürsprecher integriert. Patienten und Angehörige werden durch Seelsorger der christlichen Kirchen, den Imam der muslimischen Nachbargemeinde, durch Patientenfürsprecher, sachkundige Personen (Psychiatrie), durch den Sozialdienst der Klinik sowie durch ausgebildete Psychologen beraten und unterstützt.

5.2 Strategie und Zielplanung

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Aus dem Leitbild wird die gesamte Zielplanung in Verantwortung der Geschäftsführung abgeleitet. Die Geschäftsführung beobachtet die Entwicklung auf dem Gesundheitsmarkt genau, berücksichtigt politische Rahmenbedingungen und legt Strategien zur mittel- und langfristigen Entwicklung der Klinik fest.

Alle medizinischen Fachabteilungen haben Schwerpunkte sowie Spezialisierungen etabliert und bauen diese mit zielführenden Kooperationen kontinuierlich aus.

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Die Schlosspark-Klinik beteiligt sich im Rahmen ihrer gesellschaftlichen Verantwortung an sozialen Projekten und unterstützt gemeinsam mit der Park-Klinik Weissensee z.B. DIE ARCHÉ e.V., ein Berliner Projekt für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche in Berlin und

gibt Sachspenden an andere soziale Einrichtungen, z.B. die Bahnhofsmission und an ein Projekt in Ghana.

5.3 Organisationsentwicklung

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Im Organigramm der Schlosspark-Klinik sind Organisationsstruktur, Hierarchien, Verantwortlichkeiten und gesetzlich vorgegebene Funktionen, wie zum Beispiel Hygiene- und Transfusionswesen, eindeutig festgelegt. Verantwortlichkeiten, Aufgaben und Arbeitsweise sind festgelegt

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

In regelmäßig tagenden ärztlichen, pflegerischen und kaufmännischen Leitungsgremien und verschiedenen themengebundenen Kommissionen werden in der Schlosspark-Klinik alle qualitätsrelevanten Aspekte systematisch kontrolliert und vorangetrieben. Ein systematisches Projektmanagement, für das es klinikweit einheitliche Vorgaben gibt, steuert die vielfältigen Projekte. Alle Qualitätsinitiativen erfolgen in der Regel abteilungs- und berufsgruppenübergreifend.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

Die klinikweite Weiterleitung von Informationen und Arbeitsergebnissen ist über das Organigramm sowie durch das Qualitätskonzept strukturiert. Die Mitarbeiter können wichtige Informationen über das Intranet abrufen. Allen Abteilungen stehen Fachzeitschriften und Fachliteratur zur Verfügung. Diese sind im Intranet gelistet, so dass Mitarbeiter auch auf Literatur der anderen Fachabteilungen zurückgreifen können.

Innovationen werden durch die Geschäftsführung in Abstimmung mit der Krankenhausdirektion den jeweils verantwortlichen geplant und kontrolliert umgesetzt.

5.4 Marketing

5.4.1 Externe Kommunikation

Unsere Stabsstelle Marketing und Öffentlichkeitsarbeit ist mit einer hochqualifizierten Leitung besetzt, die durch ein engagiertes Team unterstützt wird. Das Marketing steht der Geschäftsführung und den Abteilungen durch regelmäßige und projektbezogene Kommunikationsmaßnahmen mit wichtigen Zielgruppen zur Seite. Im Rahmen der Strategieguppe erfolgen im Auftrag der Geschäftsführung Marktanalysen und Vorarbeiten für die strategische Gesamtplanung der Schlosspark-Klinik.

5.5 Risikomanagement

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Ein systematisches Risikomanagement im kaufmännischen und medizinischen Bereich unterstützt die Klinikleitung durch Kennzahlen bei der Steuerung des Unternehmens. Die Erkenntnisse aus einer externen Risikoanalyse bilden die Grundlage für das medizinische Risikomanagement

6 Qualitätsmanagement

6.1 Qualitätsmanagementsystem

6.1.1 Organisation

Geschäftsführung und Krankenhausdirektion tragen die oberste Verantwortung für die Qualitätsentwicklung. Unter ihrer Leitung steuert und koordiniert die Qualitätskonferenz die Qualitätsmanagementaufgaben. Dies wird durch die Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB) durch Erarbeitung entscheidungsreifer Konzepte und Maßnahmenvorschlägen unterstützt. Das Qualitätskonzept legt zudem den Aufbau des Qualitätsmanagements, Ziele, Maßnahmen und deren Bewertung und die Berichtspflicht von qualitätsrelevanten Kommissionen und Beauftragten fest.

Es sind übergreifende Qualitätsziele festgelegt, die die strategische Ausrichtung des Qualitätsmanagements bestimmen.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Bei der strategischen Ausrichtung der Schlosspark-Klinik steht die Überprüfung aller medizinischen Prozesse, der Kunden- und Serviceorientierung und der Mitarbeiterorientierung im Mittelpunkt, sowie die Sicherung der wirtschaftlichen Existenz unserer Klinik. Die Bereiche leiten daraus entsprechende operative Qualitätsziele ab. Alle Ziele sind in der strategischen Gesamtplanung verankert. Multiprofessionelle und interdisziplinäre Arbeitsgruppen erarbeiten entsprechende Projekte zur Qualitätsentwicklung und qualitätssichernde Maßnahmen.

Eine wichtige Aufgabe des Qualitätsmanagements ist, den Qualitätsgedanken und daraus abgeleitete Projekte gemeinsam mit den Mitarbeitern umzusetzen, um Arbeitsprozesse und -ergebnisse ständig zu verbessern. Da wir Qualität als eine gemeinsame Aufgabe Aller verstehen, werden Impulse von Mitarbeitern systematisch aufgegriffen. Dies ist in unserem Qualitätskonzept festgeschrieben.

6.2 Befragungen

6.2.1 Patientenbefragung

Die Kunden- und Serviceorientierung wird durch Patientenbefragungen, Kundenbefragungen, Beschwerdemanagement, Wartezeitenmanagement hinterfragt und bei Bedarf durch entsprechende Maßnahmen kontinuierlich verbessert. Jeder Patient erhält bei Aufnahme eine Dialogkarte, auf der er uns seine Bewertung zu zehn wichtigen Themen, wie zum Beispiel Aufklärung, Information, Freundlichkeit, Essen und Diäten mitteilen kann. Auf der Dialogkarte kann er auch Lob und Kritik äußern. In einem Rhythmus von etwa drei Jahren führen wir eine große Patientenbefragung mit einem externen Anbieter durch. Der Vergleich mit anderen deutschen Krankenhäuser hilft uns, unsere Position objektiver zu bestimmen.

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

In einem zwei Jahresrhythmus befragen wir unserer Einweiser, um zu überprüfen ob sie mit der Qualität unserer Behandlungsergebnisse und mit der gegenseitigen Kommunikation zufrieden sind.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Die Mitarbeiterorientierung wird durch Mitarbeiterbefragungen, Betrieblichen Ideenwettbewerb, Einbeziehung der Mitarbeiter in Arbeits- und Projektgruppen und Kommissionen gefördert.

Alle Befragungsergebnisse werden systematisch ausgewertet und den Mitarbeitern zur Kenntnis gegeben. Verbesserungsmöglichkeiten werden analysiert, Lösungen erarbeitet und umgesetzt.

6.3 Beschwerdemanagement

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Patientenwünsche und Patientenbeschwerden sind für uns wichtige Wegweiser zur Verbesserung unserer Versorgungsqualität. Es gibt ein in einem schriftlichen Konzept festgelegtes und im Alltag gelebtes systematisches Beschwerdemanagement, das Verantwortlichkeiten, Ablauf und Zeitvorgaben festlegt. Ursachen für Beschwerden werden genauestens und unverzüglich analysiert, in einer Datenbank systematisch erfasst und ausgewertet. Unsere Mitarbeiter sind sensibilisiert, auf unzufriedene Patienten aktiv zuzugehen. Dies sind für uns wichtige Bausteine, um unser Ziel "höchste Zufriedenheit unserer Patienten" zu erreichen.

Jeder Patient erhält bei Aufnahme eine sogenannte Dialogkarte, auf der eine persönlich Beurteilung verschiedener Aspekte abgeben und Wünsche, Lob und Kritik geäußert werden kann. Auch diese Angaben werden systematisch erfasst und ausgewertet. Lob wird den betroffenen Mitarbeiter zur Kenntnis gegeben, Kritik mit ihnen und den Verantwortlichen gemeinsam besprochen. Im Sinne einer konstruktiven Fehlerkultur wird gemeinsam nach Ursachen gesucht und es werden Lösungsmöglichkeiten erarbeitet und umgesetzt.

6.4 Qualitätsrelevante Daten

6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Qualitätssicherung verstehen wir als gemeinsame und dauerhafte Aufgabe, an der Alle gemeinsam arbeiten.

Die medizinischen Prozesse werden durch Methoden der internen Qualitätssicherung (z.B. Komplikationserfassung, Hygienemanagement, Dekubitus- und Sturzerfassung) und der externen Qualitätssicherung anhand von festgelegten Kennzahlen überprüft und ausgewertet. Alle regelmäßig erhobenen Kennzahlen werden auf der Qualitätskonferenz, die einmal im Quartal stattfindet, ausgewertet und bei Bedarf werden Maßnahmen abgeleitet und wieder überprüft. Über regelmäßige Informationen in den nach geordneten Gremien werden alle Mitarbeiter über aktuelle Entwicklungen informiert. Darüber hinaus stehen relevante Daten über das Intranet sowie über Artikel in der regelmäßig erscheinenden Mitarbeiterzeitschrift zu Verfügung.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Zur realistischen Einschätzung des eigenen Standpunktes nutzen wir externe Vergleichsmöglichkeiten (z.B. BQS). Die Ergebnisse werden regelmäßig im gesetzlichen Qualitätsbericht veröffentlicht.

