



# AUGENKLINIK



**Strukturierter Qualitätsbericht**  
für das Berichtsjahr 2008  
**10 Jahre Augenklinik**



**BERLIN MARZAHN**



---

AUGENKLINIK BERLIN MARZAHN

---

Brebacher Weg 15  
12683 Berlin

**Strukturierter  
Qualitätsbericht gemäß §  
137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4  
SGB V über das  
Berichtsjahr 2008**

Erstellt am 27. Juli 2009



## Inhaltsverzeichnis:

Einleitung .....	4
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses .....	7
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/ Fachabteilungen .....	14
B-1 Augenheilkunde (2700) .....	15
C Qualitätssicherung .....	23
C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (BQS-Verfahren) .....	24
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	24
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	25
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	26
C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V .....	27
C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] („Strukturqualitätsvereinbarung“) .....	28
D Qualitätsmanagement .....	29
D-1 Qualitätspolitik .....	30
D-2 Qualitätsziele .....	32
D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements .....	34
D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements .....	35
D-5 Qualitätsmanagementprojekte .....	47
D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements .....	51



# Einleitung

Die Augenklinik Berlin Marzahn liegt inmitten eines historischen Krankenhausgeländes, früher Wilhelm-Griesinger-Krankenhaus, heute Vivantes Klinikum Hellersdorf, im Ortsteil Biesdorf-Nord des Berliner Bezirks Marzahn-Hellersdorf.

Das unter Denkmalschutz stehende Hauptgebäude aus dem Jahre 1893 wurde aufwändig umgebaut und rekonstruiert - mit einer vollständigen Entkernung des Baukörpers und einer kompletten Neugestaltung der technischen Einrichtungen. Die offizielle Einweihung fand nach einer nur 9 Monate dauernden Bauzeit im Dezember 1997 statt, der Betrieb wurde im Januar 1998 aufgenommen.

Heute präsentiert sich an diesem einmaligen Standort, gelegen in einer ebenfalls denkmalgeschützten Parkanlage, eine der größten und modernsten Augenkliniken Deutschlands, die allein im Hauptgebäude über eine Nutzfläche von 5.700 qm verfügt. In unmittelbarer Nachbarschaft ist ein weiteres Gebäude aufwändig restauriert worden, welches als Gäste- und Bettenhaus zusätzlich der Unterbringung von Patienten, Begleitpersonen, Müttern mit Kindern etc. dient. Hier stehen der Augenklinik weitere 1.100 qm Nutzfläche zur Verfügung. So bieten wir unseren Patienten in diesen beiden Häusern mehr als 50 Betten in großzügigen und geschmackvoll eingerichteten Krankenzimmern.



Abb. 1: Impressionen der Augenklinik Berlin Marzahn

In unserem Haupthaus befinden sich insgesamt 14 Untersuchungs- und Behandlungsräume, ein moderner, vollklimatisierter Operationstrakt mit 3 OP-Sälen und eine Reihe von Funktionsräumen u.a. für

- Orthoptik (Sehschule)
- Fluoreszenzangiographie
- Elektrophysiologie
- YAG-, Festkörper-Laser
- Photodynamische Therapie (PDT),

die für einen Krankenhausbetrieb mit hohem Anspruch an die Patientenversorgung unerlässlich sind.

## Strukturierter Qualitätsbericht über das Berichtsjahr 2008

In der 2. Ebene sind die Stationen des Haupthauses mit den 13 Patientenzimmern untergebracht sowie Dienst- und Untersuchungsräume, Besucherzimmer und das Stationsbad.

Eingerahmt von dem einmaligen historischen Ambiente umhüllt unser Haus eine Atmosphäre, die man eher in Hotels als in Krankenhäusern erwartet.

Nähere Informationen erhalten Sie auf unserer Homepage [www.augenklinik-berlin.de](http://www.augenklinik-berlin.de) oder anhand unserer Patientenbroschüre, die wir Ihnen auf Anfrage sehr gerne gebührenfrei zusenden. Gleiches gilt für unseren Klinikfilm, den Sie als VHS-Kassette oder DVD erhalten.

Ihre Ansprechpartner sind:

- Herr Dipl.Ing. / Assessor Jürgen H. Schüler, Geschäftsführer, Tel.: 030 / 56840-101
- Herr Doz. Dr. med. habil. Ulrich Dietze, Ärztlicher Direktor, Tel.: 030 / 56840-198
- Frau Anke Mundt, Qualitätsmanagementbeauftragte / Verantwortliche für die Erstellung des Qualitätsberichts, Tel.: 030 / 56840-107
- Frau Ramona Meister, Qualitätsmanagementbeauftragte / Beauftragte für Öffentlichkeitsarbeit, Tel.: 030 / 56840-243

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Herrn Dipl.Ing. / Assessor Jürgen H. Schüler, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.



---

AUGENKLINIK BERLIN MARZAHN

---

# A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

## A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

### Augenklinik Berlin-Marzahn GmbH

#### Hausanschrift:

Augenklinik Berlin-Marzahn GmbH  
Brebacher Weg 15

12683 Berlin

#### Telefon / Fax

Telefon: 030/56840-0  
Fax: 030/56840-100

#### Internet

E-Mail: <mailto:post@augenlinik-berlin.de>  
Homepage: <http://www.augenlinik-berlin.de/>

## A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

261101776

## A-3 Standort(nummer)

00

## A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

### A-4.1 Name des Krankenhausträgers

Augenklinik Berlin-Marzahn GmbH

### A-4.2 Art des Krankenhausträgers

- freigemeinnützig
- öffentlich
- privat
- Sonstiges



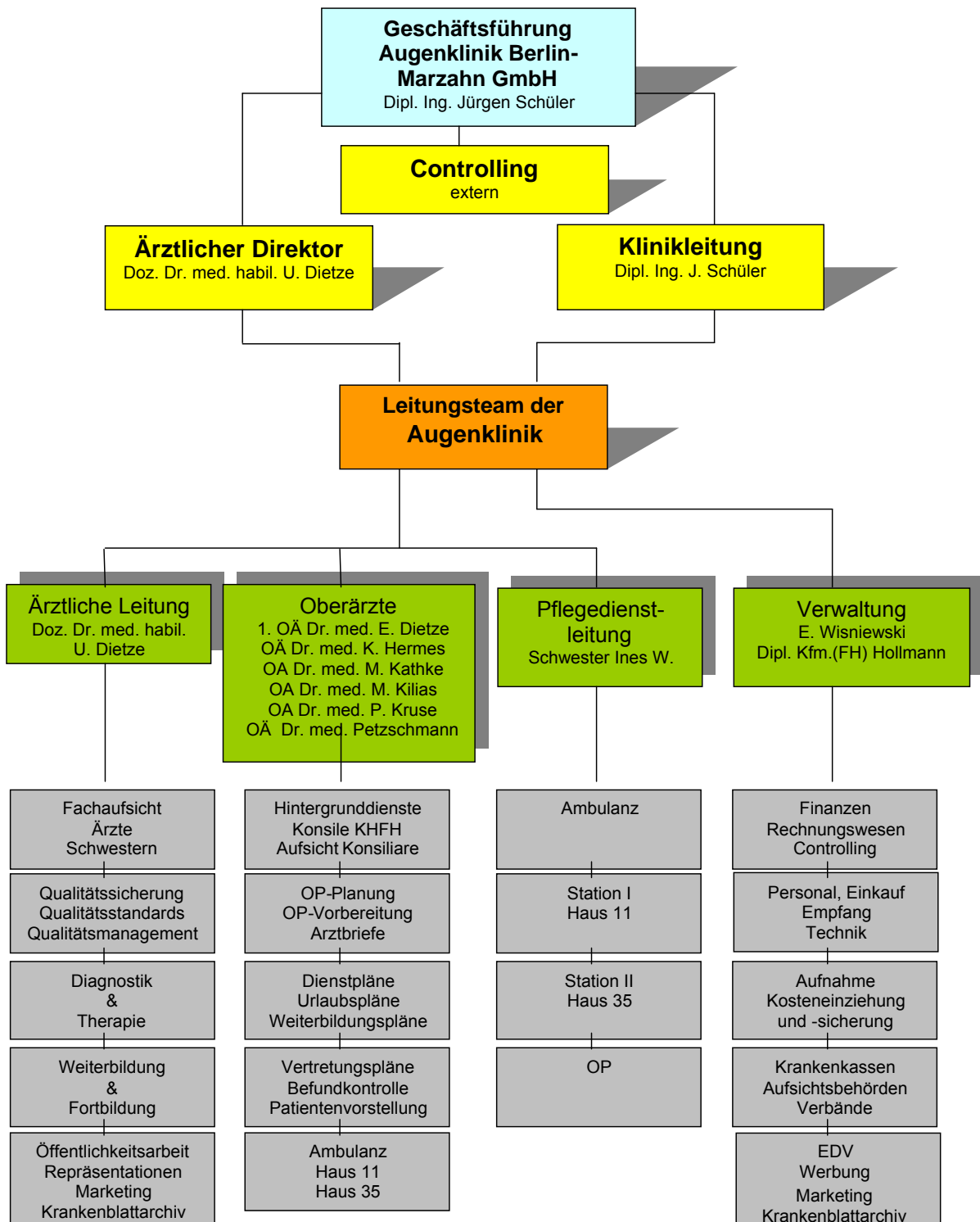
## A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

- Ja
- Nein

## A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses

Die Organisationsstruktur der Klinik ist in Form eines Organigramms grafisch dargestellt:

# Strukturierter Qualitätsbericht über das Berichtsjahr 2008



## A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

*Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?*

- Ja
- Nein
- Trifft bei uns nicht zu

## A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

Es existieren keine fachabteilungsübergreifenden Versorgungsschwerpunkte.  
Fachabteilungsspezifische Versorgungsschwerpunkte sind bei B-[X].2 aufgeführt.

## A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Es existieren keine fachabteilungsübergreifenden medizinische-pflegerischen Leistungsangebote.  
Fachabteilungsspezifische Leistungsangebote sind bei B-[X].3 aufgeführt.

## A-10 Fachabteilungsübergreifende nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

Es existieren keine fachabteilungsübergreifenden nicht-medizinische Serviceangebote.  
Fachabteilungsspezifische Serviceangebote sind bei B-[X].4 aufgeführt.

## A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### *A-11.1 Forschungsschwerpunkte*

### A-11.2 Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten

## Strukturierter Qualitätsbericht über das Berichtsjahr 2008

<b>Nr.</b>	<b>Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Externer Hochschullehrer an der Charité (HUB)
FL02	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen	
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	

### A-11.3 Ausbildung in anderen Heilberufen

<b>Nr.</b>	<b>Ausbildung in anderen Heilberufen</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin	
HB04	Medizinisch-technischer Assistent und Medizinisch-technische Assistentin (MTA)	
HB07	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)	

### A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

51

## A-13 Fallzahlen des Krankenhauses

<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	
<b>Fallzahl</b>	3803
<b>Ambulante Fallzahl</b>	
<b>Fallzählweise</b>	20039
<b>Quartalszählweise</b>	---
<b>Patientenzählweise</b>	---
<b>Sonstige Zählweise</b>	---

Tabelle A-13: Fallzahlen des Krankenhauses

## A-14 Personal des Krankenhauses

### A-14.1 Ärzte

	<b>Anzahl</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
<b>Ärztinnen/Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)</b>	18,6 Vollkräfte	
<b>- davon Fachärztinnen/-ärzte</b>	8,6 Vollkräfte	
<b>Belegärztinnen/-ärzte (nach §121 SGB V)</b>	0 Personen	
<b>Ärztinnen/Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind</b>	0 Vollkräfte	

Tabelle A-14.1: Ärzte

### A-14.2 Pflegepersonal

	<b>Anzahl</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
<b>Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)</b>	17 Vollkräfte	
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)</b>	17 Vollkräfte	
<b>Altenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)</b>	0 Vollkräfte	
<b>Pflegeassistenten/-assistentinnen (Zweijährige Ausbildung)</b>	0 Vollkräfte	
<b>Krankenpflegehelfer/-innen (Einjährige Ausbildung)</b>	0 Vollkräfte	
<b>Pflegehelfer/-innen (ab 200 Stunden Basiskurs)</b>	0 Vollkräfte	
<b>Hebammen/Entbindungspfleger (Dreijährige Ausbildung)</b>	0 Personen	
<b>Operationstechnische Assistenz (Dreijährige Ausbildung)</b>	0 Vollkräfte	
<b>Arzthelfer</b>	8,6	
<b>Orthoptisten</b>	1	

Tabelle A-14.2: Pflegepersonal



# B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/ Fachabteilungen

## B-1 Augenheilkunde (2700)

Name des Chefarztes oder der Chefärztin

PD Doz.Dr.med.habil. U.Dietze

Kontaktdaten

*Hausanschrift*

Brebacher Weg 15  
12683 Berlin

Art der Organisationseinheit/Fachabteilung

- Hauptabteilung
- Belegabteilung
- Gemischte Haupt- und Belegabteilung
- Nicht bettenführende Abteilung/ sonstige Organisationseinheit

## Strukturierter Qualitätsbericht über das Berichtsjahr 2008

### B-1.2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/ Fachabteilung

<b>Nr.</b>	<b>Versorgungsschwerpunkte</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
VA01	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde	
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita	
VA03	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva	
VA04	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers	
VA05	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse	
VA06	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut	
VA07	Diagnostik und Therapie des Glaukoms	
VA08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels	
VA09	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn	
VA10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern	
VA11	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit	
VA17	Spezialsprechstunde	

Tabelle B-1.2 Augenheilkunde: Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/ Fachabteilung

### B-1.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung

<b>Nr.</b>	<b>Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
MP00	Orthoptik	

Tabelle B-1.3 Augenheilkunde: Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung

### B-1.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung

<b>Nr.</b>	<b>Serviceangebot</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
SA01	Aufenthaltsräume	
SA02	Ein-Bett-Zimmer	
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA05	Mutter-Kind-Zimmer/ Familienzimmer	
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen	
SA09	Unterbringung Begleitperson	
SA10	Zwei-Bett-Zimmer	
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA13	Elektrisch verstellbare Betten	
SA14	Fernsehgerät am Bett/ im Zimmer	
SA15	Internetanschluss am Bett/ im Zimmer	nur als Wahlleistungsvertrag
SA16	Kühlschrank	nur in dafür vorgesehenen Einbettzimmern, mit Wahlleistungsvertrag
SA18	Telefon	
SA19	Wertfach/ Tresor am Bett/ im Zimmer	
SA20	Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)	
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung (z.B. Mineralwasser)	



<b>Nr.</b>	<b>Serviceangebot</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
SA44	Diät-/ Ernährungsangebot	
SA47	Nachmittagstee/ -kaffee	
SA23	Cafeteria	
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten	
SA51	Orientierungshilfen	
SA33	Parkanlage	
SA34	Rauchfreies Krankenhaus	
SA37	Spielplatz/ Spielecke	
SA54	Tageszeitungsangebot	
SA55	Beschwerdemanagement	

Tabelle B-1.4 Augenheilkunde: Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung

## B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit/ Fachabteilung

### B-1.5.1 Vollstationäre Fallzahl

3803

## B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

<b>ICD-10 Nummer</b>	<b>Fallzahl</b>	<b>Umgangssprachliche Beschreibung</b>
H25	1948	Grauer Star im Alter-Katarakt
H40	248	Grüner Star-Glaukom
H34	225	Verschluss eines Blutgefäßes in der Netzhaut
H33	198	Netzhautablösung bzw. Netzhautriss
H35	158	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung der Netzhaut
H43	122	Glaskörperblutung
H02	109	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung des Augenlides
H47	92	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung des Sehnervs oder der Sehbahn
H16	53	Hornhautgeschwür
Q10	49	Angeborene Fehlbildungen des Augenlides bzw. Tränenapparates

Tabelle B-1.6 Augenheilkunde: Hauptdiagnosen nach ICD

## B-1.7 Prozeduren nach OPS

<b>OPS Ziffer</b>	<b>Fallzahl</b>	<b>Umgangssprachliche Beschreibung</b>
5-144	2105	Operative Entfernung der Augenlinse ohne ihre Linsenkapsel und Implantation einer Kunstlinse
5-158	442	Operationen am Glaskörper
5-115	412	Nähen der Bindehaut
5-138	383	Operationen an der Lederhaut
5-155	343	Entfernung von erkranktem Gewebe an der Netz- und Aderhaut
5-156	314	Sonstige Operationen an der Netzhaut
5-154	255	Sonstige Operationen zur Befestigung der Netzhaut nach Ablösung
5-139	174	Sonstige Operationen an der Lederhaut, vorderer Augenkammer, Regenbogenhaut und des Ziliarkörpers
5-124	139	Nähen der Hornhaut
5-137	122	Sonstige Operationen an der Regenbogenhaut

Tabelle B-1.7 Augenheilkunde: Prozeduren nach OPS

## Strukturierter Qualitätsbericht über das Berichtsjahr 2008

### B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr. der Ambulanz	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Nr. der Leistung	Angebotene Leistungen			
AM05	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V	Augenambulanz	VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita			
			VA03	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva			
			VA04	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers			
			VA05	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse			
			VA06	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut			
			VA07	Diagnostik und Therapie des Glaukoms			
			VA08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels			
			VA09	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn			
			VA10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern			
			VA11	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit			
			VA12	Ophthalmologische Rehabilitation			
			VA13	Anpassung von Sehhilfen			
			VA16	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde			
			VA17	Spezialsprechstunde			
			AM00	§115 b SGB V und private Patienten	ambulantes Operieren	VA05	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
			AM00	Lasertherapeutische Maßnahmen	Lasersprechstunde	VA06	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
			AM04	Ermächtigungsambulanz nach § 116 SGB V	Netzhautsprechstunde	VA17	Spezialsprechstunde
AM08	Notfallambulanz (24h)	Notfallambulanz	VA01	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde			
			VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita			
			VA03	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva			

Strukturierter Qualitätsbericht über das Berichtsjahr 2008

<b>Nr. der Ambulanz</b>	<b>Art der Ambulanz</b>	<b>Bezeichnung der Ambulanz</b>	<b>Nr. der Leistung</b>	<b>Angebotene Leistungen</b>
			VA04	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
			VA05	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
			VA06	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
			VA07	Diagnostik und Therapie des Glaukoms
			VA08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
			VA09	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
			VA10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
			VA11	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
			VA14	Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

<b>OPS Ziffer</b>	<b>Fallzahl</b>	<b>Umgangssprachliche Beschreibung</b>
5-144	1143	Operative Entfernung der Augenlinse ohne ihre Linsenkapsel und Implantation einer Kunstlinse
5-155	954	Operative Zerstörung von erkranktem Gewebe der Netz- bzw. Aderhaut
5-142	374	Operation einer Linsentrübung nach Operation des Grauen Stars (Nachstar)
5-091	424	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe des Augenlides
5-093	96	Korrekturoperationen bei Ein- bzw. Auswärtsdrehung des Augenlides
5-154	66	Sonstige Operation zur Befestigung der Netzhaut nach Ablösung
5-112	14	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Bindehaut
5-123	6	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Hornhaut
5-084	≤5	Operation an den Tränenwegen
5-092	≤5	Aufwendige Lidschlussnaht

Tabelle B-1.9 Augenheilkunde: Prozeduren nach OPS

## Strukturierter Qualitätsbericht über das Berichtsjahr 2008

### B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

#### B-1.10.1 Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Vorhanden       Nicht vorhanden

#### B-1.10.2 Stationäre BG-Zulassung

Vorhanden       Nicht vorhanden

### B-1.11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h-Notfallverfügbarkeit	Kommentar/ Erläuterungen
AA01	Angiographie/ DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	<input checked="" type="checkbox"/>	
AA20	Laser			Argon und YAG Laser PDT Laser
AA29	Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/Duplexsonographiegerät	Ultraschallgerät/ mit Nutzung des Dopplereffekts/ farbkodierter Ultraschall	<input checked="" type="checkbox"/>	
AA40	Defibrillator	Gerät zur Behandlung von lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen		
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden		
AA00	Optischer Kohärenz Tomograph (OCT)			
AA00	Funduskamera			

Tabelle B-1.11 Augenheilkunde: Apparative Ausstattung

## B-1.12 Personelle Ausstattung

### B-1.12.1 Ärzte

	<b>Anzahl</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
<b>Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)</b>	18,6 Vollkräfte	
<b>...davon Fachärztinnen/Fachärzte</b>	8,6 Vollkräfte	

Tabelle B-1.12.1: Ärzte

### B-1.12.1.2 Ärztliche Fachexpertise

<b>Nr.</b>	<b>Facharztbezeichnung</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
AQ04	Augenheilkunde	

Tabelle B-1.12.1.2 Augenheilkunde: Ärztliche Fachexpertise

### B-1.12.1.3 Zusatzweiterbildungen

<b>Nr.</b>	<b>Zusatzweiterbildung (fakultativ)</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	

Tabelle B-1.12.1.3 Augenheilkunde: Zusatzweiterbildungen

## B-1.12.2 Pflegepersonal

	<b>Anzahl</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
<b>Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)</b>	17 Vollkräfte	
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)</b>	17 Vollkräfte	
<b>Altenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)</b>	0 Vollkräfte	
<b>Pflegeassistenten/-assistentinnen (Zweijährige Ausbildung)</b>	0 Vollkräfte	
<b>Krankenpflegehelfer/-innen (Einjährige Ausbildung)</b>	0 Vollkräfte	
<b>Pflegehelfer/-innen (ab 200 Stunden Basiskurs)</b>	0 Vollkräfte	
<b>Hebammen/Entbindungspfleger (Dreijährige Ausbildung)</b>	0 Personen	
<b>Operationstechnische Assistenz (Dreijährige Ausbildung)</b>	0 Vollkräfte	

Tabelle B-1.12.2: Pflegepersonal

### B-1.12.2.2 Fachweiterbildungen

<b>Nr.</b>	<b>Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
PQ02	Diplom	
PQ03	Hygienefachkraft	
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	
PQ08	Operationsdienst	

Tabelle B-1.12.2.2 Augenheilkunde: Fachweiterbildungen

## Strukturierter Qualitätsbericht über das Berichtsjahr 2008

### B-1.12.2.3 Zusatzqualifikationen

<b>Nr.</b>	<b>Zusatzqualifikation</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
ZP10	Mentor und Mentorin	
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP14	Schmerzmanagement	

Tabelle B-1.12.2.3 Augenheilkunde: Zusatzqualifikationen

### B-1.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

<b>Nr.</b>	<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
SP02	Arzthelfer und Arzthelferin	
SP19	Orthoptist und Orthoptistin/Therapeut und Therapeutin für Sehstörungen/Perimetrist und Perimetristin/Augenoptiker und Augenoptikerin	

Tabelle B-1.12.3 Augenheilkunde: Spezielles therapeutisches Personal



# C Qualitätssicherung

## C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (BQS-Verfahren)

### C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate (%)	Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses
Ambulant erworbene Pneumonie			
Aortenklappenchirurgie, isoliert			
Cholezystektomie			
Dekubitusprophylaxe			
Geburtshilfe			
Gynäkologische Operationen			
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel			
Herzschrittmacher-Implantation			
Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/-Explantation			
Herztransplantation			
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation			
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel			
Hüftgelenknahe Femurfraktur			
Karotis-Rekonstruktion			
Knie-Totalendoprothesen- Erstimplantation			
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel			
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie			
Koronarangiographie und perkutane Koronarintervention (PCI)			
Koronarchirurgie, isoliert			
Mammachirurgie			
Lebertransplantation			
Leberlebendspende			
Nieren- und Pankreas-(Nieren-) transplantation			
Nierenlebendspende			
Lungen- und Herz- Lungentransplantation			

### C-1.2 Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren

## C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart



## C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

<b>DMP</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
	Das Krankenhaus nimmt an keinen DMP teil!

Tabelle C-3: Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

## C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Mindestmenge</b>	<b>Erbrachte Menge</b>	<b>Ausnahmetatbestand</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
Das Krankenhaus erbringt in keinem für die Mindestmengenvereinbarung relevanten Leistungsbereich Leistungen!				

Tabelle C-5: Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung]  
(„Strukturqualitätsvereinbarung“)

<b>Nr.</b>	<b>Vereinbarung</b>	<b>Kommentar/Erläuterungen</b>
		In diesem Krankenhaus fallen keine Leistungen an für die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung existieren!

Tabelle C-6: Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] („Strukturqualitätsvereinbarung“)



# D Qualitätsmanagement

## D-1 Qualitätspolitik

Grundlage unserer Qualitätspolitik ist das Leitbild der Klinik:



**AUGENKLINIK BERLIN MARZAHN**

### PRÄAMBEL

Das Leitbild der Augenklinik Berlin Marzahn dient der grundlegenden Orientierung aller Mitarbeiter im täglichen Handeln gegenüber Patienten und Besuchern. Es bestimmt gleichermaßen das soziale Verhalten der Mitarbeiter untereinander.

Unser Leitbild und unsere Führungsgrundsätze sind dabei Wegweiser für eine Unternehmenskultur, die zwar auf unseren Erfahrungen aufbaut, aber einer ständigen Überprüfung bedarf und kein starres System darstellt.

### LEITBILD

Das Wohl der Patienten ist der Maßstab unseres Handelns, welches sich durch Kompetenz, Fürsorglichkeit, Höflichkeit und Freundlichkeit auszeichnet.

Wir gewährleisten die **bestmögliche medizinische und pflegerische Versorgung** aller uns anvertrauten Patienten und nutzen die Fortschritte der **modernen Medizin**, soweit diese dem Menschen dienen.

Unser **Qualitätsmanagement** und unsere **Qualitätssicherung** fördern ein patientenorientiertes Arbeiten, wobei wir uns auch dem Anspruch von ständigen Verbesserungen stellen, soweit diese die Arbeitsabläufe vereinfachen und unnötige seelische und körperliche Belastungen der Patienten vermeiden helfen.

Unsere Basis sind **hochqualifizierte und motivierte Mitarbeiter**. Daher legen wir größten Wert auf einen respektvollen und freundlichen Umgang miteinander und fördern die Aus-, Weiter- und Fortbildung. Grundlage unseres erfolgreichen Handelns ist die Pflege einer Unternehmenskultur, die alle Mitarbeiter in eine **soziale Verantwortung** sich selbst und anderen gegenüber führt.

Mit unseren **Partnern** außerhalb des Krankenhauses, den niedergelassenen Ärzten, den sozialen Diensten, den Krankenkassen, den Lieferanten und Dienstleistungsunternehmen, arbeiten wir vertrauensvoll und zuverlässig zusammen und begründen somit auch hier den **Erfolg unseres Krankenhauses**.

LEITBILD

Erstellt:	Geprüft:	Freigabe:
Arbeitsgruppe Leitbild	Geschäftsleitung	GF/AD
Datum: 21.11.2008	Datum: 22.11.2008	Datum:



Unsere Qualitätspolitik konkretisiert die Aussagen des Leitbildes in Bezug auf qualitätsrelevante Aspekte. Die Qualitätspolitik wurde von der Klinikleitung zusammen mit dem QM-Team formuliert. Um den Bezug zum Leitbild deutlich zu machen, ist unsere Qualitätspolitik in 5 Qualitätsgrundsätzen zusammengefasst, die die Struktur des Leitbildes aufgreifen:

- Höchste **Patientenzufriedenheit** ist für uns das Ergebnis umfassender Patientenorientierung. Patientenorientierung bedeutet das Ausrichten allen Denkens und Handelns am Wohl der Patienten. Patientenzufriedenheit erfassen wir durch eine kontinuierliche sowie eine regelmäßige, umfassende Patientenbefragung und ein aktives Anregungs- und Beschwerdemanagement.
- Die Leistungserbringung erfolgt auf der Basis **evidenzbasierter Standards** in Medizin, Pflege und Hygiene. Die Erfüllung des Versorgungsauftrages erfolgt im Rahmen der gesundheitspolitischen Vorgaben, wobei modernste Klinikstandards allen Patienten zugute kommen sollen.
- **Qualitätsmanagement** bedeutet für uns kontinuierliche Verbesserung, Zielorientierung, Prozessoptimierung, Transparenz sowie eine bereichsübergreifende gute Zusammenarbeit und Übernahme von Verantwortung. Qualität sichern wir in allen Bereichen durch klare Zielvorgaben, effektive Qualitätsüberprüfungen sowie die angemessene Kommunikation der Messergebnisse. Eine ausgeprägte Sicherheits- und Fehlerkultur soll dazu beitragen, Risiken frühzeitig zu erkennen und zu minimieren. Daher nutzen wir u.a. vielfältige Kontrollschleifen sowie ein Meldesystem für kritische Ereignisse (CIRS).
- Patientenorientierung und qualitativ hochwertige Arbeit setzen **Mitarbeiterzufriedenheit** voraus. In diesem Wissen stehen wir im ständigen anlassbezogenen und anlassfreien Dialog mit allen Mitarbeitern. Regelmäßige Mitarbeiterbefragungen, ein Vorschlagswesen und ein Beschwerdemanagement für Mitarbeiter erfassen die Zufriedenheit. An unsere Führungskräfte stellen wir besondere Anforderungen, die in den Führungsgrundsätzen konkretisiert sind.
- Wir wollen Kristallisationspunkt der einweisenden Augenärzte im Raum Berlin/ Brandenburg sein. Die **Zufriedenheit der zuweisenden Ärzte** erfassen wir in regelmäßigen Einweiserbefragungen. Deren Ergebnisse spiegeln wir den Einweisern wieder.

Die genannten Qualitätsgrundsätze sind Bestandteil unseres QM-Konzepts und stehen folglich im Intranet allen Mitarbeitern zur Verfügung.

Patienten, Einweiser und die interessierte Öffentlichkeit können sich anhand des gesetzlichen Qualitätsberichts über unsere Qualitätspolitik informieren. Darüber hinaus ist das Leitbild auf der Homepage der Klinik abrufbar und in der Klinik ausgehängt.

## D-2 Qualitätsziele

Zu jedem der 5 Qualitätsgrundsätze haben wir jeweils mehrere Qualitätsziele abgeleitet, anhand derer die Qualitätspolitik für die Mitarbeiter nachvollziehbar und transparent ist und anhand derer der Erfolg unserer Qualitätsmaßnahmen gemessen werden kann. Abb. 1 zeigt, wie Qualitätsziele mit anderen strategischen und operativen Zielen in Einklang stehen und wie Qualitätsziele für einzelne Bereiche konkretisiert werden.

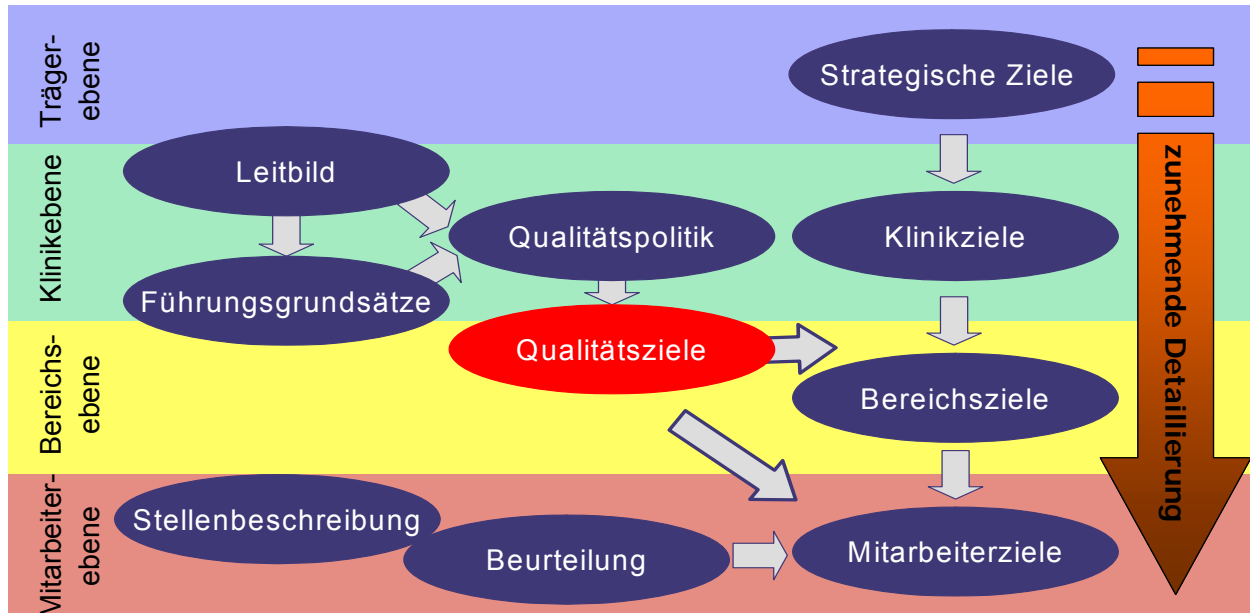


Abb. 1: Qualitätsziele im Zusammenhang

Qualitätsziele verstehen wir als konkrete aus der Qualitätspolitik abgeleitete Zielvorgaben, die entweder ein angestrebtes Qualitätsniveau oder zumindest einen nicht zu unterschreitenden Qualitätsstandard festlegen. Qualitätssicherung setzt somit das Festlegen von konkreten, d.h. messbaren Qualitätszielen sowie deren Messung voraus. Qualitätsziele können sich auf Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität beziehen, wobei wir prozess- oder ergebnisbezogene Qualitätsziele vorziehen.

Die Qualitätsziele greifen Kernaussagen unserer Qualitätspolitik (und damit des zugrunde liegenden Leitbildes) auf und beziehen sich insbesondere auf Themen, die aus Sicht unserer Patienten und Mitarbeiter qualitätsrelevant sind.

Qualitätsziele stehen mit strategischen und operativen Klinikzielen in Einklang und können Auswirkungen auf persönliche Ziele für einzelne Mitarbeiter haben. Insbesondere für die Verantwortlichen der einzelnen Arbeitsbereiche werden Qualitätsziele zu persönlichen Zielen.

Alle aktuell gültigen Qualitätsziele sind in einer Qualitätszielmatrix zusammengefasst. Die Matrix enthält zu jedem Qualitätsziel den Qualitätsindikator (= Kennzahl, Messgröße) sowie den aktuellen Ist- und Zielwert. Weiterhin ist angegeben, wer in welchem Zeitintervall mit welchem Messinstrument den Ist-Wert ermittelt und an wen die Ergebnisse weitergeleitet werden. Abb. 2 zeigt einen Ausschnitt aus der Qualitätszielmatrix, Stand Ende 2008.



## Strukturierter Qualitätsbericht über das Berichtsjahr 2008

Bezug zu Qualitäts-politik	Qualitätsziel	Qualitätsindikator / Kennzahl	Geltungs-bereich	Ist-Wert 2006	Zielwert 2008	Ist-Wert 2008	Status Ziel-erreichung	Zielwert 2009	Messinstrument
Grundsatz 1	Hohe Patientenzufriedenheit	Anteil der befragten Patienten, die die Behandlung und Betreuung insgesamt mind. als "gut" einschätzen	Klinik	95,9%	entfällt	entfällt	erfüllt	90%	umfassende Patientenbefragung (Frage 64)
Grundsatz 1	Hohe Patientenzufriedenheit	Rücklaufquote bei der umfassenden Patientenbefragung	Klinik	86,7%	entfällt	entfällt	erfüllt	> 50%	umfassende Patientenbefragung (Abgleich Rücklauf mit Anzahl verschickter Fragebögen)
Grundsatz 1	Hohe Patientenzufriedenheit	Anteil der Patienten, die die Augenklinik ganz sicher weiterempfehlen wollen	Klinik	88,2%	entfällt	entfällt	erfüllt	> 80%	umfassende Patientenbefragung (Frage 69)
Grundsatz 1	Hohe Patientenzufriedenheit	Gesamtzufriedenheit in der umfassenden Patientenbefragung (Skala 1 bis 5)	Ambulanz	1,9	< 2,0	2,1	nicht erfüllt	< 2,0	umfassende Patientenbefragung Ambulanz
Grundsatz 1	Hohe Patientenzufriedenheit	Anteil der Ambulanz-Patienten, die die Augenklinik sicher weiterempfehlen wollen	Ambulanz	65,4%	>65%	56,1%	nicht erfüllt	>65%	umfassende Patientenbefragung Ambulanz
Grundsatz 1	Hohe Patientenzufriedenheit	Durchschnittliche Dauer der Beschwerdebearbeitung (Eingang bis abschließende Bearbeitung bzw. Rückmeldung an Beschwerdeführer)	Klinik	8,4 Tage	6 Tage	27,9 Tage	nicht erfüllt	6 Tage	Auswertung Beschwerde-management
Grundsatz 1	Hohe Patientenzufriedenheit	Anteil der Beschwerden, die innerhalb von 10 Tagen bearbeitet waren	Klinik	78,9%	90%	33,0%	nicht erfüllt	90%	Auswertung Beschwerde-management
Grundsatz 1		...							
Grundsatz 2	Fort- und Weiterbildung: Hohe formale Qualifikation	Facharztquote (Stellenanteile)	Klinik	33,1%	33-50%	46,2%	erfüllt	33-50%	Personalstatistik
Grundsatz 2	Fort- und Weiterbildung: Hohe formale Qualifikation	Anzahl Fachärzte	Klinik	6	6+	11	erfüllt	6+	Personalstatistik
Grundsatz 2	Fort- und Weiterbildung: Hohe formale Qualifikation	Quote/Anteil examinierter Pflegekräfte	Klinik	100%	>95%	100%	erfüllt	>95%	Personalstatistik
Grundsatz 2	Hohe Dokumentationsqualität von Patientendaten	Anteil der ärztlichen Stichprobe, der mind. die Bewertung "gut" erhält	Klinik	90%	> 75%	100%	erfüllt	> 75%	Dokucheck anhand von Checkliste und Auswertung
Grundsatz 2	Hohe Dokumentationsqualität von Patientendaten	Anteil der pflegerischen Stichprobe, der mind. die Bewertung "gut" erhält	Klinik	90%	> 75%	89%	erfüllt	> 75%	Dokucheck anhand von Checkliste und Auswertung
Grundsatz 2	Behandlungserfolg Patientenzufriedenheit	Anteil der Patienten, die den Erfolg der medizinischen Behandlung mind. als "gut" einschätzen	Klinik	73,4%	entfällt	entfällt	erfüllt	> 66%	umfassende Patientenbefragung (Frage 68)
Grundsatz 2		...							
Grundsatz 3	Geringe Wartezeiten für Patienten	durchschnittliche Wartezeiten in der Ambulanz	Ambulanz	109 Min	75 Min	90 Min	nicht erfüllt	75 Min	Wartezeitenerfassung Ambulanz
Grundsatz 3	Geringe Wartezeiten für Patienten	Anteil an Patienten, die länger als 2 Stunden warten	Ambulanz	35%	<20%	18,6%	erfüllt	<20%	Wartezeitenerfassung Ambulanz
Grundsatz 3		...							
Grundsatz 4	Hohe Mitarbeiterzufriedenheit	Anteil der befragten Mitarbeiter, die mit ihrem Arbeitsplatz mind. "größtenteils zufrieden" sind	Klinik	63,8%	entfällt	entfällt	nicht erfüllt	70%	Mitarbeiterbefragung (Frage 82)
Grundsatz 4	Hohe Mitarbeiterzufriedenheit	Rücklaufquote bei Mitarbeiterbefragung	Klinik	80%	entfällt	entfällt	erfüllt	> 50%	Abgleich Rücklauf mit Personalstatistik
Grundsatz 4		...							
Grundsatz 5	Hohe Einweiserzufriedenheit	Gesamtzufriedenheit bei der Einweiserbefragung	Klinik	1,6	entfällt	entfällt	erfüllt	<1,7	Einweiserbefragung
Grundsatz 5	Hohe Einweiserzufriedenheit	Rücklaufquote bei der Einweiserbefragung	Klinik	49,5%	entfällt	entfällt	erfüllt	35%	Abgleich Rücklauf mit verschickten Bögen
Grundsatz 5		...							

Abb. 2: Auszug aus der Qualitätszielmatrix, Stand Ende 2008

Der Auszug stellt die Ergebnisse der beiden letzten Berichtsjahre gegenüber. Ist für das Berichtsjahr 2008 keine Messung vorgesehen gewesen (z.B. Mitarbeiterbefragung, Einweiserbefragung), entfällt die Festlegung eines Zielwertes, was entsprechend in der Matrix vermerkt ist. Die Statusangabe bezieht sich in diesen Fällen auf die letzte Messung.

Die kontinuierliche Fortführung der Qualitätszielmatrix ist Aufgabe der Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB). Sie trägt alle vorliegenden Auswertungsergebnisse (Ist-Werte) in der Matrix ein und führt die Wiedervorlage für die Termine der nächsten geplanten Qualitätsmessungen. Grundsätzlich beträgt das Messintervall ein Jahr. Bei einigen Qualitätszielen sind kurzfristigere Qualitätsmessungen vorgesehen, um zeitnah abgleichen zu können, ob das Qualitätsniveau den internen Vorgaben entspricht und so bei Abweichungen schnell Gegenmaßnahmen einleiten zu können, z.B. strukturierte Überprüfung der Dokumentationsqualität. Bei aufwändigen Messungen sowie Themen, bei denen Verbesserungsmaßnahmen eher mittelfristig greifen, wurden Zeitintervalle festgelegt, die länger als ein Jahr sind, z.B. Mitarbeiterbefragung.

Hauptaspekt der kontinuierlichen Arbeit mit Qualitätszielen ist es, Interventionsmaßnahmen festzulegen, sofern vorliegende Messergebnisse nicht innerhalb der festgelegten Zielwerte liegen. So wurde in 2009 z.B. die Dauer der Beschwerdebearbeitung bereits wieder deutlich gesenkt.

Darüber hinaus überprüft das QM-Team einmal jährlich die Struktur und Inhalte der Qualitätszielmatrix an sich. Dies umfasst die Festlegung und ggf. Anpassung von Ziel- bzw. Referenzwerten. Hierzu gehört auch zu prüfen, ob das Messinstrument möglichst valide Ergebnisse generiert und ob der „richtige“ Qualitätsindikator sowie die entscheidenden Qualitätsziele ausgewählt wurden. Bei Bedarf werden weitere Qualitätsziele ergänzt.

Die bereichsübergreifende Qualitätszielmatrix ist Bestandteil des Intranets und steht somit allen Mitarbeitern zur Verfügung. Neben den Qualitätszielen an sich können die Mitarbeiter anhand der Statusangabe die Zielerreichung unmittelbar nachvollziehen.

### D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Um eine langfristige Sicherung unserer Behandlungs- und Versorgungsqualität zu erreichen, hat die Augenklinik seit 2004 ein systematisches Qualitätsmanagement im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses aufgebaut, in das alle Mitarbeiter der Klinik eingebunden sind.

Die Strukturen und Verantwortlichkeiten sind nachvollziehbar, eindeutig und transparent geregelt:

Verantwortlich für grundsätzliche Entscheidungen bzgl. Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung ist die **Klinikleitung**, bestehend aus dem Geschäftsführer und dem Ärztlichen Direktor. Die **Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB)** ist zuständig für die organisatorische und fachliche Unterstützung des Qualitätsmanagements. Sie übernimmt damit die Verantwortung für die Koordination aller qualitätssichernden Maßnahmen und Projekte.

Ein berufsgruppenübergreifendes **QM-Team** (jeweils 1 Mitarbeiter aus dem ärztlichen und pflegerischen Bereich sowie der Verwaltung) unterstützt die QMB bei der konkreten Projektarbeit. So sind insbesondere Mitglieder des QM-Teams als Projektleiter benannt. Das QM-Team entwickelt weiter die Qualitätspolitik, schlägt Qualitätsziele vor und führt zusammen mit der QMB das Projektcontrolling durch.

Weiterhin sind in allen relevanten Bereichen sog. **QM-Multiplikatoren** benannt, die die Kommunikation QM-relevanter Inhalte in die Bereiche hinein unterstützen sollen.

Verantwortlich für die Umsetzung des Qualitätsmanagements in den einzelnen Abteilungen sind die jeweiligen **Führungskräfte**. Qualitätsmanagement betrifft alle Mitarbeiter in allen Bereichen. Daher ist es wichtig, dass die Ziele des Qualitätsmanagements hierarchie- und berufsgruppenübergreifend in allen Bereichen verstanden und umgesetzt werden.

Die Aufgabenbereiche der o.g. Gremien und Beauftragten sind im QM-Konzept definiert und klar voneinander abgegrenzt.

Aufgaben der QM-Beauftragten sind u.a.:

- Erstellung und Weiterentwicklung des QM-Konzepts, inkl. Koordination der Sammlung qualitätsrelevanter Daten
- Koordination der Arbeit mit Qualitätszielen und Unterstützung bei der Entwicklung geeigneter Kennzahlen
- Koordination der QM-Projekte und -Maßnahmen
- Projektcontrolling und Reporting an das QM-Team sowie die Klinikleitung
- Pflege und Weiterentwicklung des Intranets
- Koordination der klinikinternen Kommunikation von Projektergebnissen und Auswertungen
- Koordination der Erstellung des gesetzlichen Qualitätsberichts

Aufgaben des QM-Teams sind u.a.:

- Mitwirkung bei der Priorisierung von Projekten und Maßnahmen
- Gesamtprojektcontrolling
- Projektleitung bzw. Unterstützung von Projektleitern
- Erarbeitung klinikbezogener Qualitätsziele auf Basis der Qualitätspolitik

Aufgaben der QM-Multiplikatoren sind u.a.:

- Vorrangige Mitarbeit bei Projekten
- Kommunikation von Projektergebnissen und Ergebnissen von Qualitätsmessungen
- Mitwirkung bei der Erarbeitung bereichsbezogener Qualitätsziele

## D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Vorrangige Instrumente unseres QM-Systems sind Befragungen, Begehungen, statistische Auswertungen, ein Beschwerdemanagement sowohl für Patienten und Dritte als auch für Mitarbeiter sowie seit 2007 ein strukturiertes Fehler- und Risikomanagement (CIRS).

### 1. Befragungen

Zwecks Entlastung interner Ressourcen und Sicherstellung eines professionellen Befragungsdesigns und -auswertung werden teilweise externe Dienstleister mit der Durchführung beauftragt. Folgende Befragungen sind etabliert:

Befragung	Turnus	Verantwortlich
Kontinuierliche Patientenbefragung Station	laufend	ltd. Schw. der Station
Kontinuierliche Patientenbefragung amb. OP	laufend	Schw. amb. OP
Patientenbefragung Ambulanz	alle 2 Jahre	pflg. Leitung Ambulanz
Umfassende Patientenbefragung Station	alle 2 Jahre	QMB
Einweiserbefragung	alle 3 Jahre	QMB, Chefarzt
Mitarbeiterbefragung	alle 3 Jahre	QMB, Geschäftsführer

Kontinuierliche Patientenbefragungen:

Insbesondere die Patienten der Augenklinik werden kontinuierlich angeregt, eine persönliche Bewertung unserer Angebote und Leistungen abzugeben. Um die Zufriedenheit der unterschiedlichen Patientengruppen entsprechend ihrer jeweiligen Bedürfnisse zu ermitteln, haben wir Fragebögen „Ihre Meinung ist uns wichtig“ für stationäre Patienten entwickelt, sowie für Patienten, die sich einer ambulanten Operation unterziehen. Diese werden jährlich ausgewertet.

Die Ergebnisse für 2008 im **stationären Bereich** sind im Folgenden dargestellt:

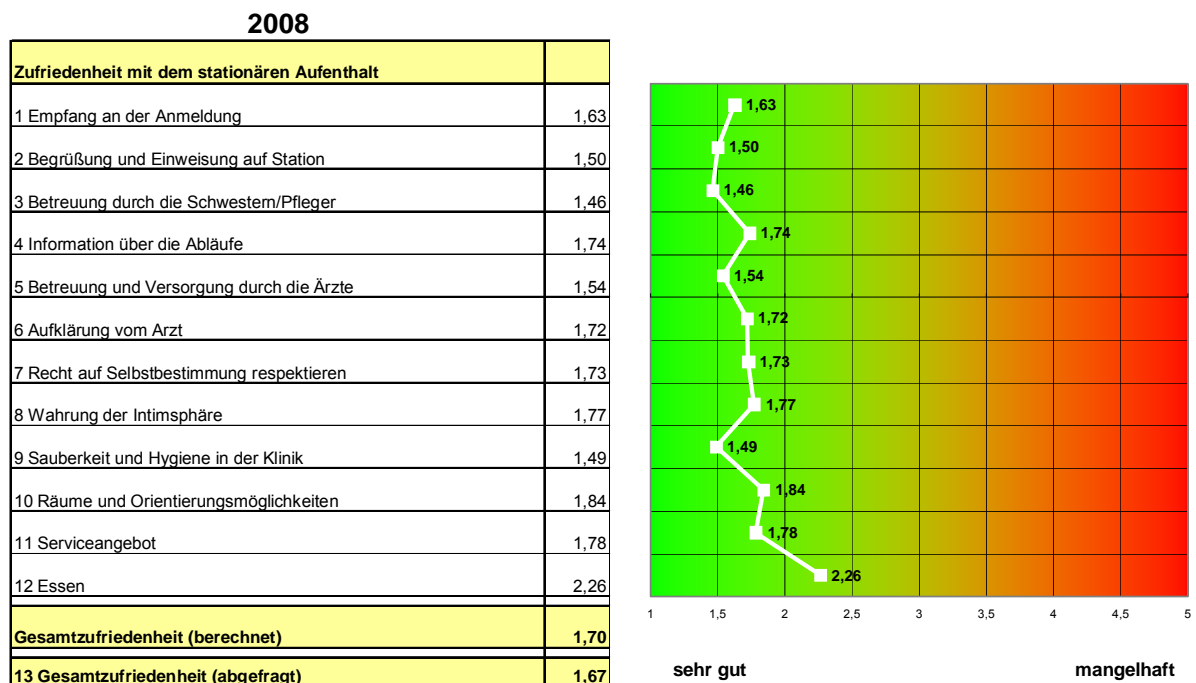


Abb. 1: Auswertung kontinuierliche Patientenbefragung Station

# Strukturierter Qualitätsbericht über das Berichtsjahr 2008

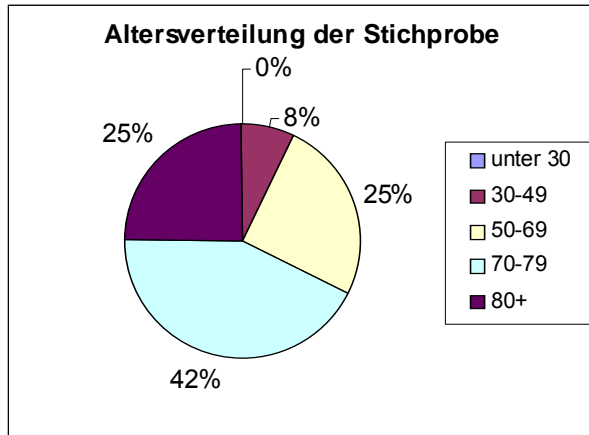


Abb. 2: Verteilung nach Alter, 2008

Für den Bereich „ambulant Operieren“ stellt sich die Zufriedenheit der Patienten wie folgt dar:

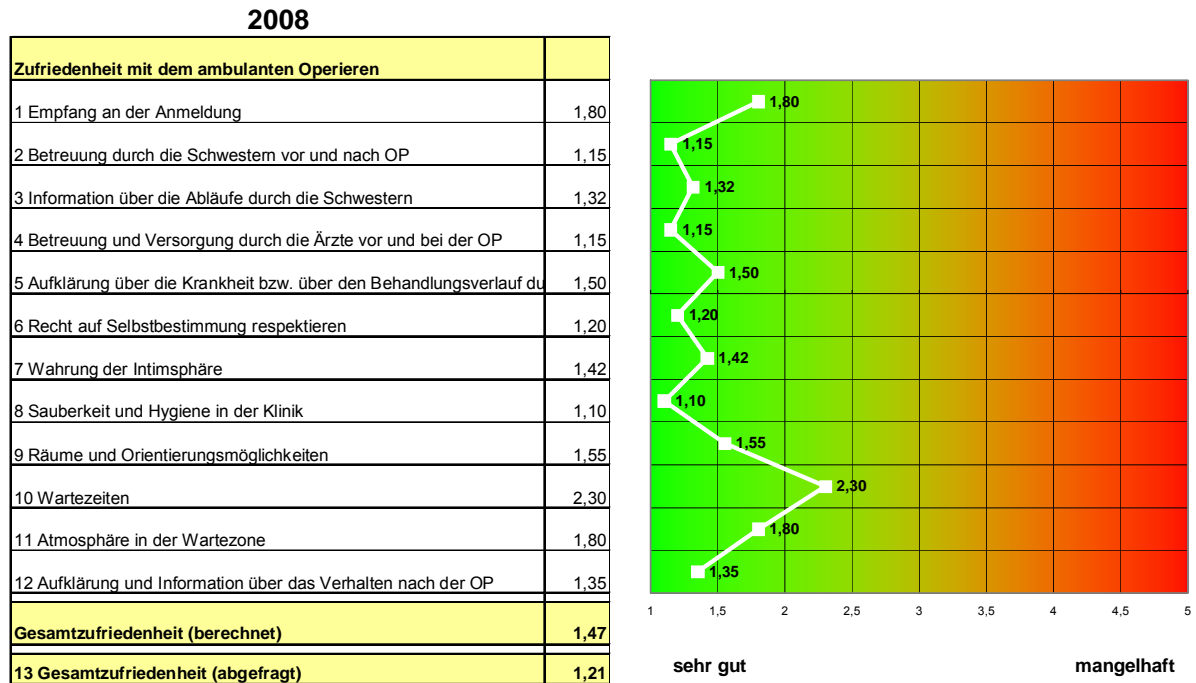


Abb. 3: Auswertung kontinuierliche Patientenbefragung ambulantes Operieren

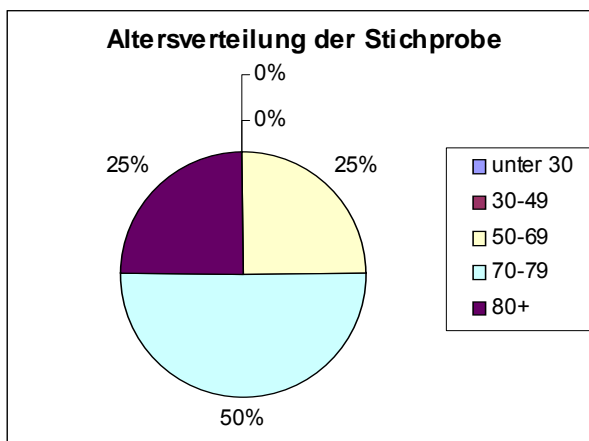


Abb. 4: Verteilung nach Alter, 2008

Patientenbefragung Ambulanz:

## Strukturierter Qualitätsbericht über das Berichtsjahr 2008

Nach einer Erstbefragung im Frühjahr 2007 wurden im Zeitraum September bis November 2008 die Patienten in der Ambulanz erneut befragt. Der Fragebogen beinhaltet Fragen zu:

- Patientenanmeldung in der Ambulanz
- Ablauf, Organisation und Information
- Ärztlichen Betreuung
- Räume und Ausstattung
- Gesamtzufriedenheit
- Gesamteindruck

Insgesamt haben sich 114 Patienten mit auswertbaren Antworten an der Befragung beteiligt. Die Gesamtzufriedenheit wird durchschnittlich mit 2,02 bewertet, wobei sich folgende Verteilung ergibt:

	Häufigkeit	%
<b>1 Sehr gut</b>	29	25,4%
<b>2</b>	53	46,5%
<b>3</b>	19	16,7%
<b>4</b>	3	2,6%
<b>5 mangelhaft</b>	2	1,8%
<b>Enthaltung</b>	8	7,0%
<b>Gesamt</b>	<b>114</b>	<b>100,0%</b>

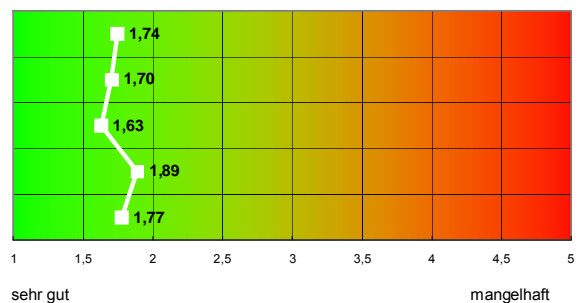
Die Weiterempfehlungsabsicht wird von den Patienten wie folgt angegeben:

	Häufigkeit	%
<b>1 ja, sicher</b>	64	56,1%
<b>2 eher ja</b>	23	20,2%
<b>3 eventuell</b>	13	11,4%
<b>4 eher nein</b>	1	0,9%
<b>5 nein, sicher nicht</b>	4	3,5%
<b>Enthaltung</b>	9	7,9%
<b>Gesamt</b>	<b>114</b>	<b>100,0%</b>

Abb. 6. weiterempfehlungsabsicht Ambulanz

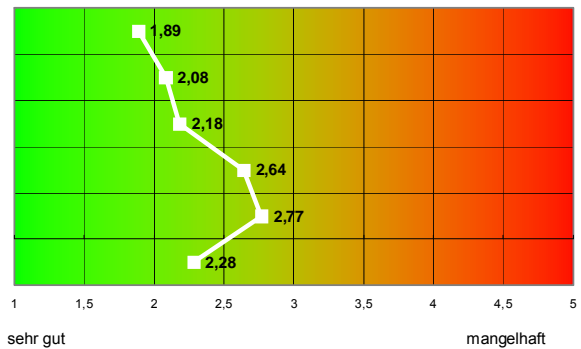
Im Einzelnen stellt sich die Zufriedenheit mit der Ambulanz im Jahr 2008 wie folgt dar:

Patientenanmeldung Ambulanz	gesamt
1 Wie war der Empfang an der Anmeldung?	1,74
2 Wie war die Betreuung durch die Ambulanzmitarbeiter?	1,70
3 Wie war die Freundlichkeit der Ambulanzmitarbeiter?	1,63
4 Wie gut wurden Sie durch die Schwestern über die Abläufe informiert?	1,89
5 Wie war die Kompetenz der Ambulanzmitarbeiter am Telefon?	1,77

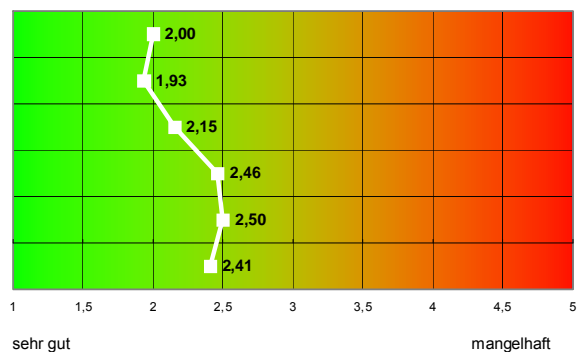


## Strukturierter Qualitätsbericht über das Berichtsjahr 2008

<b>Ablauf, Organisation, Information</b>	
6 Wie gut war die Möglichkeit, einen kurzfristigen Termin zu bekommen?	1,89
7 Wie gut war die telefonische Erreichbarkeit?	2,08
8 Wie gut war die Erreichbarkeit der Klinik (Auto, zu Fuß, öffentliche Verkehrsmittel)?	2,18
9a Sie hatten einen Termin: Wie empfanden Sie die Wartezeit?	2,64
9b Sie hatten keinen Termin: Wie empfanden Sie die Wartezeit?	2,77
10 Wie gut ist das zur Verfügung stehende Informationsmaterial?	2,28



<b>Ärztliche Betreuung</b>	
11 Wie war die Freundlichkeit der behandelnden Ärzte?	2,00
12 Wie war die Qualität der Behandlung durch den Arzt?	1,93
13 Wie gut hat Sie der Arzt über Ihre Krankheit bzw. die Behandlung aufgeklärt?	2,15
14 Wie empfanden Sie die zur Verfügung stehende Zeit für die Behandlung?	2,46
15 Wie gut war die Information über Zusatzleistungen, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden?	2,50
16 Wie gut war die Information über Behandlungskosten bei selbst zu zahlenden Leistungen?	2,41



<b>Räume und Ausstattung</b>	
17 Wie empfanden Sie die Wartezone?	2,64
18 Wie empfanden Sie die Behandlungsräume der Ambulanz?	2,10
19 Wie gut konnten Sie sich orientieren?	2,14
20 Welchen Eindruck macht die technische Ausstattung auf Sie?	1,89
21 Wie empfanden Sie die Sauberkeit und Hygiene in der Klinik?	1,62

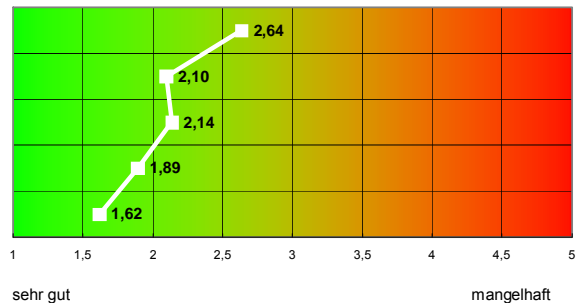


Abb. 7: Zufriedenheitswerte Patientebefragung Ambulanz 2008

### Umfassende Patientebefragung:

Die letzte umfassende Befragung stationärer Patienten fand 2007 statt und ist folglich für Ende 2009/Anfang 2010 geplant.

### Einweiserbefragung:

Die Erwartungen der Einweiser an die Augenklinik sowie deren Zufriedenheit mit unseren Angeboten und Leistungen erfassen wir anhand von Einweiserbefragungen, die wir 2007 bereits zum zweiten Mal in Zusammenarbeit mit einem Spezialdienstleister erfolgreich durchgeführt haben. Die nächste Einweiserbefragung ist für 2010 geplant.

### Mitarbeiterbefragung:

Eine umfassende Mitarbeiterbefragung haben wir erstmals 2007 in Zusammenarbeit mit einem renommierten Institut durchgeführt. Die Folgebefragung ist ebenfalls für 2010 geplant.

## 2. Begehungen

Zielsetzung von Begehungen ist es, die Kenntnis und Umsetzung externer sowie interner Vorgaben zu überprüfen. Begehungen decken evtl. vorhandene Mängel sowie die Notwendigkeit von Korrekturmaßnahmen auf. Damit unterstützen sie den kontinuierlichen Verbesserungsprozess und sorgen für eine notwendige Anpassung der vorhandenen Regelungen an veränderte Bedingungen. Begehungen finden insbesondere in denjenigen Bereichen statt, in denen gesetzliche Auflagen erfüllt sein müssen und eine Inaugenscheinnahme zur Beurteilung am besten geeignet ist.

Das Ergebnis von Begehungen muss stets vom Begehenden protokolliert werden und den Verantwortlichen der begangenen Bereiche zugänglich gemacht werden. Das Protokoll muss von den Bereichsverantwortlichen systematisch abgearbeitet werden. Die Behebung von Mängeln wird im Protokoll ebenfalls kenntlich gemacht.

Folgende Begehungen sind etabliert:

Begehung	Turnus
Arbeitsschutzbegehung	halbjährlich
Arzneimittelbegehungen	halbjährlich
Hygienebegehung	jährlich
Brandschutzbegehung	jährlich
Datenschutzbegehungen	jährlich

## 3. Statistische Auswertungen

Wir nutzen Statistiken, um Entwicklungstendenzen strukturiert darstellen und aufzeigen zu können. Bei negativen Entwicklungen unterstützen die Statistiken die Fehlerursachenanalyse, um gezielte Gegenmaßnahmen ergreifen zu können. Jeder Bereich ist aufgefordert, zur internen Qualitätssicherung Qualitätsmesspunkte zu definieren und die gemessenen Daten strukturiert in Form einer Statistik aufzubereiten. Dabei ist das Kosten-Nutzen-Verhältnis zu beachten, d.h. der Aufwand für Durchführung und Aufbereitung der Messungen soll den Nutzen der Auswertung nicht überschreiten.

Folgende Statistiken werden u. a. zur internen Qualitätssicherung genutzt:

Statistische Auswertung	Turnus	Verantwortlich
Arbeitsunfälle	jährlich	Sicherheitsbeauftragter
Nosokomiale Infektionen	jährlich	hygienebeauftragter Oberarzt
Wartezeiten Ambulanz	jährlich	benannte Ambulanzmitarbeiterin
Sturzstatistik	jährlich	benannte Schwester
Beinahe-Vorkommnisse (CIRS)	jährlich	Ltd. OP-Schwester
Beschwerden und -anregungen	jährlich	QMB
Dokumentationsqualität	quartalsweise	1. Oberärztin; Ltd. Schwester

### Arbeitsunfälle

2008 wurden 3 Arbeitsunfälle von den Mitarbeitern gemeldet. Aufgrund der vergleichsweise geringen Anzahl an Arbeitsunfällen konnte auf eine gesonderte statistische Auswertung verzichtet werden.

### Sturzstatistik

Im Jahr 2008 wurden 15 Patientenstürze erfasst. Alle Stürze erfolgten im Patientenzimmer bzw. im Patientenbad (innerhalb des Patientenzimmers).

Die Altersverteilung der gestürzten Patienten stellt sich wie folgt dar:

## Strukturierter Qualitätsbericht über das Berichtsjahr 2008

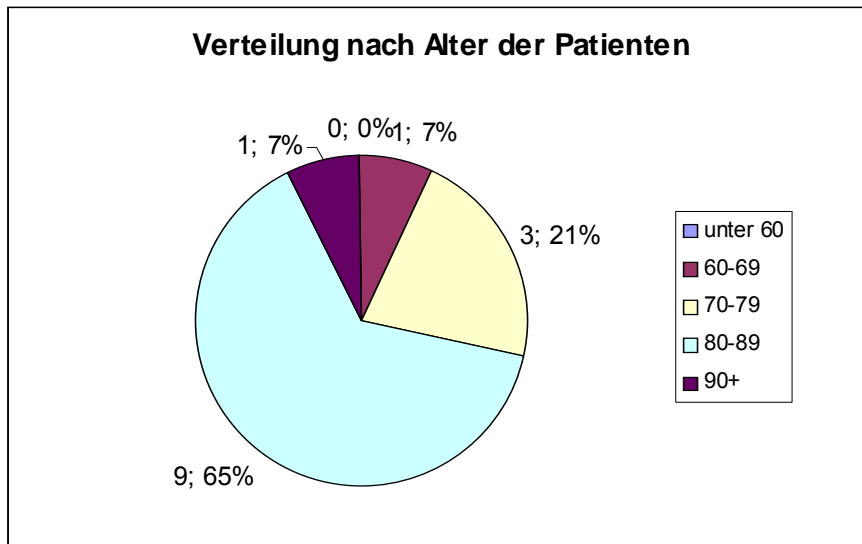


Abb. 8: Altersverteilung Patientenstürze

Fast Dreiviertel der gestürzten Patienten sind älter als 80 Jahre. Hinzu kommt eine vorübergehend eingeschränkte Orientierungsfähigkeit, da ein Auge nach der Behandlung zumeist verbunden ist.

2008 erfolgten 67% der erfassten Patientenstürze nachts. In diesen Fällen hatten die Patienten ihr Bett verlassen, ohne eine Nachtschwester zu informieren, damit diese Hilfestellung geben kann.

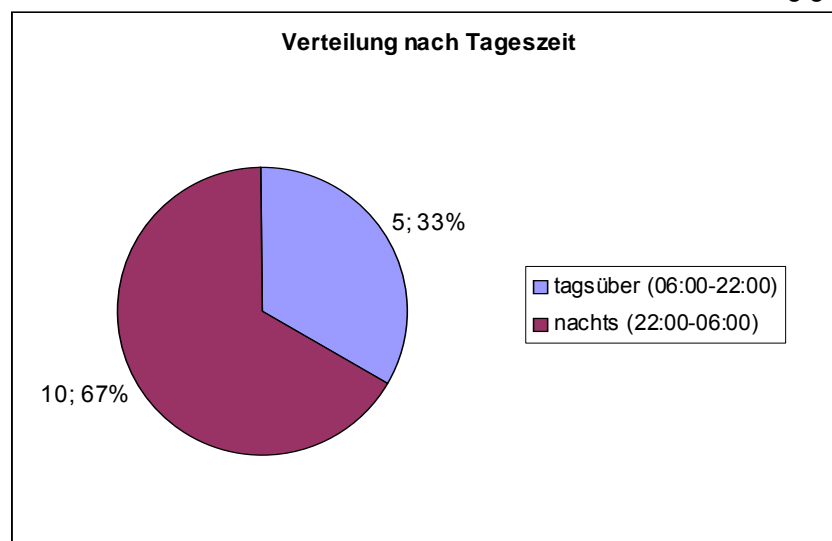


Abb. 9: Verteilung der Stürze nach Tageszeit



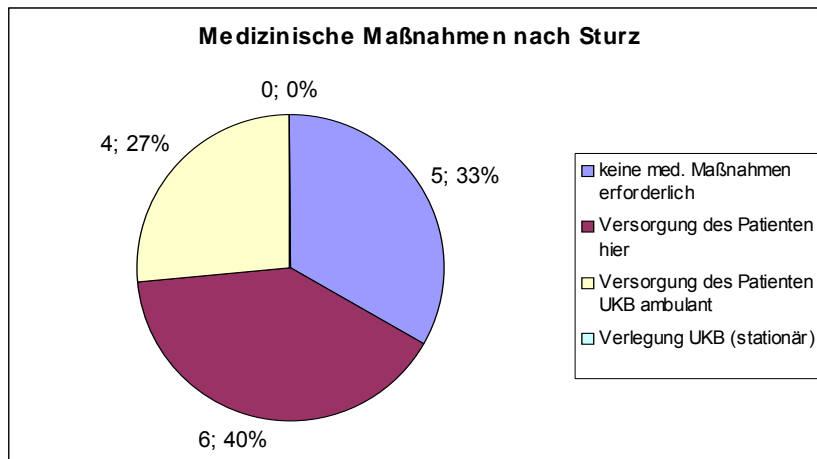


Abb. 10: Medizinische Maßnahmen nach Sturzereignis

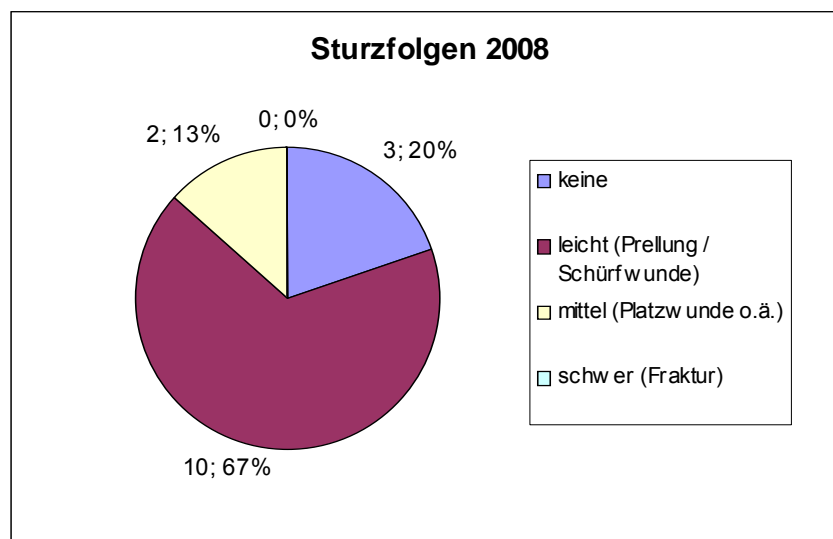


Abb. 11: Sturzfolgen 2008

Die überwiegende Mehrheit der Stürze zieht keine oder nur geringe Verletzungen nach sich. Zwei Patienten zogen sich mittelschwere Verletzungen (z.B. Verstauchung, Platzwunde o.ä.) infolge eines Sturzes zu. Schwere Verletzungen wie z.B. Knochenbrüche waren glücklicherweise nicht zu verzeichnen.

### Beschwerdemanagement – Beschwerden und Anregungen

Nicht nur passiv auf Beschwerden reagieren, sondern aktiv auf Beschwerdemöglichkeiten aufmerksam machen und verdeutlichen, dass ein ernsthaftes Interesse an Rückmeldungen, egal ob positiv oder kritisch, besteht - dies sind die Ziele, die wir mit unserem Patientenbeschwerdemanagement verfolgen.

Daher sind die Erfassung, Bearbeitung und Auswertung von Anregungen und Beschwerden, die von Patienten der Augenklinik Berlin Marzahn oder Externen geäußert werden, klar geregelt. Durch die Festlegung der Zuständigkeiten, der Vorgehensweise bei der Bearbeitung sowie der Auswertung der Anregungen bzw. Beschwerden, vermeiden wir zum einen wiederholte Beschwerden. Weiter werden die Ursachen erkannt und Maßnahmen zu deren Beseitigung initiiert. Zum anderen sollen Anregungen, wenn möglich, umgesetzt werden.

Uns ist wichtig, dass es nicht um das Suchen bzw. Beschuldigen von Verursachern, sondern das Erlernen des konstruktiven Umganges mit Beschwerden sowie die zukünftige Vermeidung von ähnlichen Beschwerdegründen geht.

Die Abbildung zeigt den Weg der Bearbeitung von Beschwerden und/oder Anregungen:

# Strukturierter Qualitätsbericht über das Berichtsjahr 2008

## QM -Beauftragter

## Aktion/Erläuterungen

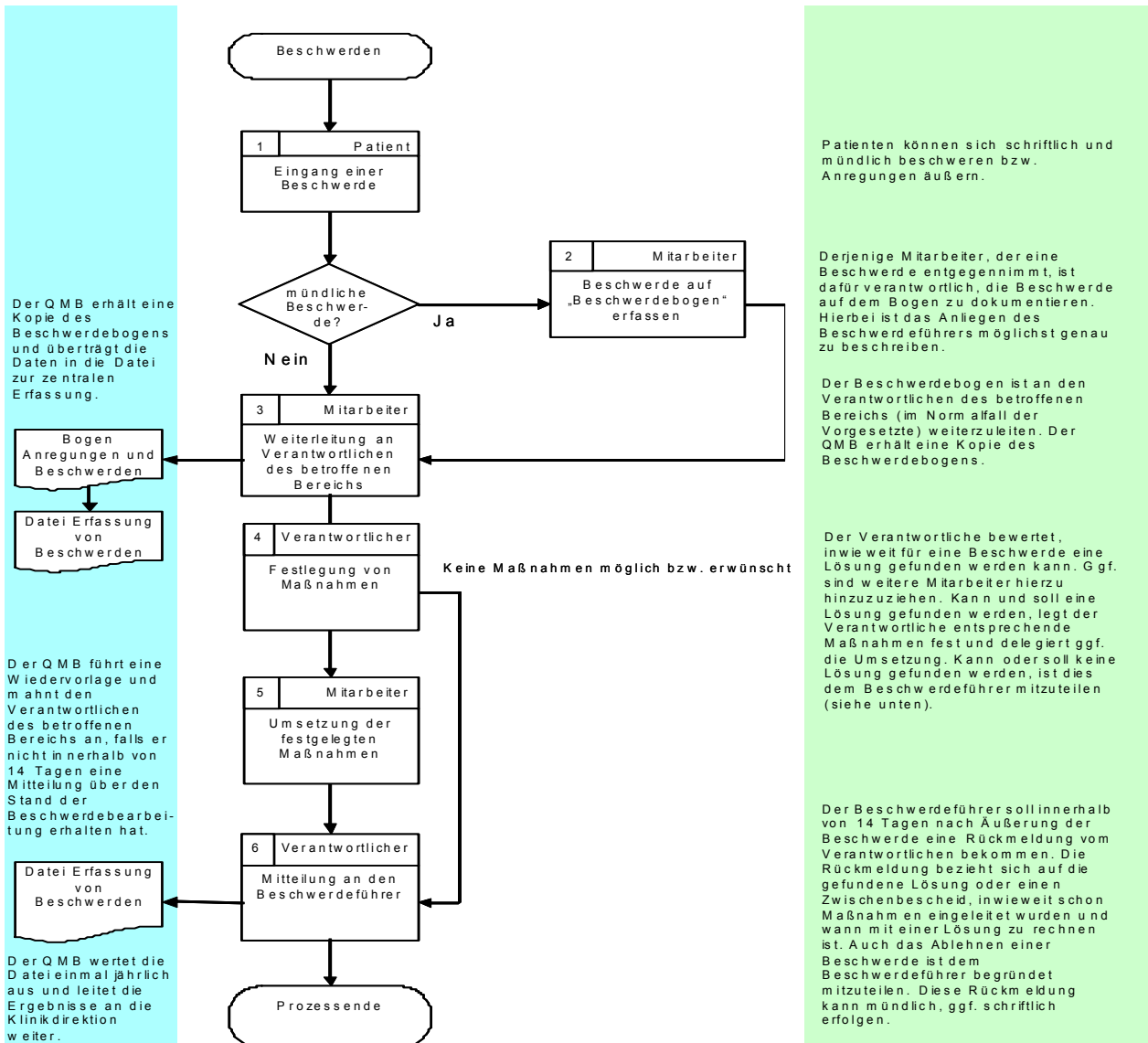


Abb. 12: Ablaufbeschreibung Beschwerdemanagement

2008 wurden 15 Beschwerden und 2 positive Rückmeldungen offiziell eingereicht, 4 der Rückmeldungen waren anonym. Damit ist die Anzahl an Beschwerden im Vergleich zu 2007 (21 Beschwerden) um ca. ein Viertel gesunken. Die durchschnittliche Dauer zwischen Beschwerdeeingang und abschließender Bearbeitung bzw. Rückmeldung an den Beschwerdeführer betrug 27,9 Tage.

### Risiko- und Fehlermanagement - Erfassung und Auswertung kritischer Ereignisse

Durch die systematische Erfassung und Auswertung von kritischen Ereignissen soll in einem ersten Schritt insbesondere das Potenzial von Beinahe-Vorkommnissen genutzt werden, die Sicherheit Aller zu erhöhen und Risiken noch gezielter zu vermeiden bzw. zu minimieren. Gleichzeitig soll der konstruktive Umgang mit Fehlern im Sinne eines Risikomanagements optimiert und trainiert werden.

Ein berufsgruppenübergreifend besetztes Risikoteam sichtet und bewertet eingegangene Meldungen, betreibt Ursachenforschung und schlägt ggf. Verbesserungsmaßnahmen vor.

Die Anzahl der 2008 eingegangenen Meldungen über Beinahe-Vorkommnisse reicht für eine statistische Auswertung nicht aus.

### Wartezeiten Ambulanz

Im Herbst 2008 wurde in der Ambulanz erneut eine Wartezeitenerhebung durchgeführt. Insgesamt wurde bei 1384 Patienten die Dauer des ambulanten Gesamtaufenthalts sowie der einzelnen Warteetappen erfasst und statistisch ausgewertet.

Die durchschnittliche Dauer des Aufenthalts betrug 1 Std. 30 Minuten. 2007 waren es durchschnittlich 1 Std. 46 Minuten gewesen, die Gesamtdauer des Aufenthalts konnte also um ca. eine Viertelstunde verkürzt werden.

2008 ergab sich folgende Verteilung der Wartezeiten:

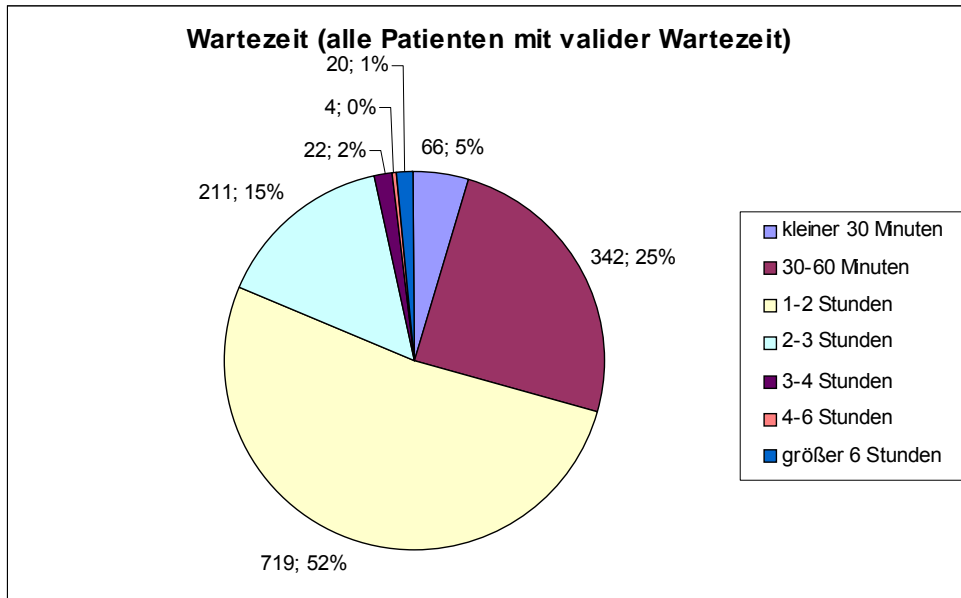


Abb. 13: Verteilung der Wartezeiten in der Ambulanz 2008

Fazit: Die Mehrheit (52%) der Patienten wartet zwischen 1 und 2 Stunden, während weitere 30% der Patienten vergleichsweise geringe Wartezeiten von bis zu 1 Stunde erfahren.

2007 ergab sich folgende Verteilung (795 Patienten):

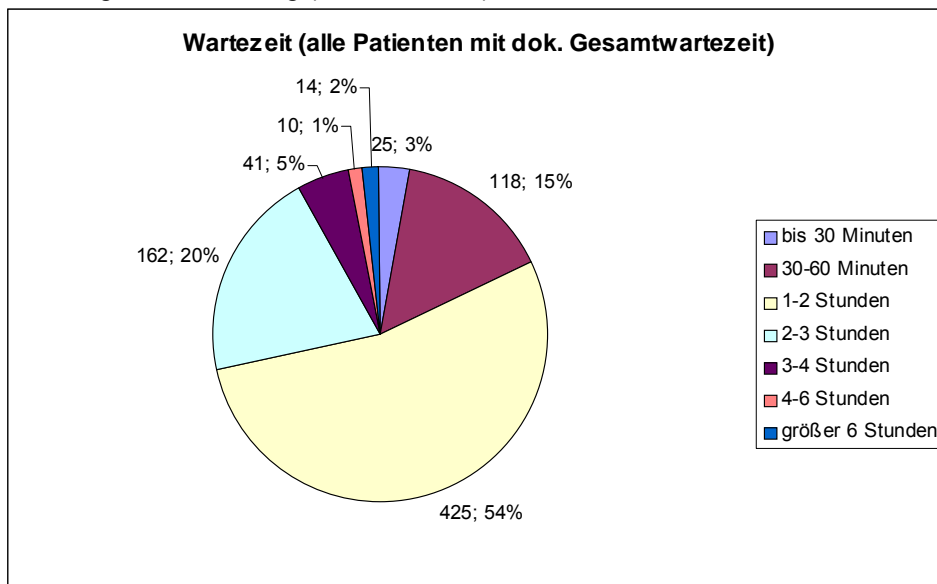


Abb. 14: Verteilung der Wartezeiten in der Ambulanz 2007

Fazit: Während 2008 der Anteil mit einer Wartezeiten zwischen 1 und 2 Stunden im Vergleich zu 2007 nahezu unverändert blieb, konnte der Anteil an Patienten mit geringen Wartezeiten von 18% auf 30% erhöht werden.

## Strukturierter Qualitätsbericht über das Berichtsjahr 2008

Die Zeit des Gesamtaufenthalts gliedert sich dabei in folgende Wartezeitetappen auf:

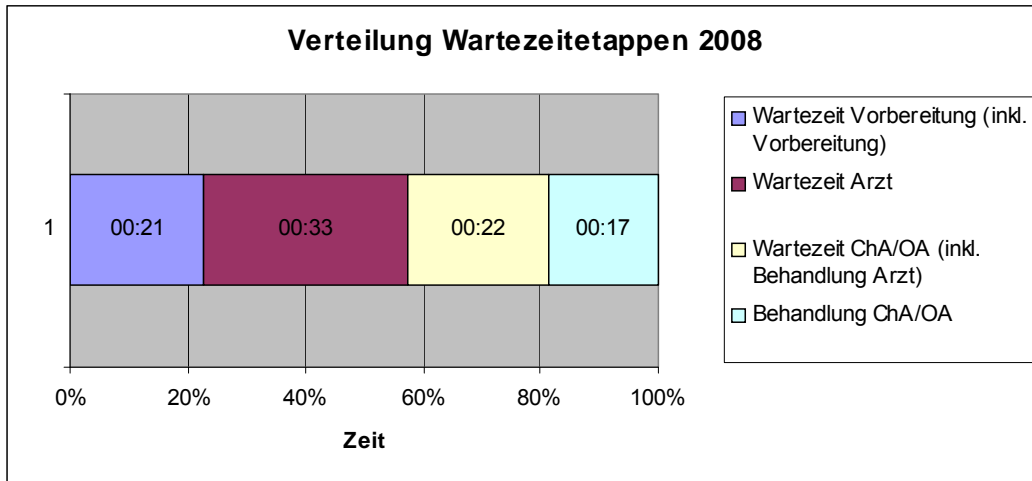


Abb. 15: Verteilung der Wartezeitetappen in der Ambulanz 2008

Im Folgenden sind die durchschnittlichen Wartezeitetappen für 2007 dargestellt:

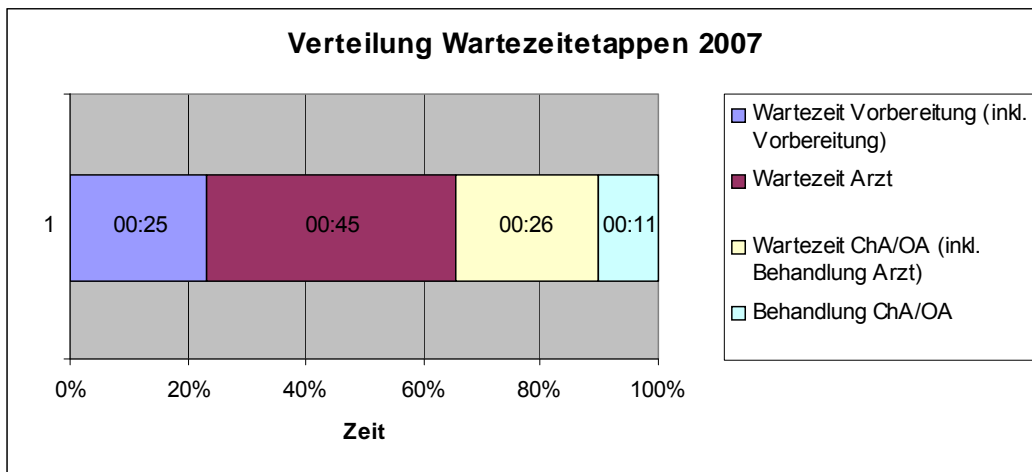


Abb. 16: Verteilung der Wartezeitetappen in der Ambulanz 2007

Insgesamt konnten 2008 im Vergleich zu 2007 alle Warteetappen verkürzt werden, wobei die Verkürzung von durchschnittlich 45 Minuten auf 33 Minuten im Bereich der Assistenzärzte besonders deutlich ausfällt.

### Strukturierte Überprüfung der Dokumentationsqualität („Dokucheck“)

Wir überprüfen sowohl die ärztliche als auch die pflegerische Dokumentationsqualität quartalsweise anhand jeweils einer umfassenden Checkliste. Bewertet wird neben formalen Kriterien wie Vollständigkeit, Lesbarkeit, Aktualität auch, inwieweit die einzelnen Formulare inhaltlich korrekt ausgefüllt wurden und ob Anamnese, Diagnostik, Anordnungen, Verlauf und Maßnahmen eindeutig nachvollzogen werden können. Die sich ergebende Punktzahl wird in eine „Note“ umgerechnet und diese den betroffenen Bereichen kommuniziert. Falls erforderlich, werden die Mitarbeiter auf Dokumentationsmängel hingewiesen und Verbesserungen trainiert.

Im Folgenden ist ein Auszug aus dem ärztlichen Bewertungsbogen dargestellt:



### Bewertungsbogen der Dokumentationsqualität im ärztlichen Bereich

Bitte vergeben Sie Punkte zwischen 0 und 2 (0 = nein/ meistens nicht; 1 = meistens; 2 = ja, immer)

#### Basiskriterien

(max. 20 Punkte)

- Sind die Dokumente inhaltlich korrekt geführt?
- Sind die Dokumente leserlich ausgefüllt?
- Sind die Dokumente vollständig ausgefüllt?
- Wurde mit dokumentenechten Stiften geschrieben?
- Wurde ordnungsgemäß gestrichen? (D.h. kein Tipp-Ex, nur einfach durchgestrichen, mit Handzeichen)

erreichte Gesamtpunktzahl Basiskriterien: \_\_\_\_\_ x 2 =

#### Einzelne Dokumente

(max. 6 Punkte)

- Ärztliche Anordnungen**
  - Sind die Anordnungen mit Datum und Handzeichen versehen?
  - Sind Therapieänderungen nachvollziehbar dokumentiert?
  - Ist die Reaktion auf Therapievorschläge (Untersuchungen/ Konsile) dokumentiert?

(max. 10 Punkte)

- Ärztliche Dokumentation**
  - Ist ein Behandlungsplan (inkl. Behandlungszielen) erkennbar dokumentiert?
  - Ist dokumentiert, dass der Patient innerhalb von 24 Std. nach Aufnahme einem Facharzt vorgestellt wurde?
  - Ist der Verlauf nachvollziehbar beschrieben?
  - Ist eine tägliche Visite dokumentiert?
  - Sind Gesprächsergebnisse mit Patient/ Angehörigen dokumentiert?
  - ...

Max. Gesamtpunktzahl für **alle** Dokumente: **60 Punkte**

**Angepasste** max. Gesamtpunktzahl (für verwendete Dokumente): \_\_\_\_\_ Punkte = 100 %

Erreichte **Gesamtpunktzahl für verwendete Dokumente**: \_\_\_\_\_ Punkte =  %\*

\* Formel für Prozentwert Dokumente:  $\frac{\text{erreichte Gesamtpunktzahl Dokumente}}{\text{angepasste max. Gesamtpunktzahl}} \times 100$

#### Legende:

Die Dokumentation ist:

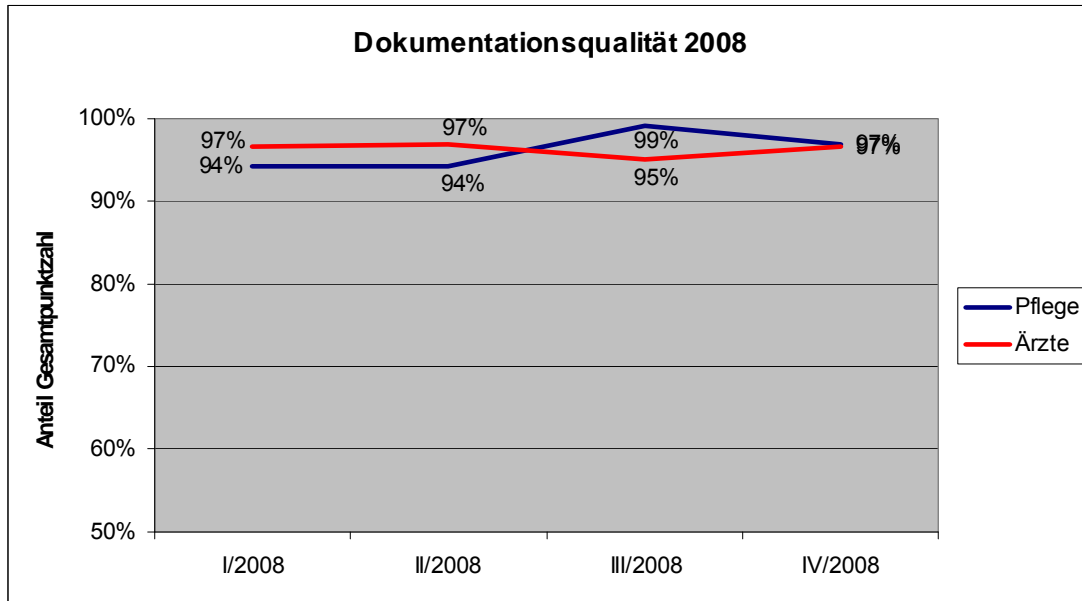
- bis 49,5 % = ungenügend
- 50 % bis 63,5 % = ausreichend
- 64 % bis 77,5 % = befriedigend
- 78 % bis 91,5 % = gut
- 92 % bis 100 % = sehr gut

Datum: \_\_\_\_\_ Prüfer: \_\_\_\_\_

Abb. 17: Bewertungsbogen Ärztliche Dokumentationsqualität (Auszug)

Im Zeitablauf ergeben sich für die Quartale 2008 folgende Werte:

## Strukturierter Qualitätsbericht über das Berichtsjahr 2008



Fazit:

Die

Dokumentationsqualität ist sowohl ärztlich wie auch pflegerisch insgesamt auf einem konstant hohen Niveau, wobei die Stichprobe aufgrund des hohen Überprüfungsaufwands vergleichsweise gering ist (10 Patientenakten im Quartal) und es seltene „Ausreißer“ bei einzelnen Patientenakten gibt.

## D-5 Qualitätsmanagementprojekte

Das Projektmanagement der Augenklinik umfasst die Projektplanung, -durchführung sowie ein Projektcontrolling inkl. Berichterstattung an die Geschäftsführung:

Die **Projektplanung** umfasst:

- Identifikation von Projekten und Maßnahmen (Zusammentragen aus allen relevanten Messinstrumenten)
- Priorisierung der Projekte in 3 Stufen
- Verantwortliche auswählen/vorschlagen, Grobzeitplanung
- Abstimmung mit Klinikleitung
- Zielformulierung und Meilensteinplanung (gemeinsam mit Projektleiter)
- Erstellung eines Maßnahmenkatalogs
- Benennung von Maßnahmenverantwortlichen und Terminierung

Die **Projektdurchführung** umfasst:

- Ansprache der benannten Projektleiter
- Zielvermittlung und Abstimmung, ggf. Definition konkreter projektbezogener Qualitätsziele
- Ggf. Vorschlag von Projektmitgliedern
- Gemeinsame Meilensteinplanung, ggf. Bereitstellung von Mustervorlagen
- Teilweise Terminkoordination, Moderation und Abstimmung von Schnittstellen
- Information der Maßnahmenverantwortlichen
- Ggf. Hilfestellung, z.B. Erläuterung der Zielsetzung/Aufgabe
- Auswahl Projektmitglieder
- Projektorganisation: Terminkoordination, Moderation, Aufgabenverteilung
- Meilensteincontrolling gemeinsam mit QMB/QM-Team

Das **Projektcontrolling** besteht aus einem Gesamtprojektcontrolling, einem Meilensteincontrolling für größere Projekte sowie einem Maßnahmencontrolling.

### **Berichterstattung an die Geschäftsführung:**

Die QM-Beauftragte berichtet dem Geschäftsführer regelmäßig über den Stand der Projektarbeit, Auswertungsergebnisse sowie QM-bezogene Entwicklungen innerhalb und außerhalb der Klinik. Besprechungen zwischen der QM-Beauftragten und dem Geschäftsführer erfolgen darüber hinaus bei Bedarf, insbesondere wenn es zu Verzögerungen bei der Projektarbeit kommt oder Entscheidungen zu treffen sind, die den weiteren Projektverlauf betreffen.

Im Folgenden stellen wir eine Auswahl an Projekten vor, die wir 2008 initiiert, durchgeführt oder abgeschlossen haben:

### **Optimierung der Patientenakte**

#### Ausgangslage/Problemstellung und Zielsetzung:

Anhand des in Abschnitt D4. beschriebenen „Dokuchecks“ wurden Verbesserungsmöglichkeiten am Aufbau der Patientenakte erkannt, insbesondere bei der sogenannten Patientenkurve und der Pflegeplanung.

Zielsetzung war es, die einzelnen Dokumentationsbestandteile so umzustrukturieren, dass eine effizientere Dokumentation möglich sein sollte. Insbesondere sollte der sogenannte Pflegeprozess strukturierter abgebildet werden können, also eine klarere Zuordnung von Pflegemaßnahmen zu den entsprechenden Pflegezielen. Weiter sollte die Dokumentation einer leitliniengerechten Behandlung vereinfacht werden, indem reguläre Ziele und Maßnahmen vorgegeben werden und von den Behandelnden lediglich ausgewählt und patientenindividuell ergänzt werden müssen. Die Anpassung der Patientenakte erfolgte in enger Abstimmung mit dem ärztlichen Dienst, damit eine berufsgruppenübergreifende Dokumentation gewährleistet ist.

#### Inhalte und Maßnahmen:

- Auswertung des Dokuchecks im Hinblick auf grundsätzliche Verbesserungsmöglichkeiten
- Benennung zu verändernder Formulare / Aktenbestandteile

## Strukturierter Qualitätsbericht über das Berichtsjahr 2008

- Brainstorming bzgl. möglichen Verbesserungen
- Ausarbeitung der Änderungen an den einzelnen Formularen, insbesondere Patientenkurve und Pflegeplanung
- Mehrstufige Abstimmung der gewünschten Änderungen mit dem Anbieter des Dokumentationssystems
- Abstimmung mit dem ärztlichen Dienst
- Schulung der betroffenen Mitarbeiter
- Austausch der neuen Dokumentationsbestandteile

### Erzielte Verbesserungen / Bewertung der Zielerreichung:

- Effizientere Dokumentation
- Vereinfachte Dokumentationsmöglichkeit des Pflegeprozesses
- Verbesserte leitliniengerechte Dokumentation inkl. Reduzierung von Fehlermöglichkeiten bei der Dokumentation
- Überprüfung der Zielerreichung anhand der folgenden „Dokuchecks“

### **Sturzprophylaxe**

#### Ausgangslage/Problemstellung und Zielsetzung:

Ausgangslage war das Erscheinen des Nationalen Expertenstandards Sturzprophylaxe.

Zielsetzung war es demzufolge, den in der Klinik bereits bestehenden Pflegestandard Sturzprophylaxe mit den Anforderungen des Expertenstandards abzugleichen und insbesondere die Einschätzung des Sturzrisikos sowie die Dokumentation eines Sturzereignisses strukturierter zu gestalten.

#### Inhalte und Maßnahmen:

- Auswertung des Nationalen Expertenstandards Sturzprophylaxe im Hinblick auf Verbesserungsmöglichkeiten in der Klinik
- Erarbeitung einer Maßnahmenliste infolge des Abgleichs mit dem Expertenstandard
- Verbesserung des Sturzerfassungsprotokolls anhand der Empfehlungen des Expertenstandards sowie vorliegender Mustervorlagen (Erarbeitung eines separaten Sturzerfassungsprotokolls)
- Erprobung des Sturzerfassungsprotokolls und Verbesserung der Praxistauglichkeit
- Erarbeitung einer Sturzstatistik, d.h. Verbesserung der Auswertungsmöglichkeit der erfassten Stürze
- Erarbeitung eines Formulars zur Einschätzung des Sturzrisikos
- Schulung der Mitarbeiter im Hinblick auf die Risikoeinschätzung und Sturzerfassung
- Umsetzung weiterer sturzvermeidender Maßnahmen, z.B. zusätzliche Haltegriffe auf den Toiletten

#### Erzielte Verbesserungen / Bewertung der Zielerreichung:

- Strukturiertere Einschätzung des Sturzrisikos
- Strukturiertes, separates Formular zur Sturzerfassung (vorher gab es nur ein themenunspezifisches Formular „besondere Vorkommnisse“)
- Verbesserte Auswertungsmöglichkeit von Sturzereignissen infolge der strukturierten Abfrage von definierten Parametern
- Erste statistische Auswertung zum Thema Stürze
- Bewertung der Zielerreichung anhand von Folgeauswertungen und entsprechenden Zeitvergleichen (Trendaussagen)

### **Archivierung von Patientenakten**

#### Ausgangslage/Problemstellung und Zielsetzung:

Ausgangslage war eine zunehmende Verringerung freier Archivkapazitäten im Haus. Darüber hinaus fiel bei Anforderungen bereits archivierter Akten auf, dass diese teilweise falsch abgelegt waren, was zusätzlichen Suchaufwand bedeutete.

Zielsetzung des Projektes war es daher, nach alternativen Archivierungsmöglichkeiten zu suchen (Auslagerung von Altakten vs. digitale Archivierung) und die präferierte Lösung kostengünstig umzusetzen.



### Inhalte und Maßnahmen:

- Brainstorming bezüglich alternativen Archivierungsmöglichkeiten
- Sammlung der Vor- und Nachteile der gefundenen Alternativen
- Entscheidung für die Auslagerung von Altakten infolge einer strukturierten Kosten-/ Nutzen-Analyse
- Bestandsaufnahme bzgl. Auslagerungsmöglichkeiten anhand einer Auswertung der Zugriffshäufigkeiten, differenziert nach Jahrgängen sowie unter Berücksichtigung möglicher Lieferzeiten des Dienstleisters
- Festlegung des auszulagernden Aktenbestands (Jahrgänge bis 2002)
- Suche und Anfrage bei in Frage kommenden Anbietern (zertifizierte Unternehmen mit entsprechender Gewährleistung der relevanten Datenschutzbestimmungen)
- Auswahl des Dienstleisters und Vertragsgestaltung (Auswahlkriterien: Nähe zum Standort der Klinik, Leistungsumfang (u.a. Inventur, Lieferzeiten), Kosten/ Folgekosten)
- Erstellung einer Archivliste der auszulagernden Jahrgänge anhand der Daten des Krankenhausinformationssystems zwecks Inventur durch den Dienstleister bei Einlagerung
- Auslagerung und Inventur durch den Dienstleister, Erstellung eines Fehlerprotokolls (Soll-Ist-Differenzen beim Aktenbestand)
- Abgleich des Fehlerprotokolls und interne Recherchen im Haus; Nachsendung der recherchierten Akten (zumeist waren diese fehlerhaft archiviert)

### Erzielte Verbesserungen / Bewertung der Zielerreichung:

- Freie Kapazitäten für neue Akten im Haus
- Kein interner Suchaufwand bei der Anforderung von ausgelagerten Altakten
- Entlastung der für das Archiv zuständigen Mitarbeiter. Hierdurch konnte auf Unterstützung durch Aushilfen verzichtet werden, was die Fehlerquote bei der internen Archivierung deutlich gesenkt hat.
- Systematischer Abgleich des Archivbestands (Soll und Ist) bei Auslagerung anhand der Daten aus dem KIS; dadurch Feststellung von noch im Archiv ausstehenden Akten bzw. fehlerhafter Archivierung und entsprechender Korrektur
- Bewertung der Zielerreichung: Die Auslagerung der definierten Aktenbestände war erfolgreich, da schnell und vergleichsweise kostengünstig freie Archivkapazitäten im Haus geschaffen werden konnten. Die Servicequalität des Dienstleisters wird ebenfalls als gut bewertet. Mittelfristig soll es eine Neubewertung der Alternativen geben, da die digitale Archivierung mit wachsendem ausgelagertem Aktenbestand auch aus Kostengesichtspunkten zunehmend attraktiver wird.

### **Dienstplanung im ärztlichen Bereich**

#### Ausgangslage/Problemstellung und Zielsetzung:

Ausgangspunkt war das neue Arbeitszeitgesetz für den Ärztlichen Dienst.

Zielsetzung des Projekts war es, eine elektronische Dienstplanung einzuführen und dabei die Anforderungen des neuen Arbeitszeitgesetzes vollumfänglich zu berücksichtigen.

### Inhalte und Maßnahmen:

- Auswahl eines Anbieters von Dienstplanprogrammen
- Anpassung des ausgewählten Standard-Dienstplanprogramms an die Anforderungen der Klinik, u.a. Erarbeitung einer klinikspezifischen Symbolik (Legende)
- Festlegung von Berechtigungsprofilen für das Dienstplanprogramm
- Anpassung der Wochenenddienste an die Anforderungen des Arbeitszeitgesetzes
- Schulungen der Ärzte durch den Anbieter des Dienstplanprogramms
- Anleitung der Mitarbeiter des Arztsekretariats im Hinblick auf das Dienstplanprogramm (für Vertretungsfälle)
- Kopplung des Dienstplanprogramms mit der Abrechnung (in Arbeit)

### Erzielte Verbesserungen / Bewertung der Zielerreichung:

- Sicherstellung der Einhaltung der Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes
- Effizientere Erstellung des Dienstplans im ärztlichen Dienst
- Längerer zeitlicher Vorlauf
- Verbesserte Übersichtlichkeit des Dienstplans

## Strukturierter Qualitätsbericht über das Berichtsjahr 2008

- Verbesserte Transparenz für die Mitarbeiter
- Optimierte Auswertungsmöglichkeiten

### **Ausbau prästationärer Leistungen**

#### Ausgangslage/Problemstellung und Zielsetzung:

Zielsetzung des Projektes war es, die Planbarkeit und Koordination der Bettenkapazitäten zu optimieren und gleichzeitig die Anforderungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen nach weiterer Verweildauerverkürzung zu erfüllen. Folglich war es das Ziel, sowohl den Anteil ambulant durchzuführender Leistungen zu erhöhen als auch vermehrt Operationen bereits am Aufnahmetag durchzuführen (sofern ein stationärer Aufenthalt erforderlich ist.) Folglich sollten definierte Leistungen so organisiert werden, dass sie prästationär erfolgen konnten.

#### Inhalte und Maßnahmen:

- Prästationäre Vorstellung beim Anästhesisten in definierten Fällen (d.h. unter Berücksichtigung der Patientenorientierung)
- Prästationäre OP-Vorbereitung in definierten Fällen
- Berücksichtigung des veränderten Ablaufs bei der Terminplanung: u.a. gesonderte Kennzeichnung im elektronischen Terminkalender
- Ergänzung eines entsprechenden Hinweises im Arztbrief auf geänderten Ablauf bei einer Folgeoperation (Operation des 2. Auges)
- Optimierung des Aufnahmeablaufes bei einer geplanten Operation des 2. Auges
- Stärkere Einbeziehung des Pflegedienstes bei der OP-Nachbereitung und Entlassung
- Veränderung von Verantwortlichkeiten im Pflegebereich (Erweiterung des Aufgabenspektrums und Ausbau des Stellenschlüssels)

#### Erzielte Verbesserungen / Bewertung der Zielerreichung:

- Erhöhung des Anteils an Operationen am Aufnahmetag
- Erhöhung des Anteils ambulanter Operationen
- Weitere Verkürzung der stationären Verweildauer ohne Beeinträchtigung der Leistungserbringung infolge organisatorischer Veränderungen
- Verkürzung der Wartezeiten in der Ambulanz

## D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Bereits 2005 hat sich die Klinik erfolgreich einer Zertifizierung nach KTQ<sup>®</sup> unterzogen. Mit der Vergabe des KTQ<sup>®</sup>-Zertifikats wurde uns bestätigt, dass wir die Anforderungen an ein gelebtes Qualitätsmanagement erfüllen, d.h. die Abläufe in der Augenklinik professionell und kundenorientiert organisiert sind.

Seitdem gilt es, diese bescheinigte Qualität aufrechtzuerhalten und weiterzuentwickeln. Steigende Anforderungen und Erwartungen an das Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen nahmen wir zum Anlass, interne Bewertungsverfahren für unser QM-System zu entwickeln bzw. zu verfeinern. Wesentliche Basis dafür sind die bereits beschriebenen QM-Instrumente Begehungen, statistische Auswertungen, Befragungen sowie die Überprüfung der Umsetzung im Rahmen Interner Audits. Zentrales Instrument zur Bewertung und Steuerung unseres QM-Systems ist weiterhin die Arbeit mit Qualitätszielen sowie entsprechenden Indikatoren/ Kennzahlen, da Ressourcen hierdurch nicht nur kosten-, sondern auch qualitätsorientiert gesteuert werden können.

2007 haben wir uns bewusst entschieden, auf eine erneute, freiwillige Fremdbewertung (Re-Zertifizierung) zu verzichten. Wir sind der Ansicht, dass die Erstzertifizierung einen wertvollen Beitrag dazu geleistet hat, unserem QM-System das heutige Niveau zu geben; gehen allerdings davon aus, dass wir nunmehr aufgrund der geschaffenen internen Qualitätssicherungs-Verfahren ohne Rückmeldung von außen in der Lage sind, unsere QM-Strukturen sinnvoll weiter zu entwickeln. Die hierdurch eingesparten finanziellen Mittel und internen Ressourcen (z.B. für die Erstellung des umfangreichen KTQ<sup>®</sup>-Selbstbewertungsberichts) wollen wir zukünftig in die weitere Qualifizierung unserer Mitarbeiter sowie im Sinne unserer Patienten investieren.

Darüber hinaus bietet die Erstellung des gesetzlichen Qualitätsberichts alle 2 Jahre Gelegenheit, unser QM-System als Ganzes darzustellen und dabei zu bewerten.