



KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Krankenhaus Waldfriede
Institutionskennzeichen:	261100456
Anschrift:	Argentinische Allee 40 14163 Berlin
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2014-0056 KH
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche
Gültig vom:	19.07.2014
bis:	18.07.2017

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	7
1 Patientenorientierung	8
2 Mitarbeiterorientierung	12
3 Sicherheit	14
4 Informations- und Kommunikationswesen	16
5 Führung	18
6 Qualitätsmanagement	20

Vorwort der KTQ[®]

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

Gesellschafter der KTQ[®] sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) und der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e. V. (HB). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

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

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit,
- das 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.

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

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

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

Wir freuen uns, dass das **Krankenhaus Waldfriede** 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 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

Dr. med. M. Vogt

Für den Hartmannbund

Vorwort der Einrichtung

Das freigemeinnützige Krankenhaus Waldfriede in Berlin-Zehlendorf ist ein Akutkrankenhaus mit 160 Betten. Träger des Krankenhauses ist die evangelische Freikirche der Siebenten-Tags-Adventisten, die weltweit über 610 medizinische Einrichtungen unterhält. Zum Krankenhaus gehören folgende Fachabteilungen:

- Innere Medizin
- Minimal-invasive Chirurgie, Endokrine- und Viszeralchirurgie
- Darm- und Beckenbodenchirurgie
- Handchirurgie, obere Extremitäten und Fußchirurgie
- Gynäkologie und Geburtshilfe
- Brustzentrum
- Anästhesie
- Radiologie

2005 wurde dem Krankenhaus zum ersten Mal das KTQ-Zertifikat (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) verliehen. Seitdem ist es uns kontinuierlich gelungen, die Anforderungen zu erfüllen.



Seit der Gründung des Krankenhauses im Jahr 1920 orientiert sich das medizinische Handeln und die pflegerische Betreuung an ganzheitlichen Therapiekonzepten (Körper, Geist und Seele) zum Wohl des Patienten.

Wenn wir uns heute zu der Philosophie unserer Gründer bekennen, dann nicht nur um eine Tra-

dition lebendig zu erhalten. Es ist unsere Überzeugung, dass der kranke Mensch mit all seinen Bedürfnissen im Mittelpunkt und Bewusstsein unserer Mitarbeiter steht.

Moderne medizinische Therapiekonzepte orientieren sich nicht nur an neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen, sondern schließen auch fachübergreifende Aspekte mit ein. Hierzu gehört z.B. die Betreuung der Patienten durch Psychologen, Seelsorger und Sozialdienst. Auf Wunsch der Patienten beziehen wir die Angehörigen/ Bezugspersonen in die Behandlung mit ein.

Bereits Mitte der 80er Jahre haben wir begonnen unser Gesundheitsnetzwerk aufzubauen, dessen Mittelpunkt das Krankenhaus ist. Daneben entstand 1989 eine ambulante Sozialstation* und 1997 eine Kurzzeitpflegeeinrichtung*. Eine weitere Kurzzeitpflege kam 2008 am "Botanischen Garten" hinzu*.

Seit 1993 bietet das Gesundheitszentrum PrimaVita* präventiv-medizinische Kurse, Seminare und Beratung zu den Themen Bewegung, Entspannung, Ernährung, Gewichtsmanagement usw. an. Prävention, Nachsorge und seelische Begleitung nach stationären Aufenthalten sind für uns ebenso wichtig, wie die Behandlung der Erkrankung.

Die Akademie für Gesundheits- und Krankenpflege - bestehend seit 1922 - niedergelassene Arztpraxen*, ein internationaler Service für Botschaftsangehörige und ausländische Mitbürger*, die ambulante Physiotherapie und eine Servicegesellschaft* ergänzen unser Netzwerk. 2007 wurde das Netzwerkangebot mit einer Kindertagesstätte/ Mehrgenerationenhaus* in der Nähe des Krankenhauses erweitert.

Zur Stärkung der internationalen Zusammenarbeit hat das Krankenhaus im März 2008 eine Kooperationsvereinbarung mit der Florida-Hospital-Gruppe in Orlando/ Florida (USA) geschlossen.

Der Förderverein Waldfriede e.V. wurde 2013 gegründet, um soziale und karitative Projekte gezielt zu fördern. Ein Schwerpunkt liegt dabei in der Unterstützung des „Desert Flower Center“ Waldfriede, das wir im September 2013 eröffnet haben. Hier werden Frauen und Mädchen nach Genitalverstümmelung (Female Genital Mutilation) medizinisch ganzheitlich behandelt und psychosozial betreut. Das Krankenhaus Waldfriede ist Kooperationspartner der von Waris Dirie gegründeten „Desert Flower Foundation“ in Wien.

* Nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

1.1 Rahmenbedingungen der Patientenversorgung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Informationen zum Leistungsangebot erhalten Patienten und einweisende Ärzte auf der Homepage des Krankenhauses. Die Ansprechpartner aller Fachabteilungen werden mit Namen und Telefonnummer aufgeführt. Alle Angaben sind auch in den Informationsbroschüren der Abteilungen enthalten.

Beim Besuch der Sprechstunden und durch die Angaben auf der Homepage erfahren die Patienten auch, welche Unterlagen sie zur Aufnahme mitbringen sollen.

Das Krankenhaus ist mit dem PKW und mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen.

1.1.2 Leitlinien

In allen Fachbereichen sind die Leitlinien der Fachgesellschaften und darauf basierende Behandlungsstandards verbindlich für die ärztliche Diagnostik und Therapie. Verantwortliche für die Überprüfung und Überarbeitung sind benannt.

Im Pflegebereich werden wissenschaftlich fundierte Pflegestandards angewandt, z.B. zur Vermeidung von Stürzen und Druckgeschwüren. Standards zur Schmerztherapie wurden in einer Arbeitsgruppe von Ärzten und Pflegeexperten gemeinsam entwickelt. Die Anwendung der Standards wird in Visiten und Besprechungen überprüft.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Patienten werden in den gesamten Behandlungsprozess aktiv einbezogen. In den Sprechstunden erläutern Fachärzte das Behandlungsspektrum und stimmen das weitere Vorgehen mit dem Patienten ab. Unterstützend stehen Informationsbroschüren zu Krankheitsbildern und deren Behandlung zur Verfügung. Bei Bedarf werden fremdsprachige Aufklärungsbögen genutzt und die Patienten auf die Angebote der Arbeitsgruppe "Angstfreies Krankenhaus" hingewiesen (z.B. OP-Begleitung, Angstsprechstunde).

Auf Wunsch des Patienten werden Angehörige in die Gespräche einbezogen. Es besteht die Möglichkeit der Unterbringung von Begleitpersonen auf den Stationen oder in Gästezimmern auf dem Gelände. In der Geburtshilfe stehen Familienzimmer zur Verfügung.

Bei der Aufnahme erhalten die Patienten eine Informationsmappe mit den Serviceleistungen, Besuchsregelungen und einem Lageplan.

Patientenschulungen bzw. Beratungen werden von qualifizierten Pflegefachkräften (Wundexperten, Stomapflege, Schmerzmanagement), einer Breast Care Nurse und Onkolog. Fachschwester im Brustzentrum oder einer Stillberaterin angeboten. In Zusammenarbeit mit einer Home Care Firma wird die Anleitung der Patienten, z.B. bei der Stomaversorgung, organisiert.

Der Sozialdienst stellt auf Wunsch den Kontakt zu Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen im Bezirk her.

1.1.4 Service, Essen, Trinken

Für die Reinigung und Speiseversorgung ist die Servicegesellschaft Krankenhaus Waldfriede zuständig. Zu den Grundsätzen des Hauses gehört neben dem Verzicht auf Schweinefleisch auch der Anspruch auf eine Zubereitung der Speisen ohne Zusatz von künstlichen Aromen, Zusatzstoffen oder Konservierungsmitteln. Das Essen wird im Haus unter Berücksichtigung des saisonalen Angebots frisch zubereitet.

Durch freie Komponentenwahl innerhalb der drei angebotenen Menüs ist für die Patienten eine individuelle Zusammenstellung der Gerichte möglich. Mindestens ein vegetarisches Gericht ist in

der Menüauswahl enthalten. Auf den Stationen stehen jederzeit warme und kalte Getränke für die Patienten zur Verfügung.

Die Diätassistentinnen orientieren sich an einem aktuellen Diätkatalog und erstellen bei Bedarf spezielle Diätpläne.

Täglich hat die Cafeteria für Patienten und Besucher geöffnet. Hier können auch Zeitschriften und Hygieneartikel erworben werden. Ein denkmalgeschützter Jugendstilpark mit Sitzgelegenheiten lädt Patienten und Besucher zum Verweilen ein.

Ehrenamtliche Helfer sind im Aufnahmezentrum und auf den Stationen, z.B. zur Begleitung der Patienten, tätig.

1.1.5 Kooperationen

Innerhalb der Fachabteilungen und abteilungsübergreifend arbeiten die Mitarbeiter eng zusammen, z.B. mittels Röntgenbesprechungen oder Fallbesprechungen. Niedergelassene Ärzte, mit denen Kooperationen bestehen, nehmen an der wöchentlichen Tumorkonferenz im Haus teil, um die Behandlung gemeinsam abzustimmen. Mit einweisenden Ärzten bestehen in allen Bereichen telefonische und schriftliche Kontakte bereits im Vorfeld der Behandlung.

Die Radiologie (Röntgen, CT, Mammografie) wird in Kooperation mit der Charité Universitätsmedizin betrieben. Laborleistungen werden von einem externen Anbieter in unseren Räumlichkeiten erbracht.

In der Geburtshilfe ist die Entbindung auch in Begleitung einer Beleghebamme möglich.

1.2 Notaufnahme

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Das Krankenhaus Waldfriede ist als Notfallkrankenhaus anerkannt. Die Erste Hilfe/ Notaufnahme ist rund um die Uhr besetzt. Bei Ankunft der Patienten erfolgt eine Ersteinschätzung der Dringlichkeit durch eine Pflegefachkraft. Bei Patienten, die mit dem Notarztwagen eingeliefert werden, erfolgt die Übergabe direkt an den diensthabenden Arzt. Dieser ist über ein Mobiltelefon jederzeit erreichbar. Der Arzt entscheidet über die weitere Diagnostik und Therapie, die Hinzuziehung eines Fachkollegen und die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme. Eine Übersicht über die freien Betten im Haus kann direkt im Krankenhausinformationssystem eingesehen werden.

Die Behandlung von Arbeitsunfällen wird durch einen Durchgangsarzt mit Ermächtigung der Berufsgenossenschaften gewährleistet.

1.3 Ambulante Versorgung

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

In allen Abteilungen werden Spezialsprechstunden von Fachärzten und Privatsprechstunden der Chefärzte angeboten. Mit dem Patienten werden die notwendigen Untersuchungen geplant und meist während der Sprechstunden durchgeführt. Vom einweisenden Arzt erhobene Befunde werden in die Behandlungsplanung einbezogen. In einem schriftlichen Bericht erhält der Einweiser alle Informationen über das weitere Vorgehen.

Das Beckenbodenzentrum ist von der Deutschen Kontinenz Gesellschaft als Beratungsstelle anerkannt. Auch das Leistungsangebot der Physiotherapie steht ambulanten Patienten zur Verfügung.

1.3.2 Ambulante Operationen

Ambulante Operationen werden im ambulanten OP-Trakt oder im zentralen OP durchgeführt. In einer Indikationssprechstunde überprüft ein Facharzt, ob ein Eingriff ambulant erfolgen kann oder eine stationäre Aufnahme erforderlich ist.

Dazu erfolgen eine Untersuchung und die Erfassung von Risiken und ernsthaften Vorerkrankungen. Ein Anästhesist klärt den Patienten über die Narkose auf und erläutert den vor- und nachoperativen Ablauf. Die Patienten erhalten auch schriftliche Informationen. Angehörige werden auf Wunsch in die Gespräche einbezogen, um die häusliche Betreuung nach der OP zu klären.

Nach der Operation erfolgt eine Überwachung durch das Pflegepersonal. Bevor der Patient das Krankenhaus verlassen kann, wird vom Operateur und Anästhesisten eine Entlassungsvisite durchgeführt.

1.4 Stationäre Versorgung

1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Im Aufnahmezentrum wird die medizinische Ersteinschätzung unterstützt durch standardisierte Anamnesebögen vorgenommen. Die pflegerische Aufnahme erfolgt auf der Station durch qualifiziertes Pflegepersonal. Entsprechend der Behandlungsstandards und Leitlinien werden weitere diagnostische Maßnahmen veranlasst.

Der Arzt erstellt einen Behandlungsplan, der mit einem Oberarzt bzw. dem Chefarzt abgestimmt wird. Die Pflegekräfte erstellen eine Pflegeplanung für den Patienten. Mitarbeiter mit speziellen Kompetenzen (z.B. Wundexperten, Schmerztherapeut), Sozialdienst und Physiotherapeuten werden in die Zielplanung einbezogen. In Absprache mit den Beteiligten koordiniert der Stationsarzt die Behandlung. Behandlungs- und Pflegeplan werden überprüft und bei Bedarf angepasst.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die Behandlung und Pflege der Patienten erfolgt auf Basis professioneller Standards und Richtlinien. Verantwortliche Ärzte der Fachbereiche und eine Gruppe von Pflegeexperten sind für die Überprüfung und Anpassung der Standards benannt. Von allen PC-Arbeitsplätzen ist dazu der Zugriff auf Internetseiten der Fachgesellschaften und Expertengremien möglich. Aktuelle Fachliteratur ist in allen Abteilungen vorhanden.

Zur Aufklärung der Patienten über therapeutische Maßnahmen und Risiken werden Aufklärungsbögen und Merkblätter genutzt. Alle Behandlungsschritte erfolgen grundsätzlich nur mit dem Einverständnis des Patienten.

Die Schmerztherapie wird in Verantwortung der Anästhesisten bei Patienten mit akuten oder chronischen Schmerzen durchgeführt. Ein Akutschmerzdienst steht rund um die Uhr zur Verfügung. Eine berufsgruppenübergreifende Arbeitsgruppe hat ein standardisiertes Handlungsschema für die Schmerztherapie nach operativen Eingriffen erarbeitet.

Behandlungs- und Pflegestandards beinhalten neben den Festlegungen zu möglichen Komplikationen auch Anweisungen zu deren Vermeidung durch prophylaktische Maßnahmen (z.B. Thromboseprophylaxe bei Operationen oder die Vermeidung von Druckgeschwüren bei bettlägerigen Patienten) und zur schnellen Mobilisierung. Auf ärztliche Anordnung wird dies durch physiotherapeutische Angebote ergänzt.

Die regelmäßigen Besprechungen und Visiten der Abteilungen unterstützen die Organisation der Behandlung. Im Brustzentrum und in der Koloproktologie erfolgt die Therapieplanung gemeinsam mit den Kooperationspartnern in der wöchentlichen Tumorkonferenz.

1.4.3 Operative Verfahren

Die Organisation und Koordination durch das OP-Management ist in einem OP-Statut beschrieben. Auch die OP-Vorbereitung, Voruntersuchungen und Anästhesievorbereitung der Patienten sind verbindlich geregelt. Patienten mit großen Ängsten haben die Möglichkeit, von der Arbeitsgruppe "Angstfreies Krankenhaus" beraten zu werden und individuelle Angebote zur Verminderung von Ängsten in Anspruch zu nehmen.

Die Patienten werden vom Pflegepersonal in den OP begleitet. Die Sicherheit des Patienten hat höchste Priorität. Zur Vermeidung von Verwechslungen erhalten alle Patienten daher ein Namensband, bevor sie in den OP kommen. Die zu operierende Seite wird auf der Station durch den Operateur markiert.

Anhand einer Checkliste werden Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung einer OP überprüft. Alle Maßnahmen (z.B. Lagerung, Hautdesinfektion, Zählkontrolle der Instrumente) werden EDV-gestützt oder in standardisierten Formularen dokumentiert.

Nach der OP erfolgt die Überwachung der Patienten im Aufwachraum.

1.4.4 Visite

Bei allen Patienten findet täglich eine Visite statt, die Teilnehmer (z.B. Physiotherapie, Sozialdienst) werden in den Fachbereichen festgelegt. Grundsätzlich nehmen der Stationsarzt und eine Pflegefachkraft an der Visite teil. Oberarzt- und Chefarztvisiten finden jeweils mindestens einmal wöchentlich statt, die Visitenzeiten sind auf allen Stationen festgelegt. Bei der Visite im Zimmer steht das Gespräch mit dem Patienten im Mittelpunkt, um gezielt auf sein Befinden, Fragen und Probleme eingehen zu können. Schwierige Gespräche finden außerhalb der regulären Visiten im Arzt- oder Behandlungszimmer statt.

Pflegeexperten führen kollegiale Pflegevisiten auf den Stationen durch und überprüfen dadurch die Wirksamkeit der pflegerischen Maßnahmen.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Patienten mit planbaren Eingriffen werden meist prästationär behandelt, d.h. die erforderlichen Untersuchungen und Aufklärungsgespräche finden vor der stationären Aufnahme statt. Am OP-Tag kommen die Patienten dann direkt zur Aufnahme auf die Station.

Eine nachstationäre Behandlung kann zeitlich begrenzt und in Abstimmung mit dem einweisenden Arzt in unseren Sprechstunden erfolgen.

1.5 Übergang in andere Bereiche

1.5.1 Entlassung

Der Patient wird frühzeitig in die Entlassungsplanung einbezogen, der Entlassungstermin wird in den Visiten besprochen. Eine nachgeordnete Betreuung, Beantragung einer Anschlussheilbehandlung oder Versorgung mit Hilfsmitteln wird über den Sozialdienst organisiert. Ein Entlassungsgespräch erfolgt durch den Arzt und eine Pflegefachkraft. Der Patient erhält einen Arztbrief mit Informationen zur Behandlung für den niedergelassenen Arzt. Niedergelassene Ärzte haben die Möglichkeit, über ein Arztportal die Patientendaten zeitnah elektronisch einzusehen. Wöchnerinnen wird ein Hebammenbrief für die nachbetreuende Hebamme mitgegeben.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Die Weiterbetreuung der Patienten wird durch den Sozialdienst in Absprache mit dem behandelnden Arzt und dem Pflegeteam organisiert. Alle Versorgungsschritte werden mit dem Patienten und seinen Angehörigen geplant. Das Netzwerk Waldfriede umfasst auch eine Kurzzeitpflege-

geeinrichtung und eine ambulante Sozialstation, in denen die Betreuung pflegebedürftiger Patienten möglich ist. Bei Entlassungen in andere Versorgungsbereiche werden ein Pflegeüberleitungsbogen und ein Überleitungsbrief für den Sozialdienst der übernehmenden Einrichtung mitgegeben.

1.6 Sterben und Tod

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Die würdige Betreuung sterbender Patienten hat bei uns einen hohen Stellenwert. Die Bedürfnisse des Patienten stehen dabei an erster Stelle. Es wird in der Dokumentation vermerkt, ob eine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht existiert. Die Seelsorger des Krankenhauses bieten ihre persönliche Hilfe bei der Sterbebegleitung und bei der Betreuung der Angehörigen an. Sie stehen rund um die Uhr für Patienten und ihre Angehörigen zur Verfügung. Die Angehörigen können zu jeder Zeit bei dem Patienten sein und auf Wunsch im Krankenhaus oder auf dem Gelände übernachten. Wir respektieren die Wünsche aller Weltanschauungen und Religionen.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Verstorbene werden von uns würdevoll versorgt. Die Abschiednahme der Angehörigen von den Verstorbenen wird im Patientenzimmer oder einem Aufbahrungsraum ermöglicht. In der Regel erfolgt dabei die Begleitung der Angehörigen durch das Pflegepersonal oder die Seelsorger. Zum Umgang mit Verstorbenen und mit Tot- und Fehlgeburten wurden im Krankenhaus Waldfriede verbindliche Handlungsanweisungen erlassen. Kontakte zu Selbsthilfegruppen oder Initiativen von Betroffenen können vermittelt werden.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1 Personalplanung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Die Personalbedarfsplanung erfolgt unter Nutzung verschiedener Berechnungsverfahren mit dem Ziel, ausreichend qualifiziertes Personal zu beschäftigen und auch bei Arbeitsspitzen kurzfristig genügend Mitarbeiter zur Verfügung zu stellen. Der unmittelbare Einsatz der Mitarbeiter wird mit entsprechender Software durch die Abteilungen selbst geplant und gesteuert. Die Personalabteilung stellt den Führungskräften regelmäßig Personalkennzahlen zur Verfügung.

2.2 Personalentwicklung

2.2. Personalentwicklung/ Qualifizierung

Zum Personalentwicklungskonzept gehört die Personalakquise, Ausbildung, Fort- und Weiterbildung, Stellenbeschreibungen, Einarbeitung der Mitarbeiter sowie Mitarbeitergespräche in Form von Zielvereinbarungs- und Beurteilungsgesprächen. Die Anforderung an die Qualifikation der Mitarbeiter ist Bestandteil der Stellenbeschreibungen insbesondere bei medizinischem und pflegerischem Personal. Der Erwerb von Zusatzqualifikationen durch Fortbildungen wird unterstützt.

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Um neue Mitarbeiter in den Aufgabenbereich und Kollegenkreis zu integrieren, beinhaltet die Einarbeitung sowohl eine Einführungsveranstaltung, welche einen Überblick über das Haus gibt, als auch die systematische Einarbeitung durch einen Ansprechpartner im direkten Arbeitsbe-

reich. Unterstützt wird die Einarbeitung durch umfassende schriftliche Informationen, die im Qualitätshandbuch hinterlegt sind. Am Ende der Einarbeitungsphase findet ein Mitarbeitergespräch mit dem Vorgesetzten statt. Die Einarbeitung der Freiwilligendienste wird von den Praxisanleitern begleitet.

2.2.3 Ausbildung

Dem Krankenhaus Waldfriede ist die Akademie für Gesundheits- und Krankenpflege angegliedert. Neben der 3-jährigen Ausbildung können geeignete Teilnehmer Anteile eines Bachelorstudiums der Gesundheits- und Pflegewissenschaften in Kooperation mit der Theologischen Hochschule Friedensau absolvieren. Die Ausbildung in den Fachbereichen wird von zentralen und dezentralen Praxisanleitern unterstützt, die den Theorie-Praxis-Transfer gewährleisten. Als akademisches Lehrkrankenhaus der Charité bilden wir Medizinstudenten im Praktischen Jahr aus. Ein Ausbildungsbeauftragter organisiert wöchentliche Fortbildungen für die Studenten.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Die Planung der Fort- und Weiterbildung orientiert sich an strategischen Zielsetzungen (z.B. Spezialisierung), notwendigen Zusatzqualifikationen und den Bedürfnissen der Mitarbeiter. Alle Chefarzte haben eine Weiterbildungsbefugnis zur Qualifizierung von Fachärzten. In allen Fachabteilungen und im Pflegebereich existieren Fortbildungspläne, die auch Pflichtfortbildungen (z.B. Hygiene) beinhalten.

Das Pflegepersonal kann über Bedarfsabfragen Einfluss nehmen auf die Fortbildungsthemen. Die Abteilung Koloproktologie veranstaltet mehrmals im Jahr Intensivseminare und alle zwei Jahre einen internationalen Proktologenkongress. Für alle Mitarbeiter besteht die Möglichkeit, zu günstigen Konditionen an Kursen im Gesundheitszentrum teilzunehmen.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Unser Leitbild beschreibt eine vertrauensvolle Zusammenarbeit auf Grundlage eines kooperativen Führungsstils und durch transparente Entscheidungen. Die Erwartungen an Vorgesetzte werden in den Führungsgrundsätzen, mit praktischen Beispielen für die Umsetzung, beschrieben. Jede Führungskraft erhält die Broschüre bei der Einstellung. In regelmäßigen Sitzungen, bei jährlichen Klausurtagungen und in Zielvereinbarungsgesprächen werden die Führungskräfte in strategische Entscheidungen einbezogen. Die Mitarbeiter können sich in Arbeitsgruppen und Projekten an konkreten Weiterentwicklungen beteiligen.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Die Umsetzung bestehender Arbeitszeitregelungen erfolgt durch unterschiedliche Arbeitszeitmodelle, die abhängig sind von der jeweiligen Tätigkeit, z.B. verkürzter Bereitschaftsdienst, Schichtdienst. Mit einer Software wird der Dienstplan in allen Fachbereichen erstellt. Aus dem Dienstplanprogramm gehen auch die geleisteten Arbeitszeiten hervor. Für die Dienstplangestaltung und Einhaltung der Arbeitszeiten sind die Abteilungsleiter verantwortlich.

2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Alle Mitarbeiter können Verbesserungsvorschläge und innovative Ideen im Rahmen des betrieblichen Vorschlagswesens einbringen. Zwischen der Geschäftsführung und der Mitarbeitervertretung wurde eine Dienstvereinbarung dazu abgeschlossen. In einer interprofessionellen Gruppe

werden die Vorschläge auf Realisierbarkeit und Finanzierbarkeit überprüft. Für alle angenommenen Vorschläge wird eine Prämie ausgezahlt.

Die Mitarbeitervertretung ist bei Kritik und Beschwerden ansprechbar. In allen Abteilungen gibt es Aushänge mit Namen und Telefonnummer der Mitglieder. Auch eine Beauftragte nach dem Allg. Gleichbehandlungsgesetz ist benannt.

3 Sicherheit

3.1 Schutz- und Sicherheitssysteme

3.1.1 Arbeitsschutz

Geschäftsführung und Krankenhausleitung sind darauf bedacht, eine sichere Arbeitsumgebung zu gewährleisten. Ein Sicherheitsingenieur, Arbeitssicherheitsbeauftragte der Abteilungen und ein Arbeitsmediziner arbeiten in einem Arbeitssicherheitsausschuss zusammen, um Sicherheitsaspekte zu prüfen und Gefährdungen zu vermeiden. Die Umsetzung wird durch regelmäßige Begehungen überwacht. Die Mitarbeiter werden in jährlichen Unterweisungen über die bestehenden Regelungen und den Umgang mit Gefahrstoffen aufgeklärt. Die geltenden Strahlenschutzbestimmungen werden zum Schutz aller Beteiligten sorgfältig eingehalten.

3.1.2 Brandschutz

Maßnahmen zum vorbeugenden Brandschutz sowie ein sicheres und zügiges Handeln im Falle eines Brandes sind durch ein umfassendes Verfahren geregelt, das in jährlichen Unterweisungen der Mitarbeiter und durch praktische Brandschutz- und Evakuierungsübungen geschult wird. In Abstimmung mit der Berliner Feuerwehr wurden verschiedene Pläne wie z.B. Flucht- und Rettungswegepläne entwickelt, die in allen Gebäuden gut sichtbar aushängen. Brandmeldeanlagen sind in allen Bereichen vorhanden.

3.1.3 Umweltschutz

Die Umweltziele des Krankenhauses Waldfriede orientieren sich an den Kriterien des BUND (Bund für Umwelt und Naturschutz Deutschland) für Energie sparende Krankenhäuser. Diese beinhalten die Reduzierung des CO²-Ausstoßes, die kontinuierliche Verringerung des Energieverbrauchs, einen langfristig optimalen Energieverbrauch und die Durchführung eines Energiemanagements.

Diese Ziele werden durch ein Energiecontracting mit einer externen Firma umgesetzt. Das Gütesiegel "Energie sparendes Krankenhaus" wurde 2013 erneut durch den BUND verliehen.

3.1.4 Katastrophenschutz

Alle Regelungen zum Katastrophenschutz sind im Qualitätshandbuch hinterlegt und werden regelmäßig überprüft. Ein Hauptverantwortlicher für den Katastrophenschutz ist benannt und ist Ansprechpartner für Polizei, Feuerwehr und Aufsichtsbehörde. Er nimmt regelmäßig an Fortbildungen des Berliner Senats teil. In hausinternen Katastrophenschutzübungen werden die Mitarbeiter auf ein abgestimmtes und zügiges Verhalten im Ernstfall vorbereitet.

3.1.5 Nicht medizinische Notfallsituationen

Zur Störungsvermeidung existiert für die technischen Anlagen ein Wartungsplan. Das Notstromaggregat wird monatlich von der technischen Abteilung überprüft. Der Alarmierungsplan für nicht medizinische interne Katastrophen wird jährlich überprüft.

3.2 Patientensicherheit

3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Die Gewährleistung der Patientensicherheit hat für uns hohe Bedeutung. Bei der ärztlichen und pflegerischen Aufnahme werden Risikofaktoren ermittelt und prophylaktische Maßnahmen eingeleitet, z. B. zur Vermeidung von Stürzen.

Das Kinderzimmer unserer geburtshilflichen Abteilung und die Dienstzimmer sind nicht frei zugänglich.

Vor und während eines Aufenthalts im OP wird mit Hilfe von Checklisten die Einhaltung aller Sicherheitsstandards überprüft, z.B. Seitenmarkierung, Patientenidentität, Lagerung auf dem OP-Tisch.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Bei medizinischen Notfällen wird ein Notfallteam über die hausinterne Notrufnummer zum Einsatzort gerufen. Das Team besteht aus erfahrenen Anästhesisten und Internisten sowie qualifiziertem Pflegepersonal der Anästhesie und der Intensivstation. Auf allen Stationen, den Funktionsbereichen und der Physiotherapie befinden sich standardisierte Notfallkoffer für die medizinische Erstversorgung. In jährlichen Reanimationsfortbildungen werden die Mitarbeiter des klinischen Bereiches für Notfallsituationen durch praktische Übungen geschult.

3.2.3 Hygienemanagement

Verantwortlich für die Organisation der Hygiene ist der Ärztliche Direktor des Krankenhauses, der auch Vorsitzender der Hygienekommission ist. Er wird von einem externen Krankenhaushygieniker beraten. In einem Hygieneplan sind alle hygienerlevanten Regelungen hinterlegt. Die Umsetzung wird von einer Hygienefachkraft durch regelmäßige Begehungen der Abteilungen überprüft. Evtl. Mängel werden direkt an die Verantwortlichen geleitet. Die Hygienekommission berät anhand der Ergebnisse über notwendige Verbesserungs- und Schulungsmaßnahmen. Die Zentralsterilisation wird von einem externen Dienstleister betrieben. Alle Kontrollen, die z.B. vom Robert Koch Institut vorgegeben sind, werden dort durchgeführt.

3.2.4 Hygienerelevante Daten

Die Erhebung und Auswertung von Hygienedaten ist für alle Abteilungen verbindlich geregelt. Erfasst werden Ergebnisse von Wasser-, Geräte- und Umgebungsuntersuchungen, Krankenhausinfektionen und Erreger mit besonderen Resistenzen. Die Daten und eingeleiteten Maßnahmen werden von der Hygienekommission bewertet.

Die Intensivstation beteiligt sich am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System des Nationalen Referenzzentrums zur Erfassung von Krankenhausinfektionen. Dort werden die gemeldeten Daten ausgewertet und mit anderen Intensivstationen verglichen.

3.2.5 Infektionsmanagement

Der Umgang mit infizierten Patienten wurde mit der Hygienekommission abgestimmt und berücksichtigt für alle infektiösen Erkrankungen z.B. den Übertragungsweg, Dauer der Ansteckungsfähigkeit oder Maßnahmen der Isolierung im Hinblick auf Abfall, Wäsche und Personalschutz. Die Hygienefachkraft überzeugt sich vor Ort von der Umsetzung und steht für eine fachliche Beratung der Mitarbeiter zur Verfügung. Die Händedesinfektion ist Themenschwerpunkt in den angebotenen Schulungen der Hygienefachkraft und wird von ihr unangekündigt überprüft. Ein Pandemieplan wurde für den Fall einer Grippepandemie entwickelt.

3.2.6 Arzneimittel

Vorratshaltung, Verfügbarkeit und die Anwendung von Arzneimitteln sind gesetzlich geregelt. Verantwortlich sind die Apothekenleitung (Versorgungsvertrag mit externer Krankenhausapotheke) und die Arzneimittelkommission. Die Arzneimittel sind gemäß den gesetzlichen Vorschriften zu lagern und bei Verbrauch nachzubestellen. Die Versorgung mit Medikamenten ist jederzeit gewährleistet, ein Notfalldepot steht zur Verfügung. Die ordnungsgemäße Lagerung der Medikamente wird regelmäßig durch die Apothekenleitung überprüft.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Transfusionsverantwortliche und die Transfusionsbeauftragten sind benannt, ebenso das Verfahren bei Transfusionszwischenfällen und Unverträglichkeitsreaktionen. Eine Transfusionskommission tagt mindestens 1 x jährlich, in gleicher Häufigkeit finden berufsgruppenübergreifende Schulungen statt. Die Anwendung von Blut und Blutprodukten ist verbindlich geregelt bezüglich Indikation, Lieferung, Bestellung und Verabreichung entsprechend der Leitlinien der Bundesärztekammer.

3.2.8 Medizinprodukte

Die Geschäftsführung hat eine Medizinproduktebeauftragte und in allen Abteilungen Medizinprodukteverantwortliche benannt, die für die Geräteeinweisung verantwortlich sind. Die Einweisung des Mitarbeiters wird in einem Gerätepass durch Unterschrift bestätigt. Bei Neu- und Leihgeräten findet die Ersteinweisung durch den Hersteller statt und wird entsprechend dokumentiert. Die Wartung und Instandhaltung der Geräte erfolgt durch einen Dienstleister, der auch bei Geräteanschaffungen berät.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1 Informations- und Kommunikationstechnologie

4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Ziel einer modernen Informationstechnologie ist die Unterstützung der Arbeitsabläufe durch eine für das Krankenhaus einheitlich strukturierte Datenverwaltung. Der Zugang für Mitarbeiter zum Krankenhausnetz und zu den einzelnen Programmen wird von den EDV-Mitarbeitern eingerichtet. Für alle Mitarbeiter gibt es, entsprechend ihrer Funktion, Berechtigungen für den Netzzugang, die Programm- und Datenzugänge. Eine elektronische Patientenakte wird schrittweise eingeführt.

4.2 Patientendaten

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Bei Aufnahme des Patienten werden seine Daten im Krankenhausinformationssystem elektronisch erfasst und eine Patientenakte mit den erforderlichen Formularen angelegt. Für alle Fachbereiche ist die Führung der Patientendokumentation geregelt. Aus einer Musterakte geht hervor, wer für die Angaben in den Formularen verantwortlich ist (Arzt, Pflege, Therapeuten). Nach der Entlassung des Patienten erfolgt die Weiterleitung der Akte ins Archiv, wo der Eingang in einem EDV-System dokumentiert wird.

Über die Dokumentation in der Patientenakte hinaus werden Daten auch in speziellen Softwareprogrammen erfasst.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Der Zugriff auf Patientenakten im Archiv ist für einen definierten Personenkreis möglich. Ärzte,

Pflegekräfte, Medizincontrolling und die Sekretariate können die Akten im Archiv anfordern. Der Zugriff auf elektronische Patientendaten ist durch ein Berechtigungskonzept geregelt und wird vom Datenschutzbeauftragten überwacht. Alle für die Behandlung relevanten Daten werden zeitnah dokumentiert, damit alle beteiligten Berufsgruppen über den Behandlungsverlauf informiert sind.

4.3 Informationsmanagement

4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Die Weitergabe von Informationen an die Geschäftsführung und Krankenhausleitung ist in einer Informationskaskade schriftlich geregelt. Mitglieder der Krankenhausleitung sind in allen Kommissionen vertreten und gewährleisten die Weitergabe von Informationen im Rahmen der Krankenhausleitungssitzung. In Abteilungsleitersitzungen und Besprechungsterminen mit einzelnen Fachbereichen werden wichtige Informationen mit der Geschäftsführung ausgetauscht. Über besondere Vorkommnisse wird die Geschäftsführung zeitnah vom zuständigen Abteilungsleiter informiert.

4.3.2 Informationsweitergabe (intern/ extern)

Die Informationskaskade beinhaltet die Kommunikationsstruktur von der Leitungs- bis zur Mitarbeiterebene. Alle Sitzungen sind darin aufgeführt mit dem Hinweis, an wen Informationen weiter gegeben werden müssen. Halbjährlich findet eine Mitarbeiterversammlung statt. Protokolle aus der Krankenhausleitungs-, der Abteilungsleitungssitzung und den Kommissionen werden im Qualitätshandbuch veröffentlicht.

Alle externen Veröffentlichungen (z.B. Pressemitteilungen) liegen im Verantwortungsbereich der Geschäftsführung. Vorträge für Patienten, Einweiser und andere Interessierte werden auf der Homepage veröffentlicht.

4.4 Telefonzentrale und Empfang

4.4.1 Organisation und Service

Die Information ist für Patienten und Besucher gut ausgeschildert. Der Informationsservice leitet die Patienten gezielt weiter und ist Ansprechpartner, z.B. für die Nutzung des Telefons, des Sa-fes oder die Vermietung von Gästezimmern.

Die Telefonzentrale ist rund um die Uhr besetzt. Die Mitarbeiter erteilen Auskünfte und leiten An-rufe weiter. Sie haben Zugang zu den wichtigsten Informationssystemen wie Telefonregister oder Homepage und werden direkt von den Abteilungen über Veranstaltungen bzw. öffentliche Fortbildungen informiert.

4.5 Datenschutz

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Die Einhaltung des Datenschutzes und der Schweigepflicht sind im Arbeitsvertrag festgelegt. Ein Datenschutzkonzept wird regelmäßig vom Datenschutzbeauftragten überprüft und bei Bedarf angepasst. Personenbezogene Daten dürfen nur an definierten Stellen hinterlegt werden z.B. Patientendokumentation im Archiv. Der Zugriff auf elektronische Daten ist für die Mitarbeiter in einem Berechtigungskonzept geregelt.

Der Datenschutzbeauftragte überprüft die Einhaltung der Bestimmungen durch unangemeldete Begehungen. Er informiert in Abteilungsleitersitzungen über aktuelle Entwicklungen und führt Schulungen für die Mitarbeiter durch.

5 Führung

5.1 Unternehmensphilosophie und -kultur

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Im Leitbild spiegelt sich die Unternehmensphilosophie als Krankenhaus der Siebenten-Tags-Adventisten wieder. Das Leitbild wurde 2001 multiprofessionell entwickelt und mit dem Träger abgestimmt. Die Inhalte werden in den langfristigen Unternehmenszielen abgebildet. Interessierte finden das Leitbild auf der Homepage. Es hängt auf den Stationen und in den Eingangsbereichen aus.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Von allen Führungskräften wird erwartet, das Betriebsklima positiv durch das eigene Verhalten zu beeinflussen. Dazu hat die Geschäftsführung eine Broschüre mit Führungsgrundsätzen und praktischen Hinweisen für den Arbeitsalltag herausgegeben. Die Verpflichtung zu einer offenen Kommunikation mit den Mitarbeitern und der zeitnahen Information ist Bestandteil des Leitbilds und der Führungsgrundsätze. Dazu werden Einführungsveranstaltungen für neue Mitarbeiter, öffentliche Sitzungen, Personalentwicklungsmaßnahmen, gemeinsame Veranstaltungen oder Kurse zur betrieblichen Gesundheitsförderung angeboten.

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Die Angebote des Krankenhauses und seiner Nebenbetriebe stehen allen Menschen zur Verfügung, ohne Vorurteile gegenüber anderen Religionen, Weltanschauungen, Nationalitäten und gesellschaftlicher Stellung. Dazu verpflichten wir uns als Mitglied im Berliner Network for Better Medical Care (NBMC).

Zur Klärung ethischer Fragestellungen steht eine Klinische Ethikkommission im Haus zur Verfügung. Diese hat z.B. den Umgang mit Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten von Patienten eindeutig festgelegt. Patienten wird angeboten, Kontakt zu den Seelsorgern oder zu externen Selbsthilfegruppen herzustellen.

Es gibt eine Babyklappe am Krankenhaus und die Möglichkeit der anonymen Geburt.

5.2 Strategie und Zielplanung

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Aus den langfristigen Unternehmenszielen leitet die Geschäftsführung mit der Krankenhausleitung Ziele für das Krankenhaus und operative Ziele für die Fachbereiche ab. In Zielvereinbarungsgesprächen werden die Chefarzte und die Pflegedienstleitung in die Planung einbezogen und Indikatoren/ Messgrößen zur Überprüfung festgelegt. Wirtschaftliche und patientenbezogene Aspekte werden ebenso berücksichtigt wie die Entwicklung der Mitarbeiter. Die Kennzahlen werden unterjährig ermittelt und mit den Führungskräften kommuniziert.

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Wir gehen Kooperationen mit externen Partnern ein, um Synergieeffekte zu nutzen, das Leistungsangebot auszubauen und die Unternehmensziele zu erreichen. Direkt auf dem Krankenhausgelände sind verschiedene Arztpraxen, ein Psychotherapeut, eine Podologiepraxis und eine Praxis für Sporttherapie angesiedelt.

Innerhalb unseres Netzwerkes bieten wir in Krankenhaushöhe die Möglichkeit der Kinderbetreuung für Mitarbeiter im Advent-Kinderhaus.

2013 wurde ein Förderverein zur Unterstützung karitativer Projekte gegründet und das Desert

Flower Center Waldfriede zur Behandlung genitalverstümmelter Frauen mit Komplikationen eröffnet.

5.3 Organisationsentwicklung

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Die Organisationsstruktur des gesamten Unternehmens wird in einem Organigramm dargestellt. In den Abteilungen existieren zur Orientierung für neue Mitarbeiter Organigramme, aus denen auch die Ansprechpartner für bestimmte Aufgaben hervor gehen, z.B. Fortbildungsbeauftragte.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Die Aufgaben der Führungsgremien (Krankenhausleitung, Chefarztkonferenz, Pflegeleitungssitzung) sind ebenso wie die der Kommissionen in Geschäftsordnungen hinterlegt. Alle übergeordneten Kommissionen/ Gremien haben einen Vorsitzenden, der für die Weitergabe von Informationen verantwortlich ist.

Von der Geschäftsführung und der Lenkungsgruppe Qualität werden zeitlich begrenzt Projektgruppen mit der Bearbeitung abteilungsübergreifender Themen beauftragt. Durch ein systematisches Projektmanagement erfolgt die Steuerung aller Projekte.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

Bei der Planung von innovativen Projekten werden der medizinische und pflegerische Fortschritt, interne Analysen und ein potenzieller Wettbewerbsvorteil berücksichtigt. Externe Fachkompetenz (z.B. durch Kooperationen, Consulting) können dabei von der Geschäftsführung einbezogen werden. Die Mitarbeiter werden aktiv an Veränderungen beteiligt, z.B. durch Mitarbeit in Projekten.

Zugang zu wissenschaftlichen Arbeiten besteht über das Internet und Fachpublikationen. Die Mitgliedschaft in Fachverbänden und Netzwerken führt zum gezielten Austausch mit anderen Gesundheitseinrichtungen.

5.4 Marketing

5.4.1 Externe Kommunikation

Die übergeordnete Verantwortung für die Öffentlichkeitsarbeit, Medienkontakte und die Darstellung nach außen liegt bei der Geschäftsführung. Der Geschäftsführer präsentiert das Krankenhaus auf gesundheitspolitischer Ebene und pflegt den Kontakt z.B. zu Senat und Krankenkassen. Abteilungsbezogene Maßnahmen stimmen die Abteilungsleiter mit der Geschäftsführung ab. Die Chefarzte pflegen die Kontakte zu niedergelassenen Ärzten und Kooperationspartnern auf fachlicher Ebene z.B. durch gemeinsame Fortbildungen.

Aktuelle Informationen werden auf der Homepage und in einer Tageszeitung veröffentlicht sowie Internetportalen zur Patienteninformation zur Verfügung gestellt.

5.5 Risikomanagement

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Das klinische Risikomanagement beinhaltet die Risikobeurteilung und Einleitung von Maßnahmen in einer dafür gegründeten Arbeitsgruppe mit Mitarbeitern aus Medizin, Pflege und Verwaltung. Ziel ist, die größtmögliche Sicherheit für Patienten, Mitarbeiter und medizinische Geräte zu erreichen. Ein Risikoaudit wurde gemeinsam mit einer externen Risikoberatung durchgeführt. Ein Meldesystem zur Erkennung und Vermeidung von Fehlern und Beinahefehlern (Netzwerk CIRIS Berlin) ist eingeführt. Es handelt sich um ein Projekt der Berliner Ärztekammer, dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin und neun Berliner Krankenhäusern. Eine Analyse kritischer Ereignisse und Besprechung von Verbesserungsmaßnahmen erfolgt mit Vertretern der Projektteilnehmer.

6 Qualitätsmanagement

6.1 Qualitätsmanagementsystem

6.1.1 Organisation

Das Qualitätsmanagement im Krankenhaus Waldfriede orientiert sich am KTQ-Modell und integriert die Prinzipien der Gesundheitsförderung. Die Qualitätsziele leiten sich aus den Unternehmenszielen ab.

Die multiprofessionelle Lenkungsgruppe Qualität plant, koordiniert und überprüft die übergeordneten Maßnahmen zur Erreichung der Qualitätsziele. Die Stabsstelle Qualitätsmanagement ist der Geschäftsführung direkt unterstellt.

In Projektgruppen und dauerhaft angelegten Arbeitsgruppen (z.B. Schmerztherapie, Angstfreies Krankenhaus) werden Verbesserungsmaßnahmen thematisch bearbeitet. Auf eine fachübergreifende und berufsgruppenübergreifende Zusammensetzung der Projektgruppen wird Wert gelegt. Projektergebnisse werden in den Abteilungsleitersitzungen vorgestellt und in den Fachbereichen umgesetzt.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Die Kernprozesse des Krankenhauses beinhalten eine hochwertige medizinische und pflegerische Behandlung von der Aufnahme bis zur Entlassung des Patienten. Der grundsätzliche Behandlungsprozess ist verbindlich definiert und gibt Auskunft über die verantwortlichen Mitarbeiter für die Teilprozesse, z.B. Aufnahme, Therapieplanung, Entlassungsplanung. Diese Prozesse werden in den Fachbereichen standardisiert durchgeführt anhand von Leitlinien und Expertenstandards. Auch für die unterstützenden Dienstleistungen, wie Reinigung und Speiserversorgung, gibt es festgelegte Abläufe.

Auswertungen und Kennzahlen des Qualitätsmanagements bilden eine Grundlage für Maßnahmen zur Prozessoptimierung. Ziel ist es, für einen gut aufeinander abgestimmten und transparenten Ablauf im Sinne der Patienten und beteiligten Berufsgruppen zu sorgen.

6.2 Befragungen

6.2.1 Patientenbefragung

Stationäre Patienten erhalten einen Fragebogen, in dem sie wichtige Themen, z.B. Wartezeiten, Information und Aufklärung, ärztliche Behandlung, pflegerische Betreuung, bewerten können.

Die Bögen werden vom Qualitätsmanagement abteilungsbezogen und stationsbezogen ausgewertet. Die Auswertungen und Hinweise aus den Freitexten erhalten die Krankenhausleitung und die Abteilungsleiter, um daraus Verbesserungen abzuleiten.

Ergänzend werden Befragungen von Krankenkassen durchgeführt und veröffentlicht. Zuletzt wurden überdurchschnittlich positive Ergebnisse bei der Befragung der Techniker Krankenkasse erzielt.

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Nachbetreuende Einrichtungen wie ambulante und stationäre Pflegeanbieter werden regelmäßig zur Zufriedenheit mit der Patientenüberleitung befragt. Die Ergebnisse werden von der Pflegedienstleitung bewertet.

Durch ein externes Institut wurde 2011 eine Befragung der einweisenden Ärzte durchgeführt. Die nächste Einweiserbefragung ist 2014 geplant.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Eine umfassende Mitarbeiterbefragung, die auch die Nebenbetriebe des Krankenhauses umfasst, wird alle fünf Jahre durchgeführt. 2012 hat eine Befragung durch das Institut Great Place to Work und die Beteiligung an einer Benchmarkstudie zur Arbeitsplatzkultur stattgefunden. Dabei wurden die Erfahrungen der Mitarbeiter und die übergeordneten Werte, die einen Arbeitsplatz ausmachen, abteilungsbezogen und übergeordnet betrachtet. Prozessbegleiter haben die Teams bei der Besprechung der Ergebnisse und Ableitung von Maßnahmen unterstützt.

6.3 Beschwerdemanagement

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Der Umgang mit Beschwerden von Patienten oder Angehörigen ist in einem Konzept für alle Mitarbeiter schriftlich hinterlegt. Für die Bearbeitung von Beschwerden sind die jeweiligen Abteilungsleiter, Chefärzte und die Pflegedienstleitung zuständig. Sollte es bei der Bearbeitung zu Verzögerungen kommen, z.B. weil Stellungnahmen von Mitarbeitern erforderlich sind, erhält der Patient, der sich beschwert hat, eine Zwischenmitteilung. Mit Einführung des Beschwerdemanagements wurden Schulungen für die Mitarbeiter angeboten. Der Geschäftsführer erhält alle Beschwerden zur Kenntnis. Eine Auswertung der Beschwerden und der eingeleiteten Maßnahmen erfolgt durch das Qualitätsmanagement.

6.4 Qualitätsrelevante Daten

6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Qualitätsrelevante Daten werden systematisch erhoben, analysiert und zur Einleitung von Optimierungen genutzt. Die Ergebnisse der Fachbereiche werden den Chefärzten und der Pflegedienstleitung nach jedem Quartal präsentiert und von der Lenkungsgruppe Qualität beurteilt. Erhoben werden u.a. Ergebnisse der Patientenbefragung, Komplikationen, Sturz- und Dekubitusrate, OP-Daten, Anästhesiedaten und die Indikatoren der gesetzlichen Qualitätssicherung. Hygienerelevante Daten werden in der Hygienekommission besprochen und bei Auffälligkeiten auch mit dem Gremium Klinisches Risikomanagement.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Erhebung, Versand und Umgang mit den Daten der externen Qualitätssicherung sind verbindlich geregelt. In allen Fachbereichen sind verantwortliche Ärzte benannt, die die fristgerechte

Bearbeitung der Daten garantieren. Die jährliche Auswertung der Ergebnisse erhält das Qualitätsmanagement vom Qualitätsbüro Berlin. Diese werden im Qualitätshandbuch für die Mitarbeiter hinterlegt. Eine externe Veröffentlichung erfolgt im gesetzlichen Qualitätsbericht, im "Klinikführer Berlin" und dem Internetportal "Gesundheitsberater Berlin".