

Kliniken im  
Theodor-Wenzel-Werk



Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen

## KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

<b>Krankenhaus:</b>	Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk
<b>Institutionskennzeichen:</b>	261100467
<b>Anschrift:</b>	Potsdamer Chaussee 69 14729 Berlin
<b>Ist zertifiziert nach KTQ<sup>®</sup> mit der Zertifikatnummer:</b>	2015-0114 KH
<b>durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:</b>	QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche
<b>Gültig vom:</b>	24.01.2016
<b>    bis:</b>	23.01.2019
<b>Zertifiziert seit:</b>	24.01.2007

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b>	<b>5</b>
<b>Die KTQ-Kategorien</b>	<b>9</b>
1 Patientenorientierung	10
2 Mitarbeiterorientierung	13
3 Sicherheit	14
4 Informations- und Kommunikationswesen	17
5 Führung	18
6 Qualitätsmanagement	20

## Vorwort der KTQ<sup>®</sup>

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 und Rettungsdienstleistungen.

Gesellschafter der KTQ<sup>®</sup> sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene<sup>1</sup>, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

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

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Führung des Krankenhauses und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

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

---

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

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

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

Wir freuen uns, dass die **Klinken im Theodor-Wenzel-Werk in Berlin** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter [www.ktq.de](http://www.ktq.de) abrufbar.

**Dr. med. G. Jonitz**

Für die Bundesärztekammer

**S. Wöhrmann**

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

**Dr. med. B. Metzinger, MPH**

Für die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

**A. Westerfellhaus**

Für den Deutschen Pflegerat

## Vorwort der Einrichtung

Das Theodor-Wenzel-Werk e.V. (TWW) ist ein eingetragener gemeinnütziger Verein, der dem Diakonischen Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz e.V. angeschlossen ist. Der Geschäftssitz des Vereins befindet sich in Berlin-Zehlendorf.



Der Namensgeber des Theodor-Wenzel-Werkes e.V., Pastor Theodor Wenzel (1895-1954), leitete ab 1927 den Provinzialausschuss für Innere Mission der Provinz Brandenburg, eine Institution mit damals ca. 11.000 Betten in 254 verschiedenen Einrichtungen sowie 160 Beratungs- und Hilfsstellen, die sich zum Teil auch in Brandenburg befanden. Die nach 1945 im Westteil Berlins verbliebenen Lie-

genschaften wurden unter dem Rechtsträger des Wichern-Werkes zusammengefasst, welches 1955 im Gedenken an Wenzels Aufbauarbeit in den heutigen Namen umbenannt wurde.

Das Theodor-Wenzel-Werk e.V. heute ist ein Gesundheitsnetzwerk, dem sowohl die Kliniken als auch drei stationäre Pflegeeinrichtungen\*, zwei Seniorenwohnhäuser\* und eine Diakoniestation mit ambulanter Pflege\*, angeschlossen sind

Insgesamt sichern 650 Beschäftigte die ärztliche und pflegerische Versorgung sowie die Bereitstellung weiterer Serviceleistungen für jährlich ca. 6.000 Hilfebedürftige in Berlin und Umgebung.

Unsere Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk bestehen seit über 100 Jahren auf dem Gelände des 1903 erstmalig erwähnten Sanatoriums "Waldhaus" in Berlin-Zehlendorf (Nikolassee). Die im Pavillonstil gestalteten und im Jahre 1996 neu errichteten Gebäude der Klinik sind in eine parkähnliche Anlage eingebettet.

Hohe Qualitätsstandards in der medizinischen und pflegerischen Versorgung, umfangreiche Diagnostik und Serviceangebote bieten die Basis für eine gute Genesung in einer professionellen und geborgenen Atmosphäre. Die Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk stehen für die Behandlung psychiatrischer, psychosomatischer und neurologischer Erkrankungen erwachsener Patienten.

Aufgabe und Anliegen in Medizin, Therapie und Pflege ist es, die Patienten in ihrem Heilungsprozess zu begleiten, individuell zu unterstützen und ihr psychisches, physisches und soziales Gleichgewicht gesund zu erhalten bzw. wiederzuerlangen.

\* Nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung.

Die Beziehung zwischen dem Behandlungsteam und den Patienten ist für den Therapieerfolg ebenso wichtig, wie die Einbindung des persönlichen Umfelds aus Angehörigen und Freunden. Insgesamt hält das Haus derzeit 308 Planbetten in vier Fachabteilungen für Patienten bereit.

### **Die Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie I & II**

Mit einer Kapazität von 205 Betten erfüllen die Kliniken den Vollversorgungsauftrag für den Bereich der Psychiatrie im Bezirk Steglitz-Zehlendorf in einem breiten Leistungsspektrum und einem besonderen Interesse an psychotherapeutischer Arbeit. Nach Maßgabe freier Behandlungsplätze sind auch Patienten aus dem übrigen Stadtgebiet und anderen Bundesländern willkommen.

Die **Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie I** bietet auf 4 Stationen Diagnostik und Behandlung sämtlicher psychischer Erkrankungen auf der Grundlage aktueller, wissenschaftlich fundierter Qualitätsstandards. Somatische, psychotherapeutische und sozialpsychiatrische Ansätze werden dabei bestmöglich kombiniert. Wahlleistungspatienten genießen den besonderen Komfort der Station 2.

Folgende Krankheitsbilder werden schwerpunktmäßig in der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie I behandelt:

- Depressionen und bipolare, affektive Erkrankungen
- Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis
- Persönlichkeits- und akute Belastungsstörungen
- Organisch bedingte psychische Erkrankungen
- Suchterkrankungen

Als komplementäre Einrichtung zum stationären Sektor gibt es die angegliederte Tagesklinik mit 15 Behandlungsplätzen

In der **Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie II**, mit 3 Stationen, einer Tagesklinik mit 20 Behandlungsplätzen und einer Psychiatrischen Institutsambulanz, behandeln multi-professionelle Teams aus Fachärzten, Psychologen, Spezialtherapeuten, Sozialarbeiter u. a. entlang des Spektrums aller psychisch-psychiatrischen Erkrankungen.

Die Behandlungsschwerpunkte der Fachabteilung mit Stationen im offenen und geschützten Bereich:

- Psychische Erkrankungen im höheren Lebensalter (Gerontopsychiatrie)
- Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis und affektive Psychosen
- Organisch bedingte Verwirrtheitszustände, Delirien und andere psych. Erkrankungen.
- Suizidale Krisen bei Depressionen und Persönlichkeitsstörungen

- Reaktive psychische Ausnahmezustände
- Angsterkrankungen und Panikstörungen
- Suchtmittelabhängigkeiten

Die **Neurologischen Abteilung** der Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk, bietet die Diagnostik und Therapie von akuten und chronischen Schmerzerkrankungen verschiedener Ursachen, neurodegenerative Erkrankungen wie z. B. Morbus Parkinson, Demenz, Polyneuropathien und weiteren Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems.



Neben umfassender diagnostischer Abklärung durch modernste Untersuchungsmethoden wird großer Wert auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Schmerztherapeuten, Neurochirurgen, Orthopäden sowie der Kollegen der Psychosomatischen Abteilung der Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk gelegt. Besonders hervorzuheben ist die engmaschige Kooperation mit der interdisziplinären Schmerzkonferenz am CCBF (Charite - Campus Benjamin Franklin).

Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der umfassenden Diagnostik, Therapie und Angehörigenberatung von Patienten mit Parkinson-Syndromen und Demenzerkrankungen. Hierbei kommen bildgebende Untersuchungen des Gehirns (CCT, MRT, EEG-Ableitungen sowie umfassende Laboruntersuchungen incl. Nervenwasseranalyse) zur Anwendung. Neben der Betreuung durch das Pflegepersonal und die Ärzte der neurologischen Station erhalten die Patienten umfassende Diagnostik und Therapie durch Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Neuropsychologen.

Die Abteilung für **Psychosomatische Medizin und Psychotherapie** mit internistischem Schwerpunkt verfügt über insgesamt 65 Betten, die auf zwei Stationen in spezielle Behandlungseinheiten und Schwerpunkte gegliedert sind.



In der Abteilung werden seelisch beeinflusste Gesundheitsstörungen behandelt. Eine Besonderheit besteht darin, dass auch begleitende körperliche Symptome oder gleichzeitig bestehende internistische Erkrankungen aus einer Hand mitbehandelt werden. Dafür stehen medizinische und psychotherapeutische Kompetenz sowie die entsprechende diagnostische Ausstattung zur Verfügung.

Behandelt werden vor allem Menschen mit Ängsten und

Depressionen. Weitere Schwerpunkte der Fachabteilung sind die Therapie von Patienten mit Essstörungen und somatoformen Schmerzstörungen.

Eine stationäre Therapie ist angezeigt, wenn die Beschwerden so ausgeprägt sind, dass eine ambulante Behandlung nicht ausreicht.

Unser Behandlungskonzept basiert auf einer tiefenpsychologisch orientierten Herangehensweise.

Entsprechend einer ganzheitlichen bio-psychozialen Krankheitsauffassung werden die körperlichen, seelischen und sozialen Komponenten sowie deren Wechselwirkung berücksichtigt und in einem integrierten Therapieplan aufeinander abgestimmt.

Die stationäre Aufnahme ist überregional aus allen Berliner Bezirken und aus anderen Bundesländern möglich. Genauere Informationen über Wege und Ziele der stationären Behandlung erfolgen in einem unverbindlichen ambulanten Vorgespräch nach Terminabsprache. Patienten mit Suchterkrankungen, akuten psychotischen Störungen, akuter Suizidalität sowie Kinder und Jugendliche (unter 18 Jahren) können nicht aufgenommen werden.

In der Abteilung werden die folgenden Krankheitsbilder behandelt.

### **Somatoforme Störungen**

Seelisch bedingte Funktionsstörungen in den Bereichen Herz-Kreislauf, Atmung, Verdauung, Nervensystem, chronische Schmerzen

**Seelisch (neurotische) Erkrankungen**, z.B. Depressionen, Angststörungen, Zwänge, Persönlichkeitsstörungen

### **Reaktive Störungen**

Akute und chronische Belastungsreaktion (burn out) psychische Beeinträchtigung infolge körperlicher Erkrankung (Herzinfarkt, Asthma, Tumorleiden)

### **Essstörungen**

Magersucht (Anorexia nervosa), Ess-Brech-Sucht (Bulimia nervosa), Esssucht (binge eating disorder)

### **Posttraumatische Belastungsstörungen**

Dieser Qualitätsbericht soll einen Überblick über die qualitätsbezogenen Leistungen unserer Klinik geben

Alle klinikinternen Verfahren und Abläufe werden aus der Sicht des Patienten, der Angehörigen und der Zuweiser betrachtet, um die organisatorischen Voraussetzungen für eine optimale Patientenversorgung zu schaffen.



Die Mitarbeiter der Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk e.V. haben sich zum Ziel gesetzt, im Rahmen eines strukturierten Qualitätsmanagements, die Abteilungen zukunftsorientiert und wettbewerbsfähig zu gestalten und die patientenorientierte Arbeit durch einen interdisziplinären Ansatz zu fördern und stetig zu verbessern.

# Die KTQ-Kategorien

## **1 Patientenorientierung**

### **1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung**

Die Klinik ist verkehrstechnisch mit Bus, S- und U-Bahn und/oder Auto gut zu erreichen. Parkplätze sind im öffentlichen Raum ausreichend vorhanden.

Eine Bushaltestelle befindet sich vor dem Haupteingang, für Autofahrer ist eine schnelle Anbindung über eine nahegelegene Autobahnausfahrt gewährleistet.

Auf dem Gelände und im pavillonartigen Gebäude wurde ein systematisches Wegeleitsystem implementiert.

Im Vorfeld der Aufnahme stehen dem Patienten, deren Angehörigen und Einweisern Informationen über die verschiedenen Therapieangebote und Behandlungen, angebotene Wahlleistungen und Komfortelemente in verschiedenen Formen zur Verfügung (Homepage, diverses Informationsmaterial). Für Suchtpatienten ist eine niederschwellige Aufnahmemöglichkeit sichergestellt.

Im Rahmen des Belegungsmanagement steht der Arzt vom Dienst 24 h als qualifizierter Ansprechpartner bei Bedarf zur Verfügung.

In die Aufnahmeplanung werden alle notwendigen Informationen (z.B. Aufnahmedatum, aufnehmende Station, Aufnahmegrund und Krankheitsbild) integriert. Patienten und Angehörige können sich so frühzeitig auf den Klinikaufenthalt vorbereiten.

### **1.1.2 Leitlinien**

Um eine umfassende Behandlungsqualität sicherzustellen, wurden hausinterne Behandlungskonzepte und Vorgaben erarbeitet. Diese nehmen Bezug auf Leitlinien der zuständigen Fachgesellschaften. Die teilstandardisierten Pflegepläne setzen sich zusammen aus den Pflegestandards und den dazugehörigen Pflegeplänen und dienen der Pflege als Handlungsleitlinie. In der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie werden die Standards der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie eingehalten.

### **1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten**

Zur Information über das Theodor-Wenzel-Werk liegt bei den Einweisern Informationsmaterial bereit. Die Homepage der Klinik bietet weitere ausführliche Informationen für Patienten. Jeder Patient erhält zusätzlich eine Begrüßungsmappe mit umfassenden Informationen.

Die Wahrung der Patientenrechte wird durch eine aktive Einbeziehung in den Pflege- und Behandlungsprozess sowie Wahrnehmung der Intimsphäre der Patienten sichergestellt. Patientenverfügungen werden berücksichtigt.

Bei Fremdsprachlichkeit werden zunächst Angehörige oder interne Dolmetscher entsprechend einer Dolmetscherliste herangezogen. Bei Notwendigkeit kann auf externe Dolmetscher zurückgegriffen werden.

### **1.1.4 Service, Essen und Trinken**

Patienten werden im Aufnahmegespräch über unsere Serviceangebote informiert.

Das Krankenhaus bietet eine patientenfreundliche Umgebung, mit freundlich ausgestatteten Zimmern. Eine ansprechende Gartenanlage, Ruhezone innerhalb und außerhalb der Räumlichkeiten, eine Cafeteria, Raucherzone stehen zur Verfügung. Ein Patientenbibliothek und ein Friseurangebot ergänzen das Spektrum.

Im Rahmen der Speisenversorgung werden täglich verschiedene Menüs durch die hauseigene Küche zubereitet. Kulturelle oder religiöse Besonderheiten werden berücksichtigt. Für den individuellen Appetit werden verschieden zu wählende Portionsgrößen angeboten..

### **1.1.5 Kooperationen**

Die an der Versorgung des Patienten beteiligten Berufsgruppen führen eine aufeinander abgestimmte Zusammenarbeit zur Gewährleistung einer notwendigen und hochwertigen Behandlung durch. In der psychiatrischen und psychosomatischen Behandlung erfolgt ein Abgleich und Informationsaustausch innerhalb des Behandlungsteams in regelmäßigen multiprofessionellen Teamsitzungen. Diese sind fester Bestandteil eines jeden Behandlungskonzeptes.

Des Weiteren stellen wir eine zeitnahe, effiziente Diagnostik, eine umfassende Dokumentation und regelmäßige interdisziplinäre Abstimmungen sicher.

### **1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung**

Der Zeitrahmen des Erstkontakts mit dem Patienten ist definiert. Dabei wird überprüft, ob dringende medizinische Maßnahmen unverzüglich durchzuführen sind. Eine ärztliche Versorgung ist jederzeit durch den Stationsarzt bzw. dem AvD sichergestellt. Am Aufnahmetag wird die ärztliche und pflegerische Anamnese durchgeführt, das psychotherapeutische Erstinterview in der Psychosomatik erfolgt einen Tag nach Aufnahme.

Das Belegungsmanagement ist auch auf die Aufnahme von Notfällen ausgerichtet.

### **1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung**

Die Institutsambulanz führt eine strukturierte ambulante Versorgung mit qualitativ hoher fachlicher Betreuung durch, die sich an den Patientenbedürfnissen orientiert.

Eine kontinuierliche Betreuung vor und nach der stationären Behandlung kann bei entsprechender Indikation gewährleistet werden.

### **1.3.2 Ambulante Operationen**

In unserer Klinik werden keine ambulanten Operationen durchgeführt.

### **1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung**

Der Ablauf der stationären Aufnahme enthält die Anmeldung, den Empfang auf der Station, die Unterbringung, den ärztlichen Erstkontakt mit Anamnese und Untersuchung und die pflegerische Aufnahme. Die stationäre Aufnahme wird durch festgelegte Behandlungsleitlinien und Pflegestandards gestützt. Patienten und ggf. auch die Angehörigen werden über die weitere individuelle Planung informiert.

Über die Notwendigkeit und Dringlichkeit von Diagnostik/Therapie wird nach ärztlichem Wissen des Stationsarztes, nach Rücksprache mit dem Chefarzt/Oberarzt, entschieden.

Multiprofessionelle Teams sichern in regelmäßigen Teambesprechungen eine interdisziplinäre Abstimmung sowie geplante Abläufe.

### **1.4.2 Therapeutische Prozesse**

Zur optimalen Ausführung therapeutischer Prozesse wird eine standardisierte und hochwertige Behandlung der Patienten zur Erreichung eines hochwertigen Behandlungsergebnisses innerhalb einer optimalen Verweildauer sichergestellt. Der Behandlungsprozess wird in den multiprofessionellen Teamsitzungen und Visiten systematisch überprüft und ggf. modifiziert.

Patienten werden in allen Aspekten einbezogen, da nur aufgrund vorhandener Übereinkunft von Patienten und Behandlern ein optimales Behandlungsergebnis erreicht werden kann.

Die Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk gewährleisten eine medizinisch hochwertige Therapie nach anerkannten Standards bzw. Leitlinien der Fachgesellschaften. Eine Grundlage ist u.a. die verständliche und individuelle Aufklärung jedes Patienten zu Diagnose und Therapie.

### **1.4.3 Operative Verfahren**

In unserer Klinik werden keine operativen Verfahren durchgeführt.

### **1.4.4 Visite**

Jeder Patient erfährt werktäglich eine Visite. Auf allen Stationen werden die Visiten nach einem festgelegten Plan durchgeführt. Die Visitenzeiten sind auf dem Behandlungsplan des Patienten vermerkt. In der Psychosomatik wird bei den Visitenzeiten darauf geachtet, dass die Therapiezeiten nicht durch die Visite beeinflusst werden.

Die Visiten werden mindestens von ärztlichem und pflegerischem Personal durchgeführt. Bei Ober- und Chefarztvisiten in der Psychiatrie nehmen weitere Berufsgruppen (z.B. Sozialarbeiter, Ergotherapeut, Psychologe) teil.

#### **1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär**

Im ärztlichen Erstgespräch und im weiteren Verlauf wird die Indikation und Notwendigkeit sowie Art (tiefenpsychologisch sowie verhaltenstherapeutisch) eines psychotherapeutischen Verfahrens geprüft und umgesetzt. Hierbei wird auf die Leitlinien der Fachgesellschaften Bezug genommen. Die verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepte der Psychologen sind als Handlungsanweisung für Therapeuten formuliert und als Informationspool für Patienten ausgearbeitet. Zeitziele sind hinterlegt und werden eingehalten.

#### **1.5.1 Entlassung**

Der Expertenstandard Entlassungsmanagement ist Grundlage für alle damit verbundenen Maßnahmen. Die Klinik setzt einen Qualitätszirkel „Entlassungsmanagement“ ein, um eine umfassende und effektive Entlassungsplanung und -durchführung für unsere Klientel zu gewährleisten.

Alle entlassungsrelevanten Maßnahmen werden frühzeitig im Arzt-Patienten-Gespräch erörtert. Die Entlassungsplanung enthält Kontakte zu nachfolgenden Versorgungsbereichen, Berücksichtigung von häuslichen Umständen des Patienten sowie die Einbeziehung weiterer Berufsgruppen. Angehörige und gesetzliche Betreuer werden bei Bedarf in den Prozess einbezogen.

#### **1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung**

Die Entlassungsplanung ist standardisiert und wird schon zu Beginn der Behandlung in den Verlauf integriert. Somit kann auch frühzeitig geklärt werden, ob Weiterbetreuungsbedarf besteht. Jeder Patient erhält indikationsbezogene Informationen zu ausgewählten Rehabilitationseinrichtungen.

Zum Zeitpunkt der Entlassung erhält der Patient einen Kurzarztbrief. Ein Pflegeüberleitungsbogen wird bei Entlassung für die ambulante, teilstationäre oder vollstationäre Pflege erstellt. Wenn eine Sozialstation die Weiterbetreuung durchführt, wird diese vom Sozialdienst zwei Tage vor der Entlassung informiert.

Im Falle komplizierter therapeutischer und diagnostischer Strategien erfolgt zusätzlich zum ausführlichen Arztbrief die direkte Kontaktaufnahme mit dem behandelnden Arzt, um die adäquate Weiterbehandlung des Patienten sicherzustellen. Besonders relevante Befunde werden dabei als Kopie dem Arztbrief beigelegt.

#### **1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten**

Der Prozess der Sterbebegleitung ist in allen drei Fachabteilungen der Ausnahmefall.

Sterbende Patienten werden in einem Einzelzimmer untergebracht. Die individuellen Wünsche des Sterbenden werden in besonderer Weise berücksichtigt. Angehörigen wird die Möglichkeit gegeben, rund um die Uhr anwesend zu sein. Patientenverfügungen werden berücksichtigt.

Die Seelsorgerin kann nach Wunsch jederzeit dem Patienten und dessen Angehörigen zur Verfügung stehen, dabei können religiöse Bedürfnisse wie Krankensalbung oder Abendmahl aufgenommen werden. Über die Sozialarbeiter kann der Kontakt zu Hospizen hergestellt werden.

Mitarbeiter der Fachabteilung Neurologie sind zu Themen der Palliativmedizin geschult. In den anderen Fachabteilungen werden die Patienten bei Bedarf in geeignete Einrichtungen zur weiterführenden Versorgung verlegt.

#### **1.6.2 Umgang mit Verstorbenen**

Die Leichenschau und Feststellung des Todes wird vom zuständigen Arzt durchgeführt. Dafür wird der Leichenschauschein verwendet und nach Maßgabe der Ärztekammer ausgefüllt. Bis zum Vorhandensein der sicheren Todeszeichen verbleibt der Verstorbene auf der Station.

Jederzeit können persönliche, kulturelle und religiöse Wünsche des Verstorbenen umgesetzt werden.

Auch können in diesem Prozess Angehörige integriert werden. Für verschiedene Zeremonien der Abschiednahme stehen entsprechende Räumlichkeiten zur Verfügung.

## **2 Mitarbeiterorientierung**

### **2.1.1 Planung des Personalbedarfs**

Die Personalbedarfsplanung erfolgt auf der Basis von qualitativen und quantitativen Parameter und wirtschaftlicher Daten. Dabei wird eine definierte Anzahl an qualifizierten Mitarbeitern sichergestellt, um eine bestmögliche Betreuung der Patienten zu gewährleisten. Die Personalplanung wird jährlich in den Wirtschaftsplan eingestellt und durch die Geschäftsführung/ Vorstand bestätigt. Monatliche Auswertungen der erreichten Leistungen dienen zur Kontrolle und eventuellen Korrektur oder Anpassung des Personalbedarfes. Bei veränderten Budgetsituationen werden Ausgaben ebenfalls situativ angepasst. Zahlreiche Maßnahmen zur Vermeidung von Ausfall oder Fluktuation wie z.B. Rückkehrgespräche und Mitarbeitergespräche werden angewendet.

### **2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung**

Das Personalentwicklungskonzept enthält zentrale Themen wie z.B. Bezug zum Leitbild, Personalgewinnung, Einarbeitung, betriebliches Gesundheitsmanagement, Beurteilungssystem sowie Mitarbeiterführung. Durch dieses stellen wir eine bedarfsorientierte und effektive Steuerung von Personalentwicklungs- sowie Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sicher. Strukturierte Mitarbeitergespräche mit Zielvereinbarungen, Stations- und Abteilungsentwicklungsgespräche, Orientierung an der Weiterbildungsordnung (Berliner Ärztekammer) sind Instrumente, die im Rahmen des Personalmanagements zur systematischen Personalentwicklung genutzt werden. Alle diese Maßnahmen sind an den Geschäftsfeldern des Trägers ausgerichtet.

### **2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern**

Das Einarbeitungskonzept sieht eine transparente und schnelle Einführung von neuen Mitarbeitern vor. Ein zentraler Punkt ist das Mentoren-System zur umfassenden praktischen und theoretischen Einarbeitung. Hierzu nutzt die Klinik abteilungsspezifische Einarbeitungskonzepte zur umfassenden Einarbeitung neuer Mitarbeiter. So gibt es unterschiedliche Konzepte für Ärzte, Pflegepersonal, Therapeuten, Hauswirtschaft etc. Jeder neue Mitarbeiter erhält einen Ansprechpartner. Nach drei und fünf Monaten innerhalb der Probezeit wird jeweils ein Beurteilungsgespräch geführt.

### **2.2.3 Ausbildung**

Dieses Kriterium wurde nicht bearbeitet

### **2.2.4 Fort- und Weiterbildung**

Im Wirtschaftsplan wird jedes Jahr ein Budget für Fortbildungen eingestellt, bei dem alle Berufsgruppen berücksichtigt werden.

In allen Fachabteilungen werden Jahresfortbildungsprogramme erstellt. Die Inhalte richten sich nach curricularen Erfordernissen des jeweiligen Faches.

Grundlage für die Planung der Fort- und Weiterbildung sind folgende Punkte: Aktuelle und zukünftige Behandlungsschwerpunkte der Fachabteilungen, Ärztliche / therapeutische Weiterbildungsordnung, Gesetzlich Vorgaben (z.B. Arbeitssicherheit und Brandschutz), Weiterentwicklung der persönlichen Fähigkeiten (z.B. EDV-Kenntnisse), betriebswirtschaftliche Kenntnisse, Bereitstellung von Supervisionen, Notfalltherapie.

### **2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil**

Die Klinikleitung nutzt Führungsgrundsätze, die allen Führungskräften als Handlungsrahmen dienen. Diese basieren auf dem Leitbild und sind im Intranet einsehbar.

Die Führungsgrundsätze tragen dazu bei, dass sich Mitarbeiter gegenseitig informieren, offen in der Beurteilung und Förderung miteinander umgehen sowie Verantwortung übernehmen und übertragen. Eine entsprechende Planung, Zielsetzung und Entscheidung wird dabei berücksichtigt.

### **2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit**

Klinikweit wird eine Software zur Dienstplanung eingesetzt, mit der die Arbeitszeit geplant, erfasst und zur Abrechnung genutzt werden kann. Für jeden Mitarbeiter wird ein Arbeitszeitkonto geführt.

Im Pflegebereich wird im Mehrschichtsystem gearbeitet. Mitarbeiterwünsche werden dabei berücksichtigt sowie die gesetzlichen Arbeitszeitregelungen bei der Planung eingehalten.

Für den Einsatz des ärztlichen Dienstes gibt es klare Regelungen zur Abdeckung des normalen Dienstes sowie der verschiedenen Bereitschaftsdienste. Die Freigabe der Dienstpläne erfolgt durch den zuständigen Chefarzt.

Für die weiteren Berufsgruppen gibt es klare Dienstzeiten, die über die Dienstplanung geregelt sind. Teilweise wird auch das Verfahren der Gleitzeit angewendet.

Bei der Planung der Urlaubszeiten werden ebenfalls Wünsche der Mitarbeiter berücksichtigt, sofern es nach Prüfung der betrieblichen Erfordernisse möglich ist.

### **2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden**

Das einrichtungsübergreifende Konzept des Theodor-Wenzel-Werkes zum betrieblichen Vorschlagswesen enthält als Kernaussagen u.a. Definition, Teilnehmerkreis, Annahmeprozedere und die Prämienregelung. Das Vorgehen ist in einem Ablaufdiagramm visualisiert und vollständig im Intranet bereitgestellt. Die Bewertungskommission besteht aus vier Mitgliedern, die die Pflegeeinrichtungen, Klinik, Zentrale und Mitarbeitervertretung vertreten. Jeder Mitarbeiter kann mit namentlicher Nennung einen Vorschlag beim Beauftragten für das betriebliche Vorschlagswesen einreichen, der diesen an die Kommission weiterleitet. Bei Mitarbeiterbeschwerden nutzen die Mitarbeiter die Stationsentwicklungsgespräche (Pflege), die Mittwochsrunden (Ärzte) und die regelmäßigen Abteilungsgespräche (Verwaltung) zur Äußerung von Kritik und Anregungen. Darüber hinaus besteht im Rahmen der Mitarbeitergespräche oder aus aktuellem Anlass mit dem Vorgesetzten oder der Mitarbeitervertretung die Möglichkeit zur Meinungsäußerung.

## **3 Sicherheit**

### **3.1.1 Arbeitsschutz**

Die Arbeitssicherheit wird durch Einhaltung der umfangreichen gesetzlichen Bestimmungen sichergestellt. Hierfür ist die Klinikleitung verantwortlich. Durch regelmäßige Kontrollen bei den jährlichen Stations- und Abteilungsbegehungen werden sämtliche Unterlagen sowie die allgemeinen Arbeitsbedingungen und die Umsetzung der Arbeitsschutzanweisungen mit Hilfe einer Checkliste überprüft. Unfallmeldungen werden im erforderlichen Umfang erstellt und bearbeitet.

Gesetzlich geforderte Beauftragte (wie Sicherheitsbeauftragter, Brandschutzbeauftragter, Datenschutzbeauftragter, Gefahrstoffbeauftragter, Abfallbeauftragter und Geräteverantwortlicher) sind bestellt und den Mitarbeitern bekannt.

### **3.1.2 Brandschutz**

Zur Vorbeugung von Schadenslagen durch Brände bzw. zum strukturierten Vorgehen im Brandfall liegt eine Brandschutzordnung vor. Unterstützend wird ein Räumungs- und Evakuierungsplan hinzugezogen. Diese enthält u.a. Aufgaben und Verantwortlichkeiten, Melde- und Alarmierungswege, Sammelplätze und auch die besonderen Anforderungen in der Psychiatrie. Alle wichtigen Informationen, die im Brandfall zu beachten sind, sind dort beschrieben. Allen Mitarbeitern sind die Regelungen zum Brandschutz durch regelmäßig durchgeführte Schulungen bekannt. In allen Bereichen sind die Brandschutzordnung Teil A und der Fluchtwegeplan ausgehängt. Die Zufahrten der Feuerwehr sind geregelt. Sämtliche Löscheinrichtungen wurden mit allen zuständigen Behörden abgestimmt. An der Pforte liegen für den Ernstfall Feuerwehrlaufkarten aus. Zudem hat die Feuerwehr einen Objektplan, der u.a. Feuerwehrstellflächen und die Hydranten aufführt.

Brandschutztechnische Anlagen und Gebäudeteile werden in Verantwortung der technischen Abteilung nach einem festgelegten Plan in Zusammenarbeit mit einem zertifizierten Fachunternehmen überprüft und dokumentiert.

### **3.1.3 Umweltschutz**

Gesetzliche Umweltvorschriften werden eingehalten und der betriebliche Umweltschutz wird im Bereich des vorgegebenen Handlungsrahmens stetig verbessert. Die Einhaltung wird von Abteilungs- und Bereichsleitern kontrolliert. Maßnahmen zur Vermeidung und Beseitigung von Umweltbelastungen werden ergriffen. Ist dies nicht möglich, sind umweltbelastender Ausstoß von Schadstoffen und das Abfallaufkommen auf ein Mindestmaß zu verringern und Ressourcen zu erhalten.

Die Umweltauswirkungen neuer Tätigkeiten, Produkte und Verfahren werden im Voraus beurteilt. Müllentstehung wird bereits bei der Beschaffung so weit wie möglich vermieden. Der Einsatz von wieder verwertbaren Artikeln wird bei der Beschaffung geprüft. Ein betriebliches Abfallwirtschaftskonzept ist erstellt. Ein aktuelles Verzeichnis über Anlagen mit wassergefährdenden Stoffen wird vom technischen Leiter erstellt, aktualisiert und mit dem Gefahrstoffverzeichnis zusammengeführt.

### **3.1.4 Katastrophenschutz**

Das Krankenhaus ist nach Landesrecht nicht in den Katastrophenschutz eingebunden, da die Klinik keine Erste Hilfe vorhält und aufgrund der Struktur nicht über Intensiveinheiten und Beatmungsplätze verfügt. In den Kliniken sind folgende Katastrophenszenarien definiert: Brand/Evakuierung, Ozon- und Chlorgasalarm, Pandemie, Totalausfall der Speiserversorgung, technische Havarien. Für interne Notfallsituationen ist an der Pforte sowohl die schriftliche Regelung für den Alarmfall als auch eine Liste mit Telefonnummern von zu informierenden Mitarbeitern hinterlegt (Alarmplan). Die Zuständigkeiten und organisatorischen Maßnahmen im Falle eines Seuchenausbruchs sind geregelt.

### **3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen**

Zum Umgang mit hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen bzw. zu deren Vermeidung werden verschiedene Verfahrensanweisungen genutzt. Diese regeln die Verantwortlichkeiten und Aufgaben im Notfall und geben Hinweise für alle Mitarbeiter. So ist ein Räumungs- und Evakuierungsplan vorhanden, der den Ablauf von notwendigen Maßnahmen darstellt und ein verantwortliches Handeln im Notfall definiert.

Bei technischen Ausfällen wird der Fehler von der technischen Abteilung oder Wartungsfirmen unverzüglich behoben. Hierfür ist bei der technischen Abteilung eine Rufbereitschaft eingerichtet. Die Pforte ist als Informationspunkt vorgesehen, da eine 24 h Besetzung gewährleistet wird.

### **3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung**

Der Schutz unserer Patienten stellt ein hohes Maß an einer sicheren Umgebung und eines entsprechenden Umgangs dar. Zur Gewährleistung der Patientensicherheit wird ein strukturiertes Sicherheitssystem eingesetzt. Sicherungsmaßnahmen werden immer ärztlich angeordnet, dokumentiert und regelmäßig auf weitere Notwendigkeit überprüft, dabei sind diese Maßnahmen immer zeitlich befristete Einzelfallentscheidungen mit der geringsten möglichen Einschränkung für den Patienten.

In Richtlinien ist das angemessene Verhalten des Personals bei Fremd- und Eigengefährdung durch Patienten geregelt. Ein etabliertes Verfahren zur Alarmierung von zusätzlichen Unterstützungskräften ist vorhanden (Psychiatrischer Notruf). Ein internes Schulungsprogramm für Deeskalationsstrategien wird von Mitarbeitern aller Bereiche genutzt.

Im Rahmen des CIRS haben die Mitarbeiter die Möglichkeit, (Beinahe-) Zwischenfälle zu melden.

### **3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement**

Das klinikweit geltende Notfallmanagementkonzept für hausinterne medizinische und psychiatrische Notfälle sieht folgende Inhalte vor: Die Meldung eines medizinischen oder psychiatrischen Notfalls wird schnell und einfach in allen Bereichen der Klinik über Telefon ausgelöst. Die Verantwortlichkeiten, die Aufgaben sowie der Informationsfluss sind transparent nachvollziehbar geregelt. Das alarmierte Personal (Notfallteam) ist definiert und zur Hilfe befähigt. Notfallgeräte und Notfallkoffer stehen in definierten Bereichen zur Verfügung. In jedem Haus ist zusätzlich ein Defibrillator vorhanden. Die Standorte sind durch Piktogramme gekennzeichnet und dem medizinischen Personal bekannt.



### **3.2.3 Hygienemanagement**

Die Organisation der Krankenhaushygiene stellt die flächendeckende Einhaltung der Hygienevorschriften sicher. Die Verantwortung für die Organisation obliegt dem ärztlichen Direktor. Die Hygienekommission unterstützt ihn hierbei als beratendes Gremium.

Die Einhaltung der Hygienerichtlinien und Empfehlungen des RKI werden gewährleistet. Des Weiteren werden verschiedene Aktivitäten durchgeführt (z.B. Begehungen, Kontrolluntersuchungen, Schulungen von Mitarbeitern).

Die Hygiene betreffenden Richtlinien und Verfahrensweisen sind im Hygieneordner auf den Stationen und im Intranet einsehbar. Die Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten bzgl. hygienesichernder Maßnahmen sind definiert und durch die Hygienekommission klar benannt.

### **3.2.4 Hygienerrelevante Daten**

Festgelegte Daten werden durch die Hygieneabteilung erhoben und dienen als Grundlage von Auswertungen und Besprechungen. Regelmäßige und kontinuierliche Fortbildungen und damit verbunden die Information des Pflegepersonals und der Ärzte zu den hygienerlevanten Erhebungen finden statt. Meldepflichtige Infektionskrankheiten werden durch die Stationen an die Hygieneabteilung gemeldet. Der gesetzliche Meldeweg von Infektionserkrankungen ist im Hygieneplan beschrieben und erfolgt durch die Hygienefachkraft an das zuständige Gesundheitsamt.

Die Klinik nimmt des Weiteren an Modulen der Krankenhausinfektionsüberwachung teil. Jährlich werden diesbezüglich Auswertungen durchgeführt.

### **3.2.5 Infektionsmanagement**

Ein etabliertes Hygienemanagement soll die Verbreitung von Infektionen vermeiden. Alle Erkrankungen, die der Meldepflicht unterliegen, werden dem Gesundheitsamt gemeldet. Die Kontaktpersonen von Patienten mit meldepflichtigen Infektionskrankheiten werden erfasst und dem Betriebsarzt, der Hygienefachkraft und der Klinikleitung gemeldet.

Die Bereiche der Klinik verfügen über notwendige Schutzausrüstungen und Schutzkleidung, die entsprechend bei definierten Infektionserkrankungen und entsprechenden Tätigkeiten vorgeschrieben ist.

### **3.2.6 Arzneimittel**

Die Beschaffung und Bereitstellung von Arzneimitteln wird durch eine externe Krankenhausapotheke umgesetzt. Zusätzlich übernimmt die Apotheke die Aufgabe der Beratung und der Bevorratung. Akut benötigte Spezialpräparate werden unverzüglich über die Versorgungsapotheke geliefert. Stationsweise wird eine definierte Menge von Medikamenten für die tägliche Patientenversorgung bevorratet. Ein stationsübergreifendes Notfalldepot stellt sicher, dass eine Notfallversorgung außerhalb der Lieferzeiten gewährleistet ist. Aktuelle medizinische Erkenntnisse sowie Wirtschaftlichkeitsaspekte fließen bei der Arzneimittelwahl ein. Unterstützend wird eine Richtlinie zum Umgang mit medikamenteninduzierten Nebenwirkungen und Komplikationen genutzt, die die Vorgehensweise bei häufig eingesetzten Medikamentenklassen beschreibt. Begründete Verdachtsfälle oder gesicherten Nebenwirkungen müssen gemeldet werden. Bei relevanten Vorkommnissen bzw. unerwünschten Wirkungen ist eine Meldung an die Apotheke vorgesehen, die eine entsprechende Untersuchungen einleitet, ggf. die vorgeschriebenen behördlichen Institutionen und Herstellerfirmen benachrichtigt und wenn nötig eine Rückholaktion innerhalb der Klinik einleitet. Eine Arzneimittelkommission ist implementiert.

### **3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate**

Der Bedarf zur Anwendung von Blut und Blutprodukten ist aufgrund der in unserer Klinik behandelten Patienten eng umschrieben. Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben ist kein Transfusionsbeauftragter bestellt.

Im Falle einer medizinisch indizierten Blutübertragung erfolgt die Verlegung in ein geeignetes Krankenhaus. Die psychiatrischen und neurologischen Ärzte wenden sich in diesem Fall an den hausinternen internistischen Kollegen.

### **3.2.8 Medizinprodukte**

Durch eine gesetzliche Regelung ist der Umgang mit Medizinprodukten und die Tätigkeit von Gerätebeauftragten geregelt. Die Umsetzung liegt in vertraglich definierter Verantwortung eines externen, zertifizierten Dienstleisters. Der Vertrag umfasst Dokumentation und Instandhaltungsmanagement gemäß den gesetzlichen Anforderungen sowie Durchführung von Schulung und Einweisungen zum vorhandenen Gerätebestand.

Alle technischen Medizinprodukte werden gemäß gesetzlicher Vorgabe den vorgeschriebenen sicherheitstechnischen und messtechnischen Kontrollen unterzogen. Die Benutzer der Medizinprodukte werden geschult. Gebrauchsanweisungen für die Medizinprodukte liegen jeweils am medizintechnischen Produkt vor.

## **4 Informations- und Kommunikationswesen**

### **4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie**

Die Informationstechnologie eröffnet den Mitarbeitern die Möglichkeit, auf wesentliche Informationen elektronisch zugreifen zu können. Dazu gehören die Verteilung von entsprechenden Geräten mit der geeigneten Programmen sowie die Schulung der Mitarbeiter im Umgang damit. Dies geschieht ausschließlich über kontrollierte Zugänge.

Im Rahmen der Dokumentation sind alle Bereiche an das System der elektronischen Patientenakte eingebunden.

Zur Sicherung des EDV-Systems sind verschiedene Konzepte, wie z.B. das EDV-Ausfallkonzept, das Datensicherungskonzept, das Datensicherheitskonzept oder das Berechtigungskonzept, implementiert.

### **4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten**

Unter Verwendung des Dokumentationssystems wird einheitlich dokumentiert, wobei abteilungsspezifisch gesonderte Dokumentationen durchgeführt werden können. Neue Mitarbeiter werden mit dem schriftlichen Dokumentationssystem vertraut gemacht. Die Handzeichenlisten werden regelmäßig aktualisiert. Für alle Mitarbeiter gelten die Grundsätze des Datenschutzes und der Schweigepflicht. Die Patientenakten sämtlicher Abteilungen werden entsprechend der Archivordnung archiviert.

### **4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten**

Zur umfassenden Verfügbarkeit von Patientendaten ist der Zugriff auf alle Patientendaten zu jeder Zeit für die dazu berechtigten Personen unter Berücksichtigung des Datenschutzes möglich. Für die Entleihe von Akten ist ein Archivsystem angelegt. Die Entnahme wird durch eine Fehlkarte und durch Dokumentation im Archivbuch gekennzeichnet.

Während des stationären Aufenthaltes ist das Pflegepersonal für die Einsortierung von Befunden/Berichten verantwortlich. Nachkommende Befunde/Berichte werden dem Archiv zeitnah zugestellt und von den zuständigen Mitarbeiterinnen in die Krankengeschichte einsortiert.

### **4.3.1 Information der Krankenhausleitung**

Die Information der Krankenhausleitung wird durch eine Verfahrensanweisung für besondere Vorkommnisse sichergestellt. Da die Mitglieder der Klinikkonferenz bei den entscheidenden Gremien und Kommissionen Mitglied sind, werden diese darüber hinaus über die wesentlichen Belange in den verschiedenen Bereichen informiert.

Als weitere Informationsquelle dienen der Klinikkonferenz Controllingberichte. Diese geben über den aktuellen Stand der wirtschaftlichen und medizinischen Leistungszahlen Auskunft.

### **4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)**

Für die Weitergabe und den Austausch von Informationen sind innerhalb und zwischen den Bereichen Besprechungen gemäß der Besprechungsmatrix eingerichtet (stationsinterne Teambesprechungen, Supervisionen). Die Gremien und Kommissionen verfügen über eine Agenda und Protokolle. E-Mail Zugänge sowie der Zugang zum Intranet realisieren eine durchgängige Informationsweitergabe.

Externe Informationen (z.B. Rundschreiben der Berliner Krankenhausgesellschaft) werden über Umlaufmappen den Abteilungsleitern zugänglich gemacht.

Die Chefarzte halten regelmäßigen Kontakt zu niedergelassenen Medizinemern.

#### **4.4.1 Organisation und Service**

Der Empfangsbereich ist rund um die Uhr besetzt und somit ein wichtiger Informationspunkt der Klinik. Der Bereich ist technisch in das Krankenhausinformationssystem inkl. E-Mail und Intranet sowie in das medizinische und psychiatrische Notfallsystem der Klinik eingebunden. Als zentrale Auskunftsstellen gelten des Weiteren alle Sekretariate und die Abteilung Patientenverwaltung. Informationen und ggf. Änderungen von Terminen, Stationsbesetzungen etc. werden per E-Mail an die jeweiligen Auskunftsstellen verschickt. Ein Servicecenter stellt diese Informationen für die Mitarbeiter zugänglich im Intranet bereit. Außerdem wird die eigene Homepage als Informationsquelle genutzt und permanent ausgeweitet.

#### **4.5.1 Regelungen zum Datenschutz**

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte setzt die gesetzlichen Vorgaben sowie die Vorgaben des Datenschutzgesetzes der evangelischen Kirche in Deutschland um. Unterstützend werden Dienstanweisungen und ein Konzept zum Datenschutz hinzugezogen. Alle Berufsgruppen, die mit den Patienten in ärztlicher, pflegerischer oder therapeutischer Beziehung stehen, haben direkten Zugriff auf die Unterlagen der von ihnen zu behandelnden Patienten. Für die Nutzung der EDV-Technik existiert ein Berechtigungskonzept, das sich nach der Funktion des jeweiligen Mitarbeiters richtet.

Elektronische Sicherungen vor nicht gewünschten Zugriffen auf das EDV-System sind eingeführt.

## **5 Führung**

### **5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild**

Das von leitenden Mitarbeitern des Trägers entwickelte Leitbild für alle Einrichtungen des Trägers dient als Richtschnur für das Handeln der Mitarbeiter. Des Weiteren wurden verschiedene Ziele unter Berücksichtigung von Vision und Wettbewerb entwickelt. Die erarbeiteten Ziele stellen die Rahmenbedingungen der weiteren Unternehmenssteuerung dar.

### **5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen**

Aus dem Leitbild wurden Führungsgrundsätze erarbeitet. Diese gelten als Basis vertrauensfördernder Maßnahmen. Unseren Mitarbeitern wird verdeutlicht, dass jeder Mitarbeiter zum Gesamtgelingen des gemeinsamen Werkes seinen jeweiligen Teil beisteuern kann, der sich an seinen individuellen Kenntnissen und Fähigkeiten orientiert. Zudem wird das gegenseitige Vertrauen zwischen der Belegschaft und der Geschäftsführung durch die transparente Darstellung der Unternehmenssituation und der künftigen Unternehmensziele durch die jährliche Betriebsversammlung gefördert. Turnusgemäß finden Transparenzgespräche zwischen der Geschäftsführung und den Abteilungen statt. Die Wirkung der Darstellungen auf den jeweiligen Mitarbeiter wird in die Mitarbeiterbefragung aufgenommen, um zu prüfen, inwieweit eine Akzeptanz vorliegt.

### **5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse**

Im Theodor-Wenzel-Werk arbeitet eine Ethikkommission ethische Fragestellungen aus. Ergebnisse sind verschiedene Handlungsempfehlungen. Bei der Erstellung sind außerdem die gesetzlichen Rahmenbedingungen maßgebend. In den Richtlinien zur Isolierung und Fixierung wurden ethische Aspekte berücksichtigt. Bei wissenschaftlichen Studien (z.B. Verhaltenstherapie bei Depression) wird die zuständige externe Ethikkommission (Universität / Ärztekammer) eingebunden.

Die Mitarbeiter können die Ethikkommission kontaktieren. Das Leitbild gilt als übergeordneter ethischer Rahmen und enthält grundsätzliche Aussagen zum erwünschten Verhalten enthalten.

### **5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung**

Die vom Krankenhaus entwickelte Zielplanung wird für die Steuerung seiner Handlungen genutzt. Die Klinik hält eine Wirtschaftsplanung vor, die einen Personal-, Finanz- und Investitionsplan umfassen. Die Liquiditätsplanung unterliegt dem Finanzmanagement und wird zentral gesteuert. Außerdem wird aus der Risikoanalyse, aus jeder Überprüfung durch Fachexperten sowie der Patienten- und Mitarbeiterbefragung und dem Beschwerdemanagement ein konkreter Maßnahmenplan abgeleitet. Ein umfassendes Kennzahlensystem ist unterstützend vorhanden. Dieses wird regelhaft überarbeitet, kontinuierlich ergänzt und aktualisiert.

### **5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen**

Zur Förderung der aktiven Beziehungen zu unseren externen Partnern und zur Erfüllung der Aufgabe der politischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Verantwortlichkeit wird als klinikweite Philosophie das Konzept zur Entwicklung von nachhaltigen Partnerschaften gesehen. Mit Lieferanten werden daher langjährige Partnerschaften angestrebt und gepflegt. Die bezirkliche Vernetzung mit ergänzenden Partnern ist im Sinne der Patienten ein wichtiges Kriterium. Als Grundlage der Zusammenarbeit werden schriftliche Kooperationsvereinbarungen geschlossen.

### **5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur**

Zur Festlegung und Bekanntmachung eindeutiger Verantwortlichkeiten, die erforderlich sind, um strategische und operative Ziele effektiv umzusetzen und sicherzustellen, wurden im Organigramm der Klinik alle Bereiche sowie deren Abteilungsleiter namentlich benannt. Änderungen werden zeitnah eingepflegt. Trägerseitig existiert ein Geschäftsverteilungsplan, der alle Zuständigkeiten der entsprechenden Funktionsträger in den Einrichtungen regelt. Die Organisationsstruktur der Gremien innerhalb des Qualitätsmanagements ist ebenfalls in einem Organigramm festgehalten. Alle Organigramme sind im Intranet einsehbar. Die notwendigen Kompetenzen sind in den Stellenbeschreibungen enthalten.

### **5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien**

Im Theodor-Wenzel-Werk existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise von Leitungsgremien und Kommissionen, das effektives Vorgehen gewährleistet. Zur Sicherstellung dieser im Sinne einer optimalen Patientenversorgung gibt es verschiedene Gremien. In der Klinikkonferenz wird über die Ergebnisse der Gremien und Kommissionen berichtet. Zu diesen wird eine Tagesordnung erstellt und Protokoll geführt. Des Weiteren sind jeweilige Geschäftsordnungen vorhanden. Um alle betreffenden Mitarbeiter zeitnah und zielgerecht zu informieren, werden Informationen durch die kaskadenförmige Besprechungsmatrix weitergegeben.

Die Klinik setzt ein umfassend geregeltes Projektmanagement um. Zur Organisation des Prozessmanagements in allen Abteilungen und Ebenen der Klinik liegt eine Prozesslandkarte mit allen notwendigen Prozessen und Schnittstellen vor.

### **5.3.3 Innovation und Wissensmanagement**

Die Organisation von Innovationen wird federführend von der Geschäftsführung und der Krankenhausleitung durchgeführt. In der jährlichen Zielplanung werden die medizinischen und therapeutischen Ziele weiterentwickelt und neu definiert. Auf der Grundlage dessen werden notwendige bauliche und personelle Veränderungen, einschließlich erforderlicher Kooperationen geplant. In Abhängigkeit von den gesundheitspolitischen und neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen werden die kommenden Vorhaben und Ziele festgelegt. Das betrifft die Einführung neuer Versorgungsmodelle, Umsetzung neuer Therapiekonzepte und daraus resultierende bauliche Maßnahmen. Als weitere Maßnahmen des Wissensmanagements werden die Nutzung des Intranets als Publikationsmedium, Besprechungen und Konferenzen gesehen.

### **5.4.1 Externe Kommunikation**

Der Bereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit ist als eigenständiges Referat bei der Geschäftsführung angegliedert. Dieses berichtet der Geschäftsführung direkt und ist rechenschaftspflichtig. Jährlich wird ein umfangreicher Kommunikations- und Maßnahmenplan sowie im letzten Quartal einen Jahresplan für das Folgejahr erstellt und die zu erreichenden Ziele definiert.

Unsere Zielgruppen werden vorrangig durch das Referat Öffentlichkeitsarbeit in Form von individualisierten Veranstaltungsformaten auf die Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk aufmerksam gemacht und langfristig an diese gebunden. Für den Umgang mit der Presse zeichnet sich ebenfalls das Referat Öffentlichkeitsarbeit verantwortlich. Im Falle besonderer Vorkommnisse erfolgt jede Art von Öffentlichkeitsarbeit ausschließlich über die Geschäftsführung bzw. das zuständige Referat.

### **5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems**

Zur zeitnahen, vollständigen, richtigen und genauen Information der Krankenhausleitung und der Entscheidungsträger sowie zur frühzeitigen Identifikation und Überwachung bestandsgefährdender Entwicklungen unternehmensinterner sowie umweltbezogener Vorgänge führen wir ein umfassendes Risikomanagement in verschiedenen Bereichen und Abteilungen durch. Es existiert ein Meldesystem in welchem Mitarbeiter Vorkommnisse und Beinahevorkommnisse der Krankenhausführung zur Kenntnis geben können, ohne dass eine persönliche Rückverfolgung möglich ist. Anhand dessen erfolgen Bewertungen in einem Risikobericht, daraus leiten wir konkrete Verbesserungsmaßnahmen ab.

Aufgrund der Teilnahme von Mitgliedern der Klinikkonferenz bei den entscheidenden Gremien und Kommissionen werden diese des Weiteren über die wesentlichen Belange in den verschiedenen Bereichen informiert. Über die Controllingberichte wird die Klinikkonferenz über den aktuellen Stand der wirtschaftlichen und medizinischen Leistungszahlen informiert.

## **6 Qualitätsmanagement**

### **6.1.1 Organisation**

Zur Organisation des Qualitätsmanagements wurde ein Rahmenkonzept formuliert. Dieses definiert die Qualitätspolitik, Qualitätsbegriffe, Struktur, Organisation und Instrumente des Qualitätsmanagement sowie die Kommunikationsstrukturen. Zur Koordinierung, Umsetzung und Weiterentwicklung wurde die Lenkungsgruppe als Entscheidungsgremium mit den Mitgliedern der Klinikkonferenz sowie der Personalleitung, dem Datenschutzbeauftragten, dem Mitarbeitervertretungs-Vorsitzenden und den Qualitätsmanagern besetzt.

Sämtliche Verantwortungsbereiche sind im Rahmen des Qualitätsmanagements geregelt und allen Mitarbeitern bekannt. Ein Organigramm gibt die Qualitätsmanagements-Aufbauorganisation vor und trägt zur Transparenz bei. Prozesse und Abläufe jeglicher Art, die Leistungen und Maßnahmen sind im Qualitätsmanagement-Handbuch strukturiert dargestellt wiederzufinden.

### **6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung**

Die grundlegenden Prozesse sind identifiziert und definiert. Hierbei nehmen wir eine Unterteilung in Kern-, Unterstützungs- und Führungsprozessen vor. Die organisationsspezifische Prozesslandkarte gibt die Ablaufstruktur der Klinik wieder. Als Kernleistung gegenüber unserem Patienten wird der Aufnahme- und Behandlungsprozess definiert. Die Unterstützungsprozesse stellen die Struktur und Schnittstellen mit der Organisation dar, in den Führungsprozessen spiegelt sich ein Stück Führungskultur wider. Die Prozesse werden in Form von Prozess- bzw. Verfahrensanweisungen präzisiert. Die Reproduzierbarkeit und Messbarkeit von Prozessen wird durch den Einsatz von Kennzahlen abgebildet.

### **6.2.1 Patientenbefragung**

Zur Ermittlung und Erhöhung der Kundenzufriedenheit und zur Identifizierung von Verbesserungspotentialen führen wir Befragungen durch. Aus den Ergebnissen der Befragungen werden unter Beteiligung der betroffenen Bereiche und der Mitarbeiter Maßnahmen abgeleitet, die zur Weiterentwicklung der Strategie der Klinik beitragen. Unterstützend liegt das Befragungskonzept zugrunde, das die Faktoren Ziele, Methodenwahl, Befragungszyklus, Erwartungswerte und Ergebniskommunikation beschreibt.

Die letzte umfassende Patientenbefragung fand 2014 statt, die nächste ist für 2017 geplant. Die Befragungen werden durch ein externes Befragungsinstitut durchgeführt. Dieses verwendet standardisierte und evaluierte Fragebögen.

### **6.2.2 Befragung externer Einrichtungen**

Das Befragungskonzept sieht vor, dass alle drei Jahre eine Einweiserbefragung anhand eines Fragebogens durchgeführt wird. Bei der Einweiserbefragung handelt es sich um ein erprobtes Instrument, das üblicherweise auch in vergleichbaren Kliniken zur Anwendung kommt und deshalb gute Vergleichsmöglichkeiten liefert. Die Befragung dient als Baustein eines strukturierten Einweisermanagements.

### **6.2.3 Mitarbeiterbefragung**

Ziel ist, regelmäßige Rückmeldungen von Mitarbeitern zu erhalten, um so den kontinuierlichen Verbesserungsprozess gewährleisten zu können. Auch im Bereich der Mitarbeiterbefragung findet das Befragungskonzept Anwendung.

Die Einrichtung hat 2012 trägerweit eine umfassende Befragung durchgeführt. Die Auswertung führte ein externes Institut durch, um die Anonymität zu gewährleisten. Die Ergebnisse der Befragung werden als Teil der strategischen Zielsetzungen in die Personalpolitik integriert. Turnusgemäß findet die nächste Mitarbeiterbefragung gemäß Konzept Anfang 2016 statt. 2015 erfolgte auf Initiative der Mitarbeitervertretung eine Befragung statt. Die Ergebnisse wurden der betrieblichen Öffentlichkeit bekanntgegeben.

### **6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden**

Ein strukturiertes Beschwerdemanagement wurde etabliert. Jede Beschwerde wird als Chance zur Verbesserung gesehen. Eine offene Fehlerkultur wurde etabliert. Die Beschwerden werden offen entgegen genommen. Die Bearbeitung und Beantwortung erfolgt zeitnah. Qualitätsverbesserungen werden in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess eingebracht.

Unterschiedliche Instrumente können zur Beschwerdeführung genutzt werden: Meinungsflyer, Patientenfürsprecher, Email über die Homepage der Klinik.

### **6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten**

Durch den Einsatz von verschiedenen Methoden der internen Qualitätssicherung wird eine zuverlässige Versorgung der Patienten sichergestellt. Die Erreichung der formulierten Qualitätsziele ist durch Nutzung der Kennzahlen und des Berichtswesens überprüfbar. Diverse Statistiken, Prüfungen, Besprechungen und Analysen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen werden dazu genutzt, die Ergebnisqualität zu erhöhen. Ziel ist es, im Rahmen der internen Qualitätssicherung qualitätsrelevante Daten zu erheben, bewerten und auf Grundlage der Ergebnisse Qualitätsziele festzulegen. In allen Abteilungen und Bereichen werden die wesentlichen Kern- und Unterstützungsprozesse abgedeckt.

Zur externen Qualitätssicherung unterliegen die Fachabteilungen der Klinik aufgrund ihres Behandlungsspektrums ausschließlich der Überwachung der Druckgeschwürprophylaxe.

Des Weiteren sieht die Klinikleitung vor, dass die Ergebnisse aus vorhandenen Routinedaten, z.B. der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung, Sturzstatistik oder Druckgeschwüren, umfassend genutzt werden.

### **6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung**

Daten der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung werden genutzt, um das Qualitätsniveau der Klinik mit dem ähnlicher Krankenhäuser zu vergleichen. Daraus werden Ansätze für Qualitätsverbesserungen im Bereich medizinische Ergebnisqualität gezogen. Die hausindividuelle Auswertung der Ergebnisse der externen Qualitätssicherung sowie des Reports der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung werden der Pflegedienstleitung zur Auswertung und Bewertung für zu treffende Maßnahmen zur Verfügung gestellt. Bei auffälligen Ergebnissen in der Auswertung wird gezielt Rücksprache mit dem Qualitätsbüro Berlin gehalten.

Die Richtigkeit der Daten wird durch Weiterleitung unserer Daten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus überprüft. Daten werden sowohl intern als auch extern veröffentlicht. Die Auswahl von Partnern zum externen Vergleich wird ausschließlich über den Vergleich der Daten des Institutes für das Entgeltsystem im Krankenhaus durchgeführt.