



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-Manual KTQ-Katalog KRANKENHAUS

Version 2021

KTQ-Manual / KTQ-Katalog KRANKENHAUS

Version 2021

KTQ-GmbH: 10178 Berlin • Garnisonkirchplatz 1 • www.ktq.de

REDAKTIONSTEAM

Expertengruppe Krankenhaus Katalog Version 2021:

Jörg Biebrach, Helmuth Bode-Nohr, Prof. Dr. Jochen Breinlinger-O'Reilly, Karl-Heinz Busche, Dr. Henrik Herrmann, Dr. Harald Hollnberger, Heinz-Josef Kessen, Dr. Roland Krahl, Dr. Jürgen Kuhn, Günter Leimberger, Ralf Obermeier, Carsten Thüsing

KTQ-GmbH:

Josef Galert, Ronald Neubauer

HINWEISE der KTQ-GmbH: Das KTQ-Verfahren steht grundsätzlich allen Krankenhäusern einschließlich Universitätskliniken, Fachkliniken, Psychiatrischen Kliniken inklusive Kliniken des Maßregelvollzugs, Belegkrankenhäusern und Privatkliniken zur Verfügung. All diese Einrichtungen können den Antrag zur Zertifizierung nach den Kriterien der KTQ-GmbH bei einer von der KTQ-GmbH zugelassenen Zertifizierungsstelle bzw. direkt bei der KTQ-GmbH stellen. Informationen zu den KTQ-Zertifizierungsstellen erhalten Sie auf der KTQ-Homepage www.ktq.de.

Generell wurde aus Gründen der besseren Lesbarkeit des Textes ausschließlich die männliche Form (z. B. Mitarbeiter) verwendet und auf die zusätzliche Benennung der weiblichen Form (z. B. Mitarbeiterin) verzichtet.

KTQ, KTQ-Berater, KTQ-Coach, KTQ-Freshup, KTQ-Training und KTQ-Visitor sind eingetragene Warenzeichen der KTQ-GmbH. Der Begriff „KTQ-Modell“ ist urheberrechtlich durch die KTQ-GmbH geschützt.

Alle Rechte vorbehalten

KTQ-GmbH, Berlin

Bildquellen: www.shutterstock.com © Jacob Lund; © Spotmatik Ltd; © Kzenon

Inhalt

| | |
|--|-----------|
| Vorwort | 5 |
| 1 Das KTQ-Verfahren im Überblick..... | 7 |
| 1.1 Akteure des KTQ-Verfahrens | 7 |
| 1.2 Ablauf einer Zertifizierung/Rezertifizierung nach KTQ..... | 10 |
| 1.3 KTQ-Berichtsformen..... | 14 |
| 2 Die KTQ-Selbstbewertung | 16 |
| 2.1 Interne Organisation der Selbstbewertung..... | 16 |
| 2.2 Bearbeitung der Kriterien des KTQ-Katalogs | 18 |
| 2.3 Bewertungssystematik | 20 |
| 2.4 Voraussetzung für die Zertifikatvergabe | 22 |
| 3 Die KTQ-Fremdbewertung..... | 23 |
| 3.1 Ersteinschätzung und Vorbereitung der Visitation..... | 26 |
| 3.2 Visitation..... | 35 |
| 3.3 Nachbereitung der Visitation | 38 |
| 4. Der KTQ-KATALOG | 39 |
| Der KTQ-KATALOG KRANKENHAUS 2021..... | 45 |



Vorwort

Mit dem KTQ-Manual/KTQ-Katalog Version 2021 liegt die grundlegend überarbeitete Version des KTQ-Manuals für Bereich Krankenhaus vor. Getreu dem Motto „Aus der Praxis – für die Praxis“ war es auch diesmal unser Anliegen, die vielfältigen Rückmeldungen der Anwender in den verschiedenen Einrichtungen, der KTQ-Visitoren, als Fachexperten aus der Praxis und vieler weiteren am Verfahren beteiligten Akteure aufzugreifen und in die Weiterentwicklung bzw. die Überarbeitung des bisherigen Manuals einfließen zu lassen.

Das KTQ-Verfahren wurde ausgehend von dem großen Bedarf nach einem praxisorientierten, fachspezifischen Zertifizierungsverfahren speziell für das Gesundheitswesen entwickelt. Die erfolgreich abgeschlossene Pilotphase im Jahr 2000, gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit, war der Start für ein Zertifizierungsverfahren, das die Anwender vor Ort mit in die Entwicklung einbezieht. Das KTQ-Verfahren steht mittlerweile mit jeweils spezifischen KTQ-Katalogen zusätzlich für die speziellen Bedürfnisse der Bereiche Praxen/MVZ, Rehabilitation, Pflege/Hospiz und Rettungsdienst zur Verfügung.

Die KTQ-GmbH wird beraten von der Bundesärztekammer (BÄK), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem Deutschen Pflegerat (DPR). Zudem steht die KTQ-GmbH im ständigen Dialog mit Interessensvertretern im Gesundheitswesen (z. B. Aktionsbündnis Patientensicherheit APS, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung DAKEP) und den Institutionen der Selbstverwaltung. Von großer Bedeutung sind schließlich die Rückmeldungen der Praktiker und Anwender/Visitoren des KTQ-Verfahrens, ohne die eine stetige, kundenorientierte Weiterentwicklung unserer Arbeit nicht möglich wäre.

Der rege Erfahrungsaustausch mit allen Beteiligten und die intensive Arbeit eines berufsgruppenübergreifend besetzten Expertengremiums haben nunmehr zum Ergebnis der KTQ-Manual Version 2021 geführt. Der bewährte PDCA-Zyklus, verbunden mit dem KTQ-Modell als Grundlage des KTQ-Verfahrens bleibt auch in der Version 2021 erhalten. Der KTQ-Katalog berücksichtigt zudem die aktuellen Anforderungen der Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL) des Gemeinsamen-Bundesausschusses (G-BA), sowie die für die Patientensicherheit besonders einschlägigen Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS).

Der Manualteil in den Kapiteln 1 bis 3 enthält allgemeine Informationen zum KTQ-Verfahren und stellt die einzelnen Verfahrensschritte übersichtlich dar. Sie lernen hier die Grundlagen und den Aufbau des KTQ-Verfahrens kennen. Langjährige Nutzer erfahren, an welchen Stellen sich Änderungen ergeben haben, und können somit auch den kontinuierlichen Verbesserungsprozess in der Weiterentwicklung des KTQ-Verfahrens nachvollziehen. Der vollständige, aktualisierte Kriterienkatalog ist im Kapitel 4 abgedruckt.

Wir bedanken uns auf diesem Wege recht herzlich bei allen am KTQ-Verfahren interessierten Lesern und bei allen Mitwirkenden, die aktiv an der Überarbeitung des KTQ-Manuals/Katalogs KRANKENHAUS Version 2021 beteiligt waren. Unser Dank gilt auch Allen, die durch kritische Fragen und gute Ideen zur praxisorientierten Weiterentwicklung beigetragen haben. Das Ziel der „Vernetzung des Gesundheitswesens“ unter Beachtung der besonderen Interessen der Patienten und Mitarbeiter liegt uns gemeinsam am Herzen.

Vielen Dank für Ihr Interesse.

Wir freuen uns über Ihre Rückmeldungen und beantworten Ihre Fragen gerne. Bleiben Sie mit uns in Verbindung.

Ronald Neubauer

Geschäftsführer der KTQ-GmbH



1 Das KTQ-Verfahren im Überblick

1.1 Akteure des KTQ-Verfahrens

Einrichtungen des Gesundheitswesens müssen die Qualität ihrer Leistungen im Hinblick auf Abläufe, Behandlungs- und Versorgungsergebnisse ständig überprüfen und optimieren (§135a Abs. 2 SGB V), Rehabilitationseinrichtungen sind zudem verpflichtet, sich ihr Qualitätsmanagement von unabhängiger Stelle zertifizieren zu lassen (§37 Abs. 3 SGB IX).

Zugleich sollen die Leistungen für die Öffentlichkeit nachvollziehbar dargestellt werden. Um diese Anforderungen systematisch und fachlich fundiert umzusetzen, wurde am 17. Dezember 2001 die KTQ-GmbH gegründet. Das eigens

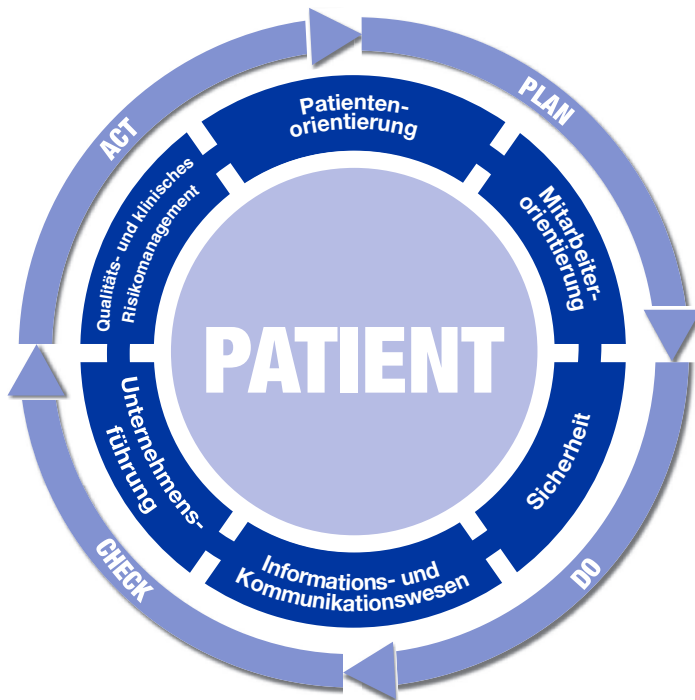


Abb. 1: Das KTQ-Modell

entwickelte KTQ-Modell– der Patient im Mittelpunkt, umgeben von den sechs Kategorien (► Abb. 1) – ist eine äußerst spezifische und exakt für die Prozessabläufe im Gesundheitswesen konzipierte Darstellung als Grundlage der Selbst- und Fremdbewertung im KTQ-Verfahren. Abb. 1: Das KTQ-Modell

Die KTQ zeichnet sich durch eine dezentrale Struktur mit einer klaren Aufgabenteilung aus (► Abb. 2). Zwischen der KTQ-GmbH, den KTQ-Visitoren sowie den KTQ-Zertifizierungsstellen sind die vertraglichen Beziehungen so gestaltet, dass einerseits eine echte Unabhängigkeit gewahrt bleibt, um die Objektivität des Verfahrens sicherzustellen, und andererseits ein Informationsaustausch gefördert wird, um die Weiterentwicklung des Verfahrens zu gewährleisten.



Abb. 2: Organigramm der KTQ-GmbH

Alle Akteure des KTQ-Verfahrens unterliegen strengen Anforderungen des Datenschutzes.

Beirat der KTQ-GmbH

Den Beirat der KTQ-GmbH bilden die Bundesärztekammer (BÄK), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Deutsche Pflegerat (DPR) (► Abb. 3). Damit ist die unmittelbare Anbindung an die Praxis des Gesundheitswesens sichergestellt.

Die KTQ-Geschäftsstelle

Im Rahmen des Zertifizierungsprozesses ist die KTQ-GmbH für die formale Zertifikatvergabe und für die Bekanntmachung der Einrichtung auf der KTQ-Webseite verantwortlich. Zu den Aufgaben der KTQ-Geschäftsstelle gehören zudem die:

- Pflege und Weiterentwicklung der KTQ-Zertifizierungsverfahren
- Aus- und Fortbildung der KTQ-Visitoren
- Beauftragung der KTQ-Zertifizierungsstellen sowie Aus- und Fortbildung der Visitationsbegleiter
- KTQ-Akademie mit spezifischen Angeboten, u. a. KTQ-Training und KTQ-Coach
- Vergabe von Nutzungsrechten an der Marke KTQ

Die KTQ-Arbeitsgruppen

Bei den KTQ-Arbeitsgruppen handelt es sich um interdisziplinär und hierarchieübergreifend besetzte Gremien, die mit der Bearbeitung konkreter Themen und Projekte im Zusammenhang des KTQ-Verfahrens betraut werden, insbesondere bei der Entwicklung und Weiterentwicklung der KTQ-Manuale/Kataloge und Verfahrensabläufe. Die KTQ-Geschäftsstelle setzen solche Arbeitsgruppen jeweils aufgabenbezogen auf Empfehlung des KTQ-Beirats ein.

Damit das KTQ-Verfahren stets unmittelbar an den aktuellen Anforderungen aus der Praxis orientiert ist, beruft die KTQ-GmbH fachbezogen erfahrene Praktiker sowie weitere Experten zu Mitgliedern der KTQ-Arbeitsgruppen.

Die KTQ-Visitoren

Die KTQ-Visitoren sind Fachexperten, die als Prüfer im Zertifizierungsverfahren agieren. Innerhalb der Visitation sind sie im Sinne der Ergebnisfindung für den Vergleich der Praxis vor Ort mit der Selbstbewertung der Einrichtung und für die Empfehlung zur Zertifikatvergabe verantwortlich. Die KTQ-Visitoren werden durch die KTQ-GmbH zugelassen.



Abb. 3: Beirat der KTQ-GmbH

Die hohen Qualifikationsanforderungen, insbesondere die Verpflichtung zu einer aktiven Tätigkeit in einem Krankenhaus, verbunden mit dem Engagement als KTQ-Visitor, tragen wesentlich zur Güte des KTQ-Verfahrens und somit zum Nutzen für die zu zertifizierenden Einrichtungen bei.

Voraussetzungen für die Berufung zum KTQ-Visitor sind:

- mindestens fünf Jahre Berufserfahrung sowie aktuelle Tätigkeit in leitender Position im Gesundheitswesen im ärztlichen, pflegerischen oder ökonomischen Bereich,
- Ausbildung im Qualitätsmanagement entsprechend dem Curriculum der Bundesärztekammer,
- erfolgreiche Teilnahme am einwöchigen KTQ-Training mit Prüfung und Personenzertifizierung,
- verbindliche Teilnahme an Freshups in Verbindung der Wiedermusterprüfung / Personenzertifizierung bzw. Verfahrensänderungen.

Alle KTQ-Visoren sind somit Experten aus dem Gesundheitswesen, die über umfangreiches aktuelles Praxiswissen verfügen. Sie üben die Tätigkeit als KTQ-Visitor als Nebentätigkeit aus und dürfen eine seitens der KTQ festgelegte Anzahl von Visitationstagen pro Jahr nicht überschreiten. Um ihre Unabhängigkeit zu gewährleisten, müssen die KTQ-Visoren zudem bereits in ihrem Antrag auf Zulassung durch die KTQ-GmbH u. a. bestätigen, den **KTQ-Kodex** einzuhalten. Dieser Kodex beinhaltet konkrete Anforderungen zu Objektivität, Teamarbeit und wertschätzender Kommunikation der Beteiligten.

An KTQ-Zertifizierungen im Bereich Krankenhaus sind drei Visoren beteiligt, zu dem ein ökonomischer, ein ärztlicher und ein pflegerischer Visitor gehören. Der ökonomische Visitor muss hauptberuflich in der Geschäftsführung eines Krankenhauses tätig sein, der ärztliche Visitor als Chefarzt, stellvertretender Chefarzt oder Oberarzt und der pflegerische Visitor als Pflegedirektor bzw. stellvertretender Pflegedirektor. Alle drei Visoren können auch in vergleichbaren Positionen mit Leitungsfunktion tätig sein, u. a. auch in Stabsfunktionen als Qualitätsmanagementbeauftragte. Die Visoren müssen zudem bei unterschiedlichen Arbeitgebern beschäftigt sein.

Zertifizierungsstellen und Visitationsbegleiter

Die KTQ-Zertifizierungsstellen sind Institutionen, die von der KTQ-GmbH zur Antragsüberprüfung und Organisation der Zertifizierungsverfahren zugelassen werden. Sie verpflichten sich vertraglich, die Dokumente und Inhalte des KTQ-Verfahrens anzuerkennen und anzuwenden sowie die verbindlich festgelegten Verfahrensgrundsätze umzusetzen. Somit ist sichergestellt, dass jede KTQ-Zertifizierung nach festgelegten Vorgaben und in vergleichbarer Weise abläuft.

Die für ein KTQ-Verfahren zuständige Zertifizierungsstelle stellt auch den Visitationsbegleiter. Im Bereich Krankenhaus kommt dem KTQ-Visitationsbegleiter eine wichtige Rolle an der Schnittstelle zwischen der KTQ-GmbH, den KTQ-Visoren und der zu zertifizierenden Einrichtung zu. Er fungiert als direkter Ansprechpartner für die Einrichtung und die KTQ-Visoren und ist für die gesamte Organisation und Durchführung der Visitation unter Einhaltung der KTQ-Regeln verantwortlich, ohne einen Einfluss auf die Bewertung der KTQ-Visoren auszuüben. Während der Visitation ist der Visitationsbegleiter für die EDV-gestützte Dokumentation der Kollegialen Dialoge und der Konsensbewertung des Visitationsteams mittels der KTQ-Software zuständig, sodass die KTQ-Visoren sich insbesondere den Kollegialen Dialogen, dem Studium der Dokumente und der Bewertung der Kriterien widmen können. Voraussetzung für die Tätigkeit als KTQ-Visitationsbegleiter ist die erfolgreiche Teilnahme am fünfjährigen KTQ-Training inkl. Personenzertifizierung.

KTQ-Akademie

Die KTQ-Akademie bietet Schulungen rund um das Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen an. Ein zentrales Angebot der KTQ-Akademie ist das fünfjährige **KTQ-Training**. Es ist nicht nur verpflichtend für angehende KTQ-Visoren und KTQ-Visitationsbegleiter sowie KTQ-Berater und KTQ-Kooperationspartner, sondern richtet sich an alle Interessierten aus dem Gesundheitswesen, insbesondere auch an QM-Beauftragte von Einrichtungen, die eine Zertifizierung nach KTQ planen. Die Teilnehmer erhalten einen umfassenden Überblick über das gesamte KTQ-Verfahren und die Anwendung der begleitend zur Verfügung gestellten KTQ-Software. Praktische Übungen bereiten auf die KTQ-Selbst- und Fremdbewertung einschließlich der Kollegialen Dialoge vor.

Eine kompakte Form des KTQ-Trainings bietet das zweitägige „**KTQ-Coach**“-Seminar. In dieser Inhouse-Veranstaltung werden ausgewählte Mitarbeiter aus den verschiedenen Berufsgruppen und Hierarchieebenen im Umgang mit dem KTQ-Verfahren geschult. Als KTQ-Coaches können sie anschließend die KTQ-Zertifizierung in ihrer Einrichtung fachkundig begleiten, z. B. als Moderatoren von Arbeitsgruppen im Rahmen der Selbstbewertung, und den Kollegen als Ansprechpartner für Fragen zum KTQ-Verfahren zur Verfügung stehen.

Aktuelle Informationen zu diesen und allen weiteren Angeboten der KTQ-Akademie sind auf der Homepage der KTQ unter der URL www.ktq.de, Stichwort „KTQ-Akademie“, zu finden.

Schiedsstelle

Gemäß ihren Verfahrensregeln hält die KTQ-GmbH eine Schiedsstelle auf Bundesebene vor, deren Einberufung von Beteiligten bei eventuellen Einsprüchen im Rahmen des Zertifizierungsprozesses eingefordert werden kann.

1.2 Ablauf einer Zertifizierung/Rezertifizierung nach KTQ

Das KTQ-Modell

Die Zertifizierung nach KTQ orientiert sich am KTQ-Modell (► **Abb. 4**).

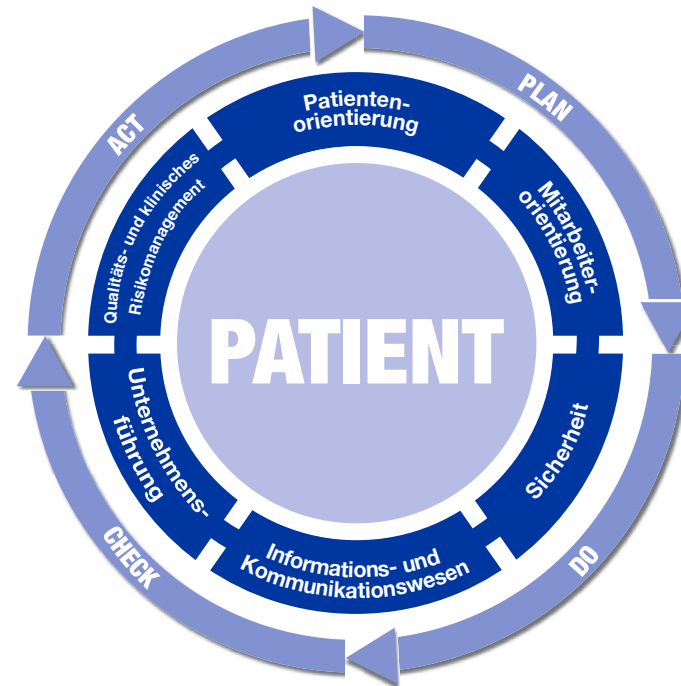


Abb. 4: Das KTQ-Modell

Im Mittelpunkt der Arbeit des Gesundheitswesens und somit auch im Mittelpunkt des KTQ-Modells steht der Patient. Um seine Versorgung optimal sicherzustellen, müssen die einrichtungsinternen Prozesse in mehreren Bereichen betrachtet werden.

Diese Bereiche werden durch die sechs Kategorien im inneren Ring des KTQ-Modells erfasst:

- Patientenorientierung
- Mitarbeiterorientierung
- Sicherheit
- Informations- und Kommunikationswesen
- Unternehmensführung
- Qualitäts- und klinisches Risikomanagement

Der KTQ-Katalog, auf dessen Grundlage die Selbstbewertung und ggf. auch die Zertifizierung einer Einrichtung erfolgt, ist in diese sechs Kategorien untergliedert. Jede Kategorie ist unterteilt in Kriterien, mit deren Hilfe alle wichtigen Qualitätsparameter systematisch geprüft werden. Die Prüfung erfolgt anhand des international anerkannten PDCA-Zyklus (Plan – Do – Check – Act), der im äußeren Ring des KTQ-Modells abgebildet ist.

Der Ablauf des KTQ-Verfahrens im Überblick

Das KTQ-Verfahren folgt einem festen Ablauf, der in **Abb. 5** grafisch dargestellt ist. Nähere Angaben zu den einzelnen Schritten, insbesondere auch zur Bewertungssystematik, finden sich in den Kapiteln 2 (KTQ-Selbstbewertung) und 3 (KTQ-Fremdbewertung) dieses Manuals. Mit der Selbstbewertung anhand des KTQ-Katalogs erhält die Einrichtung einen fundierten, praxisbezogenen Überblick über die aktuelle Qualität ihrer Arbeit. Wenn das Ergebnis der Selbstbewertung so positiv ausfällt, dass die Beantragung des KTQ-Zertifikats sinnvoll erscheint, kann die Einrichtung im zweiten Schritt eine von der KTQ zugelassene Zertifizierungsstelle mit der Durchführung des Zertifizierungsverfahrens beauftragen.

Die Zertifizierungsstelle prüft die Antragsunterlagen und stellt ein Team aus drei KTQ-Visitoren zusammen. Eine begründete Ablehnung einzelner KTQ-Visitoren durch die Einrichtung ist möglich.

Nach Vertragsabschluss mit den KTQ-Visitoren erhalten diese die Unterlagen der Einrichtung, die sie unabhängig voneinander einer eingehenden inhaltlichen Prüfung, der sogenannten Ersteinschätzung unterziehen. Bei der anschließenden Visitation der Einrichtung gleichen die KTQ-Visitoren die schriftliche Selbstbewertung mit der Realität vor Ort ab. Auf der Grundlage von Kollegialen Dialogen, Begehungen und Dokumentenprüfungen erstellen sie den KTQ-Visitationsbericht. Wenn die Einrichtung in der Fremdbewertung mindestens 55% der Punkte erreicht hat, empfehlen die Visitoren der KTQ-GmbH die Vergabe des KTQ-Zertifikats. Der KTQ-Visitationsbericht mit seiner detaillierten Auflistung der Stärken und Verbesserungspotenziale wird der Geschäftsführung der Einrichtung zugeleitet und kann von dieser im Rahmen des Kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) genutzt werden (► **Abb. 5**).

Das KTQ-Zertifikat

Das KTQ-Zertifikat (► **Abb. 6**) wird der Einrichtung nach erfolgreicher Überprüfung der dafür notwendigen Dokumente zugesandt oder auf Wunsch von der KTQ-Geschäftsführung oder von den Mitgliedern des Beirats zum Beispiel im Rahmen einer Veranstaltung überreicht. Es bescheinigt der Einrichtung ein durch die KTQ-Visitoren als Fachexperten umfassend geprüftes, erfolgreiches Qualitätsmanagement. Dies beinhaltet auch die Überprüfung innerbetrieblicher Strukturen und Prozesse, die notwendig sind und sich aus den Anforderungen der aktuellen Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL) des G-BA ergeben, ebenso wie die Berücksichtigung der für die Patientensicherheit besonders einschlägigen Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS). Während der dreijährigen Gültigkeitsdauer darf die zertifizierte Einrichtung mit dem Zertifikat und dem KTQ-Zertifizierungszeichen gemäß den Vorgaben der KTQ-GmbH werben.

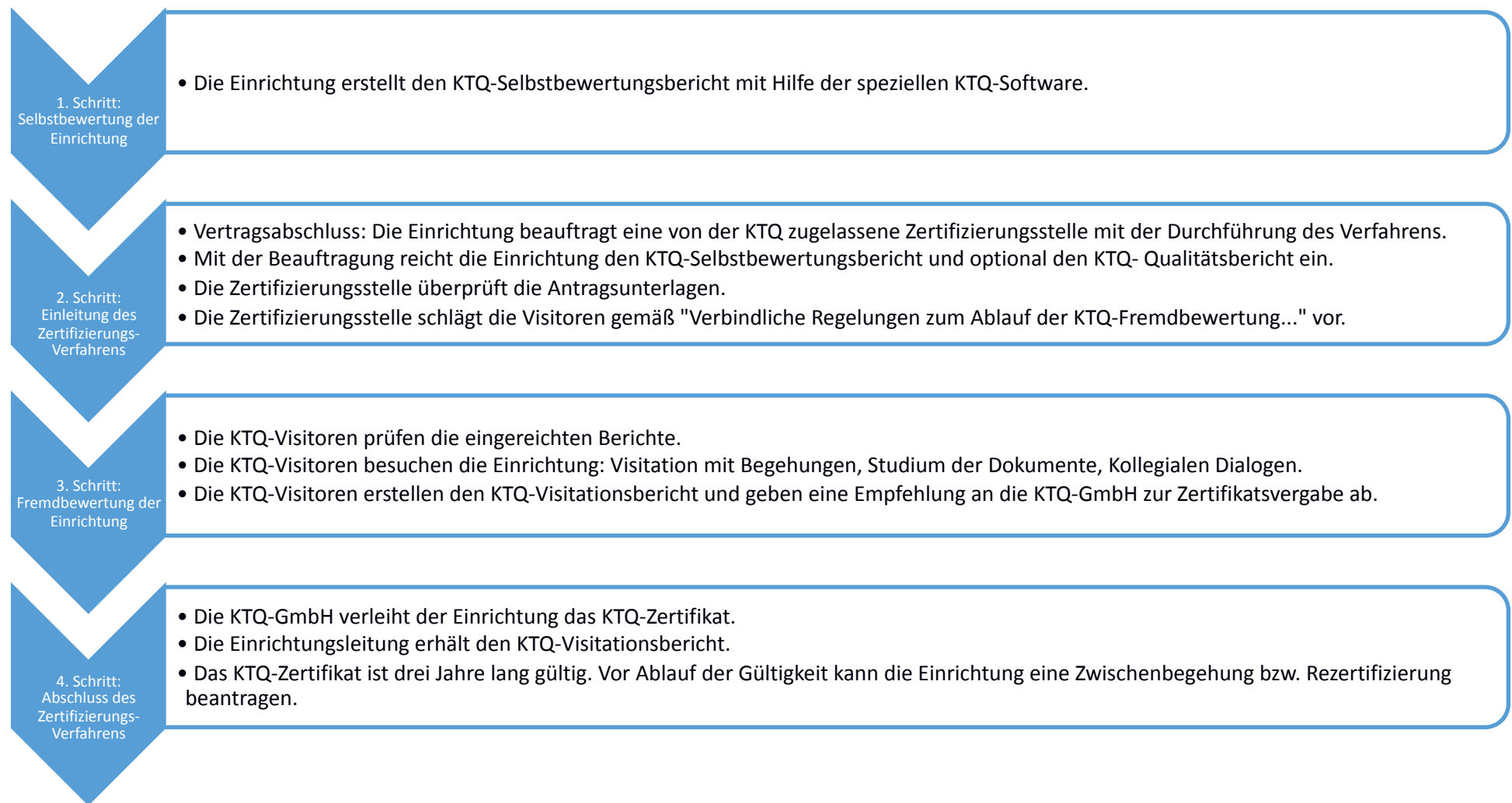


Abb. 5: Ablauf des KTQ-Verfahrens

Die Rezertifizierung nach KTQ

Das KTQ-Zertifikat ist ab dem Ausstellungszeitpunkt drei Jahre gültig (im KTQ-Shop auf unserer Homepage können Sie weitere Zertifikate zu Ihrer erfolgreichen Zertifizierung zusätzlich bestellen, siehe Abb.). Um ihr hohes Qualitätsniveau mit dem KTQ-Zertifikat kontinuierlich nachweisen zu können, muss die Einrichtung vor Ablauf der Zertifikatsgültigkeit ein erneutes Zertifizierungsverfahren – die so genannte Rezertifizierung – vollständig abgeschlossen haben. Damit ist eine fortlaufende intensive Beschäftigung mit dem Qualitätsmanagement sichergestellt.

Die Rezertifizierung läuft im Prinzip nach dem gleichen Muster ab wie das erste Zertifizierungsverfahren. Die Einrichtung ist in der Wahl der Zertifizierungsstelle frei, kann also erneut die Zertifizierungsstelle beauftragen, welche die vorangegangene Zertifizierung durchgeführt hat, oder eine andere Zertifizierungsstelle als Vertragspartner wählen. Die KTQ-Selbstbewertung erfolgt auf der Grundlage des zu diesem Zeitpunkt gültigen KTQ-Manuals/Katalogs. Im Selbstbewertungsbericht einer Rezertifizierung sollten insbesondere die Weiterentwicklung gegenüber dem vorherigen Visitationsbericht und die Umsetzung von benannten Verbesserungspotenzialen erkennbar sein. **Ab der zweiten Rezertifizierung** (also der insgesamt dritten KTQ-Zertifizierung) sinkt der formale Aufwand für die Selbstbewertung, da im „Do“-Schritt des PDCA-Zyklus nur noch die Einschätzung zur erreichten Punktzahl angegeben werden muss und auf eine textliche Darstellung ganz oder weitgehend verzichtet werden kann. Für die Rezertifizierung beauftragt die Zertifizierungsstelle neue KTQ-Visatoren. Dabei ist zu beachten, dass nur einer der drei in der vorausgegangenen Visitation eingesetzten KTQ-Visatoren an der Fremdbewertung der Rezertifizierung teilnehmen darf. Die KTQ-Visatoren erhalten neben dem aktuellen KTQ-Selbstbewertungsbericht der Einrichtung auch den KTQ-Visitationsbericht aus der vorausgegangenen Visitation, um die Entwicklung der Einrichtung beurteilen zu können.



Abb. 6: Das KTQ-Zertifikat

Wenn eine Einrichtung keine KTQ-Rezertifizierung beantragt, erlischt die Gültigkeit des KTQ-Zertifikats. In diesem Fall verpflichtet sich die Einrichtung, das ausgegebene KTQ-Zertifikat nicht mehr zu veröffentlichen und die Verwendung des Zertifikats und des Zertifizierungszeichens, z. B. im Briefbogen oder auf der Homepage, zum Fälligkeitstag einzustellen.

1.3 KTQ-Berichtsformen

Die KTQ-Berichtsformen dokumentieren die unterschiedlichen Prozess-Schritte innerhalb des KTQ-Zertifizierungsverfahrens. Es werden insgesamt drei Berichte erstellt, die bezüglich der Adressaten, des Status der Vertraulichkeit und des Inhaltes unterschiedliche Schwerpunkte haben.

Zu den Berichten zählen in der Reihenfolge der Erstellung:

- KTQ-Selbstbewertungsbericht
- KTQ-Qualitätsbericht (optional)
- KTQ-Visitationsbericht

Bei der Erstellung aller Berichte bietet die KTQ-Software umfangreiche technische Hilfen. Unterstützung erhalten Sie dabei von unserem Softwarepartner NEXUS-AG.

Der KTQ-Selbstbewertungsbericht

Der KTQ-Selbstbewertungsbericht umfasst maximal 400.000 Zeichen (ohne Leerzeichen) und wird von der Einrichtung auf Basis des jeweils zum Vertragsabschluss gültigen KTQ-Manuals/Katalogs erstellt. Dieser Bericht gibt der Einrichtung selbst, der beauftragten KTQ-Zertifizierungsstelle (im Rahmen der Antragsüberprüfung) und den KTQ-Visitoren (im Rahmen der Ersteinschätzung und im Hinblick auf die Visitation) einen Überblick über die Qualität der Prozesse in allen sechs KTQ-Kategorien. Die Inhalte des KTQ-Selbstbewertungsberichts dienen einer ersten Einschätzung der Zertifizierungsreife.

Wegen der großen Bedeutung des KTQ-Selbstbewertungsberichtes sowohl für die Einrichtung selbst als auch für das Zertifizierungsverfahren ist es sinnvoll, die Mitarbeiter hierfür speziell zu schulen, insbesondere durch die Fortbildung zum „KTQ-Coach“ an der KTQ-Akademie (siehe Abschnitt 1.1: Akteure des KTQ-Verfahrens).

Der KTQ-Qualitätsbericht

Der KTQ-Qualitätsbericht wendet sich an die interessierte Öffentlichkeit und ist deshalb in allgemein verständlicher Sprache verfasst. Die Erstellung eines KTQ-Qualitätsberichts ist jedoch nicht verpflichtend. Der KTQ-Qualitätsbericht umfasst maximal 40.000 Zeichen (ohne Leerzeichen) und basiert auf dem KTQ-Selbstbewertungsbericht. Im Rahmen der Fremdbewertung wird er von den KTQ-Visitoren überprüft und bestätigt bzw. mit Hinweisen an die Einrichtung zurückgesandt.

Nach erfolgreicher KTQ-Zertifizierung wird der KTQ-Qualitätsbericht von der Einrichtung selbst und von der KTQ-GmbH veröffentlicht.

Jedem KTQ-Qualitätsbericht ist ein Vorwort der KTQ-GmbH mit einer kurzen Übersicht über das spezifische KTQ-Verfahren für Krankenhäuser vorangestellt. Es folgt ein individuelles Vorwort der Einrichtung, in dem diese ihr Leistungsspektrum beschreibt. Der eigentliche Qualitätsbericht enthält Erläuterungen zum internen Qualitätsmanagement des Krankenhauses mit Bezug auf die sechs KTQ-Kategorien. Dieser Aufbau ist standardisiert, um die Vergleichbarkeit verschiedener KTQ-Qualitätsberichte zu ermöglichen.

Mit seiner kompakten Darstellung zentraler Qualitätsparameter ist der KTQ-Qualitätsbericht:

- für die Patienten eine Entscheidungshilfe bei der Auswahl einer Einrichtung im Gesundheitswesen,
- für die niedergelassenen Ärzte eine Orientierungshilfe für die Einweisung und Weiterbehandlung eines Patienten,
- für die Krankenhaus-Mitarbeiter eine Information über Leistungen und Qualitätsmanagement im eigenen Haus und in den weiterbehandelnden Einrichtungen,
- für die zertifizierten Einrichtungen selbst als Marketing-Instrument nutzbar.

Der KTQ-Qualitätsbericht wird während der Gültigkeitsdauer des KTQ-Zertifikats auf der KTQ-Homepage veröffentlicht und anschließend entweder durch den aktualisierten KTQ-Qualitätsbericht ersetzt oder, wenn keine erneute Zertifizierung erfolgt, gelöscht.

Der KTQ-Visitationsbericht

Der KTQ-Visitationsbericht enthält die Ergebnisse der Fremdbewertung durch die KTQ-Visitoren. Nach Abschluss der Visitation mit Kollegialen Dialogen, Begehungen und Dokumentenprüfungen folgt die Bewertung, die mittels der vorgegebenen EDV schriftlich festgehalten wird. Der Bericht benennt die Stärken und Verbesserungspotenziale, die während des Zertifizierungsverfahrens erkannt wurden. Er ermöglicht der Einrichtung, im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses konkrete Maßnahmen abzuleiten.

Der Visitationsbericht sowie weitere Dokumente wie z. B. der abgezeichnete Visitationsplan (► Kap. 3) werden von den KTQ-Visitoren freigegeben und über die Zertifizierungsstelle an die KTQ-Geschäftsstelle weitergeleitet. Dort erfolgt eine formale Prüfung der Dokumente im Sinne der Qualitätssicherung zum KTQ-Verfahren. Nach Freigabe des Visitationsberichtes stellt die KTQ-Geschäftsstelle das KTQ-Zertifikat aus. Anschließend wird der Visitationsbericht von der beauftragten Zertifizierungsstelle vertraulich an die Geschäftsführung der zertifizierten Einrichtung versandt. In welcher Weise der KTQ-Visitationsbericht intern kommuniziert wird, obliegt der Entscheidung der Geschäftsführung der Einrichtung. Vielfache Rückmeldungen aus der Praxis bestätigen den großen Nutzen dieses Berichts, wenn dieser z. B. unter fachlicher Leitung der verantwortlichen QM-Mitarbeiter in Arbeitsgruppen ausgewertet und im Intranet veröffentlicht wird.

2 Die KTQ-Selbstbewertung

Um den KTQ-Selbstbewertungsbericht zu erstellen, ist die umfassende Einbeziehung der Mitarbeiter erforderlich. Die Erfahrung zeigt, dass dieser Austausch vielfach als wertvolle Bereicherung erlebt wird und die künftige Zusammenarbeit über Abteilungs-, Fach- und Hierarchiegrenzen hinweg erleichtert. Für die gemeinsame Arbeit an der Selbstbewertung haben sich organisatorische Abläufe bewährt, die im Folgenden kurz beschrieben werden (► **Kap. 2.1**), bevor der Fokus auf den Inhalten des KTQ-Selbstbewertungsberichtes (► **Kap. 2.2**) und der KTQ-Bewertungssystematik (► **Kap. 2.3**) liegt.

2.1 Interne Organisation der Selbstbewertung

Grundsätzlich ist die Unterstützung der Einrichtungsleitung für die Vorbereitung und Durchführung einer KTQ-Selbstbewertung von großer Bedeutung. Die interne Organisation hängt darüber hinaus von den spezifischen Voraussetzungen des jeweiligen Krankenhauses ab. Bestehende Erfahrungen, z. B. mit projektorientierten Strukturen oder mit der Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems, sind zu berücksichtigen und sollten genutzt werden. Angepasst an die vorhandenen Organisations- und Kommunikationsstrukturen, bietet sich die in Abb. 7 illustrierte Planung für die Organisation der KTQ-Selbstbewertung an. Bei einer vernetzten Zertifizierung eines Krankenhauses z. B. mit einer Pflegeeinrichtung können Vereinfachungen bei der Erstellung der Selbstbewertung genutzt werden.

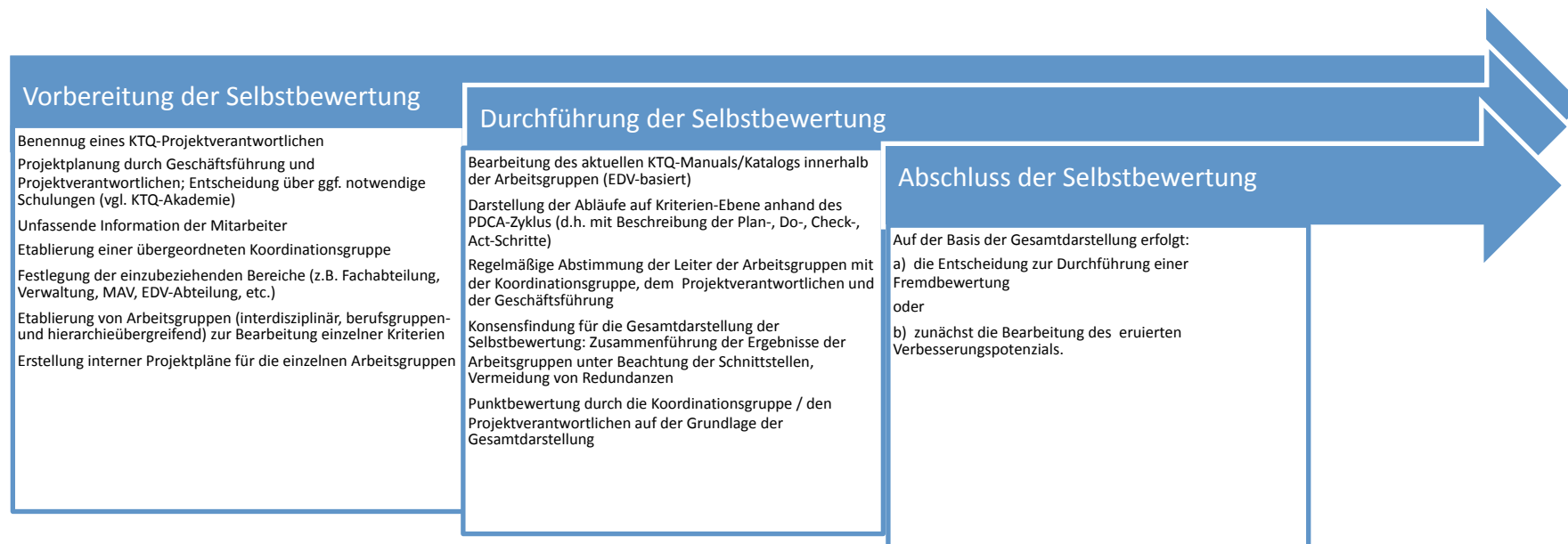


Abb. 7: Empfehlungen für die einrichtungsinterne Organisation der KTQ-Selbstbewertung

Ein zentraler Bestandteil der KTQ-Selbstbewertung ist die Bildung einer interdisziplinär, hierarchie- und berufsgruppenübergreifend besetzten Arbeitsgruppe. Erfahrungsgemäß sollte eine Arbeitsgruppe nicht mehr als zehn Mitglieder zählen. Dabei ist zu beachten, dass alle an den beschriebenen Prozessen beteiligten Berufsgruppen in die Selbstbewertung mit einbezogen werden müssen. Die im jeweiligen Kriterium genannten Themen müssen, sofern zutreffend, für die gesamte Einrichtung bzw. von den an dem Prozess beteiligten Personen und Fachabteilungen bearbeitet und beantwortet werden. Wenn bei einzelnen Kriterien zudem Schnittstellen zu Externen offenkundig werden, müssen auch diese in die Bearbeitung mit einbezogen werden. Exemplarisch zeigt dies eine Zuordnungsmatrix

(► **Tab. 1**).

| Kriterium | Fachabteilung | Sekretariat Verwaltung | Einrichtungs- leitung | Zusätzliche bzw. explizit im Kriterium genannte Bereiche |
|---|---------------|---------------------------|--------------------------|--|
| 1.1.3 Information und Beteiligung der Patienten | ✓ | ✓ | ✓ | z. B. Angehörige, Sozialdienste, Betreuer, Selbsthilfegruppen, Dolmetscher |
| 2.1.3 Einarbeitung | ✓ | ✓ | ✓ | Mitarbeitervertretung |
| 3.1.5 Arzneimittel und Arzneimitteltherapiesicherheit | ✓ | ✓ | ✓ | Apotheke |
| 4.1.2 Einsatz von Software | ✓ | ✓ | ✓ | IT-Service |
| 5.2.3 Partnerschaften und Kooperationen | ✓ | ✓ | ✓ | Kooperationspartner, z. B. Pflegeeinrichtungen, Schulen, Hochschulen |
| 6.2.1 Patientenbefragung | ✓ | ✓ | ✓ | IT-Abteilung |

Tab. 1: Beispiel einer Zuordnungsmatrix für die KTQ-Selbstbewertung

2.2 Bearbeitung der Kriterien des KTQ-Katalogs

Die KTQ-Selbstbewertung erfordert die intensive Auseinandersetzung mit allen im KTQ-Modell genannten Kriterien anhand des PDCA-Zyklus.

Zum besseren Verständnis sei zunächst kurz der Aufbau des Katalogs erläutert: Der KTQ-Katalog führt sechs **Kategorien** auf:

1. Patientenorientierung
2. Mitarbeiterorientierung
3. Sicherheit
4. Informations- und Kommunikationswesen
5. Unternehmensführung
6. Qualitäts- und klinisches Risikomanagement

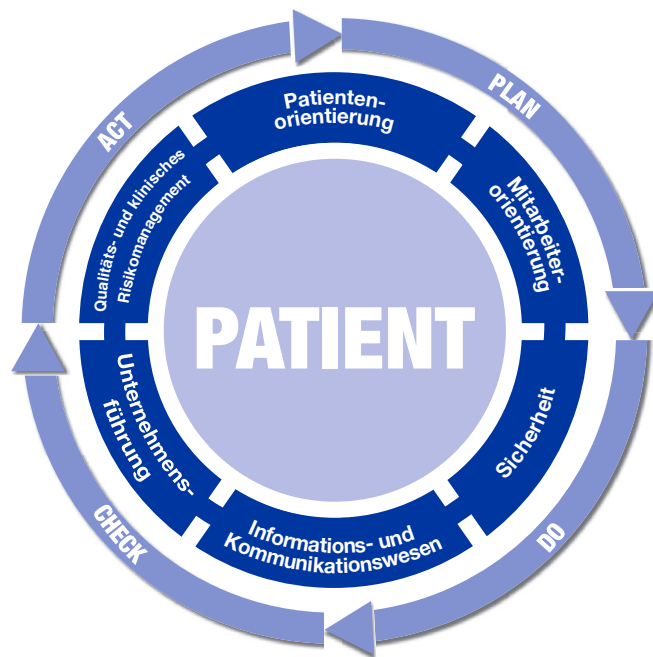


Abb. 8: Das KTQ-Modell

Jede Kategorie ist in **Subkategorien** unterteilt. So hat die Kategorie **1 Patientenorientierung** die folgenden Subkategorien:

- 1.1 Rahmenbedingungen der Patientenversorgung
- 1.2 Akut-/Notfallversorgung
- 1.3 Elektive, ambulante Versorgung
- 1.4 Stationäre Versorgung
- 1.5 Weiterbetreuung/Übergang in andere Bereiche
- 1.6 Sterben und Tod

Jede Subkategorie wiederum enthält eine Reihe von **Kriterien**. Die Subkategorie **1.1** Rahmenbedingungen der Patientenversorgung hat beispielsweise die Kriterien:

- 1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung
- 1.1.2 Leitlinien, Standards und Richtlinien
- 1.1.3 Information und Beteiligung der Patienten
- 1.1.4 Service und Ausstattung

Jedem Kriterium sind schließlich **Themen/Anforderungen** zugeordnet. Beim Kriterium **1.1.2 Leitlinien, Standards und Richtlinien** lauten diese Themen:

- Umsetzung medizinischer Leitlinien und Richtlinien (z. B. G-BA, Landesausschüsse)
- Expertenstandards in der Pflege und Pflegestandards
- Behandlungspfade (interdisziplinär, interprofessionell), klinische Leitlinien, Pflegestandards, Verfahrensanweisungen, Prozessbeschreibungen/Standard Operating Procedures
- Nachvollziehbarkeit der Abweichung von Leitlinien/Behandlungspfaden/Standards
- Prognosekriterien und Lockerungsstufen bei gerichtlich eingewiesenen Patienten

Im KTQ-Selbstbewertungsbericht müssen **zu jedem Kriterium** die Abläufe der Einrichtung beschrieben werden. Dabei sind jeweils **alle genannten Themen / Anforderungen** abzuhandeln. Wenn aus strukturellen Gründen ein gesamtes Kriterium nicht auf die Einrichtung zutrifft, muss im Vorfeld der Zertifizierung über die KTQ-Zertifizierungsstelle bei der KTQ-Geschäftsstelle eine **Adjustierung** beantragt werden. So kann beispielsweise eine Psychiatrische Fachklinik i. d. R. keine Angaben zu den Kriterien 1.3.1 „Elektive, ambulante Diagnostik, Behandlung und Operationen“ und 1.4.3 „Operative und interventionelle Prozesse“ machen. In diesem Fall werden die fraglichen Kriterien bei der Bewertung nicht berücksichtigt, die maximal mögliche Gesamtpunktzahl wird entsprechend adjustiert. Sollte lediglich ein Thema eines Kriteriums nicht zutreffen, ist für die Nichtbearbeitung dieses Themas innerhalb des Selbstbewertungsberichtes eine ausreichende Begründung zu geben. Die Einrichtung hat zudem die Möglichkeit, die vorgegebenen Themen zu erweitern und zusätzliche Spezifika darzustellen, sofern diese für die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität relevant sind. In der Selbstbewertung können auch Ergebnisse bereits vorhandener anderer Zertifizierungen oder Begehungsberichte z. B. aus den Bereichen Hygiene und Arbeitsschutz aufgeführt werden.

Die Beschreibungen zu den einzelnen Kriterien erfolgen gemäß dem **PDCA-Zyklus** jeweils in vier Schritten:

- **PLAN:** Beschreiben Sie bitte die Planung der Prozesse, den Soll-Zustand mit Zielen und Kennzahlen, sowie die geregelten Verantwortlichkeiten.
- **DO:** Beschreiben Sie bitte den Ist-Zustand, bzw. die Umsetzung der Prozesse.
- **CHECK:** Beschreiben Sie bitte, wie die regelmäßige, nachvollziehbare Überprüfung und Bewertung der im PLAN und DO dargestellten Vorgaben, Maßnahmen und Prozesse erfolgt: Welche Kennzahlen und/oder Messgrößen und/oder Methoden werden verwendet?
- **ACT:** Beschreiben Sie bitte die Verbesserungsmaßnahmen, die Sie in den vergangenen Jahren/seit der letzten Zertifizierung aus den Ergebnissen des CHECK abgeleitet haben, und deren Umsetzung.

Alle KTQ-Kriterien erfordern die Beschreibung des vollständigen PDCA-Zyklus. Die im CHECK- und ACT-Schritt angegebenen Überprüfungs- und Verbesserungsmaßnahmen dienen zur Unterstützung der Einrichtungen bei der Prozessoptimierung im Sinne des Kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP).

2.3 Bewertungssystematik

Wenn die Beschreibungen zu den einzelnen Kriterien vorliegen, steht die Bewertung an. Die KTQ hat dafür eine spezifische Bewertungssystematik entwickelt (► **Tab. 2**).

Für jedes Kriterium können maximal 18 Punkte erreicht werden. Das Ergebnis setzt sich zusammen aus den Punktwerten für die vier PDCA-Schritte. Der DO-Schritt (0 bis 9 Punkte) wird dabei höher bewertet als die PLAN-, CHECK- und ACT-Schritte (jeweils 0 bis 3 Punkte), da der DO-Schritt die praktische Umsetzung dokumentiert. Dieser Aspekt ist besonders gewichtet – auch hier stellt sich heraus: Das KTQ-Verfahren bewertet im Zweifelsfall die praktische Umsetzung eines Prozesses besser als u. U. eine sehr umfangreiche Darstellung in Dokumentenform.

Die Bepunktung der einzelnen PDCA-Schritte erfolgt unter Berücksichtigung des Erreichungs- und Durchdringungsgrades. Der **Erreichungsgrad** bewertet die Güte der Kriterienerfüllung. Der **Durchdringungsgrad** bewertet die Breite der Umsetzung über die einzelnen Bereiche der Einrichtung. Mit Blick auf den Durchdringungsgrad ist somit zu fragen, inwieweit das beschriebene Vorgehen in allen für das Kriterium relevanten Bereichen und Berufsgruppen angewendet wird.

Die Bepunktung erfordert zunächst eine getrennte Betrachtung des Erreichungs- und Durchdringungsgrades. Dabei ist zu beachten, dass der Durchdringungsgrad erst bewertet werden kann, wenn der Erreichungsgrad mindestens mit einem Punkt bewertet wurde. Üblicherweise liegt die Punktbewertung des Durchdringungsgrades unter dem Erreichungsgrad. Es ist aber im Einzelfall auch möglich, dass der Durchdringungsgrad höher bewertet wird als der Erreichungsgrad. Die beiden Punktwerte für den Erreichungs- und den Durchdringungsgrad werden nun über das arithmetische Mittel zu einer Bewertung des jeweiligen PDCA-Schrittes zusammengeführt (► **Tab. 3**).

Tab. 2: Bewertung eines Kriteriums

| PDCA-Schritt | Maximal erreichbare Punkte für (E) und (D) | Erreichungsgrad (E) | Durchdringungsgrad (D) | Ergebnis |
|--------------------|--|---------------------|------------------------|-------------------------|
| PLAN | 3 | E: | D: | $\frac{1}{2} (E + D)$: |
| DO | 9 | E: | D: | $\frac{1}{2} (E + D)$: |
| CHECK | 3 | E: | D: | $\frac{1}{2} (E + D)$: |
| ACT | 3 | E: | D: | $\frac{1}{2} (E + D)$: |
| Summe | 18 | | | |
| Endergebnis | Maximal 18 | | | |

Tab. 3: Berechnung des Gesamtwertes für den DO-Schritt (Beispiel)

| Bewertungsebene | Bewertung |
|-----------------------|-----------|
| Erreichungsgrad | 6 |
| Durchdringungsgrad | 4 |
| Summe | 10 |
| Arithmetisches Mittel | 5 |

Wenn alle vier PDCA-Schritte bewertet sind, lässt sich durch Addition die Gesamtbewertung des Kriteriums errechnen. Exemplarisch wird dies in Tab. 4 gezeigt

Der KTQ-Katalog Krankenhaus 2021 nennt in seinen sechs Kategorien insgesamt 48 Kriterien. Erreichbar sind insgesamt maximal $48 \times 18 = 864$ Punkte, die sich wie folgt aufteilen (► **Tab. 5**).

Im Einzelfall kann die maximal erreichbare Gesamtpunktzahl niedriger sein. Dies gilt dann, wenn die Einrichtung nachweisen konnte, dass bestimmte Kriterien sachlich nicht anwendbar waren und diese Kriterien von der KTQ-Geschäftsstelle **adjustiert** und von der Berechnung ausgeschlossen wurden.

| | | Anforderungen | Anforderungen | | | Anforderungen | | | Anforderungen | | | Arithmetisches Mittel | Ergebnis |
|--------------------|--------------------|-------------------|----------------------|---|---|-----------------------|---|---|--------------------|---|---|--|----------|
| Erreichungsgrad | | nicht erfüllt | ansatzweise erfüllt | | | teilweise erfüllt | | | umfassend erfüllt | | | der Summe des Erreichungs- und Durchdringungsgrades (Beispiel) | |
| Durchdringungsgrad | | In keinem Bereich | in wenigen Bereichen | | | in mehreren Bereichen | | | in allen Bereichen | | | | |
| PLAN | Erreichungsgrad | 0 | 1 | | | 2 | | | 3 | | | 2 | 1,5 |
| | Durchdringungsgrad | 0 | 1 | | | 2 | | | 3 | | | 1 | |
| DO | Erreichungsgrad | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 6 | 5 |
| | Durchdringungsgrad | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 4 | |
| CHECK | Erreichungsgrad | 0 | 1 | | | 2 | | | 3 | | | 2 | 2 |
| | Durchdringungsgrad | 0 | 1 | | | 2 | | | 3 | | | 2 | |
| ACT | Erreichungsgrad | 0 | 1 | | | 2 | | | 3 | | | 1 | 1 |
| | Durchdringungsgrad | 0 | 1 | | | 2 | | | 3 | | | 1 | |
| | | | | | | | | | | | Summe | 9,5 | |
| | | | | | | | | | | | Ggf. Aufrundung immer zum höheren Punktwert | | |
| | | | | | | | | | | | Endergebnis | 10 | |

Tab. 4: Beispiel für die Bewertung eines Kriteriums

Tab. 5: Maximale Gesamtpunktzahl nach dem KTQ-Manual/Katalog Krankenhaus Version 2021

| Kategorie | Anzahl der Kriterien | Maximale Punktzahl |
|---------------|----------------------|--------------------|
| 1 | 11 | 198 |
| 2 | 5 | 90 |
| 3 | 11 | 198 |
| 4 | 5 | 90 |
| 5 | 9 | 162 |
| 6 | 7 | 126 |
| Gesamt | 48 | 864 |

2.4 Voraussetzung für die Zertifikatvergabe

Die Gesamtheit der Voraussetzungen für die Vergabe des KTQ-Zertifikats ist in den Regeln festgelegt, die zum Zeitpunkt der Zertifizierung gültig sind. Diese sind über die Zertifizierungsstellen oder die KTQ-Geschäftsstelle erhältlich. Die zentrale Anforderung besteht im Erreichen einer Mindestpunktzahl in der Fremdbewertung durch die KTQ-Visitoren.

Bei der ersten und zweiten Zertifizierung nach KTQ muss die Einrichtung **in jeder Kategorie** mindestens 55 % der maximalen Punktzahl erreichen. Im Falle einer Adjustierung aufgrund nicht zutreffender Kriterien ist die zu erreichende Punktzahl entsprechend geringer.

Ab der zweiten Rezertifizierung (also der dritten KTQ-Zertifizierung insgesamt) muss die Einrichtung **in jedem Kriterium** mindestens 55 % der maximalen Punktzahl, also mindestens 10 Punkte erreichen.

Wenn die KTQ-Selbstbewertung erwarten lässt, dass ein Zertifizierungsverfahren nach KTQ erfolgreich sein könnte, kann die Geschäftsführung der Einrichtung einen Vertrag mit einer KTQ-Zertifizierungsstelle schließen. In diesem Fall sind der Zertifizierungsstelle neben Lageplan, Organigramm und Leitbild der Einrichtung die folgenden Berichte im vorgegebenen Datenbankformat zuzuleiten:

- KTQ-Selbstbewertungsbericht
- optional KTQ-Qualitätsbericht sowie
- Strukturierter Qualitätsbericht nach § 136b SGB V, für Privatkliniken die „Struktur- und Leistungsdaten für eine KTQ-Zertifizierung“.

Die Zertifizierungsstelle prüft die eingereichten Unterlagen auf Vollständigkeit und sachliche Nachvollziehbarkeit. Sollte die Selbstbewertung noch nicht den Anforderungen der KTQ entsprechen, so erhält die Einrichtung von der Zertifizierungsstelle eine entsprechende Rückmeldung mit Nennung der Gründe, die gegen eine Fremdbewertung sprechen. Andernfalls leitet die Zertifizierungsstelle die Fremdbewertung als nächsten Schritt im KTQ-Zertifizierungsverfahren ein.

3 Die KTQ-Fremdbewertung

Im Rahmen der KTQ-Fremdbewertung beurteilen die KTQ-Visitoren als neutrale Fachexperten das interne Qualitätsmanagement der Einrichtung. Der Fremdbewertung liegt grundsätzlich die gleiche Bewertungssystematik zugrunde, die bereits bei der Selbstbewertung durch die Einrichtung genutzt wurde. Die

KTQ-Visitoren prüfen zunächst den Selbstbewertungsbericht und verschaffen sich anschließend durch die Visitation ein eigenes Bild vor Ort. Ihre Einschätzung stellen sie detailliert im KTQ-Visitationsbericht dar. Der gesamte Ablauf der Fremdbewertung mit den einzuhaltenden Fristen ist in Tab. 6 dargestellt.

Ablauf der KTQ-Fremdbewertung

Das Krankenhaus sendet

- den KTQ-Selbstbewertungsbericht,
- den KTQ-Qualitätsbericht (optional)
- den Strukturierten Qualitätsbericht nach § 136b SGB V, für Privatkliniken die „Struktur- und Leistungsdaten für eine KTQ-Zertifizierung“,
- Leitbild, Organigramm und Lageplan

an die Zertifizierungsstelle.

Die Zertifizierungsstelle prüft die Unterlagen und teilt der Einrichtung das Ergebnis der Prüfung mit.

Verpflichtende Terminierung VOR der Visitation

Die nebenstehend genannten Unterlagen müssen **zwölf Wochen¹ vor der Visitation** an die Zertifizierungsstelle geschickt werden.

Die Zertifizierungsstelle muss die Antragsunterlagen innerhalb von **zehn Arbeitstagen nach Erhalt** geprüft haben und die Einrichtung entsprechend informieren.

Die Zertifizierungsstelle leitet

- den KTQ-Selbstbewertungsbericht,
- den KTQ-Qualitätsbericht (optional)
- den Strukturierten Qualitätsbericht nach § 136b SGB V, für Privatkliniken die „Struktur- und Leistungsdaten für eine KTQ-

Die nebenstehend genannten Unterlagen müssen **acht Wochen vor der Visitation** an die KTQ-Visitoren weitergeleitet werden.

¹ Eine Woche entspricht jeweils fünf Arbeitstagen.

Tab. 6: KTQ-Fremdbewertung

Zertifizierung“,
 • Leitbild, Organigramm und Lageplan
 an die KTQ-Visitoren weiter.

Ablauf der KTQ-Fremdbewertung

Die KTQ-Visitoren senden die bearbeitete Selbstbewertung (= die KTQ-Ersteinschätzung) an die Zertifizierungsstelle zurück.

Die Zertifizierungsstelle stellt in Abstimmung mit den KTQ-Visitoren den KTQ-Visitationsplan auf und informiert die Einrichtung entsprechend.

Zugleich führt die Zertifizierungsstelle die Ersteinschätzungen zusammen und übermittelt sie an die KTQ-Visitoren.

Die Einrichtung überarbeitet bzw. ergänzt den KTQ-Visitationsplan, z. B. durch die konkrete Benennung von Personen und Ansprechpartnern

Verpflichtende Terminierung VOR der Visitation

Der Bearbeitungszeitraum der KTQ-Visitoren muss 20 Arbeitstage betragen.

Die KTQ-Visitoren müssen die nebenstehend genannten Unterlagen **vier Wochen vor der Visitation** an die Zertifizierungsstelle schicken.

Der vorläufige Visitationsplan muss **zwei Wochen vor der Visitation** feststehen und an die Einrichtung und die KTQ-Visitoren geschickt werden.

Die KTQ-Visitoren erhalten zudem die zusammengeführte Ersteinschätzung.

Die Einrichtung muss den KTQ-Visitationsplan **fünf Arbeitstage nach Erhalt** mit ihren Ergänzungen an die Zertifizierungsstelle zurückschicken.

Die Zertifizierungsstelle sendet den endgültigen KTQ-Visitationsplan an die KTQ-Visitoren und die Einrichtung.

Der endgültige KTQ-Visitationsplan muss **fünf Arbeitstage vor der Visitation** feststehen.



KTQ-Visitation: Dauer entsprechend den aktuellen Vorgaben der KTQ-GmbH

Ablauf der KTQ-Fremdbewertung

Der KTQ-Visitationsbericht wird auf Grund der Konsensbewertung des KTQ-Visitorenteams erstellt und anschließend von den KTQ-Visitoren freigegeben.

Die Zertifizierungsstelle stellt der Einrichtung den Entwurf des Visitationsberichtes zur Kenntnisnahme zur Verfügung.

Verpflichtende Terminierung NACH der Visitation

Der Entwurf des Visitationsberichtes wird der **Einrichtung innerhalb von fünf Arbeitstagen nach der Visitation** zur Kenntnisnahme zur Verfügung gestellt.

Rückmeldungen seitens der Einrichtung zu eventuellen sachlichen Fehlern können **innerhalb von fünf Arbeitstagen nach Erhalt** an die Zertifizierungsstelle gesandt werden.

Ablauf der KTQ-Fremdbewertung

Die Zertifizierungsstelle leitet

- den mit den KTQ-Visitoren abgestimmten und freigegebenen KTQ-Visitationsbericht, und
- den abgezeichneten Visitationsplan

an die KTQ-Geschäftsstelle weiter. Dort erfolgt im Sinne der Qualitätssicherung eine stichprobenhafte Überprüfung der Berichte mit anschließender Rückmeldung an die Zertifizierungsstelle.

Die Zertifizierungsstelle sendet – u. U. nach einem Abstimmungsprozess mit der KTQ-Geschäftsstelle, siehe oben – den KTQ-Visitationsbericht vertraulich an die Geschäftsführung/Einrichtungsleitung der Einrichtung.

Verpflichtende Terminierung NACH der Visitation

Der Visitationsbericht muss **vier Wochen nach der Visitation** von der Zertifizierungsstelle an die Einrichtung geschickt werden.

Die Zertifizierungsstelle muss den Visitationsbericht in der endgültigen Form spätestens **fünf Wochen nach der Visitation** an die KTQ-Geschäftsstelle übersenden.

Wenn alle Voraussetzungen erfüllt sind, sendet die KTQ-Geschäftsstelle das KTQ-Zertifikat an die Einrichtung.

Die Einrichtung erhält das KTQ-Zertifikat i. d. R. **sechs Wochen nach der Visitation**.

Tab. 6: KTQ-Fremdbewertung – Ende

Voraussetzung für die KTQ-Fremdbewertung ist der Vertragsabschluss zwischen Einrichtung und KTQ-Zertifizierungsstelle. Die Zertifizierungsstelle wählt sodann die KTQ-Visitoren aus und informiert die Geschäftsführung des Krankenhauses. In begründeten Fällen, etwa wenn Zweifel an der Unabhängigkeit eines

Visitors bestehen, kann die Einrichtung der Auswahl widersprechen. Wenn die Zustimmung der Einrichtung vorliegt, schließt die Zertifizierungsstelle den Vertrag mit den KTQ-Visitoren ab und leitet den Selbstbewertungsbericht der Einrichtung an die KTQ-Visitoren weiter.

3.1 Ersteinschätzung und Vorbereitung der Visitation

Die Ersteinschätzung als ein wesentlicher Schritt der Fremdbewertung nehmen die KTQ-Visitoren – unabhängig voneinander – EDV-basiert vor, um größtmögliche Objektivität zu gewährleisten. Jeder KTQ-Visitor erhält hierzu zunächst von der Zertifizierungsstelle neben dem Selbstbewertungsbericht auch das Dokument „Struktur- und Leistungsdaten für eine KTQ-Zertifizierung“, das Organigramm (mit Stellenbezeichnungen und Verantwortlichen) sowie den Lageplan und das Leitbild der jeweiligen Einrichtung. Die Zertifizierungsstellen und die KTQ-Visitoren dürfen keine weiteren Unterlagen von der Einrichtung anfordern. Sowohl von den KTQ-Visitoren als auch von den Krankenhäusern wird erwartet, dass sie in der Vorbereitungsphase der Visitation keinen Kontakt zueinander aufnehmen. Eventuell auftretende Fragen im Vorfeld der Visitation müssen über die jeweilige Zertifizierungsstelle, ggf. auch über die KTQ-Geschäftsstelle geklärt werden. Hierfür stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Die KTQ-Visitoren arbeiten die gesamte Selbstbewertung im Sinne der KTQ-Bewertungssystematik durch. Dabei nimmt jeder Visitor aufgrund der schriftlichen Angaben im Selbstbewertungsbericht eine eigene Bepunktung vor. Die Zertifizierungsstelle überprüft später die Ersteinschätzungen der KTQ-Visitoren auf möglichen Dissens in der Bewertung.

Darüber hinaus sind die KTQ-Visitoren verpflichtet, zu jedem Kriterium im Rahmen der Ersteinschätzung Stärken und Verbesserungspotenziale sowie die für die Visitation erforderlichen Gesprächspartner und Nachweise zu dokumentieren.

In Vorbereitung der Visitation entwickelt jeder KTQ-Visitor einen ausführlichen Interviewleitfaden, der Fragen an Mitarbeiter der Einrichtung enthält. Dabei sollte auf ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den Hierarchieebenen, den Berufsgruppen und den Fachbereichen geachtet werden. Die Fragen des Interviewleitfadens sollen sich auf die Beschreibung der Kriterienanforderungen und auf die Bepunktung in der Selbstbewertung der Einrichtung beziehen. Die Interviewleitfäden für die Kollegialen Dialoge sind so zu gestalten, dass als erstes die Mitarbeiter der Einrichtung die Gelegenheit haben, die konkrete Umsetzung bzgl. der jeweiligen Kriterien darzustellen. Die Interviewleitfäden sind zwischen den KTQ-Visitoren in der Vorbesprechung des Visitationsteams abzustimmen. Des Weiteren wählen die KTQ-Visitoren – gestützt auf die aus der Selbstbewertung gewonnenen Erkenntnisse – spezifische Bereiche aus, in denen die beschriebenen Prozesse näher betrachtet und hinterfragt werden sollen.

Jeder KTQ-Visitor sendet im Anschluss an die Ersteinschätzung die entsprechenden Kommentare sowie die gewünschten Ansprechpartner für die jeweiligen Kriterien an die Zertifizierungsstelle. Diese Angaben beinhalten die Grundlage für den ersten Entwurf eines Visitationsplans (► **Tab. 7**).

Die Zertifizierungsstelle sendet den Entwurf des Visitationsplanes an die Einrichtung und stimmt mit dieser den endgültigen Plan inkl. der Namen der Gesprächspartner ab. Der endgültige Visitationsplan muss fünf Arbeitstage vor Visitationsbeginn in der Einrichtung bekannt sein.

Tab. 7: Mustervisitationsplan Krankenhaus

| Zeit | Ablauf / Ort / Datum | Teilnehmer / Funktion / Name |
|----------------------------------|--|---|
| Erster Tag | | |
| 13:00 – 13:30 | Treffen im Hotel mit anschließender Weiterfahrt zur Einrichtung | Visitationsteam: <ul style="list-style-type: none"> • Ärztlicher Visitor • Pflegerischer Visitor • Ökonomischer Visitor • Visitationsbegleiter |
| 13:30 – 14:00 | Willkommenstreffen Begrüßung und Vorstellung des Visitationsteams im Krankenhaus | <ul style="list-style-type: none"> • Geschäftsführung • Qualitätsmanagementbeauftragter Visitationsteam |
| (14:00 – 15:30) | Bei einer 3-tägigen Visitation kann die Übersichtsbegehung mit den zu überprüfenden Kategorien 1, 3 und 4 am ersten Tag erfolgen | <ul style="list-style-type: none"> • Geschäftsführung • Ärztlicher Direktor • Pflegedirektion • Vorsitzender Betriebsrat • Technischer Leiter • Qualitätsmanagementbeauftragter (Hinweis: ca. 6 Teilnehmer) Visitationsteam |
| 14:00 – 18:00 (15:30 – 18:00) | Vorbesprechung inklusive der Sichtung der Dokumente (z.B. Intranet) <ul style="list-style-type: none"> • Abschließende Festlegung der Gesprächsführung der einzelnen Kollegialen Dialoge • Abgleich der Interviewfragen Erstellung des Dokuments: „Forderung von Nachweisen“ | Visitationsteam Hinweis: Qualitätsmanagementbeauftragter steht zur Verfügung bzw. ist telefonisch bei Fragen erreichbar |

| Zeit | Ablauf / Ort / Datum | Teilnehmer / Funktion / Name |
|--------------------|--|--|
| Zweiter Tag | | |
| 08:15 – 08:30 | Besprechung des Tagesablaufs und Erläuterungen zum Dokument „Forderung von Nachweisen“ | <ul style="list-style-type: none"> • Ansprechpartner des Krankenhauses Visitationsteam |
| 08:30 – 09:00 | Begrüßung des Visitationsteams | <ul style="list-style-type: none"> • Geschäftsführung • Ärztlicher Direktor • Pflegedirektion • Vorsitzender Betriebsrat/ Mitarbeitervertreter • Qualitätsmanagementbeauftragter Visitationsteam |
| 09:00 – 10:30 | <p>Übersichtsbegehung z.B. Pforte, administrative Aufnahme, Ambulanzbereich, Röntgen, Physiotherapie, Küche, Technischer Bereich, Wirtschaftshof, Kapelle bzw. Raum für Gottesdienst, Verabschiedungsraum</p> <p>Zu prüfende Kriterien der Kategorien: 1, 3 und 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung • Brandschutz • Umweltschutz • Krankenhausalarm und -einsatzplanung inkl. Ausfall von Systemen • Medizinisches Notfallmanagement • Netzwerkstruktur und Datensysteme • Service und Ausstattung • Datenschutz | <ul style="list-style-type: none"> • Geschäftsführung • Ärztlicher Direktor • Pflegedirektion • Vorsitzender Betriebsrat • Technischer Leiter • Qualitätsmanagementbeauftragter (Hinweis: ca. 6 Teilnehmer) Visitationsteam |

| | | |
|----------------------|--|---|
| (09:00 – 10:30) | Besprechung inklusive der Sichtung der Dokumente (z.B. Intranet) <ul style="list-style-type: none"> • Abschließende Festlegung der Gesprächsführung der einzelnen Kollegialen Dialoge • Abgleich der Interviewfragen | Visitationsteam |
| 10:30 – 10:45 | Besprechung des Visitationsteams | Visitationsteam |
| 10:45 – 12:00 | 1. Kollegialer Dialog unter Berücksichtigung der Kategorien 4, 5 und 6 <ul style="list-style-type: none"> • Unternehmenskultur • Unternehmenskommunikation • Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen • Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung • Partnerschaften und Kooperationen • Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien • Innovation und Wissens- und Ideenmanagement • Organisation, Aufgabenprofil des Qualitäts- und des klinischen Risikomanagements • Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung | <ul style="list-style-type: none"> • Geschäftsführung • Ärztlicher Direktor • Chefarzt Innere Medizin • Pflegedirektor • Vorsitzender Betriebsrat • Leitung medizinisches Controlling • Leitung Einkauf • Qualitätsmanagementbeauftragter Hinweis: 6 bis 8 Teilnehmer Visitationsteam |
| 12:00 – 12:30 | Besprechung des Visitationsteams | Visitationsteam |
| 12:30 – 13:30 | Mittagspause | |

| | | |
|---|--|--|
| <p>13:30 – 14:15</p> <p>14:15 – 15:00</p> | <p>Begehung und</p> <p>2. Kollegialer Dialog unter Berücksichtigung der Kategorien 1 und 4 (Archiv und Chirurgische Station)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elektive, ambulante Diagnostik, Behandlung und Operationen • Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität, Behandlung und Visite • Therapeutische Prozesse und Ernährung • Entlassungsprozess • Einsatz von Software • Klinische Dokumentation • Einsatz neuer Medien | <ul style="list-style-type: none"> • Leitung interdisziplinäre Intensivmedizin • Oberarzt Innere Medizin • Oberarzt Frauenheilkunde • Stationsleitung Allgemeine Chirurgie • Pflegekraft Frauenheilkunde • Medizinisches Controlling • Leitung EDV • Qualitätsmanagementbeauftragter (Hinweis: 6 bis 8 Teilnehmer) <p>Visitationsteam</p> |
| <p>15:00 – 15:45</p> | <p>Besprechung des Visitationsteams Einsicht der Dokumente</p> | <p>Visitationsteam</p> |
| <p>15:45 – 16:45</p> <p>16:45 – 18:00</p> | <p>Begehung und</p> <p>3. Kollegialer Dialog unter Berücksichtigung der Kategorien 1 und 3 (Internistische Aufnahme, Internistische Station, Palliativeinheit und Stroke Unit)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leitlinien, Standards und Richtlinien • Information und Beteiligung des Patienten • Erstdiagnostik und Erstversorgung • Palliative Versorgung, Umgang mit sterbenden Patienten und Verstorbenen • Eigen- und Fremdgefährdung • Arzneimittel und Arzneimitteltherapiesicherheit • Labor- und Transfusionsmedizin • Medizinprodukte • Krankenhausalarm und -einsatzplanung inkl. Ausfall von Systemen | <ul style="list-style-type: none"> • Stationsarzt • Stellvertretende Pflegedirektion • Stationsleitung Innere Medizin • Pflegekraft Internistische Station • Leitung Pflege Ambulanz • MA Apotheke • Ärztliche Leitung der Palliativstation • Qualitätsmanagementbeauftragter (Hinweis: 6 bis 8 Teilnehmer) <p>Visitationsteam</p> |
| <p>ab 18:00</p> | <p>Besprechung des Visitationsteams, Einsicht der Dokumente und Erstellung des Dokuments: „Forderung von Nachweisen“</p> | <p>Visitationsteam</p> |

| Zeit | Ablauf / Ort / Datum | Teilnehmer / Funktion / Name |
|--|--|---|
| Dritter Tag | | |
| 08:00 – 08:15 | Besprechung des Tagesablaufs und Erläuterungen zum Dokument „Forderung von Nachweisen“ | <ul style="list-style-type: none"> • Ansprechpartner des Krankenhauses Visitationsteam |
| 08:15 – 08:45 08:45 – 09:45 | Begehung und 4. Kollegialer Dialog unter Berücksichtigung der Kategorie 2 (Station) <ul style="list-style-type: none"> • Personalbedarf und Akquise • Personalentwicklung • Einarbeitung • Ausbildung, Fort- und Weiterbildung • Arbeitszeiten / Work Life Balance | <ul style="list-style-type: none"> • Leitung Personalabteilung • Vertreter Betriebsrat • Leitung Fort- und Weiterbildung • Assistenzarzt • Praxisanleiter/ Pflegekraft • Stationsleitung Allgemeinchirurgie • Stationsleitung Palliativmedizin • Qualitätsmanagementbeauftragter (Hinweis: 6 bis 8 Teilnehmer) Visitationsteam |
| 09:45 – 10:15 | Besprechung des Visitationsteams Einsicht der Dokumente | Visitationsteam |
| 10:15 – 11:00 11:00 – 11:45 | Begehung und 5. Kollegialer Dialog unter Berücksichtigung der Kategorien 1, 4 und 6 (Kreißaal, Bereich der Frauenheilkunde und Geburtshilfe) <ul style="list-style-type: none"> • Operative und interventionelle Prozesse • Entlassungsprozess • Klinische Dokumentation • Datenschutz • Methoden des klinischen Risikomanagements zur Patientensicherheit | <ul style="list-style-type: none"> • Chefarzt der Frauenheilkunde und Geburtshilfe • Oberarzt Allgemeine Chirurgie • Auszubildende Pflege • Stationsarzt Frauenheilkunde und Geburtshilfe • Hebamme • Mitarbeiterin Sozialdienst • Psychosoziale Beraterin • Qualitätsmanagementbeauftragter (Hinweis: 6 bis 8 Teilnehmer) Visitationsteam |
| 11:45 – 12:30 | Besprechung des Visitationsteams Einsicht der Dokumente | Visitationsteam |

| | | |
|--|--|--|
| 12:30 – 13:30 | Mittagspause | |
| 13:30 – 14:15 14:15 – 15:30 | Begehung und 6. Kollegialer Dialog unter Berücksichtigung der Kategorien 1, 2 und 3 (OP, Aufwachraum, Zentralsterilisation) <ul style="list-style-type: none"> • Operative und interventionelle Prozesse • Arbeitszeiten / Work Life Balance • Medizinisches Notfallmanagement • Organisation der Hygiene, Infektionsmanagement • Hygienerelevante Daten • Arbeitsschutz | <ul style="list-style-type: none"> • Leitung Anästhesie Pflege • Stationsarzt Innere Medizin • Stationsleitung Stroke Units • Pflegekraft Innere Medizin • Stationsleitung IST • Vertreter Betriebsrat • Qualitätsmanagementbeauftragter (Hinweis: 6 bis 8 Teilnehmer) Visitationsteam |
| 15:30 – 16:45 | Besprechung des Visitationsteams Einsicht der Dokumente | Visitationsteam |
| 16:45 – 17:15 | 7. Kollegialer Dialog unter Berücksichtigung der Kategorien 1, 3 und 5 (Labor, Intensivstation) <ul style="list-style-type: none"> • Elektive, ambulante Diagnostik, Behandlung und Operationen • Palliative Versorgung, Umgang mit sterbenden Patienten und Verstorbenen • Labor- und Transfusionsmedizin • Ethische, religiöse und gesellschaftliche Verantwortung | <ul style="list-style-type: none"> • Geschäftsführer • Chefarzt Chirurgie • Transfusionsbeauftragter Arzt • Mitglied Ethikkomitee • Mitarbeiter der Arbeitsgruppe Qualitätssicherung • Stellvertretende Stationsleitung Chirurgie • EDV-Abteilung (Hinweis: 6 bis 8 Teilnehmer) Visitationsteam |
| ab 17:15 | Besprechung des Visitationsteams, Einsicht der Dokumente und Erstellung des Dokuments: „Forderung von Nachweisen“ | Visitationsteam |

| Zeit | Ablauf / Ort / Datum | Teilnehmer / Funktion / Name |
|--------------------|---|---|
| Vierter Tag | | |
| 08:00 – 08:15 | Besprechung des Tagesablaufs und Erläuterungen zum Dokument „Forderung von Nachweisen | <ul style="list-style-type: none"> • Ansprechpartner des Krankenhauses Visitationsteam |
| 08:15 – 09:15 | 8. Kollegialer Dialog unter Berücksichtigung der Kategorie 6 <ul style="list-style-type: none"> • Organisation, Aufgabenprofil des Qualitäts- und des klinischen Risikomanagements • Methoden des klinischen Risikomanagements zur Patientensicherheit • Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung • Qualitätsrelevante Daten interner/externer Verfahren | <ul style="list-style-type: none"> • Assistenz der Geschäftsführung • Ärztlicher Direktor • Datenschutzbeauftragte • Pflegedirektion • MA Risikomanagement • Verantwortl. Mitarbeiter für das Beschwerdemanagement • Qualitätsmanagementbeauftragter (Hinweis: 6 bis 8 Teilnehmer) Visitationsteam |
| 09:15 – 10:15 | 9. Kollegialer Dialog unter Berücksichtigung der Kategorien 4, 5 und 6 <ul style="list-style-type: none"> • Netzwerkstruktur und Datensysteme • Unternehmenskommunikation • Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement und Compliancemanagement • Patientenbefragung • Mitarbeiterbefragung • Beschwerdemanagement: Lob und Beschwerden von Mitarbeitern, Patienten und weiteren Externen | <ul style="list-style-type: none"> • Mitarbeiter der Öffentlichkeitsarbeit • Assistenz der Geschäftsführung • Ärztlicher Direktor • Datenschutzbeauftragte • Pflegedirektion • Vorsitzender Betriebsrat • Verantwortlicher Mitarbeiter für das Beschwerdemanagement • Qualitätsmanagementbeauftragter (Hinweis: 6 bis 8 Teilnehmer) Visitationsteam |

| | | |
|----------------------|---|---|
| 10:15 – 11:00 | Besprechung des Visitationsteams, Einsicht der Dokumente und Erstellung des Dokuments: „Forderung von Nachweisen“ | Visitationsteam |
| 11:00 – 12:00 | ggf. Erörterung noch „offener Fragen“ in Bezug auf das Dokument „Forderungen von Nachweisen“ und / oder Bearbeitung des Visitationsberichtes | • Ansprechpartner der Einrichtung Visitationsteam |
| 12:00 – 13:00 | Mittagspause | |
| 13:00 – 14:00 | Besprechung des Visitationsteams zur Ergebnisfindung (Hinweis: Vorabinformation an Geschäftsführung) | Visitationsteam |
| 14:00 – 15:00 | Abschlussgespräch Hier wird der Einrichtung seitens der KTQ-Visitoren die vorläufige Gesamteinschätzung einschließlich der Empfehlung zur Zertifikatvergabe mitgeteilt. | Geschäftsführung und möglichst viele Mitarbeiter Visitationsteam |
| ab 15:00 | Ende der Visitation | |

3.2 Visitation

Anhand ausgewählter Schwerpunkte, die im KTQ-Visitationsplan dokumentiert sind, prüfen die KTQ-Visitoren vor Ort durch Begehungen, Kollegiale Dialoge und Sichtung der Dokumente stichprobenhaft die Selbstbewertung des Krankenhauses. Die Dauer der Visitation richtet sich nach dem Dokument „Visitationsdauer Krankenhaus“ in Abhängigkeit der stationären Fälle und der bettenführenden Fachabteilungen.

Zur Visitation gehören in der Regel die folgenden Bestandteile:

- Willkommenstreffen
- Übersichtsbegehung
- Begehungen von spezifischen Bereichen
- Kollegiale Dialoge
- Dokumentenstudium durch die KTQ-Visitoren
- Abschlussgespräch mit der Geschäftsführung und ggf. weiteren Mitarbeitern
- Dokumentation der Ergebnisse

Willkommenstreffen

Ein Gespräch von ca. 30 Minuten im kleinen Kreis zu Beginn der Visitation ist für den Aufbau einer Vertrauensbasis zwischen der Einrichtungsleitung und den KTQ-Visitoren wichtig. Die KTQ-Visitoren und der Visitationsbegleiter stellen sich in dieser Runde vor, erklären Ziel und Zweck der Visitation sowie die Vorgaben der KTQ zum Ablauf der Visitation. Es folgt ebenso eine Vorstellungsrunde der Vertreter des Krankenhauses.

An dem Willkommenstreffen nehmen die KTQ-Visitoren, der Visitationsbegleiter, die Leitung des Krankenhauses und ggf. Vertreter des Trägers, der

verantwortliche Mitarbeiter für die Visitation (in der Regel der KTQ-Ansprechpartner/ Qualitätsmanagementbeauftragte) sowie Mitarbeiter der Personalvertretung und evtl. weitere ausgewählte Mitarbeiter teil. Die Besprechung der KTQ-Kriterien ist nicht Bestandteil des Willkommenstreffens.

Übersichtsbegehung

Teilnehmer der Übersichtsbegehung sind das KTQ-Visitationsteam, der Ansprechpartner der Einrichtung und evtl. die Einrichtungsleitung. Die Übersichtsbegehung findet im Anschluss an das Willkommenstreffen statt. Sie dient der allgemeinen Orientierung der KTQ-Visitoren und soll einen Überblick über die baulichen, strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten vermitteln. Die Einrichtung wählt hierfür eine geeignete Route aus und plant die Übersichtsbegehung in Abstimmung mit der Zertifizierungsstelle. Bereits bei dieser Übersichtsbegehung stellen die KTQ-Visitoren Fragen zum KTQ-Katalog an die Mitarbeiter in den jeweiligen Bereichen, ohne dass der Einrichtungsalltag davon beeinträchtigt wird.

Begehung von spezifischen Bereichen

Bei der Begehung von spezifischen Bereichen der Einrichtung sollten sowohl Orte der direkten als auch Orte der indirekten Patientenversorgung (z. B. Technik) berücksichtigt werden. Die Begehungen und die darauf folgenden Kollegialen Dialoge stehen im direkten Zusammenhang. Dabei ist in der Organisation zu beachten, dass es nicht zu doppelten Begehungen kommt, wenn sich verschiedene Themen auf gleiche Orte beziehen. Die einzelnen Themen und die zu begehenden Bereiche sind im Visitationsplan festgelegt.

Kollegiale Dialoge

Die Kollegialen Dialoge sind das zentrale Element der Visitation. Sie nehmen daher auch den größten zeitlichen Raum ein. Es hat sich gezeigt, dass die Kollegialen Dialoge ca. 60–90 Minuten dauern sollten, um jedem der Gesprächsteilnehmer die Möglichkeit der direkten Beteiligung zu bieten. Die Kollegialen Dialoge können sowohl in einem separaten Besprechungsraum, als auch in einzelnen Bereichen vor Ort geführt werden. Orientiert an den zuvor erarbeiteten Interviewleitfäden erfragen die KTQ-Visitoren hier die Informationen, die sie zur Beurteilung und Bewertung der Kriterien benötigen.

Die KTQ schlägt vor, zu jedem Kollegialen Dialog einen KTQ-Visitor als Dialog-Verantwortlichen zu benennen, der für die Einhaltung des Zeitplanes und die Berücksichtigung aller Gesprächsteilnehmer zuständig ist. Diese Vorgehensweise schließt natürlich nicht aus, dass sich evtl. die beiden weiteren KTQ-Visitoren ebenfalls aktiv am Kollegialen Dialog beteiligen.

Studium der Dokumente

Generell müssen Dokumente, die einen direkten Bezug zum Qualitätsmanagement haben, zur Visitation verfügbar sein. Hierzu zählen z. B. die schriftlich niedergelegte Unternehmensphilosophie sowie das Unternehmensleitbild, hausinterne Standards und Leitlinien, Informationsmaterial und z. B. Ergebnisse von Befragungen. Das KTQ-Visitationsteam soll die Möglichkeit zur Einsichtnahme in die entsprechenden Unterlagen erhalten. Es dürfen grundsätzlich keine Unterlagen der Einrichtung vom Visitationsteam mitgenommen werden. Darüber hinaus sind die KTQ-Visitoren an die KTQ-Verfahrensgrundsätze gebunden, in denen es u. a. heißt: Die KTQ, die Zertifizierungsstellen und die KTQ-Visitoren sichern zu, dass sie die erhobenen Daten nur zweckgebunden verwenden und absolut vertraulich, unter Berücksichtigung der Bestimmungen des Datenschutzes und der Schweigepflicht behandeln.

Dokumentation bzw. Besprechungen des KTQ-Visitationsteams

Für die Besprechungen der KTQ-Visitoren wird ein Besprechungsraum mit zwei Intranetzugängen benötigt. Dieser sollte dem Visitationsteam für die gesamte Dauer der Visitation zur alleinigen Nutzung zur Verfügung stehen und abschließbar sein, damit dort z. B. auch vertrauliche Visitationsunterlagen gelagert werden können. In diesem Raum werden die Ergebnisse der Visitation (auf Grundlage der Bewertungen des Visitationsteams) in das KTQ-EDV-Erfassungstool eingegeben, das bereits die Selbstbewertung und die Ersteinschätzungen der KTQ-Visitoren enthält. Diesbezüglich ist es sehr vorteilhaft, wenn von der Einrichtung ein Beamer zur Verfügung gestellt werden kann. Es gehört zu den Aufgaben der Zertifizierungsstelle, diese organisatorischen Belange im Vorfeld der Visitation mit dem Krankenhaus abzustimmen.

Während der Visitation sind regelmäßige Besprechungen des Visitationsteams zu Beginn, nach jedem Kollegialen Dialog und zum Abschluss des jeweiligen Visitationstages einzuplanen. In den Kurzbesprechungen zwischen den Kollegialen Dialogen und Begehungen kann das KTQ-Visitationsteam gewonnene Erkenntnisse diskutieren und eine kurze konsentiertere Bewertung der besprochenen Kriterien vornehmen.

An der 15-minütigen morgendlichen Besprechung nimmt der Ansprechpartner (z. B. der Qualitätsmanagementbeauftragte) der Einrichtung teil, um den weiteren Tagesablauf zu besprechen und ggf. Änderungen bzgl. des Ablaufes der Visitation einzuplanen. Solche Änderungen können beispielsweise die Vorlage eines weiteren Dokumentes oder die Benennung eines zusätzlichen Gesprächspartners betreffen. Es ist nicht Ziel der morgendlichen Besprechung, vorläufige Ergebnisse der Visitation zu erörtern. Dies muss generell dem Abschlussgespräch am Ende des letzten Visitationstages vorbehalten bleiben.

Die Besprechung am Ende des Visitationstages dient den KTQ-Visitoren zur Gesamtbetrachtung der Ergebnisse des Tages. Hier können bereits vorgenommene Betrachtungen einzelner Kriterien feinjustiert und abschließend zu einer Bewertung im Visitationsbericht zusammengeführt werden. Zudem halten die KTQ-Visitoren abschließend für den jeweiligen Visitationstag evtl. fehlende Dokumente im Dokument „Forderung von Nachweisen“ fest und legen dieses in der morgendlichen Besprechung des nächsten Tages dem Qualitätsmanagementbeauftragten der Einrichtung vor. Dadurch wird sichergestellt, dass die Einrichtung während der Visitation die Möglichkeit hat, eventuelle Unklarheiten auszuräumen und ggf. Dokumente nachzureichen. Nur wenn Dokumente auch in diesem Fall nicht nachgereicht werden können, darf ihr Fehlen im Visitationsbericht dokumentiert werden.

Am Ende der Visitation kommt das Visitationsteam zu einer Schlussbesprechung zusammen, für die ein Zeitrahmen von mindestens zwei Stunden einzuplanen ist. In dieser Schlussbesprechung stimmen die KTQ-Visitoren die endgültige Bewertung aller Kriterien ab und treffen eine Konsensentscheidung über das Gesamtergebnis der Visitation einschließlich der Empfehlung zur Zertifikatsvergabe. Wenn sich noch kein Konsens ergibt, besteht optional die Möglichkeit, zu fraglichen Kriterien kurzfristig einen weiteren Kollegialen Dialog anzusetzen.

Abschlussgespräch

Die KTQ-Visitoren teilen zunächst der Geschäftsführung des Krankenhauses ihre Gesamteinschätzung einschließlich der Empfehlung zur Zertifikatsvergabe mit. Zum anschließenden Abschlussgespräch sollen gerne auch weitere Mitarbeiter eingeladen werden. Die KTQ empfiehlt, den Teilnehmerkreis weit zu fassen, um das Engagement der Mitarbeiter im Rahmen des KTQ-Verfahrens zu würdigen. Das Abschlussgespräch sollte mindestens 30 Minuten dauern. Die KTQ-Visitoren fassen die Ergebnisse der Visitation zusammen und benennen zentrale Stärken und Verbesserungspotenziale der Einrichtung. Ziel des Abschlussgesprächs ist es, der Einrichtung die Vorgehensweise der KTQ-Visitoren und ihre Einschätzung nachvollziehbar zu erläutern. Eine Diskussion über die Ergebnisse der Visitation auf der Ebene der Bepunktung wird im Abschlussgespräch nicht geführt, Verständnisfragen seitens der Einrichtung zur Vorgehensweise sind jedoch möglich.

3.3 Nachbereitung der Visitation

Der Visitationsbericht wird auf Grund der Konsensbewertung vom KTQ-Visitationsteam erstellt und anschließend von den KTQ-Visitoren freigegeben. Der Entwurf des Visitationsberichtes wird der Einrichtung unmittelbar (innerhalb von fünf Werktagen) nach der Visitation zur Kenntnisnahme zur Verfügung gestellt. Rückmeldungen seitens der Einrichtung können innerhalb von fünf Werktagen an die Zertifizierungsstelle gesandt werden. Es handelt sich dabei auf keinen Fall um die Möglichkeit, das Bewertungsergebnis zu ändern.

Anschließend sendet die Zertifizierungsstelle zur Qualitätssicherung folgende Dokumente an die KTQ-Geschäftsstelle:

- den Visitationsbericht
- ggf. den KTQ-Qualitätsbericht
- den Strukturierten Qualitätsbericht nach § 136b SGB V, für Privatkliniken die „Struktur- und Leistungsdaten für eine KTQ-Zertifizierung“
- den vom KTQ-Visitationsbegleiter und dem Ansprechpartner der Einrichtung abgezeichneten Visitationsplan.
- Empfehlung zur Zertifikatvergabe
- Forderung von Nachweisen

In der KTQ-Geschäftsstelle werden diese Unterlagen stichprobenhaft geprüft; soweit erforderlich, folgt ein Abstimmungsprozess mit der Zertifizierungsstelle. Anschließend sendet die Zertifizierungsstelle den KTQ-Visitationsbericht vertraulich an die Geschäftsführung der Einrichtung.

Wenn die KTQ-Visitoren die Zertifikatvergabe empfohlen haben und die Prüfung der Unterlagen in der KTQ-Geschäftsstelle keine Beanstandungen ergab, stellt die KTQ-GmbH das Zertifikat aus und übersendet es innerhalb von sechs Wochen nach der Visitation an die Einrichtung.

Werden die Bedingungen für die Zertifikatvergabe nur knapp verfehlt, so besteht eine Möglichkeit zur Nachbesserung im Rahmen des KTQ-Konfidenzintervalls. Möglich ist dies, wenn das Krankenhaus in der ersten oder zweiten KTQ-Zertifizierung

- in der Fremdbewertung in mindestens vier der sechs Kategorien die Anforderungen erfüllt, also jeweils mindestens 55 % der (ggf. adjustierten) Gesamtpunktzahl erreicht hat, und
- in den restlichen Kategorien jeweils mindestens 50 % der (ggf. adjustierten) Gesamtpunktzahl erreicht hat.

Ab der dritten KTQ-Zertifizierung müssen für den Nachweis der Zertifizierungsreife mindestens 55 % auf **Kriterienebene** erreicht sein. Die Möglichkeit zur Nachbesserung im Rahmen des Konfidenzintervalls besteht dann, wenn die Einrichtung in nicht mehr als zwei Kriterien mindestens 50 %, aber keine 55 % erzielt.

Eine Einrichtung, die das Konfidenzintervall in Anspruch nimmt, muss innerhalb von neun Monaten (bei Rezertifizierungen: innerhalb von sechs Monaten) eine Nachvisitation erfolgreich bestehen. In dieser Nachvisitation überprüft ein Mitglied des ursprünglichen Visitationsteams gezielt die Kriterien, die zunächst noch unzureichend waren. Das Instrument des Konfidenzintervalls gibt dem Krankenhaus somit die Möglichkeit, ein KTQ-Zertifikat nach einer knapp erfolglosen Visitation ressourcensparend zu erhalten, sofern innerhalb der gegebenen Frist belegbar die erforderlichen Qualitätsverbesserungen erzielt werden. Maßgeblich für die genauen Anforderungen sind die jeweils aktuell gültigen KTQ-Verfahrensrichtlinien.

4. Der KTQ-KATALOG

| | |
|------------|--|
| 1 | KATEGORIE: Patientenorientierung |
| 1.1 | SUBKATEGORIE: Rahmenbedingungen der Patientenversorgung |
| 1.1.1 | Kriterium: Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung |
| 1.1.2 | Kriterium: Leitlinien, Standards und Richtlinien |
| 1.1.3 | Kriterium: Information und Beteiligung der Patienten |
| 1.1.4 | Kriterium: Service und Ausstattung |
| 1.2 | SUBKATEGORIE: Akut-/Notfallversorgung |
| 1.2.1 | Kriterium: Erstdiagnostik und Erstversorgung |
| 1.3 | SUBKATEGORIE: Elektive, ambulante Versorgung |
| 1.3.1 | Kriterium: Elektive, ambulante Diagnostik, Behandlung und Operationen |
| 1.4 | SUBKATEGORIE: Stationäre Versorgung |
| 1.4.1 | Kriterium: Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität, Behandlung und Visite |
| 1.4.2 | Kriterium: Therapeutische Prozesse und Ernährung |
| 1.4.3 | Kriterium: Operative und interventionelle Prozesse |
| 1.5 | SUBKATEGORIE: Weiterbetreuung/Übergang in andere Bereiche |
| 1.5.1 | Kriterium: Entlassungsprozess |
| 1.6 | SUBKATEGORIE: Sterben und Tod |
| 1.6.1 | Kriterium: Palliative Versorgung, Umgang mit sterbenden Patienten und Verstorbenen |

| | |
|------------|--|
| 2 | KATEGORIE: Mitarbeiterorientierung |
| 2.1 | SUBKATEGORIE: Personalmanagement |
| 2.1.1 | Kriterium: Personalbedarf und Akquise |
| 2.1.2 | Kriterium: Personalentwicklung |
| 2.1.3 | Kriterium: Einarbeitung |
| 2.1.4 | Kriterium: Ausbildung, Fort- und Weiterbildung |
| 2.1.5 | Kriterium: Arbeitszeiten / Work Life Balance |
| 3 | KATEGORIE: Sicherheit |
| 3.1 | SUBKATEGORIE: Patientenbezogene Risiken |
| 3.1.1 | Kriterium: Eigen- und Fremdgefährdung |
| 3.1.2 | Kriterium: Medizinisches Notfallmanagement |
| 3.1.3 | Kriterium: Organisation der Hygiene, Infektionsmanagement |
| 3.1.4 | Kriterium: Hygienerelevante Daten |
| 3.1.5 | Kriterium: Arzneimittel und Arzneimitteltherapiesicherheit |
| 3.1.6 | Kriterium: Labor- und Transfusionsmedizin |
| 3.1.7 | Kriterium: Medizinprodukte |
| 3.2 | SUBKATEGORIE: Schutz- und Sicherheitskonzepte |
| 3.2.1 | Kriterium: Arbeitsschutz |
| 3.2.2 | Kriterium: Brandschutz |
| 3.2.3 | Kriterium: Krankenhausalarm und -einsatzplanung inkl. Ausfall von Systemen |
| 3.2.4 | Kriterium: Umweltschutz |

| | |
|------------|---|
| 4 | KATEGORIE: Informations- und Kommunikationswesen |
| 4.1 | SUBKATEGORIE: Informations- und Kommunikationstechnologie |
| 4.1.1 | Kriterium: Netzwerkstruktur und Datensysteme |
| 4.1.2 | Kriterium: Einsatz von Software |
| 4.2 | SUBKATEGORIE: Patientendaten |
| 4.2.1 | Kriterium: Klinische Dokumentation |
| 4.2.2 | Kriterium: Datenschutz |
| 4.3 | SUBKATEGORIE: Internes Informationsmanagement |
| 4.3.1 | Kriterium: Einsatz neuer Medien |
| 5 | KATEGORIE: Unternehmensführung |
| 5.1 | SUBKATEGORIE: Unternehmenskultur |
| 5.1.1 | Kriterium: Unternehmenskultur |
| 5.1.2 | Kriterium: Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen |
| 5.1.3 | Kriterium: Ethische, religiöse und gesellschaftliche Verantwortung |
| 5.1.4 | Kriterium: Unternehmenskommunikation |
| 5.2 | SUBKATEGORIE: Strategie und Zielplanung |
| 5.2.1 | Kriterium: Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung |
| 5.2.2 | Kriterium: Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement und Compliancemanagement |
| 5.2.3 | Kriterium: Partnerschaften und Kooperationen |
| 5.3 | SUBKATEGORIE: Unternehmensentwicklung |
| 5.3.1 | Kriterium: Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien |
| 5.3.2 | Kriterium: Innovation, Wissens- und Ideenmanagement |

| | |
|------------|--|
| 6 | KATEGORIE: Qualitäts- und klinisches Risikomanagement |
| 6.1 | SUBKATEGORIE: Struktur und Ablauf |
| 6.1.1 | Kriterium: Organisation, Aufgabenprofil des Qualitäts- und des klinischen Risikomanagements |
| 6.1.2 | Kriterium: Methoden des klinischen Risikomanagements zur Patientensicherheit |
| 6.1.3 | Kriterium: Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung |
| 6.2 | SUBKATEGORIE: Befragungen |
| 6.2.1 | Kriterium: Patientenbefragung |
| 6.2.2 | Kriterium: Mitarbeiterbefragung |
| 6.3 | SUBKATEGORIE: Meinungsmanagement |
| 6.3.1 | Kriterium: Beschwerdemanagement: Lob und Beschwerden von Mitarbeitern, Patienten und weiteren Externen |
| 6.4 | SUBKATEGORIE: Qualitätsrelevante Daten |
| 6.4.1 | Kriterium: Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren |

Tab. 8: Der KTQ-Katalog Krankenhaus 2021 im Überblick: Kategorien, Subkategorien, Kriterien

Zeichenerklärungen***G-BA:***

Die Abkürzung G-BA bezieht sich auf aktuelle Richtlinien des Gemeinsamen-Bundesausschusses, die in diesem Kriterium/Thema behandelt werden.

APS:

Die Abkürzung APS bezieht sich auf aktuelle Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V., die in diesem Kriterium/Thema behandelt werden.

Der Stern*:

Themen und Teilbereiche von Themen, die unter haftungsrechtlichen Aspekten besonders sicherheitsrelevant sind, werden in der Katalogversion 2021 durch einen Stern* gekennzeichnet.

- Wenn das gesamte Thema betroffen ist, steht der Stern am Textanfang.
Beispiel: Kriterium 1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität, Behandlung und Visite
Thema 3: *Umgang mit der Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an Nichtärzte
- Wenn nur ein Teilbereich betroffen ist, steht der Stern direkt hinter diesem Textteil.
Beispiel: Kriterium 1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung Thema 2: Übernahme des Patienten vom Notarzt bzw. Rettungsdienst, sichere Identifikation, z. B. Patientenarmband*, Einbeziehung von Angehörigen/Bezugspersonen
→ In diesem Fall bezieht sich der Stern auf den Abschnitt „sichere Identifikation, z. B. Patientenarmband“

Der KTQ-Katalog Krankenhaus in der Version 2021 enthält insgesamt 107 Sterne, von denen sich 92 auf ein ganzes Thema und 15 auf einen Thementeil beziehen. Durch diesen zusätzlichen Service kann die KTQ-Zertifizierung zugleich als Nachweis gegenüber der Haftpflichtversicherung genutzt werden.

MeSeGe – Deutsches Palliativ Siegel:

Das Deutsche Palliativ Siegel kann in Verbindung mit dem KTQ-Zertifikat und nach der Erfüllung spezifischer Kriterien des Medizinischen Seminars George erworben werden.

DAKEP:

Die Abkürzung DAKEP beschreibt in einem Kriterium (3.2.3) die Anforderungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung e. V. für den Erwerb des Prüfsiegels „DAKEP-ZERTIFIKAT“.

Das F:

Wenn hinter einer Themen-Nummer ein F steht, so ist dieses Thema nur von Krankenhäusern zu bearbeiten, die über eine Forensik verfügen (und diese in die KTQ-Zertifizierung einbeziehen). Krankenhäuser ohne Forensik können dieses Thema ignorieren.

Beispiel: Kriterium 1.1.2 Leitlinien, Standards und Richtlinien

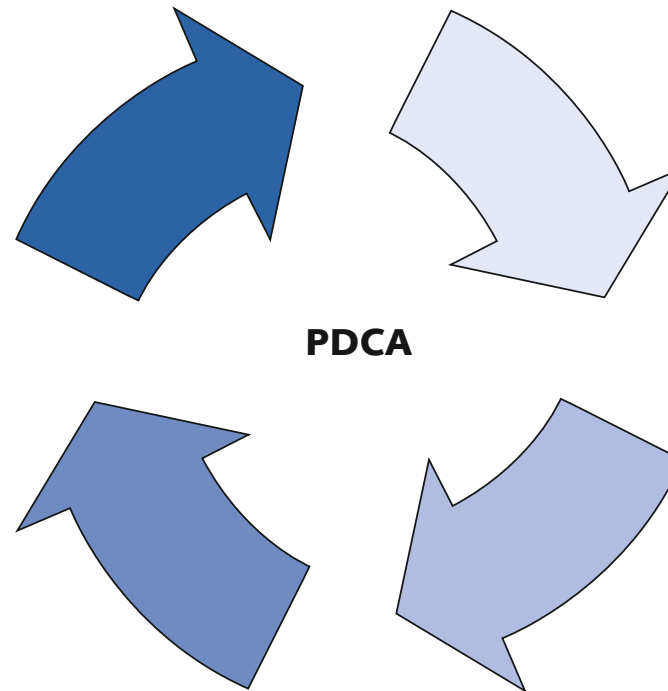
Thema 5 F: Prognosekriterien und Lockerungsstufen bei gerichtlich eingewiesenen Patienten

■ **PLAN**

Beschreiben Sie bitte die Planung der Prozesse, den Soll-Zustand mit Zielen und Kennzahlen, sowie die geregelten Verantwortlichkeiten.

■ **DO**

Beschreiben Sie bitte den IST-Zustand, bzw. die Umsetzung der Prozesse.



■ **ACT**

Beschreiben Sie bitte die Verbesserungsmaßnahmen, die Sie in den vergangenen Jahren / seit der letzten Zertifizierung aus den Ergebnissen des CHECK abgeleitet haben, und deren Umsetzung.

■ **CHECK**

Beschreiben Sie bitte, wie die regelmäßige, nachvollziehbare Überprüfung und Bewertung der im PLAN und DO dargestellten Vorgaben, Maßnahmen und Prozesse erfolgt: Welche Kennzahlen und/oder Messgrößen und/oder Methoden werden verwendet?

DER KTQ-KATALOG KRANKENHAUS 2021

| | |
|--------------|--|
| 1 | KATEGORIE: PATIENTENORIENTIERUNG |
| 1.1 | SUBKATEGORIE: Rahmenbedingungen der Patientenversorgung |
| 1.1.1 | Kriterium: Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung |
| 1 | Erreichbarkeit des Krankenhauses, Parkplatzsituation (einschließlich Behinderten-Parkplätze), öffentlicher Nahverkehr und örtliche Ausschilderung |
| 2 | Beschilderung und Wegeleitsystem auf dem Krankenhausgelände und innerhalb der Einrichtung z.B. Piktogramme, Sehkraft eingeschränkte Personen, internationale Symbole |
| 3 | Elektive Aufnahmeplanung, elektronische Anmeldeverfahren, Aufnahmepvorbereitung, Abstimmung mit einweisenden Ärzten, strukturiertes Patientenaufnahmesystem* |
| 4 | Aufnahmeplanung für Patienten mit akuter Einweisungsgrundlage, z. B. psychiatrische Notfälle, Intoxikationen; ggf. Abstimmung mit den Justizbehörden |
| 5 | Information der Patienten und ihrer Angehörigen/Bezugsperson zur Vorbereitung der Aufnahme |
| 6 | Abteilungsübergreifendes Belegungsmanagement für elektive Aufnahmen und Notfälle |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|--------------|---|
| 1 | KATEGORIE: Patientenorientierung |
| 1.1 | SUBKATEGORIE: Rahmenbedingungen der Patientenversorgung |
| 1.1.2 | Kriterium: Leitlinien, Standards und Richtlinien |
| 1 G-BA | * Umsetzung medizinischer Leitlinien und Richtlinien (z. B. G-BA, Landesausschüsse) |
| 2 | * Expertenstandards in der Pflege und Pflegestandards |
| 3 | * Behandlungspfade (interdisziplinär, interprofessionell), klinische Leitlinien, Verfahrensanweisungen, Prozessbeschreibungen/Standard Operating Procedures |
| 4 | * Nachvollziehbarkeit der Abweichung von Leitlinien/Behandlungspfaden/Standards |
| 5 F | Prognosekriterien und Lockerungsstufen bei gerichtlich eingewiesenen Patienten |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|-------------------------|--|
| 1 | KATEGORIE: PATIENTENORIENTIERUNG |
| 1.1 | SUBKATEGORIE: Rahmenbedingungen der Patientenversorgung |
| 1.1.3 MeSeGe | Kriterium: Information und Beteiligung des Patienten |
| 1 | * Patientenrechte, Berücksichtigung von Patientenverfügungen, rechtlichen Betreuungen und Vollmachten, Umsetzung des Patientenrechtegesetzes |
| 2 | * Patientenaufklärung unter Berücksichtigung rechtlicher Vorgaben |
| 3 | * Informationsmaterial und -medien während der Versorgung |
| 4 | Einbeziehung des Patienten, der Angehörigen, Bezugs- und Begleitpersonen zur Krankheitsbewältigung |
| 5 | * Umgang mit Fremdsprachlichkeit, Sprachbarrieren, Gehörlosen |
| 6 | Respektierung der Privat- und Intimsphäre |
| 7 | Spezifische Angebote, z. B. Seelsorge, psychologische Betreuung, Krisenintervention etc. |
| 8 | Patientenschulungen bei speziellen Krankheitsbildern |
| 9 | Kooperationen mit Selbsthilfegruppen |
| 10 F | Rechtsstatus, sichere Unterbringung, Behandlungsvereinbarung, Deliktbearbeitung mit dem Patienten |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|--------------|---|
| 1 | KATEGORIE: Patientenorientierung |
| 1.1 | SUBKATEGORIE: Rahmenbedingungen der Patientenversorgung |
| 1.1.4 | Kriterium: Service und Ausstattung |
| 1 | Versorgung der Patienten mit Essen und Trinken unter Berücksichtigung der z. B. kulturellen und religiösen Patientenwünsche |
| 2 | Für Mitarbeiter der Empfangsbereiche: Qualifikation inkl. Pflichtschulungen, z. B. Kommunikations- und Deeskalationstraining, Reanimatonschulung |
| 3 | Empfang, Patienteninformation und Telefonzentrale, Zugriff auf Dienstpläne und relevante Telefonnummern, auch externer Dienstleister inkl. Diskretion, Anonymität und Datenschutz |
| 4 | Unterstützung in der Orientierung, z. B. Lageplan, Begleitung der Patienten zur Station |
| 5 | Ausstattung der Patientenzimmer z. B. Fernsehen, WLAN, Barrierefreiheit |
| 6 | Umgang mit und Aufbewahrung von Wertsachen |
| 7 | Raumangebot für bestimmte Patientengruppen und Angehörige/Bezugspersonen, Gestaltung von Warte- und Therapiebereichen |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|--------------|--|
| 1 | KATEGORIE: PATIENTENORIENTIERUNG |
| 1.2 | SUBKATEGORIE: Akut-/Notfallversorgung |
| 1.2.1 | Kriterium: Erstdiagnostik und Erstversorgung |
| 1 G-BA | Aufnahmebereitschaft, prähospitaler Zusammenarbeit und Kommunikation, inkl. interdisziplinären Versorgungsnachweis (z. B. IVENA) und Organisation der Notfallaufnahme unter Berücksichtigung der G-BA-Regelung zu Notfallstrukturen in Krankenhäusern, Einbindung der Kassenärztlichen Bereitschaftsdienste in die Notfallversorgung |
| 2 | Übernahme des Patienten vom Notarzt bzw. Rettungsdienst, sichere Identifikation, z. B. Versorgung mit einem Patientenarmband*, Einbeziehung von Angehörigen/Bezugspersonen |
| 3 | Stufen der Notfallversorgung* und Systematik der Triagierung mit Berücksichtigung der Personalsteuerung |
| 4 | * Algorithmen der Notfallversorgung/Standards zur Erstversorgung, Regelungen zur initialen Zuständigkeit, zur Erstdiagnostik und -therapie, Zeitziele für die Leitsymptome |
| 5 | * Dokumentation in der Notfallversorgung, interne Belegungssteuerung, regionale Zusammenarbeit in der Notfallversorgung bei Belegungsspitzen |
| 6 | Organisation der präklinischen und klinischen Versorgung, Kooperation mit den Rettungsdiensten |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|--------------|--|
| 1 | KATEGORIE: PATIENTENORIENTIERUNG |
| 1.3 | SUBKATEGORIE: Elektive, ambulante Versorgung |
| 1.3.1 | Kriterium: Elektive, ambulante Diagnostik, Behandlung und Operationen |
| 1 | Planung, Abstimmung und Nutzung von Vorbefunden |
| 2 G-BA | Fachambulanzen, Spezialambulanzen, Institutsambulanzen, ambulante spezialärztliche Versorgung (ASV) und Vernetzung der ambulanten/stationären Versorgung, MVZ, Zentren, Nachvollziehbarkeit und Kontinuität der Informationen zwischen Ambulanzen und Stationen bei der stationären Aufnahme RL: Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V |
| 3 G-BA | Koordination der vor der elektiven Aufnahme erforderlichen Diagnostik, ggf. der Aufklärung, Prämedikation sowie der administrativen Aufnahme, z. B. im Rahmen eines zentralen Patientenmanagements RL: Zweitmeinungsverfahren bei planbaren Eingriffen |
| 4 | Information und Absprachen mit den zuweisenden Ärzten/weiterbehandelnden Einrichtungen |
| 5 APS | Organisationsstruktur*, Leitung, Ablaufplanung, Koordination und Durchführung ambulanter Operationen HE: Jeder Tupfer zählt – Vermeidung unbeabsichtigt belassener Fremdkörper im OP-Gebiet |
| 6 APS | Vorbereitung, Aufklärung*, Terminierung, Prämedikation, OP-Indikation, Sprechstunde HE: Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie |
| 7 | Medizinische Ablaufplanung, Schmerztherapie, Abschluss-Untersuchung, Beteiligung des operativen Fachgebietes und der Anästhesie |
| 8 | Kriterien zur Entlassungsplanung und Entlassung inklusive rechtlicher Aspekte*, Patienteninformation zum Verhalten nach der Entlassung, Einbeziehung Angehöriger, Regelungen zum Transport nach Hause |
| 9 | Regelungen bei Komplikationen*, Kriterien für eine stationäre Aufnahme |
| 10 F | Ambulante Weiterbetreuung psychisch kranker Straftäter |

Legende

* = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
F = Forensik

G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|-------------------------|---|
| 1 | KATEGORIE: PATIENTENORIENTIERUNG |
| 1.4 | SUBKATEGORIE: Stationäre Versorgung |
| 1.4.1 MeSeGe | Kriterium: Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität, Behandlung und Visite |
| 1 APS | * Diagnostik und Behandlungsplanung unter Berücksichtigung von Status, Lebensumständen und Begleiterkrankungen inkl. fachärztlicher Begutachtung bzw. Beurteilung HE: Sepsis geht alle an! Handlungsempfehlung für Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte und Angehörige anderer Gesundheitsberufe |
| 2 | * Multimodale Therapiekonzepte, interprofessionelle und multiprofessionelle Abstimmung, standardisierte Schichtübergabe, Tumorkonferenzen unter Einbeziehung niedergelassener Ärzte, interdisziplinäre Visiten und Fallbesprechungen/Qualitätszirkel |
| 3 | * Umgang mit der Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an Nichtärzte |
| 4 | Besondere Behandlungsangebote, z. B. Angebote für demenziell Erkrankte, Psychoonkologie, Teilnahme an Studien |
| 5 | Konsilwesen |
| 6 | * Visitenorganisation: Beteiligte, Zeiten auf Normal-, Überwachungs-, Intensivstation/am Wochenende und an Feiertagen |
| 7 | Patientenorientierte Kommunikation, Wahrung der Intimsphäre des Patienten |
| 8 | * Dokumentation der Visiten, Mobile Visite |
| 9 | * Pflegevisiten |
| 10 F | Zusammenarbeit mit den Justizbehörden unter Berücksichtigung nicht-medizinischer Unterlagen, z. B. Gerichtsurteile, Gutachten |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|-------------------------|---|
| 1 | KATEGORIE: PATIENTENORIENTIERUNG |
| 1.4 | SUBKATEGORIE: Stationäre Versorgung |
| 1.4.2 MeSeGe | Kriterium: Therapeutische Prozesse und Ernährung |
| 1 | Steuerung des therapeutischen Prozesses inkl. fachärztlicher Begutachtung*, Einbeziehung von Case Management und medizinischer Assistenz, Abstimmung bei internen Verlegungen |
| 2 | * Planung und Durchführung von Prophylaxen (z. B. Sturz, Dekubitus, Thrombose, Pneumonie) |
| 3 | * Schmerztherapie für Akutschmerz-, Chronische Schmerz-, ggf. Multimodalschmerztherapie inklusive Schmerzmessung, Medikationsstandards, Vorhandensein von Fachqualifikationen in der Schmerztherapie (Pain Nurse, Schmerztherapeut) |
| 4 | * Umgang mit auftretenden Komplikationen, u.a. Standards, Verantwortlichkeiten, Auswertung, Kommunikation, Schlussfolgerungen |
| 5 | * Information und Vorgehen zur Reduktion von Komplikationen, Meldewesen zum Komplikationsmanagement |
| 6 | Ernährungsstatus bei Aufnahme, systematisches Assessment und Überwachung des Ernährungszustandes |
| 7 | Ernährung zur Unterstützung des Therapieerfolges, spezifische Vorgehensweisen zur Therapieoptimierung und bei Mangelernährung, Ernährung von Risikopatienten mit z. B. Schluckstörungen |
| 8 F | Multiprofessioneller Umgang mit individuellen Therapieplänen und Lockerungsschritten, Betreuung bei Beurlaubungen |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|--------------|--|
| 1 | KATEGORIE: PATIENTENORIENTIERUNG |
| 1.4 | SUBKATEGORIE: Stationäre Versorgung |
| 1.4.3 | Kriterium: Operative und interventionelle Prozesse |
| 1 | * Regelungen zur Organisation von OP und interventionellen Funktionsbereichen: Statute für OP- und Funktionsbereiche, Ziele und Berichtswesen, OP-Koordination, Kapazitätsplanung inklusive Intensivstation, Elektiv- und Notfallregelungen, Versorgung spezieller Patientengruppen z. B. Zeugen Jehovas |
| 2 | * Indikationsqualität, Prämedikation, OP-Vorbereitung, Voruntersuchungen, interdisziplinäre Abstimmung der beteiligten Fachgebiete, Berücksichtigung patientenbezogener Risiken, z. B. anästhesiologischer und operativer Risiken |
| 3 APS | * Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS), WHO Checkliste etc. HE: Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie; Jeder Tupfer zählt |
| 4 | * Patiententransport, Schleuse inkl. Lagerungsstandards, intraoperativer Prozess, OP-Dokumentation, Aufwachraum, periphere Station/Intermediate Care/Intensiv |
| 5 | * Führen und Analyse eines OP-Berichtswesens und bei Bedarf Ableitung von Maßnahmen zum Erreichen der definierten Ziele |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|--------------|--|
| 1 | KATEGORIE: PATIENTENORIENTIERUNG |
| 1.5 | SUBKATEGORIE: Weiterbetreuung/Übergang in andere Bereiche |
| 1.5.1 | Kriterium: Entlassungsprozess |
| 1 G-BA | *Umsetzung der Vorgaben zum Entlassmanagement (z.B. Organisation und Steuerung, Aufgaben, Qualifikation und Integration des Sozialdienstes und ggf. der Casemanager) |
| 2 | Weiterversorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln |
| 3 | * Planung, Kommunikation und Organisation der Entlassung an weiterversorgende Einrichtungen/niedergelassene Ärzte, auch bei besonderen Situationen wie z. B. Entlassungen gegen ärztlichen Rat |
| 4 | * Abschlussdokumentation, u.a. Überleitungsbogen, Arztbrief, Befunde, bundeseinheitlicher Medikationsplan, Umgang mit nachkommenden Befunden |
| 5 | * Pflegerisches und ärztliches Entlassungsgespräch inklusive Dokumentation |
| 6 | * Informationsmaterialien für Patienten und Angehörige zum Verhalten nach der Entlassung |
| 7 | Kooperation und Abstimmung mit z. B. niedergelassenen Ärzten, Pflegeeinrichtungen, Rehabilitationseinrichtungen, Selbsthilfegruppen |
| 8 F | Entlassung und Weiterbetreuung von forensischen Patienten |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|-------------------------|---|
| 1 | KATEGORIE: PATIENTENORIENTIERUNG |
| 1.6 | SUBKATEGORIE: Sterben und Tod |
| 1.6.1 MeSeGe | Kriterium: Palliative Versorgung, Umgang mit sterbenden Patienten und Verstorbenen |
| 1 | Organisation, Planung und Umsetzung der Sterbebegleitung, palliativmedizinische Versorgung unter Berücksichtigung von Patientenverfügungen, Vollmachten und des Betreuungsstatus |
| 2 | Regelungen und Standards zur Symptomtherapie und palliativen Schmerztherapie, palliativmedizinischer Konsildienst |
| 3 | Einbeziehung der Angehörigen/Bezugspersonen und externer Dienste, z. B. Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten, Hospizen |
| 4 | Angebot/Kooperation zur speziellen ambulanten palliativmedizinischen Versorgung |
| 5 | Besondere Therapieangebote für Palliativpatienten, z. B. Psychologen, Seelsorger, Musiktherapie |
| 6 | Umgang mit verschiedenen Religionen und Weltanschauungen, Zusammenarbeit mit der Krankenhausseelsorge, Berücksichtigung persönlicher, kultureller und religiöser Wünsche des palliativ versorgten Patienten und der Angehörigen |
| 7 | Qualifizierung und Fortbildung von Mitarbeitern zum Umgang mit sterbenden Patienten im Bereich Palliativ Care/Palliativmedizin, Supervisionsangebote |
| 8 | Berufsgruppenübergreifender Umgang mit Verstorbenen, Fehl- und Totgeburten |
| 9 | Interne Regelungen zur Leichenschau und zum Ausfüllen der Totenscheine |
| 10 | Einbeziehung, Kommunikation und Betreuung der Angehörigen /Bezugspersonen durch z. B. Seelsorge, psychoonkologischer Dienst und Kommunikation mit z. B. Hausärzten |
| 11 | Verabschiedungsmöglichkeiten, Verfügbarkeit angemessener Räumlichkeiten, Berücksichtigung kultureller und religiöser Wünsche |
| 12 | Aufbewahrung und Herausgabe des Leichnams, Zusammenarbeit mit Bestattungsunternehmen, Umgang mit Wertgegenständen |

Legende

* = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
 F = Forensik

G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
 APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
 DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
 MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|--------------|--|
| 2 | KATEGORIE: MITARBEITERORIENTIERUNG |
| 2.1 | SUBKATEGORIE: Personalmanagement |
| 2.1.1 | Kriterium: Personalbedarf und Akquise |
| 1 | * Berechnungs- und Planungsverfahren inkl. Einbeziehung der beteiligten Berufsgruppen und Bereiche, unter Berücksichtigung von Qualifikationsanforderungen und Personaluntergrenzen sowie Leistungs- und Erlösveränderungen, Umsetzung Pflegepersonalstärkungsgesetz |
| 2 | * Qualifikationsquoten, u. a. Facharztquote, Anteil examinierter Pflegekräfte, und im Rahmen der Strukturvorgaben und der Leistungserbringung von Komplexziffern, Anteil von Weiterbildungen z. B. Anästhesie- und Intensivmedizin, pädiatrische Intensivpflege |
| 3 | * Umgang mit Fluktuationsraten, Engpässen, Personalausfall- und Überstundenquoten auch im Vergleich zu anderen Krankenhäusern, Einbeziehung der Personalvertretung |
| 4 | Personalakquise und Einstellungsprozess |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|--------------|--|
| 2 | KATEGORIE: MITARBEITERORIENTIERUNG |
| 2.1 | SUBKATEGORIE: Personalmanagement |
| 2.1.2 | Kriterium: Personalentwicklung |
| 1 | Organisation und Systematik der Personalentwicklung unter Berücksichtigung der individuellen Qualifikation und Wünsche |
| 2 | Stellen- und Funktionsbeschreibung inkl. Kompetenzprofile |
| 3 | Führungskräfteentwicklung als Bestandteil der Personalentwicklung |
| 4 | Mitarbeitergespräche zur Zusammenarbeit inkl. Zielvereinbarungen, Fort- und Weiterbildung und Karriereplanung |
| 5 | Beurteilungswesen |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|--------------|--|
| 2 | KATEGORIE: MITARBEITERORIENTIERUNG |
| 2.1 | SUBKATEGORIE: Personalmanagement |
| 2.1.3 | Kriterium: Einarbeitung |
| 1 | Organisation, Verantwortlichkeit und Systematik, Informationshilfen, z. B. Einführungstag, Veranstaltungen, Handbücher, Intranet, Medien, spezielle Angebote für Nicht-Muttersprachler |
| 2 | * Berufsgruppen- und bereichsspezifische Einarbeitung inkl. Betreuung/Begleitung |
| 3 | Mitarbeitergespräche zur Einarbeitung |
| 4 | Umgang mit der Dokumentation/Nutzung von Checklisten während der Einarbeitung, Erfolgskontrolle, Kündigungen während der Probezeit |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|----------------------------------|--|
| 2 | KATEGORIE: MITARBEITERORIENTIERUNG |
| 2.1 | SUBKATEGORIE: Personalmanagement |
| 2.1.4 G-BA MeSeGe | Kriterium: Ausbildung, Fort- und Weiterbildung RL: Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus |
| 1 | Angebote zur beruflichen Ausbildung der Pflege, Verwaltung-, Technik- und Gesundheitsfachberufe, auch in Verbindung zur Personalplanung |
| 2 | Studentische Ausbildung in der Universität/im akademischen Lehrkrankenhaus |
| 3 | Umgang mit Facharztweiterbildung, pflegerischen Fachweiterbildungen, Berücksichtigung gesetzlicher Regelungen und Berufsordnungen |
| 4 | Sicherstellung des Lernerfolges u.a. mit Mentoren/Praxisanleitern, Vernetzung zwischen Ausbildungsstätte und Einrichtung/Klinik |
| 5 | Jahresplanung der Fort- und Weiterbildung (intern/extern); Einsatz von team-/abteilungsbezogenen Verantwortlichen, systematische Bedarfsermittlung |
| 6 | Gesamtkonzeption und Koordination von Pflichtfortbildungen |
| 7 | Finanzierung und Freistellung zur Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|--------------|---|
| 2 | KATEGORIE: MITARBEITERORIENTIERUNG |
| 2.1 | SUBKATEGORIE: Personalmanagement |
| 2.1.5 | Kriterium: Arbeitszeiten/Work Life Balance |
| 1 | Erfassung und Umgang mit Arbeitszeit, Dienst- und Urlaubsplanung unter Berücksichtigung der Qualifikationsquoten*, Mehrarbeit/Überstunden, Berücksichtigung von Mitarbeiterwünschen |
| 2 | Familienfreundliches Krankenhaus, z. B. flexible Arbeitszeitgestaltung, Betriebskindergarten, Mitarbeiterkindertag, Ferienbetreuung |
| 3 | Betriebliches Gesundheits- und Eingliederungsmanagement inkl. Prävention |
| 4 APS | Second-Victim Management (Resilienzförderung) HE: Handlungsempfehlung „Second Victim“ |
| 5 | Umgang mit Vielfalt/Gleichstellung |
| 6 | Umgang mit Mobbing/Bossing, Suchterkrankungen, sexueller Belästigung |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|--------------|---|
| 3 | KATEGORIE: SICHERHEIT |
| 3.1 | SUBKATEGORIE: Patientenbezogene Risiken |
| 3.1.1 | Kriterium: Eigen- und Fremdgefährdung |
| 1 APS | * Einschätzung bei Aufnahme, Dokumentation und Prävention inkl. Sturz und Dekubitus HE: Vermeidung von Stürzen älterer Patienten im Krankenhaus –Fakten und Erläuterungen; Checkliste für Klinikmitarbeiter – „Prävention von Stürzen“ |
| 2 APS | * Umsetzung der Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit z. B. Wege zur Patientensicherheit – Lernzielkatalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit, |
| 3 | * Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen inkl. Schulungskonzept, Gewaltprävention, Deeskalationstraining |
| 4 | * Zugangsbeschränkungen/Schließsysteme, Überwachungsregelungen, z. B.: Neugeborenen-Einheit, Kinder-Station, bei dementen Patienten |
| 5 APS | * Berücksichtigung technischer Risiken, z. B. Treppen, Aufzüge, Balkone, elektrische Anlagen, Steckdosen in den Audits/Begehungen HE: Vermeidung von Stürzen älterer Patienten im Krankenhaus – Fakten und Erläuterungen; Checkliste für Klinikmitarbeiter – „Prävention von Stürzen“ |
| 6 F | Berücksichtigung besonderer Anforderungen in der Forensik, z. B. Pyromanie, Suizidalität |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|--------------|--|
| 3 | KATEGORIE: SICHERHEIT |
| 3.1 | SUBKATEGORIE: Patientenbezogene Risiken |
| 3.1.2 | Kriterium: Medizinisches Notfallmanagement |
| 1 | * Organisation, inkl. Verantwortung und Ausstattung für das Notfallmanagement aller Patientengruppen, ggf. auch in Sicherheitsbereichen der Psychiatrie/Forensik |
| 2 | * Regelmäßige Schulungen/Pflichtveranstaltungen mit aktuellen Inhalten |
| 3 | * Notruf- und Alarmierungssystematik |
| 4 | * Berichtswesen, interne Information und Kommunikation, Beteiligung am Reanimationsregister, Angebot zur Fall-/Nachbesprechung |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|--------------|---|
| 3 | KATEGORIE: SICHERHEIT |
| 3.1 | SUBKATEGORIE: Patientenbezogene Risiken |
| 3.1.3 | Kriterium: Organisation der Hygiene, Infektionsmanagement |
| 1 | * Organisation, Qualifikation und Verantwortung inkl. Hygienekommission, Hygieneaudit/Hygienebegehungen |
| 2 | * Umsetzung von Empfehlungen und gesetzlichen Vorgaben, Handlungsanweisungen, Meldewesen |
| 3 | * Screeningverfahren |
| 4 | * Ausbruchsmanagement/Pandemieplanung, Organisation von Isolationstationen und Schutzausrüstungen |
| 5 | * Regelmäßige Schulungen/Pflichtveranstaltungen mit aktuellen Inhalten |
| 6 | * Hygienepläne, Desinfektionspläne, Hygieneüberwachung inkl. Klima und Wasser |
| 7 | * Aufbereitung von Medizinprodukten, Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte (AEMP) |
| 8 | * Nahrungsmittelzubereitung nach HACCP |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|--------------|--|
| 3 | KATEGORIE: SICHERHEIT |
| 3.1 | SUBKATEGORIE: Patientenbezogene Risiken |
| 3.1.4 | Kriterium: Hygienerelevante Daten |
| 1 | * Erfassung, Kommunikation und Evaluation von Nosokomialen Infektionen, Teilnahme an den Modulen des Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systems |
| 2 | * Technische Übermittlung der Daten und Befunde, aktuelle und jährliche Keim- und Resistenzstatistiken zur Therapiesteuerung |
| 3 | * Messung und Steuerung des Antibiotikaeinsatzes und -verbrauchs, Antibiotic Stewardship, Desinfektionsmittelverbrauch |
| 4 | * Beteiligung an externen Hygienemaßnahmen, z. B. Aktion Saubere Hände, Benchmarkingprojekte |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|--------------|---|
| 3 | KATEGORIE: SICHERHEIT |
| 3.1 | SUBKATEGORIE: Patientenbezogene Risiken |
| 3.1.5 | Kriterium: Arzneimittel und Arzneimitteltherapiesicherheit |
| 1 | * Organisation, Qualifikation und Verantwortung inkl. Arzneimittelkommission, Arzneimittelaudits/Arzneimittelbegehungen |
| 2 | * Bestellwesen und Lagerung von Arzneimitteln, Umgang mit Betäubungsmitteln |
| 3 APS | * Chemotherapeutika inkl. Zubereitung, Applikation, Dokumentation, Supportivtherapie und Therapiegrenzwerte HE: Einsatz von Hochrisikoarzneimitteln – Oral appliziertes Methotrexat |
| 4 APS | * Umsetzung von Empfehlungen zur Kennzeichnung zubereiteter Injektionen und Infusionen HE: Intravenöse Applikation von Vincristin sicherstellen |
| 5 APS | * Sichere Vorbereitung und Verabreichung von Arzneimitteln, Berücksichtigung normativer Vorgaben, Meldewesen inkl. Meldung an das BfArM HE: Intravenöse Applikation von Vincristin sicherstellen HE: Gute Verordnungspraxis in der Arzneimitteltherapie |
| 6 APS | * Berücksichtigung der Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit inkl. Dokumentation, Information über Wirkung, Wechselwirkung und Kompatibilität, Medikamenteninteraktionen und Interaktionsprüfungen, Umgang mit Arzneimittelrückrufen und Arzneimittelzwischenfällen HE: Gute Verordnungspraxis in der Arzneimitteltherapie |
| 7 | Anwendung innovativer Arzneimitteltherapien, z.B. Antikörpertherapie |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|--------------|--|
| 3 | KATEGORIE: SICHERHEIT |
| 3.1 | SUBKATEGORIE: Patientenbezogene Risiken |
| 3.1.6 | Kriterium: Labor- und Transfusionsmedizin |
| 1 | * Organisation, Qualifikation und Verantwortung für das Transfusionswesens und das Zentrallabor inkl. Transfusionskommission, Audits, Begehungen und Berichtswesen |
| 2 | * Berücksichtigung rechtlicher Vorgaben, Meldewesen inkl. Meldung an die Landesärztekammer |
| 3 | * Verfügbarkeit von Blutkonserven und Plasmaderivaten, Indikationskatalog |
| 4 | * Chargendokumentation und Rückverfolgbarkeit, Umgang mit Sonderdepots |
| 5 | * Patientenblutmanagement inkl. Verbrauchsstatistiken und Steuerungsmechanismen |
| 6 | * Regelmäßige Schulungen/Pflichtveranstaltungen |
| 7 | * Qualitätssicherung/Validierung im Labor |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|--------------|---|
| 3 | KATEGORIE: SICHERHEIT |
| 3.1 | SUBKATEGORIE: Patientenbezogene Risiken |
| 3.1.7 | Kriterium: Medizinprodukte |
| 1 APS | * Organisation, Struktur, Systematik und Verantwortung inkl. Verantwortliche, Beauftragte, Umsetzung der IT-Sicherheit bei Medizinprodukten HE: Umsetzung der Einweisungsverpflichtung für Medizinprodukte |
| 2 APS | * Einweisungen entsprechend den gesetzlichen Vorgaben HE: Patientensicherheit bei der Anwendung von Medizinprodukten fördern: Eindeutige Identifikation und jederzeit verfügbare Begleitinformationen gewährleisten |
| 3 APS | * Prüfung und Wartung inkl. patientennaher Geräte, Point of Care Testing (POCT), Berücksichtigung verschiedener Geräteklassifizierungen |
| 4 APS | * Umgang mit Leih- und Teststellungen HE: Patientensicherheit – Ein entscheidendes Kriterium bei der Beschaffung von Medizinprodukten |
| 5 | * Umgang mit Gerätezwischenfällen oder -ausfällen inkl. 24h-Bereitschaftsdienst, Meldewesen |
| 6 | * Verfügbarkeit von technischen Medizinprodukten inkl. prospektiver Investitionsplanung |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|--------------|--|
| 3 | KATEGORIE: SICHERHEIT |
| 3.2 | SUBKATEGORIE: Schutz- und Sicherheitskonzepte |
| 3.2.1 | Kriterium: Arbeitsschutz |
| 1 | Organisation, Qualifikation und Verantwortung inkl. Arbeitsschutzausschuss, Arbeitsschutzaudits/-begehungen |
| 2 | Arbeitsmedizinische Untersuchungen, Impfangebote für Mitarbeiter (Masernschutzgesetz) |
| 3 | RKI-konforme hausinterne Regelung zum Mitarbeiterschutz insbesondere bei Pandemien, Schutzausrüstung für Mitarbeiter, Screeningangebote für Mitarbeiter |
| 4 | Umgang und Meldewesen bei Arbeitsunfällen |
| 5 | Gefährdungsbeurteilungen, Infektionsquellen, Umgang mit Gefahrstoffen inkl. Gefahrstoffverzeichnis, Sicherheitsdatenblätter, Berücksichtigung der technischen Regeln für biologische Arbeitsstoffe und Unfallverhütung |
| 6 | Qualifikation und Nachweise zur Röntgenverordnung und zum Strahlenschutz |
| 7 | Regelmäßige Schulungen/Pflichtveranstaltungen mit aktuellen Inhalten |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|--------------|---|
| 3 | KATEGORIE: SICHERHEIT |
| 3.2 | SUBKATEGORIE: Schutz- und Sicherheitskonzepte |
| 3.2.2 | Kriterium: Brandschutz |
| 1 | * Organisation, Qualifikation und Verantwortung inkl. baulicher und technischer Brandschutz, Fluchtwegepläne, Brandschutzaudits/-begehungen |
| 2 | * Meldekette, Alarmierungssystematik, Zusammenarbeit mit der örtlichen Feuerwehr |
| 3 | * Regelmäßige Schulungen/Pflichtveranstaltungen mit aktuellen Inhalten inkl. Feuerlöschübungen |
| 4 | * Planspiele, Evakuierungsübungen, Kommunikation mit der Leitstelle und Feuerwehr |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|------------------------|--|
| 3 | KATEGORIE: SICHERHEIT |
| 3.2 | SUBKATEGORIE: Schutz- und Sicherheitskonzepte |
| 3.2.3 DAKEP | Kriterium: Krankenhausalarm und -einsatzplanung inkl. Ausfall von Systemen |
| 1 | Organisation, Qualifikation und Verantwortung inkl. Krankenhauseinsatzleitung, stationsspezifischer Evakuierungslisten/Belegungslisten unter Berücksichtigung des jeweiligen Landesrechts |
| 2 | Krankenhausalarm und -einsatzplanung inkl. der für das Krankenhaus relevanten Lagen, z. B. Ausfall/Manipulation von Technik (IT und Subsystemen, AEMP, Wasser, Abwasser, Heizung, Telefonanlage, Strom, medizinischen Gasen, Ver- und Entsorgung), MANV, Epidemie/Pandemie, CBRN, lebensbedrohliche Einsatzlagen (z. B. Bomben, Terror, Amok, Geiselnahme, Sabotage) |
| 3 | Alarmierungskette inkl. technischer Unterstützung für Reihensalarmierungen |
| 4 | Regelmäßige Schulungen/Pflichtveranstaltungen mit aktuellen Inhalten |
| 5 | Moderne Lernmethoden (Übungen/Planspiele) z. B. zur Evakuierung, Kommunikation mit der Leitstelle, den Rettungsdiensten und der zuständigen Behörde |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|--------------|--|
| 3 | KATEGORIE: SICHERHEIT |
| 3.2 | SUBKATEGORIE: Schutz- und Sicherheitskonzepte |
| 3.2.4 | Kriterium: Umweltschutz |
| 1 | Organisation, Qualifikation und Verantwortung inkl. Audits/Begehungen und Berichtswesen |
| 2 | Energie- und Wassereinsparung |
| 3 | Abfall- und Wertstoffmanagement inkl. Umgang mit Einweg-/Mehrwegprodukten |
| 4 | Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Aktivitäten zum Umwelt- und Klimaschutz, z. B. Lademöglichkeiten für E-Autos/E-Bikes für Mitarbeiter |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|----------------------------|---|
| 4 | KATEGORIE: INFORMATIONS- UND KOMMUNIKATIONSWESEN |
| 4.1 | SUBKATEGORIE: Informations- und Kommunikationstechnologie |
| 4.1.1 APS | Kriterium: Netzwerkstruktur und Datensysteme HE: Digitalisierung und Patientensicherheit – Risikomanagement in der Patientenversorgung |
| 1 | Krankenhausinformationssysteme inkl. Regelungen zum externen Datenzugriff* |
| 2 | IT-Sicherheit unter Berücksichtigung von KRITIS und rechtlichen Vorgaben |
| 3 | Physische Komponenten |
| 4 | Datensicherung, redundante Systeme |
| 5 | Internes Schnittstellenmanagement der Krankenhausinformationssysteme |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|--------------|---|
| 4 | KATEGORIE: INFORMATIONEN- UND KOMMUNIKATIONSWESEN |
| 4.1 | SUBKATEGORIE: Informations- und Kommunikationstechnologie |
| 4.1.2 | Kriterium: Einsatz von Software |
| 1 | Elektronische Patientenakte, deren interne und externe Nutzung; Berücksichtigung internationaler Standards zum Datenaustausch |
| 2 | Telemedizin, Vernetzung mit externen Dienstleistern, Zuweiserportale, elektronischer Arztbrief- und Befundübermittlung |
| 3 | Austausch medizinischer Daten, z. B. Endoprothesenregister, Tumorregister, externe Laborbefunde |
| 4 | Schulungen für Softwareanwendungen |
| 5 | Service-Leistungen für die Nutzer, z. B. Hotline, Helpdesk-Funktionalitäten |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|--------------|---|
| 4 | KATEGORIE: INFORMATIONS- UND KOMMUNIKATIONSWESEN |
| 4.2 | SUBKATEGORIE: Patientendaten |
| 4.2.1 | Kriterium: Klinische Dokumentation |
| 1 | * Erfassung, Führung und Dokumentation des Behandlungsverlaufes inklusive der Dokumentation von therapeutischen Beratungen, Entlassungsgesprächen und Umgang mit mündlichen/telefonischen Anordnungen |
| 2 | Schulungsunterlagen/Musterakten |
| 3 | Integration der Vorbefunde und externen Befunde vor, während und nach dem Aufenthalt |
| 4 | Handzeichenlisten und digitale Signaturverfahren |
| 5 | IT-Unterstützung für den Prozess der Patientendatendokumentation, Vernetzung der IT- und papiergestützten Dokumentation* |
| 6 | Zeitnahe und vollständige Verfügbarkeit relevanter Daten |
| 7 | Archivierung patientenbezogener Daten, revisionssichere Langzeitarchivierung* |
| 8 | Zugriffsberechtigungen auf Patientendaten |
| 9 | Aktenworkflow und Aktenmonitoring während und nach der Behandlung*, Mahnverfahren |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|--------------|---|
| 4 | KATEGORIE: INFORMATIONSD- UND KOMMUNIKATIONSDWESEN |
| 4.2 | SUBKATEGORIE: Patientendaten |
| 4.2.2 | Kriterium: Datenschutz |
| 1 | Organisation, Qualifikation und Verantwortung inkl. Audits/Begehungen und Berichtswesen, unter Berücksichtigung der DSGVO und nationaler Vorgaben |
| 2 | Regelmäßige Schulungen/Pflichtveranstaltungen mit aktuellen Inhalten |
| 3 | Umgang mit dem Rollen- und Rechte-Konzept für Krankenhaus-Informationssysteme und Subsysteme unter Berücksichtigung der „Orientierungshilfe Krankenhausinformationssysteme“, externer Datentransfer und Auftragsdatenverarbeitung |
| 4 | * Umgang mit Papierakten inkl. Archivakten und Fotodokumentationen |
| 5 | Umgang mit klinikinternen Telefonaten und Faxübermittlungen |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|--------------|---|
| 4 | KATEGORIE: INFORMATIONSD- UND KOMMUNIKATIONSDWESEN |
| 4.3 | SUBKATEGORIE: Internes Informationsmanagement |
| 4.3.1 | Kriterium: Einsatz neuer Medien |
| 1 | Nutzung von Social Media |
| 2 | Kommunikationstool zur kurzfristigen, einrichtungsunabhängigen Informationsweitergabe (Mitarbeiter-App) |
| 3 | Einsatz von Kommunikations-/Informationstechnologien z. B. Videokonferenzen, Tablets |
| 4 | Audiovisuelle Medien, E-Learning |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|-------------------------|---|
| 5 | KATEGORIE: UNTERNEHMENSFÜHRUNG |
| 5.1 | SUBKATEGORIE: Unternehmenskultur |
| 5.1.1 MeSeGe | Kriterium: Unternehmenskultur |
| 1 | Beteiligung der Mitarbeiter bei der Erarbeitung und Weiterentwicklung eines Leitbildes/der Unternehmenskultur |
| 2 | Werte und Führungsgrundsätze |
| 3 | Systematische Berücksichtigung der Unternehmenskultur/Leitbilds z. B. bei der Auswahl der Mitarbeiter, der Einarbeitung, bei Mitarbeitergesprächen und -Befragungen |
| 4 | Relevanz der Unternehmenskultur/des Leitbilds bei der Unternehmensstrategie und Markenbildung |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|--------------|--|
| 5 | KATEGORIE: UNTERNEHMENSFÜHRUNG |
| 5.1 | SUBKATEGORIE: Unternehmenskultur |
| 5.1.2 | Kriterium: Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen |
| 1 | Führungskräfteentwicklung unter Berücksichtigung der Werte und Führungsgrundsätze |
| 2 | * Förderung der Sicherheitskultur, z. B. durch adäquaten Umgang mit Kritik/Fehlern in Verbindung mit den Führungsgrundsätzen |
| 3 | Vertrauensfördernde Maßnahmen wie z. B. Teamentwicklung, Supervision und Coaching |
| 4 | Förderung der Unternehmenskultur, Vermittlung klinikinterner Zielvorstellungen |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|-------------------------|---|
| 5 | KATEGORIE: UNTERNEHMENSFÜHRUNG |
| 5.1 | SUBKATEGORIE: Unternehmenskultur |
| 5.1.3 MeSeGe | Kriterium: Ethische, religiöse und gesellschaftliche Verantwortung |
| 1 | Ziele und Verantwortlichkeiten zu ethischen und weltanschaulichen Themen, Berücksichtigung im Leitbild |
| 2 | Strukturierter Umgang mit dem Patientenwillen, insbesondere mit Patientenverfügungen und Vollmachten |
| 3 | Organisationsstruktur, Wirkungsbereich und Aufgaben des Klinischen Ethikkomitees, Leitlinien und Empfehlungen |
| 4 | Ethische Reflexion, Nutzung ethischer Fallbesprechungen |
| 5 | Umgang mit den verschiedenen Religionen/Glaubensrichtungen/Weltanschauungen |
| 6 | Berücksichtigung ethischer, kultureller und religiöser Themen, z. B. Veranstaltungen, innerbetriebliche Fortbildung |
| 7 | Soziale, kulturelle und ökologische Projekte |
| 8 | Organisation des Transplantationswesens, der Organspenden und Aktivitäten zur Unterstützung der Organspende |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|--------------|--|
| 5 | KATEGORIE: UNTERNEHMENSFÜHRUNG |
| 5.1 | SUBKATEGORIE: Unternehmenskultur |
| 5.1.4 | Kriterium: Unternehmenskommunikation |
| 1 | Informations- und Kommunikationsstruktur, Besprechungsmatrix |
| 2 | Marketingkonzept, Corporate Identity und Corporate Design/Markenbildung |
| 3 | Strategie zum Umgang mit verschiedenen Medien, z. B. Internet, Intranet, Mitarbeiterzeitung, Imageanalysen, Broschüren, Flyer, Informationsveranstaltungen; Zusammenarbeit mit Presse, Pressestandards, Umgang mit Pressemitteilungen, TV, Radio |
| 4 | Abstimmung und Kommunikation der Jahresplanung der Unternehmenskommunikation, Kooperation mit den Kliniken zur Darstellung der Leistungsangebote, z. B. jährliche Ereignisse wie Informationsveranstaltungen zu einzelnen Krankheitsbildern und Behandlungsmöglichkeiten |
| 5 | Kommunikation in Krisensituationen, Einbindung der Öffentlichkeitsarbeit bei besonderen Ereignissen/Katastrophenfällen |
| 6 | * Information der Unternehmensleitung über alle relevanten internen und externen Ereignisse |
| 7 | Angebote für einen niederschweligen Zugang zur Krankenhausleitung/Unternehmensleitung |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|--------------|--|
| 5 | KATEGORIE: UNTERNEHMENSFÜHRUNG |
| 5.2 | SUBKATEGORIE: Strategie und Zielplanung |
| 5.2.1 | Kriterium: Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung |
| 1 | Zukunftsorientierte Ausrichtung des Unternehmens in Übereinstimmung mit dem Leitbild/der Unternehmenskultur und unter Berücksichtigung von Marktanalysen und Demographie |
| 2 | Einbindung der Führungskräfte, des QM und der Mitarbeiter bei der Erarbeitung und Weiterentwicklung der Strategie |
| 3 | Berichtswesen inkl. Qualitätskennzahlen zur Zielplanung für die Krankenhausleitung und Führungskräfte |
| 4 | Nutzung von Zielvereinbarungsgesprächen zur Umsetzung und Steuerung der Zielplanung |
| 5 | Nutzung des Projektmanagements zur Umsetzung der Strategie |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|--------------|---|
| 5 | KATEGORIE: UNTERNEHMENSFÜHRUNG |
| 5.2 | SUBKATEGORIE: Strategie und Zielplanung |
| 5.2.2 | Kriterium: Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement und Compliancemanagement |
| 1 | Wirtschaftsplan mit Finanz-, Investitions- und Liquiditätsplan, Regelungen der Budgetverantwortlichkeiten |
| 2 | Kaufmännisches Risikomanagement: Ziele, Themen, Verantwortlichkeiten, Einbindung der Führungskräfte, Methodik; Berichtswesen inkl. Kennzahlensystem |
| 3 | * Verbindung zum klinischen Risikomanagement |
| 4 | Regelungen der internen Revision |
| 5 | Regelungen zum Umgang mit Drittmitteln und Forschungsgeldern |
| 6 | Konzeption zum Thema Compliancemanagement, inkl. Regelungen zur Vermeidung und Bekämpfung von Korruption |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|-------------------------|---|
| 5 | KATEGORIE: UNTERNEHMENSFÜHRUNG |
| 5.2 | SUBKATEGORIE: Strategie und Zielplanung |
| 5.2.3 MeSeGe | Kriterium: Partnerschaften und Kooperationen |
| 1 | Entwicklung von Kooperationen und Partnerschaften inkl. Ziele und Kriterien, Bewertung, Umgang mit vertraglichen Regelungen inkl. Haftungsabsprachen*, Koordination |
| 2 | Kooperation mit z. B. Schulen, Hochschulen und Kliniken |
| 3 | Austausch/Rückmeldungen/Befragung der Kooperationspartner, z. B. Einweiser, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeeinrichtungen, Rettungsdienste, soziale Dienste, Gesundheitsfachberufe, Krankenkassen |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|--------------|--|
| 5 | KATEGORIE: UNTERNEHMENSFÜHRUNG |
| 5.3 | SUBKATEGORIE: Unternehmensentwicklung |
| 5.3.1 | Kriterium: Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien |
| 1 | Geschäftsordnungen, Geschäftsverteilungspläne, Gesellschafterverträge, Übersicht und Organisation der Gremien und Kommissionen |
| 2 | Kommunikation der Ergebnisse der Gremienarbeit inkl. Protokollwesen, Nutzung weiterer Medien wie Intranet, Mitarbeiterzeitung |
| 3 | * Beauftragtenwesen; Übersicht und Kompetenzen/Aufgaben und Verbindung zum Qualitätsmanagement |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|--------------|---|
| 5 | KATEGORIE: UNTERNEHMENSFÜHRUNG |
| 5.3 | SUBKATEGORIE: Unternehmensentwicklung |
| 5.3.2 | Kriterium: Innovation, Wissens- und Ideenmanagement |
| 1 | Instrumente des Wissensmanagements inklusive barrierefreier Zugang zu aktueller Fachliteratur, strukturierte Weitergabe aktuellen Wissens, z. B. Fachtagungen |
| 2 | Systematische Einbindung der Kliniken/Abteilungen zur Gestaltung von Innovationen; Kommunikation umgesetzter Innovationen |
| 3 | Methoden des Projektmanagements inkl. Projektkoordination, Projektauftrag, -status und -abschlussbericht, sowie Kommunikation zu den laufenden und abgeschlossenen Projekten |
| 4 | Ideenmanagement/Innerbetriebliches Vorschlagswesen: Organisation, Systematik inkl. Bewertungskriterien und Beurteilungszeiträumen, Verantwortlichkeiten, |
| 5 | Motivation und Anreize zum Ideenmanagement für Mitarbeiter zur Beteiligung, Transparenz und adäquate Anerkennung, interne Öffentlichkeitsarbeit inkl. Veröffentlichung der Ergebnisse |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|----------------------|--|
| 6 | KATEGORIE: QUALITÄTS- UND KLINISCHES RISIKOMANAGEMENT |
| 6.1 | SUBKATEGORIE: Struktur und Ablauf |
| 6.1.1 APS | Kriterium: Organisation, Aufgabenprofil des Qualitäts- und des klinischen Risikomanagements HE: Anforderungen an klinische Risikomanagementsysteme im Krankenhaus |
| 1 G-BA | Organisationsstruktur, Einbindung der Leitungsebene, Vernetzung von QM und klinischem Risikomanagement, Qualitätspolitik und Qualitätsziele G-BA: Qualitätsmanagement Richtlinie |
| 2 | Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter für das Qualitäts- und das klinische Risikomanagement, Benannte/Beauftragte in den einzelnen Kliniken/Abteilungen, Schulungsangebote für die Benannten/Beauftragten und die Mitarbeiter, Beteiligung aller Abteilungen und Bereiche |
| 3 | Vorgehen zur Priorisierung, Abstimmung und Kommunikation der Jahresplanung des Qualitätsmanagements |
| 4 | QM-Dokumentation/Dokumentenlenkung |
| 5 | QM-Berichtswesen z.B. Managementreview |
| 6 | Konzept interne Audits z.B. Bereichsaudit, Prozessaudit, Peer Review |
| 7 | Vernetzung und Einbindung von Spezialbereichen wie Stroke Unit, Chest Pain Unit und ggf. Zentren wie Organzentren, Onkologische Zentren, Traumazentrum |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|----------------------|--|
| 6 | KATEGORIE: QUALITÄTS- UND KLINISCHES RISIKOMANAGEMENT |
| 6.1 | SUBKATEGORIE: Struktur und Ablauf |
| 6.1.2 APS | Kriterium: Methoden des klinischen Risikomanagements zur Patientensicherheit HE: Anforderungen an klinische Risikomanagementsysteme im Krankenhaus |
| 1 | * Zielsetzung und Berichtswesen zum klinischen Risikomanagement |
| 2 | * Vorgehen zur Optimierung der Fehler-/Sicherheitskultur |
| 3 G-BA APS | * Methoden, Instrumente u.a.: Risikoaudit, Critical Incident Reporting System (CIRS), Fallanalysen („London-Protokoll“), Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen, Beschwerdemanagement, Befragungen zum Thema Patientensicherheit, Beteiligung an einem krankenhaushübergreifenden Meldesystem G-BA: Qualitätsmanagement Richtlinie HE: Empfehlung zur Implementierung und Durchführung von Fallanalysen |
| 4 | * Umgang mit Behandlungsfehlervorwürfen und Schadenfällen, Kooperation zwischen dem Risikomanagement, der Rechtsabteilung und der Haftpflichtversicherung |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|-------------------------|---|
| 6 | KATEGORIE: QUALITÄTS- UND KLINISCHES RISIKOMANAGEMENT |
| 6.1 | SUBKATEGORIE: Struktur und Ablauf |
| 6.1.3 MeSeGe | Kriterium: Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung |
| 1 | Identifikation, Definition und Gestaltung der Kern-, Führungs-, Stützprozesse |
| 2 | Abteilungsübergreifende Organisation des Prozessmanagements und der Verantwortlichkeiten, Qualifikation/Schulungsangebote |
| 3 | Instrumente/Methoden zur Darstellung und Analyse von Prozessen |
| 4 | Optimierung von Prozessen unter Einbindung der jeweils betroffenen Kliniken/Abteilungen |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|-------------------------|--|
| 6 | KATEGORIE: QUALITÄTS- UND KLINISCHES RISIKOMANAGEMENT |
| 6.2 | SUBKATEGORIE: Befragungen |
| 6.2.1 MeSeGe | Kriterium: Patientenbefragung |
| 1 | Verantwortlichkeiten, Berücksichtigung aller Bereiche, Ziele, Themen inkl. sicherheitsrelevanter Aspekte, Einbindung der Mitarbeiter, Art und Methode der Befragung inkl. Validität, Rücklaufquote, Datenschutz, Intervall, Auswertung auf Klinik- und Stationsebene |
| 2 | Verknüpfung der Instrumente Patientenbefragung und Meinungs-/Beschwerdemanagement, Berücksichtigung verschiedener Zielgruppen von Patienten, z. B. ambulante Patienten, onkologische Patienten |
| 3 | Transparente Kommunikation und Nutzung der Befragungsergebnisse, insbesondere unter sicherheitsrelevanten Aspekten* |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|-------------------------|---|
| 6 | KATEGORIE: QUALITÄTS- UND KLINISCHES RISIKOMANAGEMENT |
| 6.2 | SUBKATEGORIE: Befragungen |
| 6.2.2 MeSeGe | Kriterium: Mitarbeiterbefragung |
| 1 | Verantwortlichkeiten, Einbeziehung der Personalabteilung und der Personalvertretung, Ziele, Themen inkl. sicherheitsrelevanter Aspekte, Einbindung der Mitarbeiter, Art und Methode der Befragung, Validität, Rücklaufquote, Datenschutz, Anonymität, Intervall, Auswertung, Berücksichtigung der Stations-/Abteilungsebene, Benchmarking, Festlegung von Kommunikationswegen |
| 2 | Umfassende Kommunikation in allen Phasen der Befragung |
| 3 | Transparente Kommunikation und Nutzung der Befragungsergebnisse, insbesondere unter sicherheitsrelevanten Aspekten*, z. B. Mitarbeiterversammlung, Intranet, Handout, Mitarbeiterzeitung, Newsletter |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|--------------|--|
| 6 | KATEGORIE: QUALITÄTS- UND KLINISCHES RISIKOMANAGEMENT |
| 6.3 | SUBKATEGORIE: Meinungsmanagement |
| 6.3.1 | Kriterium: Beschwerdemanagement: Lob und Beschwerden von Mitarbeitern, Patienten und weiteren Externen |
| 1 | * Ablauf, Verantwortlichkeiten, Festlegung von Ansprechpartnern für die unterschiedlichen Beschwerdeführer, Bearbeitungszeiten/Fristen, Auswertung, Zusammenarbeit mit Patientenfürsprechern |
| 2 | Instrumente wie Fragebogen, Meinungskasten, Beschwerdeline, Internetkontaktformular |
| 3 | Maßnahmen zur Beschwerdemotivation, Schulungsangebote |
| 4 | Transparente Kommunikation und Nutzung der Rückmeldungen (Lob, Beschwerden) und ihrer Auswertung, insbesondere unter sicherheitsrelevanten Aspekten* |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

| | |
|--------------|---|
| 6 | KATEGORIE: QUALITÄTS- UND KLINISCHES RISIKOMANAGEMENT |
| 6.4 | SUBKATEGORIE: Qualitätsrelevante Daten |
| 6.4.1 | Kriterium: Qualitätsrelevante Daten interner/externer Verfahren |
| 1 | * Übergreifende Verantwortlichkeiten, Verantwortlichkeiten in allen Abteilungen, Kriterien, Übersicht der genutzten Qualitätsindikatoren, Methode, Validität, Auswertung, Berichtswesen, Intervall, Beteiligung an freiwilligen Verfahren |
| 2 | Zusammenarbeit zwischen Qualitätsmanagement, Controlling und den verantwortlichen Leitungen |
| 3 | Nutzung vorhandener Routedaten wie Wartezeiten, Hygienedaten, Revisionseingriffe, diagnose- und operationsbezogene Letalitätsstatistiken, Obduktionsraten; Systematik und interne Kommunikation |
| 4 | Vergleich mit den Daten auf Länder- und Bundesebene sowie mit anderen Abteilungen und Krankenhäusern, ggf. Beteiligung an Peer Review Verfahren |
| 5 | Transparente Kommunikation der ausgewerteten Qualitätsindikatoren, auch zur Erfolgsmessung zur Umsetzung der Strategie, Analyse und Ableitung von Maßnahmen |
| 6 | * Nutzung von Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen bei Bedarf auch interdisziplinär, klinisch-pathologischer Konferenzen sowie interdisziplinärer Fallbesprechungen |

Legende

- * = Haftungsrechtlich besonders sicherheitsrelevante Aspekte
- F = Forensik
- G-BA RL = Richtlinie Gemeinsamer Bundesausschuss
- APS HE = Handlungsempfehlung Aktionsbündnis Patientensicherheit
- DAKEP = Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung
- MeSeGe = Medizinisches Seminar George – Deutsches Palliativ Siegel

KTQ-Manual / KTQ-Katalog KRANKENHAUS

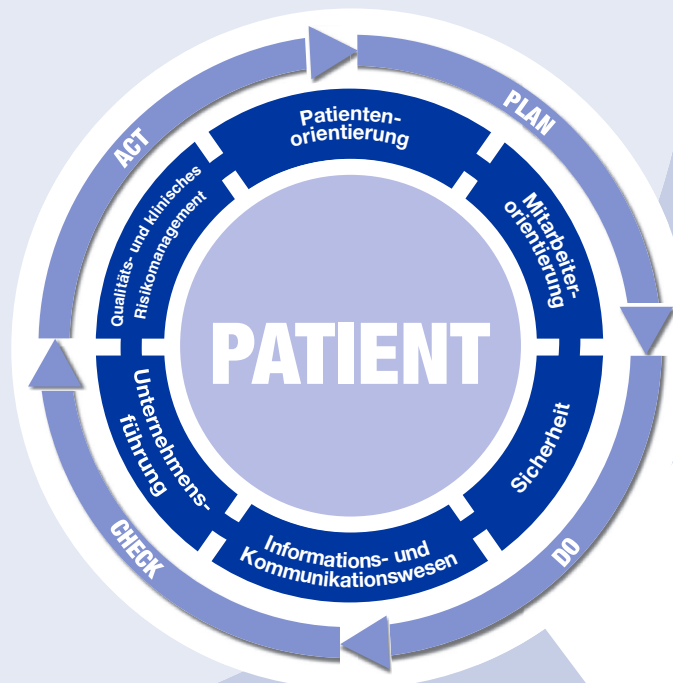
Version 2021



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

Die KTQ-GmbH und der KTQ-Beirat (die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat und die Deutsche Krankenhausgesellschaft) stellen den Einrichtungen im Gesundheitswesen mit dem KTQ-Verfahren eine hochwertige und praxisnahe Orientierung für ihr Qualitätsmanagement zur Verfügung.

Durch das Verfahren werden alle Mitarbeiter der verschiedenen Berufsgruppen angehalten, die Prozesse in der täglichen Arbeit hierarchie-, und berufsgruppenübergreifend in den Kategorien des KTQ-Modells darzustellen. Diese Darstellung ist die Grundlage der Selbstbewertung durch die Mitarbeiter und damit ein Kernstück des Verfahrens, welches die Krankenhäuser bei der Implementierung und stetigen Verbesserung des internen Qualitätsmanagements unterstützt.



Das KTQ-Modell mit den sechs Kategorien

- Patientenorientierung,
- Mitarbeiterorientierung,
- Sicherheit,
- Informations- und Kommunikationswesen,
- Unternehmensführung und
- Qualitäts- und klinisches Risikomanagement

ist die Form, mit der im KTQ-Verfahren sämtliche Prozesse in den Krankenhäusern dargestellt werden können. Alle Kategorien sind mit den Patienteninteressen verknüpft. Sie dienen dazu, die Prozesse so zu verbessern, dass den Patienten eine bestmögliche Versorgung geboten werden kann. Der permanent durchlaufene PLAN-DO-CHECK-ACT-Zyklus als Regelkreis zur kontinuierlichen Verbesserung dient somit dem Interesse der Patienten und aller Prozessbeteiligten. Zudem wird die Umsetzung aller bedeutenden Richtlinien des Gemeinsamen-Bundesausschusses und der Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V. hinterfragt.

Die Selbstbewertung wird durch die KTQ-Visitoren in einer Fremdbewertung – der KTQ-Visitation – in Kollegialen Dialogen, Dokumentenprüfungen und Begehungen überprüft. Nach einer Zertifizierung erfolgt die Kommunikation von Stärken und Verbesserungspotenzialen zur Förderung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Die Veröffentlichung des KTQ-Qualitätsberichts durch die Krankenhäuser und die KTQ-GmbH, unterstützt die externe Transparenz in einer verständlichen Sprache für die Patienten bzw. die Öffentlichkeit.