

# KTQ-Visitationsbericht

## KH Bethel Berlin 2018

Einrichtung	Krankenhaus Bethel Berlin KTQ2015
Selbstbewertung	2018
Modellbeschreibung	KTQ-Katalog Krankenhaus Version 2015 - Copyright KTQ GmbH
Bemerkung	Created using NEXUS / Zert ( <a href="http://www.nexus-qm.de/">http://www.nexus-qm.de/</a> )
Stand vom	29.10.2018 11:58:48
Wichtiger Hinweis	Dieses Dokument repräsentiert den Stand von 29.10.2018 11:58:48 Spätere Änderungen werden in dieses Dokument nicht automatisch integriert. Änderungen an diesem Dokument werden nicht in die Datenbasis übernommen.

## Inhaltsverzeichnis

Bewertungsübersicht .....	4
1. Patientenorientierung.....	5
1.1. Rahmenbedingungen der Patientenversorgung.....	5
1.1.1. Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung .....	5
1.1.2. Leitlinien und Standards .....	6
1.1.3. Information und Beteiligung des Patienten .....	6
1.1.4. Ernährung und Service.....	7
1.2. Akut-/ Notfallversorgung.....	8
1.2.1. Erstdiagnostik und Erstversorgung.....	8
1.3. Elektive, ambulante Versorgung .....	9
1.3.1. Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung.....	9
1.3.2. Ambulante Operationen.....	10
1.4. Stationäre Versorgung .....	10
1.4.1. Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung.....	10
1.4.2. Therapeutische Prozesse.....	11
1.4.3. Operative Prozesse .....	12
1.4.4. Visite.....	13
1.5. Weiterbetreuung / Übergang in andere Bereiche.....	14
1.5.1. Entlassungsprozess .....	14
1.6. Sterben und Tod .....	15
1.6.1. Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung.....	15
1.6.2. Umgang mit Verstorbenen.....	16
2. Mitarbeiterorientierung.....	17
2.1. Personalplanung / Personalentwicklung .....	17
2.1.1. Personalbedarf .....	17
2.1.2. Personalentwicklung.....	18
2.1.3. Einarbeitung .....	19
2.1.4. Ausbildung, Fort- und Weiterbildung .....	20
2.1.5. Arbeitszeiten / Work Life Balance.....	21
2.1.6. Ideenmanagement.....	22
3. Sicherheit - Risikomanagement.....	23
3.1. Patientenbezogene Risiken .....	23
3.1.1. Methoden des klinischen Risikomanagements.....	23
3.1.2. Eigen- und Fremdgefährdung.....	24
3.1.3. Medizinisches Notfallmanagement.....	25
3.1.4. Organisation der Hygiene.....	26
3.1.5. Hygienerrelevante Daten, Infektionsmanagement.....	27
3.1.6. Arzneimittel.....	28
3.1.7. Labor- und Transfusionsmedizin .....	29
3.1.8. Medizinprodukte .....	30
3.2. Schutz- und Sicherheitskonzepte.....	31
3.2.1. Arbeitsschutz .....	31
3.2.2. Brandschutz.....	32
3.2.3. Datenschutz.....	33
3.2.4. Umweltschutz .....	34
3.2.5. Katastrophenschutz.....	35
3.2.6. Ausfall von Systemen .....	36
4. Informations- und Kommunikationswesen .....	37
4.1. Informations- und Kommunikationstechnologie .....	37
4.1.1. Netzwerkstruktur und Datensysteme.....	37

4.2. Patientendaten.....	38
4.2.1. Klinische Dokumentation.....	38
4.2.2. Verfügbarkeit und Archivierung.....	39
4.3. Informationsmanagement.....	40
4.3.1. Information der Unternehmensleitung.....	40
4.3.2. Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang.....	41
5. Unternehmensführung.....	42
5.1. Unternehmensphilosophie und -kultur.....	42
5.1.1. Philosophie/Leitbild.....	42
5.1.2. Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen.....	43
5.1.3. Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung.....	44
5.1.4. Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement.....	45
5.2. Strategie und Zielplanung.....	46
5.2.1. Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung.....	46
5.2.2. Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement.....	47
5.2.3. Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen... ..	48
5.3. Unternehmensentwicklung.....	49
5.3.1. Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien.....	49
5.3.2. Innovation und Wissensmanagement.....	50
6. Qualitätsmanagement.....	51
6.1. Struktur und Ablauf.....	51
6.1.1. Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements.....	51
6.1.2. Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung.....	52
6.2. Befragungen.....	53
6.2.1. Patientenbefragung.....	53
6.2.2. Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen.....	54
6.2.3. Mitarbeiterbefragung.....	55
6.3. Meinungsmanagement.....	56
6.3.1. Beschwerdemanagement: Lob und Beschwerden von Mitarbeitern, Patienten und weiteren Externen.....	56
6.4. Qualitätsrelevante Daten.....	57
6.4.1. Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren.....	57

## Bewertungsübersicht

Kategorie	Bepunktung
1. Patientenorientierung	78,6%
2. Mitarbeiterorientierung	79,6%
3. Sicherheit - Risikomanagement	77,4%
4. Informations- und Kommunikationswesen	76,7%
5. Unternehmensführung	77,2%
6. Qualitätsmanagement	75,4%
Gesamt	77,6%

## 1. Patientenorientierung

### 1.1. Rahmenbedingungen der Patientenversorgung

#### 1.1.1. Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

##### Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	13 (2/2, 7/7, 2/2, 2/2)
Einrichtung	15 (3/2, 8/7, 3/2, 3/2)

##### Stärken:

Elektive Patienten erhalten schon bei der Terminvereinbarung verschiedene Informationen (Abteilungsflyer, spez. Flyer, Homepage u.a.).  
 Zur Information über das Leistungsspektrum werden vielfältige Wege genutzt (Flyer, Broschüren, Internet, Sprechstunden, Info-Veranstaltungen u.a.).  
 Das Klinikum ist mit PKW und öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar. Eine Kurzparkzone steht zur Verfügung.  
 Ein Wegeleitsystem erleichtert die Orientierung im Klinikum; in der administrativen Aufnahme ist eine Lageskizze verfügbar.

##### Verbesserungspotentiale:

Die Bettenplanung erfolgt überwiegend dezentral.  
 Das Konzept zur umfassenden Information des Patienten im Vorfeld der Aufnahme liegt nicht in schriftlicher Form vor.  
 Checklisten, auch für die Einweiser, zur Vorbereitung auf die stationäre Aufnahme, sind nicht vorhanden.  
 Eine systematische Benutzerprüfung des Wegeleitsystems hat noch nicht stattgefunden.  
 Das Instrument des Fallmanagements wird noch nicht genutzt.

1.1.2. Leitlinien und Standards

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	14 (3/2, 7/7, 2/2, 2/2)
Einrichtung	14 (3/2, 7/7, 3/2, 2/2)
<p><u>Stärken:</u>                      Die Behandlung orientiert sich an den Leitlinien und Empfehlungen der Fachgesellschaften.                      Für häufige Krankheitsbilder liegen Behandlungsschemata vor.                      Die für das Krankenhaus zutreffenden Expertenstandards sind implementiert.                      Pflegestandards werden im Rahmen einer AG Pflegequalität erarbeitet und aktualisiert.                      Alle Standards sind für die MA im Intranet verfügbar.</p> <p><u>Verbesserungspotentiale:</u>                      Die Nachvollziehbarkeit der Abweichungen von Leitlinien/Richtlinien/Standards ist nicht durchgängig und systematisch vorhanden.</p>	

1.1.3. Information und Beteiligung des Patienten

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	14 (3/2, 7/7, 2/2, 2/2)
Einrichtung	15 (3/3, 7/7, 3/2, 3/2)
<p><u>Stärken:</u>                      Alle Patienten erhalten eine Informationsmappe.                      Das Vorgehen bei Vorliegen von Betreuungsverhältnissen und der Umgang mit Patientenverfügungen sind schriftlich geregelt.                      Das Vorgehen bei Ablehnung von Maßnahmen regelt eine VA.                      In den Patientenzimmern hängt eine Übersicht der jeweiligen Ansprechpartner.                      Zum Patientengespräch existiert eine im Intranet veröffentlichte Empfehlung.                      Verschiedene Konzepte für Patientenschulungen sind vorhanden.</p> <p><u>Verbesserungspotentiale:</u>                      Die Sicherung der Intimsphäre bei Anamnese, Untersuchung und Information ist nicht immer gewährleistet (z.B. 4-Bett Zimmer).</p>	

1.1.4. Ernährung und Service

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	15 (3/2, 7/7, 3/2, 3/2)
Einrichtung	15 (3/2, 7/7, 3/2, 3/2)

Stärken:

Jeder Patient hat Zugangsmöglichkeit zu Telefon, Fernsehen, Radio.  
 Die Reinigung ist an einen Dienstleister vergeben, eine Kommission zur Reinigung setzt intern Verbesserungen um.  
 Den Patienten stehen 3 Menüs zur Auswahl, wobei eine Komponentenwahl möglich ist. Die Essenerstellung erfolgt im Cook and Serve-Verfahren.  
 Frühstück und Abendbrot werden in Buffetform angeboten. Eine „Küchenkommission“ tagt regelmäßig nach GO.  
 Alle Mitarbeiter in der Pflege absolvieren innerhalb von 6 Wochen nach der Einstellung eine Lebensmittelschulung.  
 Bei jedem Pat erfolgt bei Aufnahme ein standardisiertes Assessment zum Risiko einer Fehl- oder Mangelernährung.

Verbesserungspotentiale:

Die Patientenzimmer sind nicht regelhaft mit eigener Nasszelle ausgestattet. Den Patienten steht in den Patientenzimmern nicht standardmäßig ein Internetzugang (WLAN) zur Verfügung.  
 Der Prozess des Wieder-Aufwärmens von Patientenmahlzeiten auf Station orientiert sich nicht an einer schriftlichen Regelung.

1.2. Akut-/ Notfallversorgung

1.2.1. Erstdiagnostik und Erstversorgung

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	14 (3/2, 8/7, 2/2, 2/2)
Einrichtung	15 (3/2, 8/7, 3/2, 3/2)

Stärken:

Erstdiagnostik und Erstversorgung erfolgen in der ZNA bzw. im PAZ oder in festgelegten Abteilungen mit durch VA geregelten Abläufen.  
 Der Facharztstandard ist durch die jederzeitige Möglichkeit der Hinzuziehung eines Facharztes gegeben, dokumentiert in einer Leitlinie.  
 Zu den standardisierten Vorgehensweisen gehören neben Anamnese und Untersuchung auch pflegerische Assessments, MRSA-Risikoscreening, Risikoeinschätzungen und Schmerzerfassung.

Verbesserungspotentiale:

Die Vollständigkeit und Lesbarkeit der papiergestützten Aufnahmedokumentation (ärztliche Anamnese und Untersuchung) wird nicht strukturiert überprüft.  
 Eine systematische Überprüfung und Auswertung der Ergebnisse der Erstdiagnostik erfolgt nicht.  
 Ein Triage-System wurde eingeführt, eine systematische Auswertung zu Zielen und realen Zeiten erfolgt noch nicht.



1.3. Elektive, ambulante Versorgung

1.3.1. Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	14 (3/2, 7/7, 2/2, 2/2)
Einrichtung	15 (3/2, 7/7, 3/2, 3/2)

Stärken:

Eine Reihe von Spezialsprechstunden wird angeboten.  
 Ambulante Patienten durchlaufen i.d.R. das Patientenaufnahmezentrum mit seinen strukturierten Abläufen.  
 Die Nutzung von Vorbefunden ist durch eine DA geregelt.  
 Bei Abschluss der Behandlung werden alle erforderlichen Unterlagen ausgehändigt.  
 Teilstationäre Behandlung wird im Rahmen der Tagesklinik Geriatrie angeboten.

Verbesserungspotentiale:

Eine strukturierte Erhebung zur Häufigkeit von Doppeluntersuchungen erfolgt nicht.  
 Eine strukturierte Zufriedenheitsanalyse der niedergelassenen Ärzte mit der Patientenbehandlung wurde noch nicht durchgeführt.  
 Eine regelmäßige Überprüfung zur Wirtschaftlichkeit (Kosten-Nutzen) der ambulanten, prä- und poststat. Behandlung mit Rückmeldung an die Leistungserbringer erfolgt nicht.  
 Nicht in allen relevanten Bereichen finden regelmäßige Wartezeiterhebungen statt.

1.3.2. Ambulante Operationen

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	13 (3/2, 7/6, 2/2, 2/2)
Einrichtung	13 (3/2, 7/6, 2/2, 2/2)
<p><u>Stärken:</u>                      Nach Indikationsstellung und Terminvereinbarung erfolgen die vorbereitenden Maßnahmen zentral im PAZ.                      Die operative Ablaufplanung erfolgt durch die zuständigen CÄ und die OP-Koordinatoren; Regelungen dazu finden sich in der VA OP-Koordination.                      Die Fachabteilungen nutzen bei der OP-Planung zugewiesene Zeitfenster und Kapazitäten.</p> <p><u>Verbesserungspotentiale:</u>                      Kriterien für die Entlassungsfähigkeit sind nicht schriftlich definiert.                      Die Erhebung medizinischer Kennzahlen zur Ergebnisqualität, wie Wiederaufnahme oder Umwandlung in einen stationären Fall erfolgt nicht strukturiert.                      Eine Komplikationsstatistik zu ambulanten Operationen ist nicht vorhanden.</p>	

1.4. Stationäre Versorgung

1.4.1. Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	15 (3/2, 8/7, 3/2, 3/2)
Einrichtung	15 (3/2, 8/7, 3/2, 3/2)
<p><u>Stärken:</u>                      Die Diagnostik und Behandlungsplanung richtet sich nach den Leitlinien der Fachgesellschaften, den hausinternen Standards und Behandlungsschemata sowie den individuellen Erfordernissen und Besonderheiten der Patienten.                      Nach pflegerischer und ärztlicher Anamnese und Erstuntersuchung erfolgt i.d.R. am Aufnahmetag die Behandlungsplanung. Die Dokumentation erfolgt unter Nutzung von standardisierten Formularen und z.T. elektronisch im KIS.</p> <p><u>Verbesserungspotentiale:</u>                      Messbare therapeutische Behandlungsziele und Zeitziele werden nur ansatzweise festgelegt. Der Wissensstand der Geriatrie zum Umgang mit Demenz und Delir könnte die Grundlage für ein abteilungsübergreifendes Gesamtkonzept bilden.                      Ein Fallmanagement mit entsprechend geschultem Personal ist nicht etabliert.</p>	

1.4.2. Therapeutische Prozesse

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	15 (3/2, 8/7, 3/2, 3/2)
Einrichtung	15 (3/2, 8/7, 3/2, 3/2)

Stärken:

In den Fachabteilungen existieren zu verschiedenen Krankheitsbildern Behandlungsschemata.  
 Für besondere Versorgungsschwerpunkte wurden spezielle Konzepte entwickelt, z.B. Rapid Recovery Programm und Akutschmerzdienst.  
 Das zertifizierte Schmerzmanagement ist umfassend geregelt mit eigenem QMH. Assessmentinstrumente werden genutzt, insbesondere in der Geriatrie und bei der Umsetzung der Expertenstandards.  
 Die Patienten erhalten zur Vermeidung von Verwechslungen Identifikationsarmbänder.

Verbesserungspotentiale:

Antibiotic Stewardship ist im Aufbau.  
 Verfahren zum Umgang mit (typischen) Komplikationen sind nicht umfassend in allen Abteilungen vorhanden.  
 Peer Review Verfahren kommen nicht zur Anwendung.  
 Es könnte erwogen werden, die aktive Überwachung der amb. Patienten im „Aufwachbereich“ der Endoskopie zu erhöhen (z.B. durch Monitoring).

1.4.3. Operative Prozesse

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	14 (2/2, 7/7, 3/2, 2/2)
Einrichtung	15 (3/2, 8/7, 3/2, 3/2)
<p><u>Stärken:</u>                      Die Abläufe zu den operativen Verfahren sind durch eine VA geregelt, OP-Koordinatoren sind benannt.                      Es werden standardisierte Aufklärungsbögen verwendet, diese sind auch mehrsprachig verfügbar.                      Die Maßnahmen zur präoperativen Vorbereitung sind in verschiedenen Regelungen festgelegt.                      Zur Vermeidung von Verwechslungen kommt eine adaptierte WHO- Checkliste zum Einsatz.                      Patientenübergaben und Verlegungen zur Intensivstation sind in schriftlichen Verfahren geregelt.</p> <p><u>Verbesserungspotentiale:</u>                      Eine strukturierte Risikoanalyse mit einer Darstellung der Prozesse und eines Risikoszenarios ist im OP-Bereich noch nicht erfolgt.                      Die OP-Prozesse werden in der aktuellen trägerweiten Patientenbefragung nicht abgebildet.</p>	

1.4.4. Visite

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	15 (3/2, 7/7, 3/2, 3/2)
Einrichtung	15 (3/2, 7/7, 3/2, 3/2)
<p><u>Stärken:</u>                      Gemäß Vorgabe findet mindestens werktätlich eine ärztliche Visite statt.                      Die Visitenzeitfenster sind auf der Station veröffentlicht und liegen gem. Vorgabe außerhalb von Mahlzeiten und Ruhezeiten.                      Auf der ITS erfolgen eine morgendliche CA-Visite und wöchentlich eine FA-übergreifende CA-Visite.                      Regelmäßig findet nach einem festen Plan eine strukturierte Pflegevisite anhand eines gegliederten Protokolls statt, die regelmäßig von der PDL begleitet wird.                      Im Rahmen des Akutschmerzdienstes findet bei betroffenen Patienten täglich eine Schmerzvisite statt.</p> <p><u>Verbesserungspotentiale:</u>                      Nicht in allen Abteilungen findet routinemäßig an jedem Wochenende bei allen Patienten eine ärztliche Visite statt.                      Pharmakologische und mikrobiologische Visiten finden noch nicht statt.                      Eine strukturierte Überprüfung des Visitenystems (Einhaltung Zeiten, Inhalt, Störungen, Dauer, gemeinsame Visiten AD+PD usw.) erfolgt nicht.</p>	

1.5. Weiterbetreuung / Übergang in andere Bereiche

1.5.1. Entlassungsprozess

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	13 (2/2, 7/6, 2/2, 2/2)
Einrichtung	15 (3/2, 8/7, 3/2, 3/2)

Stärken:

Die Abläufe und Verantwortlichkeiten sind in einer VA Entlassungsmanagement und in einer DA Mitgabe von Medikamenten geregelt.

Mitgegebene Medikamente werden separat verpackt und mit Dosierungsangabe beschriftet.

Bei ambulanter oder stationärer Weiterbetreuung wird ein standardisierter Pflegeüberleitungsbogen ausgefüllt und mitgegeben.

Für geriatrische Patienten steht zur Weiterbetreuung die eigene Tagesklinik zur Verfügung.

Halbjährlich findet ein Treffen mit vollstationären Einrichtungen statt.

Verbesserungspotentiale:

Explizite Vorgaben zur Durchführung, zum Inhalt und zur Dokumentation des ärztlichen Entlassungsgespräches liegen nicht vor.

Es findet keine retrospektive systematische Zufriedenheitserhebung des gesamten Entlassprozesses statt (Befragung entlassener Patienten, Interview-Befragung).

Für die Fälle, in denen ein vorläufiger Entlassbrief mitgegeben wird, ist keine Zeitvorgabe für die Erstellung und den Versand des endgültigen Entlassbriefs definiert.

Eine Leistungserfassung für den Sozialdienst findet nicht statt. Somit wird nicht sichergestellt, dass SD-Mitarbeiter im erforderlichen Umfang zur Verfügung stehen.

Qualitätskennzahlen zur Arbeit des Sozialdienstes werden nicht erhoben (z.B. definierter Zeitraum zur Erstkontaktaufnahme mit Patienten).

1.6. Sterben und Tod

1.6.1. Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	14 (3/2, 7/7, 2/2, 2/2)
Einrichtung	15 (3/2, 8/7, 3/2, 3/2)

Stärken:

Durch die Ethik-AG wurde eine VA zum Umgang mit sterbenden Patienten und eine Leitfaden zum Umgang mit Patientenverfügungen erarbeitet.

Das Vorhandensein von Patientenverfügungen wird standardmäßig abgefragt und diese als Kopie in der Krankenakte hinterlegt.

Ein Raum der Stille steht für Andachten oder Gespräche zur Verfügung.

Bei Bedarf kann eine interdisziplinäre ethische Fallbesprechung veranlasst werden.

Seelsorgerische Begleitung ist bei Bedarf gewährleistet.

Die Anzahl an speziell geschulten Mitarbeitern in der Palliativpflege wurde erhöht.

Verbesserungspotentiale:

Über den Nutzen der Vorhaltung verschiedener Formulare von Patientenverfügungen sollte nachgedacht werden.

Nicht zu allen wichtigen ethischen Fragestellungen (z.B. Einstellung von Beatmung, künstliche Ernährung) sind Grundsatzentscheidungen vorhanden.

Ein Konzept für die Palliativmedizin liegt noch nicht vor.

1.6.2. Umgang mit Verstorbenen

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	15 (3/2, 8/7, 3/2, 3/2)
Einrichtung	15 (3/2, 8/7, 3/2, 3/2)

Stärken:

Die Abläufe sind durch verschiedene VA geregelt, die unter Beteiligung der Ethik AG entstanden sind.

Die Aussegnung kann im Patientenzimmer oder im dafür vorgehaltenen Aussegnungsraum geschehen.

Seelsorgerische Begleitung wird angeboten.

Die Abläufe zur Übergabe an den Bestatter sind geregelt und beinhalten u.a. eine Identitätsprüfung.

Verbesserungspotentiale:

Nicht alle Mitarbeiter sind mit Sterbe- und Trauerritualen unterschiedlicher Religionen vertraut und haben dazu Fortbildungen besucht.



## 2. Mitarbeiterorientierung

### 2.1. Personalplanung / Personalentwicklung

#### 2.1.1. Personalbedarf

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	15 (3/2, 8/7, 3/2, 3/2)
Einrichtung	15 (3/2, 8/7, 3/2, 3/2)

#### Stärken:

Die Verantwortlichkeiten für die Personalplanung sind klar geregelt.

Es erfolgt eine jährliche Personalplanung unter Nutzung definierter Personal- und Leistungskennzahlen sowohl für den ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Bereich. Auf unterjährige Leistungsveränderungen wird reagiert. Vorgaben zur Fachkraftausstattung im ärztlichen und pflegerischen Bereich existieren.

Die Überprüfung der Einhaltung der Vorgaben erfolgt monatlich durch das Controlling.

Eine Personalanpassung an die Leistungsentwicklung unter Berücksichtigung von strategischen Überlegungen, Mehraufwand bei Projekten sowie Ausfallgründen (MS, EZ, Langzeitkrank) findet statt.

Ebenso erfolgt eine quartalsweise Auswertung zu Fluktuation, Krankheit und Überstunden.

Externe Vergleiche erfolgen mit anderen Einrichtungen des Trägers (z.B. GOB KH-übergreifender Vergleich).

Die aktuellen Leistungsentwicklungen, die daraus resultierenden Personalbedarfe und Personalquoten werden intern kommuniziert.

#### Verbesserungspotentiale:

Arbeitsplatzanalysen wurden bisher nicht systematisch hausübergreifend durchgeführt.

Eine mittel- und langfristige Personalplanung liegen vor, die besondere Situation des demographischen Wandels könnte stärker berücksichtigt werden.

2.1.2. Personalentwicklung

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	14 (3/2, 7/7, 2/2, 2/2)
Einrichtung	15 (3/2, 8/7, 3/2, 3/2)

Stärken:

Ein Konzept zur Personalentwicklung mit der Definition der Aufgaben- und Personalstruktur sowie Schwerpunkte für zukünftige Personalrekrutierung ist erstellt. Zu ausgewählten Tätigkeitsfeldern sind Stellenbeschreibungen vorhanden, die auf Aktualität geprüft und ggf. angepasst werden.

Der Erwerb von Zusatzqualifikationen wird grundsätzlich unterstützt. Ein Fortbildungsbudget ist eingerichtet.

Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung werden zur Personalentwicklung eingesetzt.

Mitarbeitergespräche werden jährlich strukturiert geführt, eine Zielquote ist definiert. Differenzierte Arbeitszeitmodelle unter Berücksichtigung sozialer Bedürfnisse werden betreffenden MA angeboten.

Verbesserungspotentiale:

Eine systematische Qualifikationsbedarfsanalyse für alle Berufsgruppen, abgestimmt auf die strategische Entwicklung des Hauses, ist nicht erkennbar.

Das Beurteilungssystem wird noch nicht in allen Berufsgruppen durchgängig angewendet.

Instrumente der Führungskräfteentwicklung finden bisher vor allem im pflegerischen Bereich statt. Workshops zur Führungskommunikation sind projektiert.

2.1.3. Einarbeitung

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	15 (3/2, 8/7, 3/2, 2/2)
Einrichtung	15 (3/2, 8/7, 3/2, 3/2)

Stärken:

Die Verantwortungen und Abläufe sind in einer Verfahrensanweisung Einarbeitung geregelt. Es existieren Mentoren zur Einarbeitung.

Neue Mitarbeiter erhalten eine Checkliste mit allgemeinen betrieblichen und abteilungsspezifischen Informationen sowie Angaben, welche Dokumente zur Kenntnis zu nehmen sind.

Probezeitgespräche zu definierten Zeitpunkten mit abschließender Beurteilung zur Übernahme nach der Probezeit werden geführt.

Im Ärztlichen Dienst wird neuen Mitarbeitern ein Datenstick mit wichtigen Informationen und Dokumenten ausgehändigt.

Verbesserungspotentiale:

Die Zufriedenheit mit der Einarbeitung wird außerhalb der Probezeitgespräche nicht strukturiert erhoben.

2.1.4. Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	15 (3/2, 8/7, 3/2, 2/2)
Einrichtung	15 (3/2, 8/7, 3/2, 3/2)

Stärken:

Es bestehen Ausbildungskooperationen für den ärztlichen (akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Rostock) und pflegerischen Bereich (Wannseeschule für Krankenpflegeberufe).

Im ärztlichen und pflegerischen Bereich werden regelmäßige Aus-, Fort- und Weiterbildungen angeboten.

Es existiert eine Verfahrensanweisung bzgl. IBFW zu den Themen Freistellung und Kostenübernahme.

Es bestehen klare Ausbildungsstrukturen. Für den ärztlichen Bereich wurde ein internes Ausbildungskonzept für Studenten der Universität Rostock entwickelt. Ein besonderes Konzept ist das Projekt der Schülerstation, das alle 2 Jahre durchgeführt wird.

Verbesserungspotentiale:

Die Zeitressourcen der Praxisanleiter/Mentoren zur Wahrnehmung der spezifischen Aufgabe sind nicht eindeutig im Dienstplan definiert.

Der jährliche IBF-Plan berücksichtigt weitgehend nur den FuW-Bedarf der Pflege.

Eine Wirksamkeitsüberprüfung von externen FuW-Maßnahmen (z.B. nach 3 Monaten) erfolgt noch nicht systematisch.

2.1.5. Arbeitszeiten / Work Life Balance

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	14 (3/2, 7/7, 2/2, 2/2)
Einrichtung	15 (3/2, 8/7, 3/2, 3/2)

Stärken:

Für alle Mitarbeitergruppen sind die Verantwortlichen zur Dienstplanung geregelt; entsprechende Vereinbarungen zur Dienstplangestaltung existieren in schriftlicher Form.

Es finden regelmäßige elektronische Auswertungen zu Entwicklung der Arbeitszeitkonten, Ausfallquote und unterjährigem Urlaubstageabbau statt. Zudem besteht für die Mitarbeiter im Rahmen der strukturierten Dialoge die Möglichkeit, grundsätzliche Dienstplanwünsche einzubringen und die Zufriedenheit mit der Dienstplangestaltung zu äußern.

Auf Dienstplanwünsche und die Umsetzung von Teilzeitwünschen wird eingegangen, sofern nicht betriebliche Belange dem widersprechen.

Verbesserungspotentiale:

Vorgaben zur Einhaltung der Pausenzeiten (z.B. im Nachtdienst) sind nicht vorhanden.

Schriftliche Regelungen zum Umgang mit Mobbing und Bossing sind in der Freigabephase.

Es besteht noch kein übergreifendes Konzept, wie bei auffällig hohen Krankheitsausfällen oder hohen Zeitkontenständen intern gegengesteuert werden kann.

2.1.6. Ideenmanagement

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	13 (2/2, 7/6, 2/2, 2/2)
Einrichtung	13 (2/2, 7/6, 2/2, 2/2)

Stärken:

Es liegt eine schriftliche Verfahrensanweisung zum Umgang mit Mitarbeitervorschlägen vor. Die Verantwortlichkeiten zur Prüfung und Umsetzung von Vorschlägen ist klar geregelt. Die MAV ist entsprechend mit einbezogen. Prämierte Vorschläge werden in der Mitarbeiterzeitung veröffentlicht. Eine statistische Erfassung über die Anzahl der eingegangenen Vorschläge erfolgt. Im klinischen Bereich ist ein anonymes Meldesystem zur Mitteilung von Vorkommnissen mit Schadenspotenzial inklusive der Möglichkeit, Verbesserungen zu benennen, um Schadensfälle zu vermeiden, implementiert. Es existiert für Mitarbeiter ebenfalls die Möglichkeit, über verschiedene Kanäle Beschwerden zu äußern.

Verbesserungspotentiale:

In den letzten 3 Jahren wurden keine Ideen prämiert.. Gezielte Maßnahmen zur Motivationsförderung der Nutzung des betrieblichen Vorschlagswesens (BVW) sind nicht vorhanden.

### 3. Sicherheit - Risikomanagement

#### 3.1. Patientenbezogene Risiken

##### 3.1.1. Methoden des klinischen Risikomanagements

###### Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	12 (2/2, 6/6, 2/2, 2/1)
Einrichtung	14 (3/2, 7/7, 2/2, 3/2)

###### Stärken:

Es wurden verbindliche Ablauf- und Organisationsstrukturen für das klinische Risikomanagement festgelegt, die eine umfassende und zeitnahe Information der Krankenhausleitung gewährleisten.

Die Erfassung der risikorelevanten Indikatoren in der Pflege (Sturz- und Dekubitusgefahr, Ernährungssituation, Risikoprofil geriatrischer Pat. etc.) erfolgt nach festgelegten Methoden in den dafür vorgesehenen Intervallen.

Das klinische Risikoprofil wird im Rahmen der ärztlichen Anamnese erhoben. Zur Vermeidung von Verwechslungen und zur sicheren Identifizierung werden Patientenarmbänder genutzt.

Für alle Abteilungen wurden Niederflurbetten angeschafft.

###### Verbesserungspotentiale:

Die Vorgaben zum Risikomanagement aus der QM-Richtlinie des GBA sind nicht vollständig umgesetzt.

Es hat – insbesondere in den so genannten kritischen Bereichen – noch keine systematische Risikoanalyse stattgefunden (extern begleitete Risikobewertung der INN II ist zum Nov 2018 geplant).

Es sind bisher keine MA zu Risikomanagern weitergebildet.

Es finden aktuell noch keine strukturierten Risikoaudits statt.

Befragungen zum Thema Patientensicherheit haben noch nicht stattgefunden.

Ein jährlicher Risikobericht an die GF wird nicht erstellt.

Schulungen zum klinischen Risikomanagement werden nicht für alle Mitarbeiter angeboten.

Die WHO-Checkliste zur OP-Vorbereitung wird nicht immer komplett ausgefüllt.

3.1.2. Eigen- und Fremdgefährdung

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	14 (3/2, 7/7, 2/2, 2/2)
Einrichtung	14 (3/2, 7/7, 2/2, 2/2)

Stärken:

Die Aufsichtspflichten für die verschiedenen Patientengruppen sind geregelt. Der Qualifikationsschlüssel im Pflegedienst und die Vorgaben zur Personaleinsatzplanung gewährleisten eine fachgerechte Aufsicht.

Bei allen stationär aufgenommenen Patienten wird im Zuge der pflegerischen Aufnahme ein Risikoassessment durchgeführt, um gemeinsam mit dem Patienten und auf Wunsch mit den Bezugspersonen geeignete Vorkehrungen abzuleiten. In den jeweiligen Standards sind Instrumente zur Risikoerfassung und -bewertung berücksichtigt.

Das Vorgehen zur Einleitung von freiheitsentziehenden Maßnahmen ist in einer VA festgelegt.

Verbesserungspotentiale:

Systematische Begehungen zum Thema Patientensicherheit finden nicht statt. Über die Einbeziehung ehrenamtlicher Begleitpersonen könnte nachgedacht werden.

Das im Gymnastikraum der Geriatrie eingesehene MTT-Gerät ist zwar inventarisiert, ein Nachweis über die regelmäßige Zugprüfung war am Gerät nicht einsehbar.



3.1.3. Medizinisches Notfallmanagement

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	15 (3/2, 8/7, 3/2, 2/2)
Einrichtung	17 (3/3, 8/8, 3/3, 3/3)

Stärken:

Die operative Verantwortung für med. Notfälle obliegt dem oberärztlichen Beauftragten.

Die Umsetzungsverantwortung liegt bei allen Mitarbeitern im Geltungsbereich der Regelungen. Der Beauftragte trägt die Verantwortung für die Etablierung eines den Leitlinien der Fachgesellschaften und den Richtlinien der Ärztekammer entsprechenden medizinischen Notfallmanagements. Ein Reanimationskonzept (VA Reanimationsteam, VA Auffinden einer Person in lebensbedrohlicher Situation, BS Transport beatmungspflichtiger Patienten, DA Überprüfung Notfallwagen) liegt vor. Ein qualifiziertes Reanimationsteam kann gemäß VA jederzeit aus dem intensivtherapeutischen Personalpool rekrutiert werden.

Verbesserungspotentiale:

Die Schulungsquote Reanimation ist laut Management Review als Pflichtfortbildung mit einer Teilnehmerquote von <50% sehr gering.

3.1.4. Organisation der Hygiene

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	15 (3/2, 7/7, 3/2, 3/2)
Einrichtung	17 (3/3, 8/7, 3/3, 3/3)

Stärken:

Die Verantwortlichkeiten zum Hygienemanagement richten sich nach der Berliner Krankenhaus-Verordnung.

Der medizinische Geschäftsführer trägt die Verfahrensverantwortung. Zur Sicherstellung von Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen unterstützen ihn dabei die beratende Krankenhaushygienikerin, die HFK sowie die hygienebeauftragten Ärzte.

Die hygienebeauftragten Ärzte sind schriftlich bestellt. Die Umsetzungsverantwortlichen verfügen über Stellenbeschreibungen.

Die Erreichung von Qualitätszielen im Hygienemanagement wird in der Hygienekommission geprüft.

Im Managementbericht wird der Soll-Ist-Stand zu den Qualitätsindikatoren ausgewiesen.

Zur Sicherstellung des hygiesichernden Verhaltens führt die HFK täglich Begehungen auf allen Stationen durch (Isoliermaßnahmen, persönliche Hygiene).

Verbesserungspotentiale:

Ein Ausbau der Leistungserfassung von MRE-Daten (bisher nur Leistenhernie und Hüft-TEP) ist in Planung.

Eine Regelung (z. B. Betriebsvereinbarung) zur Testung von MA und zum Umgang mit MRSA-pos Mitarbeitern ist nicht vorhanden.

Bei den Stationsbegehungen wurde festgestellt, dass Mitarbeiter im Patientenkontakt Ringe und Uhren tragen.

Die Beobachtungen im OP hinsichtlich Kleidung und Schmuck decken sich nicht mit den Ergebnisprotokollen der Hygienebegehungen.

3.1.5. Hygienerrelevante Daten, Infektionsmanagement

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	15 (3/2, 8/7, 3/2, 3/2)
Einrichtung	17 (3/3, 8/7, 3/3, 3/3)

Stärken:

Die operative Verantwortung zur Sicherstellung eines wirksamen Infektionsmanagements liegt bei der HFK und den hygienebeauftragten Ärzten im Rahmen ihrer Stellenbeschreibungen bzw. Beauftragungen, bei den Vorgesetzten der klinischen Bereiche und bei allen klinischen Mitarbeitern im Geltungsbereich der betreffenden Regelungen.

Hygienerrelevante Daten werden nach dem IfSG erfasst. Über ein internes Meldewesen ist die HFK über jeden Verdacht auf MRE sowie ein Ausbruchsgeschehen zu informieren. Das Meldeverfahren ist im Hygienehandbuch definiert und im Intranet für alle Mitarbeiter einsehbar.

Täglich wird eine Liste der isolierten Patienten an die relevanten Mitarbeiter verteilt.

Verbesserungspotentiale:

Eine Antibiotikavisite ist noch nicht eingeführt.

Ein Gesamtkonzept der erhobenen hygienerlevanten Daten inklusive Zielgrößen und Verwendungen im Sinne des KVP ist nicht erkennbar. Infektionsraten werden nicht systematisch nachverfolgt.

Der Antibiotikaverbrauch wird nicht systematisch erfasst und gezielt ausgewertet.

3.1.6. Arzneimittel

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	14 (3/2, 7/6, 3/2, 3/2)
Einrichtung	14 (3/2, 7/6, 3/2, 3/2)

Stärken:

Die VA Medikamentenbestellung regelt das Vorgehen zur Beschaffung und die Verantwortlichkeiten.

Medikamente werden auf der Basis eines Vertrages mit der externen KH Apotheke bestellt und können im Bedarfsfall 24/7 geliefert werden. MA der externen Apotheke stehen beratend zur Verfügung (Hotline).

Alle Stationen verfügen über einen Zugriff auf eine aktuelle Version der Roten Liste sowie das Programm „MUSE“.

Alle Medikamentenanordnungen und Applikationen sowie im Zusammenhang mit der Medikation festgestellte Beobachtungen werden gemäß VA dokumentiert. Kontrollmechanismen beim Stellen und bei der Vergabe von Medikamenten sind etabliert.

Verbesserungspotentiale:

Pharmakologische Visiten bzw. pharmakologische Begleitung auf Station finden nicht statt.

Systematische Dokumentation und Auswertung von verfallenen Medikamenten findet nicht statt.

Arzneimittelinteraktionen bei Verordnung von mehr als drei Medikamenten werden nicht systematisch erforscht.

Maximaldosierungen für Bedarfsmedikationen sind noch nicht in allen Fällen festgelegt.

Der Verwurf von BTM-Restmengen erfolgt nicht immer mit zwei Zeugen.

Eine schriftliche Regelung zur mündlichen Anordnung von Medikamenten per Telefon existiert nicht.

In der ZNA sind Notfallwagen und Medikamentenschränke in den Behandlungsräumen teilweise unverschlossen. Patienten warten in diesen Räumen u. U. unbeaufsichtigt auf ihre Behandlung und haben damit unkontrollierten Zugang zu Medikamenten (z.B. Propofol).

3.1.7. Labor- und Transfusionsmedizin

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	15 (3/2, 8/7, 3/2, 3/2)
Einrichtung	17 (3/3, 8/7, 3/3, 3/3)

Stärken:

Ein Transfusionshandbuch, in dem die Anwendung von Blut und Blutprodukten sowie Plasmaderivaten beschrieben werden, wurde vom Transfusionsverantwortlichen unter Beachtung der geltenden Rechtsnormen und der Leitlinien der Fachgesellschaften erarbeitet und vom med. GF herausgegeben. Die im Handbuch enthaltenen Dokumentationsregeln sichern ein vollständiges Look-Back-Verfahren.

Die Regelungen zum Einsatz von Eigen- und Fremdblut sowie die Beschreibung der Blutgruppenserologie sind Bestandteil des Transfusionshandbuchs. Bestellung, Dokumentation, Ausgabe und Rücknahme von Blut, Blutprodukten und Plasmaderivaten sowie die Annahme, Verteilung der Befunde und Proben werden über das Labor realisiert.

Das Vorgehen bei Patienten bestimmter Glaubensrichtungen wird bzgl. operativer Eingriffe jeweils im Einzelfall zwischen der operierenden Abteilung und der Anästhesieabteilung individuell besprochen und entschieden.

Verbesserungspotentiale:

Es bleibt unklar ob statistische Auswertungen bezüglich der EK-Gabe und Bereitstellung (Kreuzproben), Konservenverfall etc. erfolgen und welche Maßnahmen abgeleitet werden.

Systematische Wiederholungsschulungen sind nicht etabliert.

Der interne Transport von Blutprodukten erfolgt teilweise ohne Transportgefäße.

3.1.8. Medizinprodukte

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	13 (2/2, 7/6, 2/2, 2/2)
Einrichtung	17 (3/3, 8/7, 3/3, 3/3)

Stärken:

Die VA Umsetzung der MPBetrV, der ST Umgang und Lagerung von Sterilgut, das Organigramm Medizinprodukte und POCT und die bestehenden Regelungen zur Klassifizierung und zum Vorgehen der Entsorgung von nicht-technischen Medizinprodukten sowie zur Aufbereitung von Endoskopen im Hygienehandbuch regeln den Umgang mit Medizinprodukten. Die Gebrauchsanweisungen und die Medizinproduktebücher sowie die CL zu technischen Medizinprodukten sind jederzeit für alle Mitarbeiter zugänglich.

Nach der Ersteinweisung durch den Hersteller nehmen die jeweiligen Gerätebeauftragten die weiteren Einweisungen der MA vor.

Die Einweisungen sind fester Bestandteil bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter. Ein Testverfahren für Probestellungen ist etabliert.

Verbesserungspotentiale:

Der Bereich Medizintechnik und Medizinprodukte ist aktuell dezentral organisiert. In Kürze wird dieser Bereich extern vergeben und damit zentral verwaltet.

Individuelle Gerätepässe werden nicht an die MA ausgegeben.

Die aktuelle Geräteliste ermöglicht nicht den Nachweis, welcher Mitarbeiter in welche Geräte eingewiesen werden muss.

Im OP wurde im Schleusenbereich ein OP-Tisch gesichtet, der mit dem Vermerk „bremst nicht“ versehen war.

### 3.2. Schutz- und Sicherheitskonzepte

#### 3.2.1. Arbeitsschutz

##### Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	14 (3/2, 7/7, 2/2, 2/2)
Einrichtung	15 (3/2, 7/7, 3/2, 3/2)

##### Stärken:

Verfahren und Strukturen zur Übertragung gesetzlicher Unternehmerpflichten des betrieblichen Arbeitsschutzes werden über einen externen Sicherheitsingenieur sichergestellt.

Arbeitsschutzrelevante Schulungen sind als Pflichtfortbildungen deklariert, die Teilnahme wird dokumentiert.

Das Procedere der Kenntnisnahme ist geregelt. Mitarbeiter von Fremdfirmen werden hinsichtlich Hygiene, Brand- und Arbeitsschutz im KHBE geschult und mittels der neu entstandenen Fremdfirmenrichtlinien unterwiesen.

Drei Strahlenschutzbeauftragte sind benannt. Jährlich findet eine Strahlenschutzunterweisung statt. Eine Übersicht der Mitarbeiter mit aktuellen Fachkundenachweisen führt das Sekretariat der Hauptgeschäftsführung.

##### Verbesserungspotentiale:

Konsequenzen bei Nichtteilnahme an den vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen sind nicht beschrieben.

Die Einstellungsuntersuchungen finden nicht regelhaft vor Aufnahme der Tätigkeit statt.

Die Teilnahmequote an den Pflichtfortbildungen zum Arbeitsschutz sollte erhöht werden (laut MMB 2017 < 50%).

Psychische Belastungsanalysen für Mitarbeiter sind noch nicht erstellt.

Die Automatiktüren sind nicht mit einem Hinweis bezüglich des Schwenkbereichs gekennzeichnet.

Die in den Bereichen wahr genommenen Leitern (z. B. in der Küche) hatten keinen Nachweis über die sicherheitstechnische Kontrolle (STK).

Beim Schieben der Niederflurbetten sollte durch geeignete Höheneinstellung auf rückenschonendes Arbeiten geachtet werden.

3.2.2. Brandschutz

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	13 (3/2, 7/6, 2/2, 2/2)
Einrichtung	13 (3/2, 7/6, 2/2, 2/2)

Stärken:

Das Verfahren zum Brandschutz ist geregelt. Ein Handbuch zum Brandschutz, Alarm und Störmeldungen und der Katastrophenschutzplan legen das Verfahren fest und sind für alle MA im Intranet einsehbar. Im Handbuch enthalten sind u.a. die Brandschutzordnung für das KHBE und Regelungen zum Schnittstellenmanagement bei Alarmierungen. Aktuelle Flucht- und Rettungspläne sowie Hinweise zum Sammelplatz hängen in allen Bereichen aus. Laufkarten, Lage- sowie Geschosspläne des Hauses werden an der Pforte vorgehalten. Protokollierte Brandschutzbegehungen finden statt, alle 5 Jahre mit der Bauaufsichtsbehörde und intern nach Begehungsplan in Form von Stationskontrollen mehrmals im Jahr. Im Rahmen der Begehungen wird der Kenntnisstand der MA ermittelt.

Verbesserungspotentiale:

Es ist nicht sichergestellt, dass alle externen Personen (z. B. Belegärzte und Personal des vermieteten OPs) an den Brandschutzunterweisungen teilnehmen.



3.2.3. Datenschutz

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	12 (2/2, 6/6, 2/2, 2/2)
Einrichtung	12 (2/2, 6/6, 2/2, 2/2)

Stärken:

Die Krankenhausleitung im Krankenhaus Bethel hat ein Konzept zur Gewährleistung des Datenschutzes im Sinne der gesetzlichen Datenschutzanforderungen etabliert und in einem Datenschutz-Handbuch festgehalten. In dem Handbuch sind ausführliche Anweisungen u.a. zum Auskunfts- und Einsichtsrecht des Patienten, der internen Übermittlung und Nutzung von Patientendaten und der Übermittlung von Patientendaten an Personen und Stellen außerhalb des Krankenhauses und deren Nutzung geregelt.

Neben dem Datenschutzkoordinator wurde Anfang des Jahres ein ärztlicher MA zum Datenschutzbeauftragten ernannt.

Verbesserungspotentiale:

Ein Meldesystem für DS-Verstöße bzw. Vorkommnisse ist nicht eingerichtet.

Konsequenzen bei Verstößen gegen DS-Vorschriften sind nicht definiert.

Nicht alle Vorgaben der DSGVO sind umgesetzt (z. B. unvollständiger Hinweis auf Kamera nahe Getränkeautomat in Patientenaufnahme).

Es liegt keine konkrete Audit- und Maßnahmenplanung für 2018 vor.

3.2.4. Umweltschutz

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	14 (3/2, 7/7, 3/2, 2/2)
Einrichtung	15 (3/2, 7/7, 3/2, 3/2)

Stärken:

Ein Umweltkonzept wurde erarbeitet. Es beschreibt die Umweltziele des KHBE und die Grundsätze umweltorientierten Arbeitens. Dazu gehören ein adäquater und schonender Einsatz der Ressourcen, Wirtschaftlichkeit, Nachhaltigkeit und die Vermeidung von Umweltbelastungen.

Ein Verzeichnis wassergefährdender Stoffe liegt vor, es wird regelmäßig überprüft und bei Bedarf aktualisiert.

Zu den umweltorientierten Installationen gehören Sparspülungen, Wärmerückgewinnung, energiesparende Beleuchtung, Maßnahmen zur Wärmedämmung und die Gebäudeleittechnik. Eine Energiebilanz wird jährlich erstellt.

Die Rücknahme von Verpackungen ist im Einkaufsverbund geregelt.

Verbesserungspotentiale:

Inwieweit umweltschonendes Verhalten kontrolliert und Fehlverhalten korrigiert wird, konnte nicht nachvollzogen werden.

Umweltthemen werden noch nicht in den sonstigen Audits integriert.

Eine Wirksamkeitskontrolle bereits umgesetzter Maßnahmen lag nicht vor.

3.2.5. Katastrophenschutz

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	15 (3/2, 8/7, 3/2, 2/2)
Einrichtung	15 (3/2, 8/7, 3/2, 3/2)

Stärken:

Das KHBE ist in den Katastrophenschutzplan des Berliner Senats eingebunden und im Fall von Großschadensereignissen zur Aufnahme von Verletzten verpflichtet. Es bestehen umfangreiche organisatorische und strukturelle Vorkehrungen für den Umgang mit Großschadensereignissen, die sämtlich im Katastrophenschutzplan abgebildet sind.

Die Abläufe im Katastrophenschutz werden regelmäßig im Anschluss an die Pflichtschulung Arbeitssicherheit geschult.

Zusätzlich erfolgen alle 3 Jahre umfassende Schulungseinsätze.

Meldekette, Sicherstellung der benötigten Personalkapazität, Bildung der Einsatzleitung, triageverantwortliche Ärzte, Kennzeichnung der Verletzten und Geschädigten, Bereitstellung des notwendigen Equipments und der für die Triage notwendigen räumlichen Kapazitäten und Umgang mit der Presse sind im Katastrophenschutzplan geregelt.

Verbesserungspotentiale:

Ein Alarmserver, mit dem viele Mitarbeiter im Katastrophenfall gezielt und gleichzeitig aus dem Frei rekrutiert werden können, kommt noch nicht zum Einsatz.

3.2.6. Ausfall von Systemen

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	14 (3/2, 7/6, 3/2, 2/2)
Einrichtung	14 (3/2, 7/6, 3/2, 3/2)

Stärken:

Die Verantwortlichkeiten bei den diversen Systemausfällen sind geregelt. Regelungen beschreiben das Vorgehen bei nichtmedizinischen Notfällen für alle Mitarbeiter, z.B. Vorgehen bei Kassensalarm, Verhalten bei Bombenalarm, EDV-Ausfall, Notstrom. In sicherheitsrelevanten Handbüchern sind weitere Regelungen enthalten.

Das Datensicherheitskonzept im IT Bereich sieht redundante Speicherkapazitäten vor. Für einen Netzwerkausfall und der vorübergehenden Nichtverfügbarkeit der Informationstechnologie sind Vorkehrungen getroffen.

Bei Ausfall der Telefonanlage stehen Notfall-Handys zur Verfügung.

Verbesserungspotentiale:

Eine Risikoanalyse und Risikobewertung der in Frage kommenden Störfälle (z.B. Wasser, Strom, etc.) liegt nicht vor.

Eine systematische Überprüfung des Wissenstands der Mitarbeiter zum Verhalten und Vorgehen bei nichtmedizinischen Notfallsituationen erfolgt nicht regelhaft.

## 4. Informations- und Kommunikationswesen

### 4.1. Informations- und Kommunikationstechnologie

#### 4.1.1. Netzwerkstruktur und Datensysteme

##### Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	14 (3/2, 7/7, 2/2, 2/2)
Einrichtung	15 (3/2, 8/7, 3/2, 3/2)

##### Stärken:

Ein externes Dienstleistungsunternehmen ist mit dem Support der Hardware und des Netzwerkes beauftragt.

Ein interner Beauftragter nimmt Administratorrechte für das System wahr.

Ein mehrjähriger Arbeitsplan sieht den sukzessiven Ausbau eines integrativen Dokumentationssystems (MCC) vor.

In die Netzwerkstruktur sind verschiedene Systeme wie z.B. das KIS, die Labor-EDV und die Personalwirtschaftssoftware integriert.

Ein IT-Ausfall- und Sicherheitskonzept ist vorhanden, u.a. mit täglichen Backups auf räumlich getrennten Servern.

##### Verbesserungspotentiale:

Der weitere Ausbau der EPA ist in Planung.

Eine Zufriedenheitsbefragung der Anwender ist in Planung.

Der Bedarf für Nachschulungen nach Einführung neuer Software wird nicht strukturiert ermittelt

Schulungen erfolgen vorrangig bei Neuanschaffung von Software.

4.2. Patientendaten

4.2.1. Klinische Dokumentation

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	13 (3/2, 7/6, 2/2, 2/2)
Einrichtung	14 (3/2, 7/6, 3/2, 3/2)

Stärken:

Die Verantwortlichkeiten und Vorgehensweisen sind in einer VA Dokumentation geregelt.  
 Berufsübergreifende VA enthalten weitere Bestimmungen wie z.B. VA Erstellung und Lenkung von Dokumenten, VA Aktenabschluss, VA Arbeitsabläufe im Archiv, VA Entlassungsmanagement, VA Wundmanagement und Wunddokumentation, VA Sturzprophylaxe.  
 Dokumentationsprüfungen erfolgen im Rahmen von Visiten, Audits und der internen Revision.  
 Zur Prüfung der Akte auf Vollständigkeit wird eine CL benutzt.

Verbesserungspotentiale:

Eine systematische Überprüfung der Dokumentation findet nur im Pflegedienst (Pflegevisiten) statt.  
 Die Umstellung von Papierformularen auf elektronische Formulare ist noch nicht abgeschlossen.  
 Viele elektronische Formulare müssen noch ausgedruckt und der Papierakte zur Archivierung zugeführt werden.  
 Warum die bereits elektronisch erfassten Daten ausgedruckt in der Patientenakte geführt werden, konnte nicht immer nachvollzogen werden.

4.2.2. Verfügbarkeit und Archivierung

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	14 (3/2, 7/7, 2/2, 2/2)
Einrichtung	15 (3/2, 8/7, 3/2, 3/2)

Stärken:

Für die Archivierung liegen separate VA vor wie z.B. VA Aktenabschluss oder VA Arbeitsabläufe im Archiv. Der Verbleib ausgeliehener Akten wird strukturiert nachverfolgt.

Außerhalb der Öffnungszeiten ist der jederzeitige Zugriff auf Akten durch Zugriffsberechtigte mit Hilfe eines an der Pforte hinterlegten Schlüssels möglich. Auf die elektronischen Patientendaten kann jederzeit zugegriffen werden.

Verbesserungspotentiale:

Es sollte überlegt werden, die Akten und evtl. schrittweise das Archiv zu digitalisieren, um die jederzeitige Verfügbarkeit der Daten zu gewährleisten. Das Procedere im Bereich der Geriatrie, in der Entlassungsbriefe ausgewertet und unvollständige Entlassungsbriefe mit Bitte um Vervollständigung zurückgesendet werden, könnte auf alle Fachabteilungen ausgedehnt werden.

4.3. Informationsmanagement

4.3.1. Information der Unternehmensleitung

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	14 (3/2, 7/6, 3/2, 3/2)
Einrichtung	14 (3/2, 7/6, 3/2, 3/2)

Stärken:

Die Information der KH-Leitung wird durch Aufgabenprofile, Stellenbeschreibungen und die Kommunikationsstrukturen geregelt.

Die KH-Leitung erhält z.B. interne und externe Informationen im Rahmen von Abteilungsleiter- und Chefarzt-Sitzungen.

Verschiedene VA enthalten Vorgaben für die Informationsweitergabe an die KH-Leitung wie z.B. DA bei besonderen Ereignissen, VA BVW, VA BM u.a.

Ein Berichtswesen ist etabliert mit standardisierter Protokollführung.

Die KH-Leitung erhält regelmäßig Informationen zu Leistungsentwicklung, zur QS, zur wirtschaftlichen Situation usw.

Verbesserungspotentiale:

Eine strukturierte Bewertung der Zeitnähe und Vollständigkeit der Informationen ist nicht erkennbar.

Es ist nicht festgelegt, von welchen Sitzungsprotokollen die KH-Leitung Durchschriften erhalten muss. Die bestehende Sitzungsmatrix könnte um definierte Verteiler der jeweiligen Protokolle ergänzt werden.



4.3.2. Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	14 (3/2, 7/7, 3/2, 2/2)
Einrichtung	15 (3/2, 7/7, 3/2, 3/2)

Stärken:

Die Pflichten zur internen Informationsweitergabe ergeben sich aus Stellenbeschreibungen, Organigrammen, Geschäftsordnungen und Sitzungsmatrix. Fallbesprechungen, Tumorkonferenz, Gremien und Kommissionen sowie Teambesprechungen sind weitere Instrumente der Informationsweitergabe. Als Medien stehen Intranet und ein Email-Verteiler zur Verfügung. Für die externe Kommunikation ist eine Stabsstelle bei der GF angesiedelt. Ein Konzept für die Öffentlichkeitsarbeit ist erstellt und beinhaltet u.a. Informationsveranstaltungen, Sonderveranstaltungen und Pressemitteilungen. Die Pforte und Sekretariate fungieren als zentrale Auskunftsstellen und halten aktuelle Einsatzpläne vor. Die Informationen, die die Sekretariate an die Pforte weitergeben müssen, sind in einer CL geregelt. Den MA an der Pforte stehen aktuelle Belegungsübersichten, Organigramme der Bereiche und Telefonverzeichnisse zur Verfügung. Die Mitarbeiter der Pforte erhielten zu relevanten Themen eine gezielte Fortbildung (z.B. Kommunikationstraining).

Verbesserungspotentiale:

Nicht alle Besprechungen, z.B. innerhalb von Abteilungen, in denen auch Organisatorisches besprochen wird, werden protokolliert. Eine systematische Reflektion über Häufigkeit und Teilnehmerkreise der Besprechungen im Hinblick auf Kosten-Nutzen-Relation wird noch nicht genutzt. Eine systematische Überprüfung der Qualität der Telefonauskunft (z.B. mit Testanrufen) erfolgt nicht. Wartezeiterhebungen an der Pforte werden noch nicht systematisch durchgeführt. Es liegen aktuell keine fremdsprachigen Orientierungshilfen vor. In Zufriedenheitsbefragungen von MA und Patienten sollten Fragen zur Arbeit der Pforte mit einfließen.

## 5. Unternehmensführung

### 5.1. Unternehmensphilosophie und -kultur

#### 5.1.1. Philosophie/Leitbild

##### Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	14 (3/2, 8/7, 2/2, 2/2)
Einrichtung	15 (3/2, 8/7, 3/2, 3/2)

##### Stärken:

Das Unternehmensleitbild wurde von den Mitgliedern des Gesellschafters (Diakonie Werk e.V.) in einer Arbeitsgruppe entwickelt und in allen Unternehmensteilen zentral eingeführt. Darüber hinaus beschreibt die auf Basis des Leitbildes erstellte Qualitätspolitik die Absicht der Klinikleitung, Qualität auf allen Ebenen zu fördern. Die Qualitätsziele der Abteilungen beschreiben den Soll-Zustand und legen fest, wie das Leitbild und die Zielplanung auf der operativen Ebene umzusetzen sind.

##### Verbesserungspotentiale:

Eine systematische Überprüfung auf allen Ebenen, ob sich alle Mitarbeiter an das Leitbild halten, ist nicht erkennbar.

Wie mit Verstößen gegen leitbildkonformes Verhalten und Handeln umgegangen wird, wird nicht klar.

Die strategische Zielplanung auf der Basis des Leitbildes wird nur ansatzweise auf Abteilungsebene zur Bildung von Abteilungszielen sichtbar.

5.1.2. Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	14 (3/2, 7/7, 2/2, 2/2)
Einrichtung	15 (3/2, 7/7, 3/2, 3/2)

Stärken:

In den Führungsgrundsätzen bezieht der Träger Stellung zur Ausübung der Rolle als Führungskraft im Unternehmen.

Die Aufbauorganisation gewährleistet den zügigen Informationsfluss sowohl bottom up als auch top down.

Mitarbeiterorientierung umfasst sowohl die Förderung und Partizipation von Mitarbeitern an Prozessen als auch das Einbringen von Vorschlägen und Ideen.

Verbesserungspotentiale:

Ein betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) befindet sich noch im Aufbau.

Eine Beschwerdestelle nach dem Allgemeinen Gleichstellungsgesetz ist nicht eingerichtet.

Bisher erfolgte keine systematische spezielle Zufriedenheitserhebung der MA bzgl. der vertrauensfördernden Maßnahmen.

5.1.3. Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	15 (3/2, 7/7, 3/2, 3/2)
Einrichtung	14 (3/2, 7/6, 3/2, 3/2)

Stärken:

Eine Ethik AG ermittelt patienten- und organisationsbezogene ethische Fragestellungen und erarbeitet Handlungsempfehlungen, Vorlagen für Leitlinien und Vorschläge für Fortbildungsangebote.

Die Ethik AG legt der Klinikleitung einen Jahresbericht vor, der im Intranet allen Mitarbeitern zugänglich gemacht wird.

Ethische Fragestellungen werden einmal monatlich in der Ethik AG strukturiert mit Tagesordnung beraten.

Ein Leitfaden für das Führen systematischer Ethikfallbesprechungen wurde entwickelt.

Verbesserungspotentiale:

Eine regelmäßige Thematisierung, ob neben der christlichen Religion auch weitere Weltanschauungen für ethische Fragestellungen Berücksichtigung finden sollten, erfolgt nicht.

5.1.4. Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	15 (3/2, 8/7, 3/2, 2/2)
Einrichtung	17 (3/3, 8/8, 3/3, 3/3)

Stärken:

Es besteht ein Konzept zur Öffentlichkeitsarbeit, in dem die Ausgangssituation, Ziele, Zielgruppen, Strategien, Instrumente und Erfolgskontrolle beschrieben sind. Die VA „Öffentlichkeitsarbeit“ regelt die Organisation der Öffentlichkeitsarbeit und die Umsetzung von entsprechenden Maßnahmen.

Über externe Printmedien, das Internet aber auch über die MA-Zeitung und das Intranet wird die Arbeit der Kliniken dargestellt. Presseartikel werden im Intranet veröffentlicht, teilweise auch auf der Homepage.

Verbesserungspotentiale:

Ein „Krisenhandbuch“ mit Vorgaben für das Verhalten und Vorgehen bei Krisensituationen ist in der Entwicklung.

Ein Einweiserportal befindet sich im Aufbau.

Ein gezieltes Einweisermarketing (Ärzte und Rettungsdienst) inklusive Befragung findet nicht statt. Die letzte Ausgabe der Mitarbeiterzeitung stammt aus dem Jahr 2016.

5.2. Strategie und Zielplanung

5.2.1. Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	13 (2/2, 7/6, 2/2, 2/2)
Einrichtung	13 (2/2, 7/6, 2/2, 2/2)

Stärken:

Die strukturierte Zielplanung für das KH erfolgt in Abstimmung mit dem Träger anhand einer Portfolioanalyse. Darüber hinaus gibt eine Umfeldanalyse Aufschluss über Marktpotenziale und Marktrisiken.

Monatliche Leitungssitzungen erfolgen mit allen Chefärzten zur Information und Diskussion der Leistungsentwicklung

Die Budgetverantwortung ist geregelt. Bei Investitionen / Innovationen von größeren finanziellen Ausmaßen, die in der Regel mit Folgekosten verbunden sind, erfolgt eine Wirtschaftlichkeitsberechnung.

Verbesserungspotentiale:

Die Balanced Score Card wird nicht angewendet.

Eine Kostenträgerrechnung ist nicht eingeführt.

5.2.2. Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	14 (3/2, 8/7, 2/2, 2/2)
Einrichtung	15 (3/2, 8/7, 3/2, 3/2)

Stärken:

Verantwortliche für die Erfassung wirtschaftlicher und finanzieller Risiken sind benannt. Basis des Handelns ist das Leitbild, das der Gesamtstrategie einen Rahmen gibt. Die strukturierte Zielplanung erfolgt in Abstimmung mit dem Träger anhand einer Portfolioanalyse, um die eigenen Stärken und Potenziale in strukturierter Form zu ermitteln.

Es werden diverse Kennzahlen eines klassischen Frühwarnsystems erhoben und durch die Betriebsleitung bewertet.

Führungskräfte werden im Rahmen ihrer Zuständigkeiten in die Identifizierung, Bewertung und Bearbeitung der Risiken eingebunden.

Verbesserungspotentiale:

Die Erweiterung des Kennzahlensystems (z.B. um CM-Punkt je Belegungstag, OP-Minute je CM-Punkt, präop. VWD etc.) auf abteilungsspezifische und periodische Auswertungen ist geplant.

Ein Compliance-Managementsystem und eine Compliance-Richtlinie sind nicht vorhanden.

5.2.3. Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	15 (3/2, 7/7, 3/2, 3/2)
Einrichtung	15 (3/2, 7/7, 3/2, 3/2)

Stärken:

Kooperationen werden gezielt nach festgelegten Kriterien in den Bereichen Wirtschaftsbetrieb, Ausbildung, Medizin und Förderungen geschlossen. Die Ausrichtung erfolgt am Ziel der Kooperation. Danach richten sich die Vertragskomponenten wie Laufzeit, Kündigungsfrist, Art und Inhalt der Vereinbarungen.

Die fachübergreifende Koordination obliegt im Wesentlichen den Gremien der Klinikleitungssitzung und der Chefarzt-Runden. Interdisziplinäre Besprechungen werden in AGs, Dienstbesprechungen und Qualitätszirkeln durchgeführt. Für die wöchentliche Tumorkonferenz wurde die Beteiligung von Hausärzten ermöglicht.

Neue Kooperationen wurden im Bereich Dialyse, Stoma und Teleradiologie geschlossen.

Verbesserungspotentiale:

Eine Übersicht der beabsichtigten und bestehenden Kooperationen liegt nicht vor. Es wurden noch keine Kooperationspartner systematisch zur Zufriedenheit mit dem KH befragt.

Es bleibt unklar, wie die Maßnahmen und Kooperationen auf Wirksamkeit und Nachhaltigkeit überprüft werden.



5.3. Unternehmensentwicklung

5.3.1. Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	14 (3/2, 7/7, 2/2, 2/2)
Einrichtung	15 (3/2, 7/7, 3/2, 3/2)

Stärken:

Die Organisationsstruktur und die Verantwortlichkeiten sind klar geregelt. Organigramme der Abteilungen sowie die Funktionsübersichten werden aktuell vorgehalten.  
Die Gremienarbeit erfolgt in Kommissionen, Arbeitsgruppen, Projektgruppen, Qualitätszirkeln und bereichsspezifischen Sitzungen.  
Die Implementierung obliegt der Klinikleitung. Für die Gremien und Kommissionen wurden Geschäftsordnungen und für die Beauftragten Aufgabenbeschreibungen erstellt.

Verbesserungspotentiale:

Eine strukturierte Überprüfung der Arbeitsweise von Gremien (Protokollanalysen, Befragungen o.ä.) ist nicht durchgehend nachvollziehbar.  
Eine systematische Überprüfung der Besprechungen hinsichtlich Kosten-Nutzen-Relation findet nicht statt.  
Eine Projektevaluierung findet ansatzweise statt.

5.3.2. Innovation und Wissensmanagement

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	11 (2/2, 6/6, 2/1, 2/1)
Einrichtung	13 (2/2, 7/6, 2/2, 2/2)

Stärken:

Die Planung von Innovationen erfolgt anhand verschiedener Methoden und unter Verantwortung verschiedener Leitungskräfte und Gremien.

Innovationsideen werden auch aus den abteilungs- und hierarchieübergreifend besetzten Kommissionen heraus entwickelt.

Die Abteilung für Öffentlichkeitsarbeit entwickelt geeignete Marketingmaßnahmen zur Bekanntgabe der Innovation (z.B. Flyer über neue Behandlungsmethoden).

Verbesserungspotentiale:

Ein systematisch konzeptioneller Ansatz zum Wissensmanagement ist nicht dargestellt.

Eine Übersicht der vorhandenen Fachliteratur ist nicht vorhanden.

Eine interne Wissensbasis über das Intranet hinaus wird nicht erwähnt.

Wie neues medizinisch-pflegerisches Wissen systematisch in den Arbeitsalltag integriert wird, ist nicht erkennbar.

Ein Konzept zum strategischen Nutzen von Innovationen und Entwicklungen wird nicht dargestellt (z.B. Mitarbeit in bestimmten externen Gremien / AGs der Bethel-Gesellschaft, Fachgremienarbeit, Hospitationen, Rotationen im Haus oder anderen Häusern der Gesellschaft etc.).

## 6. Qualitätsmanagement

### 6.1. Struktur und Ablauf

#### 6.1.1. Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

##### Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	14 (3/2, 7/7, 2/2, 2/2)
Einrichtung	15 (3/2, 7/7, 3/2, 3/2)

##### Stärken:

Die Klinik verfügt über eine systematische QM-Struktur, die als Stabsstelle beim Hauptgeschäftsführer angesiedelt ist. Es existiert ein entsprechendes Organigramm, die Zuständigkeiten und Befugnisse sind in einer Stellenbeschreibung geregelt. In einer jährlichen Sitzung mit der Krankenhausleitung bzw. Leitungen einzelner Fachbereiche und Berufsgruppen werden grundlegende Ziele und Maßnahmen abgestimmt, die in Projekt- oder Arbeitsgruppen erarbeitet und bezüglich des Erfolgs überprüft werden. Ein QM-Handbuch ist erstellt und steht im Intranet allen Mitarbeitern zur Verfügung.

Neue Mitarbeiter werden entsprechend zum Thema QM im Rahmen der Einarbeitung informiert und Mitarbeiterschulungen werden angeboten.

##### Verbesserungspotentiale:

Nicht alle QM-Ansprechpartner der Abteilungen sind im QM qualifiziert.

Nicht alle Mitarbeiter werden regelmäßig im QM geschult.

Eine Maßnahmenachverfolgung interner Audits findet nicht durchgängig statt.

In einigen Bereichen kommen noch ungelenkte Dokumente zum Einsatz.

Kontrolllisten (z.B. Temperaturkontrolle Fango, Gefrierschrank) sind nicht durchgängig mit den jeweiligen Grenzwerten versehen.

6.1.2. Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	13 (2/2, 7/7, 2/2, 2/2)
Einrichtung	15 (3/2, 7/7, 3/2, 3/2)

Stärken:

Die Definition von klinikspezifischen Prozessen und deren Einteilung nach Haupt- und Stützprozessen ist vorhanden. Das Optimieren von Prozessen wird als wichtige Ressource für das Klinikum verstanden. Prozessanalysen finden statt. In Form von Projekten werden Verbesserungsprozesse unter Einbeziehen der beteiligten Berufsgruppen angestoßen.

Verbesserungspotentiale:

Nicht alle Bausteine und Instrumente eines systematischen Projektmanagements sind eingeführt.

Eine Evaluation der abgeschlossenen Projekte findet nicht strukturiert statt.

Systematische Schulungen zum Projekt- und Prozessmanagement sind nicht etabliert.

Eine strukturierte Nennung, Überprüfung und Bewertung der Prozessziele anhand von Kennzahlen wird nicht durchgängig deutlich.

## 6.2. Befragungen

### 6.2.1. Patientenbefragung

#### Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	15 (3/2, 8/7, 3/2, 2/2)
Einrichtung	17 (3/3, 8/7, 3/3, 3/3)

#### Stärken:

Es erfolgen regelmäßig Patientenbefragungen in verschiedenen KH-Bereichen. Diese werden systematisch ausgewertet, mit der Klinikleitung, dem Gesellschafter und einzelnen Bereichen kommuniziert, und Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet. Ein Benchmark mit allen Einrichtungen des Trägers findet statt. Ein numerischer Zielwert für die Befragungen ist definiert.

#### Verbesserungspotentiale:

Die Maßnahmen zur Erhöhung der Rücklaufquote bei der kontinuierlichen Befragung sind ausbaufähig.

Auf das besondere Patienten Klientel in der Geriatrie in Bezug auf Befragungen könnte mehr Berücksichtigung finden (Einbeziehung Angehöriger, Animierung und Hilfestellung beim Ausfüllen, Anpassung Schriftgröße usw.).

6.2.2. Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	13 (2/2, 7/6, 2/2, 2/2)
Einrichtung	14 (3/2, 7/6, 3/2, 3/2)

Stärken:

Einweiserbefragungen finden in den einzelnen Bereichen mündlich durch die Chefärzte statt. Dazu suchen die Chefärzte der Fachbereiche die Haupteinweiser für Ihren Fachbereich auf, um Wünsche und Hinweise mit den Kollegen fachspezifisch zu erörtern.

Informationsveranstaltungen werden regelhaft ausgewertet und mit den Beteiligten entsprechend rückgekoppelt.

Die pflegerische Geschäftsführung pflegt gemeinsam mit den Praxisanleitern regelmäßigen Kontakt zur Berufsschule und befragt im Rahmen dieser Treffen gezielt die Zufriedenheit und relevante Themen ab. Mit den nachversorgenden Einrichtungen wird ein persönlicher Kontakt in Form von regelmäßigen Treffen gepflegt, in denen auch die Zufriedenheit und Verbesserungsvorschläge abgefragt werden.

Verbesserungspotentiale:

Eine strukturierte klinikübergreifende Einweiserbefragung hat in den letzten Jahren nicht stattgefunden.

Wichtig wäre zu eruieren wer nicht in die Klinik einweist und was die Gründe dafür sind.

Die strukturierte Befragung von weiterbehandelnden Einrichtungen wurde noch nicht durchgeführt.

Die Durchführung von Lieferantenaudits wird aktuell geprüft.

Weitere Kooperationspartner (z.B. Rettungsdienste) sind noch nicht befragt worden.

6.2.3. Mitarbeiterbefragung

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	14 (3/2, 8/7, 2/2, 2/2)
Einrichtung	15 (3/2, 8/7, 3/2, 3/2)

Stärken:

Es findet jährlich eine standardisierte Mitarbeiterbefragung statt, die trägerübergreifend gleich ist und somit zum Benchmark unter den Einrichtungen genutzt werden kann.

Die Ergebnisse werden von der Geschäftsführung über verschiedene Wege kommuniziert, u.a. in einer Mitarbeiterversammlung.

Maßnahmen aus den Befragungen der letzten Jahre sind abgeleitet worden.

Verbesserungspotentiale:

Spezielle Befragungen der MA zur psychischen Belastung am Arbeitsplatz haben noch nicht stattgefunden.

Der Fragebogen könnte um (weitere) Fragen zum klinischen Risikomanagement und zur Patientensicherheit erweitert werden.

6.3. Meinungsmanagement

6.3.1. Beschwerdemanagement: Lob und Beschwerden von Mitarbeitern, Patienten und weiteren Externen

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	13 (2/2, 7/7, 2/2, 2/2)
Einrichtung	15 (3/2, 8/7, 3/2, 3/2)

Stärken:

Das Beschwerdemanagement ist über eine Verfahrensanweisung geregelt und kann von Patienten und Mitarbeitern genutzt werden. Patienten werden im Rahmen der Sprechstunde und über schriftliche Dokumente über die Möglichkeit der Rückmeldung zu ihrem Krankenhausaufenthalt informiert. Ein Patientenfürsprecher steht unterstützend zur Verfügung.

Die Bearbeitung der Beschwerden erfolgt nach definierten Zeitfristen und erfolgt zeitnah. Eine Auswertung der Beschwerden erfolgt regelmäßig und wird in die entsprechenden Bereiche rückgekoppelt. Sie ist ebenfalls Bestandteil der Managementbewertung.

Verbesserungspotentiale:

Nicht alle MA mit regelmäßigem Patientenkontakt werden systematisch im Umgang mit Beschwerden bzw. im Führen schwieriger Gespräche geschult.



6.4. Qualitätsrelevante Daten

6.4.1. Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren

Einschätzung

	KTQ
Maximalpunktzahl	18
Konsens	13 (3/2, 7/6, 2/2, 2/2)
Einrichtung	14 (3/2, 7/6, 3/2, 3/2)

Stärken:

Die Klinik verfügt über ein Kennzahlensystem. Bei der Auswahl der Indikatoren wird auf unterschiedliche Möglichkeiten der Datenerhebung wie z. B. Audits, Befragungen, interne Revisionen, externe QS zurückgegriffen. Die Verantwortlichkeiten bzgl. Design, Erhebung, Auswertung und Kommunikation sowie Ableiten von Maßnahmen sind geregelt.

Eine standardisierte Managementbewertung nach Vorgabe des Trägers wird jährlich erstellt.

Verbesserungspotentiale:

Neben den gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsindikatoren (§137 SGB V) und außerhalb von speziell zertifizierten Bereichen (EPZ, ASD) werden nur wenige klinische Qualitätsparameter (interne Qualitätssicherung) systematisch erhoben und ausgewertet (z. B. Sturz, Dekubitus).

Ein Frühwarnsystem bezüglich Auffälligkeiten bei der externen Qualitätssicherung ist im Aufbau.