JÜDISCHES KRANKENHAUS BERLIN

Stiftung des bürgerlichen Rechts
Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité - Universitätsmedizin Berlin

KTQ®

Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Jüdisches Krankenhaus Berlin
Institutionskennzeichen:	261100081
Anschrift:	Heinz-Galinski-Straße 1 13347 Berlin
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2015-0036 KH
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	WIESO CERT GmbH, Köln
Gültig vom:	31.05.2015
bis:	30.05.2018
Zertifiziert seit:	31.05.2006

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ® **3**

Vorwort der Einrichtung **5**

Die KTQ-Kategorien **6**

1 Patientenorientierung 7
2 Mitarbeiterorientierung 10
3 Sicherheit 12
4 Informations- und Kommunikationswesen 14
5 Führung 16
6 Qualitätsmanagement 18

Vorwort der KTQ®

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren ist ein spezifisches Zertifizierungsverfahren des Gesundheitswesens für die Bereiche Krankenhaus, Arztpraxen, MVZ, Pathologische Institute, Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Hospize und alternative Wohnformen und Rettungsdiensteinrichtungen.
Gesellschafter der KTQ® sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene[1], die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR).
Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.
Die Verfahrensinhalte, insbesondere der KTQ-Katalog, wurde hierarchie-, und berufsgruppenübergreifend in konstruktiver Zusammenarbeit zwischen der KTQ-GmbH und Praktikern aus dem Gesundheitswesen entwickelt und erprobt. Im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden die Kataloge entsprechend weiterentwickelt.

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

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

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

der Einrichtung beziehen.

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

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren® gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses

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

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

Wir freuen uns, dass das Jüdische Krankenhaus Berlin mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter www.ktq.de abrufbar.

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,
Angehörige, Besucherinnen und Besucher,
sehr geehrte Damen und Herren Vertrags- und Kooperationspartner,

das Jüdische Krankenhaus Berlin bietet seinen Patienten modernste Untersuchungs- und Behandlungsverfahren auf einem hohen Qualitätsniveau, verbunden mit einem hohen Maß an menschlicher Zuwendung und Wärme.
Als Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité - Universitätsmedizin Berlin halten sich unsere Ärzte stets auf der Höhe des aktuellen medizinischen Wissens. Bei unseren qualifizierten und gut ausgebildeten Pflegekräften sind die Patienten in besten Händen.
Die überschaubare Größe unseres Krankenhauses gewährleistet eine unkomplizierte professionelle Zusammenarbeit der unterschiedlichen Fachbereiche. Unsere Leistungen schließen alle wichtigen Kerngebiete der medizinischen Versorgung ein. Innere Medizin mit Kardiologie, Angiologie, Intensivmedizin, Gastroenterologie und Diabetologie.
Chirurgie mit Orthopädie/Unfallchirurgie sowie Allgemein-und Viszeralchirurgie, Gefäßchirurgie, Psychiatrie mit Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen und allgemeinpsychiatrischen Erkrankungen, Neurologie mit Schlaganfallbehandlung und Stroke Unit und dem Multiple Sklerose Zentrum.

Die Gemeinschaftspraxis für Radiologische Diagnostik* ist hochmodern ausgestattet mit MRT - Magnetresonanztomographie (MRT), Mehrzeilen-Computertomographie (CT) und durch eine neue Generation von digitalisierten Röntgengeräten ist eng in die Struktur des Krankenhauses integriert und ist in die Interdisziplinarität z. B. des Gefäßzentrums eingebunden.

Bereits seit 2006 wird die Qualität des Jüdischen Krankenhauses regelmäßig durch die KTQ® zertifiziert. Seit 2010 weist das Gefäßzentrum regelmäßig in den Zertifizierungen nach, dass es technisch und personell hervorragend ausgestattet ist und eine hohe fachliche Kompetenz bietet.
Das Krankenhaus ist in der Berliner Gesundheitslandschaft als ein modernes Gesundheitszentrum etabliert. Nach Neubau der Funktionsdiagnostik, des Zentralen OP's und der Rettungsstelle und einer Station werden weitere Baumaßnahmen realisiert. Aktuell wird die Planung für einen Bettenhausneubau erarbeitet. Der Service und die Versorgungsmöglichkeiten konnten schon deutlich optimiert werden, Ziel ist eine umfassende Erneuerung der Versorgungsbereiche und Stationen, damit unseren Patienten ein adäquates Ambiente geboten werden kann.

Die stete Bereitwilligkeit zur Fürsorge für die Bedürftigen und das Gebot der Wohltätigkeit sind traditionell im Leitbild unseres Hauses verankert, das jedem unserer Mitarbeiter Verpflichtung ist. Wir wollen Sie davon überzeugen, dass wir ein modernes, menschliches und technisch gut ausgestattetes Krankenhaus sind, das Ihnen guten Service bietet und Ihren Erwartungen entspricht.
Unterstützen wollen wir Ihren Heilungsprozess und Ihr Wohlbefinden auch durch eine angenehme Atmosphäre, die unser Haus und unsere schöne Parkanlage bieten.

Wir freuen uns, dass Sie sich für unsere medizinische Leistung und für unsere fürsorgliche Pflege interessieren. Kommen Sie zu uns, wir behandeln Sie gern!
Wir bieten Behandlung und Pflege in hoher Qualität, verbunden mit menschlicher Zuwendung. Denn wir sind Ihr Krankenhaus mit Herz.

* Nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

Die KTQ-Kategorien

1 Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung
Das Jüdische Krankenhaus Berlin liegt zentral im Bezirk Berlin-Mitte und ist an zwei wichtigen Verkehrsachsen angebunden. Patienten, Angehörige und Interessierte können sich auf der Homepage sowie mittels der Informationsbroschüre, die im Hause und bei niedergelassenen Ärzten ausliegt über die Geschichte und das Leistungsangebot des Jüdischen Krankenhauses informieren.
Die geplante stationäre Aufnahme erfolgt grundsätzlich nach vorheriger ambulanter Vorstellung im Ambulanten Behandlungszentrum. In zahlreichen unterschiedlichen Sprechstunden bieten wir kompetente medizinische Beratung und Untersuchungen an. Auch in der Klinik für Psychiatrie findet vor geplanter Aufnahme ein Vorgespräch in der Ambulanz statt.
1.1.2 Leitlinien
Um eine kontinuierliche und hochwertige medizinische Qualität in der Behandlung und Versorgung unserer Patienten zu gewährleisten, haben unsere Ärzte Standards definiert, die sich an den Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften orientieren.
Im Bereich der Pflege werden die nationalen Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP) und andere anerkannte pflegewissenschaftliche Arbeiten als Grundlage für die Betreuung und Versorgung genutzt.
Das Zusammenwirken von Medizin und Pflege stellt eine wichtige Grundvoraussetzung für eine rasche Genesung unserer Patienten dar. So wird stets eine, an den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen orientierte medizinisch-pflegerische Versorgung gewährleistet.
1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten
Grundlage aller Handlungen ist das Leitbild des Unternehmens. Ziel ist es, die Selbstbestimmung der Patienten als eines der wichtigsten Grundrechte zu betrachten und die Entscheidungsfreiheit eines jeden Einzelnen zu respektieren. Dies entspricht der im Leitbild beschriebenen Tradition „jüdischer Medizin".
Ein ehrenamtlicher Dienst bietet Patienten, die keine Angehörigen haben oder keinen Besuch bekommen, Gespräche und Unterhaltung an.
Dem hohen Anteil ausländischer Patienten bzw. Patienten mit Migrationshintergrund entsprechend, wird eine Vielzahl von Informationsbroschüren auch in fremdsprachigen Ausgaben angeboten.
Das Krankenhaus führt seit 2013 das Zertifikat "Krankenhaus für Diabetespatienten geeignet". Es ist ein Diabetesteam, bestehend aus einem speziell qualifizierten Arzt, einer Diabetesberaterin DDG und zwei Diabetesassistentinnen DDG sowie mehreren Wundbeauftragten DDG etabliert. Es werden tägliche Patientenschulungen für Diabetiker angeboten. Es findet ein umfassendes Diabetesscreening statt.
1.1.4 Service, Essen und Trinken
Die Patienten erhalten im Rahmen der pflegerischen Aufnahme eine Vorstellung der Tagesabläufe einschl. der Leistungsangebote durch den Pflegedienst. Wahlleistungspatienten erhalten neben der Unterkunft in Ein- oder Zweibettzimmern spezielle Angebote. In allen Stationsbereichen sind Servicekräfte etabliert, zu deren Aufgabe die Erbringung besonderer und auch individueller Serviceleistungen gehört (z. B. bettlägerigen Patienten Tageszeitungen besorgen, Telefonkarten auffüllen etc.).
1.1.5 Kooperationen
In allen Kliniken werden mindestens einmal täglich aktuelle, patientenbezogene Informationen weitergegeben. Es werden regelmäßige wöchentliche Fortbildungen zum interkollegialen Austausch genutzt. In den Organzentren finden interdisziplinäre Fallbesprechungen statt. Radiologische Konferenzen finden mit allen Kliniken statt. Auf den Stationen sind tägliche Besprechungen zum Entlassungsmanagement etabliert.
1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung
Es existieren Regelungen zur interdisziplinären Organisation, zur Ersteinschätzung und zur Behandlungspriorisierung bei der Erstversorgung in der Rettungsstelle. Durch die ständige Anwesenheit eines Arztes in der Rettungsstelle ist eine rasche medizinische Hilfe stets gewährleistet.
1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung
Aufgabe des ambulanten Behandlungszentrums ist die Durchführung vorstationärer Leistungen. In der Klinik für Psychiatrie ist eine psychiatrische Institutsambulanz integriert.
Bei Vorstellung der Patienten erfolgt die Koordination der erforderlichen diagnostischen Maßnahmen entsprechend den Standards der Kliniken bzw. gemäß ärztlicher Anordnungen. Die stationäre Aufnahme einschl. Pflegeanamnese sowie die unmittelbare präoperative Vorbereitung der Patienten erfolgen gemäß der im Hause etablierten Pflegerichtlinien und Verfahrensanweisungen.
1.3.2 Ambulante Operationen
Die Koordination ambulanter Operationen erfolgt im Ambulanten Behandlungszentrum. Die Regelungen zum OP-Management sind im OP-Statut enthalten. Die Indikation zur stationären Aufnahme nach

ambulanter OP wird großzügig gehandhabt, um den Patienten ein größeres Sicherheitsgefühl zu bieten. Das bedeutet, dass Patienten mit z. B. starken Schmerzen eine stationäre Aufnahme angeboten wird.

1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Für häufig auftretende Krankheitsbilder sind diagnose- und therapiebezogene Behandlungspfade erstellt, in denen auch abgestufte diagnostische und therapeutische Planungen enthalten sind.
In täglich stattfindenden Besprechungen werden weitergehende diagnostische Maßnahmen erörtert und über deren Einsatz entschieden. Ziel ist es, frühzeitig für alle Mitglieder des therapeutischen Teams und auch für den Patienten Transparenz zu schaffen und somit eine zielführende Diagnostik und Therapie zu sichern. Die Verantwortung hierfür hat der aufnehmende Arzt in Abstimmung mit dem Chef- bzw. Oberarzt. In der Klinik für Psychiatrie liegen diagnosespezifische pflegerische Richtlinien mit detaillierten Symptombeschreibungen und klinische Behandlungspfade vor.
Insbesondere in den Organzentren (z. B. Gefäßzentrum, Stroke-Unit) finden die Behandlungsplanungen interdisziplinär statt. Hier arbeiten Angiologen, Kardiologen, Neurologen, Radiologen und Gefäßchirurgen eng zusammen. In den gemeinsamen Röntgenkonferenzen und den Tumorkonferenzen werden komplexe Fälle vorgestellt und interdisziplinär erörtert.
Für eine optimale pflegerische Versorgung stehen in allen Stationen Wundbeauftragte, Pain-Nurses und Diabetesbeauftragte Pflegekräfte zur Verfügung.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die bestehenden internen klinischen Behandlungspfade orientieren sich an den Leitlinien der Fachgesellschaften (AWMF). Assistenzärzte stimmen die Behandlungsplanung mit einem Facharzt ab. Regelmäßige Visiten gewährleisten eine kontinuierliche Behandlung, die an den Festlegungen orientiert ist und fachärztlich beaufsichtigt wird.
Die Patientenaufklärung erfolgt anhand standardisierter Aufklärungsbögen. Die Chefärzte haben innerhalb ihrer Klinik Festlegungen zur Durchführung der Patientenaufklärung getroffen. Die ärztliche Weiterbildung erfolgt entsprechend festgelegter Curricula, orientiert an den jeweiligen Weiterbildungsordnungen. Alle Kliniken bieten intern regelmäßige Fortbildungen zu an. Die Fortbildungspläne stehen für alle Mitarbeiter einsehbar im Intranet zur Verfügung. Die Veranstaltungen sind bei der Ärztekammer angemeldet und zertifiziert und können interdisziplinär genutzt werden.
Ein innerbetrieblicher Fortbildungskatalog steht im Intranet. Für die Pflege wird die Anerkennung der Fortbildungspunkte für die freiwillige Registrierung beantragt.

1.4.3 Operative Verfahren

Die Planung und Terminierung der geplanten Operationen erfolgt im Ambulanten Behandlungszentrum. Die Stellung der OP-Indikation ist immer fachärztlich bestätigt. Den Mitarbeitern des Ambulanten Behandlungszentrums obliegt die Koordination der diagnostischen Maßnahmen je nach Festlegung oder Anordnung (Labor/EKG/ Röntgen). In diesem Zusammenhang erfolgen die OP-Terminierung mit dem Patienten gemeinsam, die Planung der Aufnahmestation und die entsprechenden Vormerkungen im Kalender. Je nach Narkoseart erfolgt ein Anästhesievorgespräch in dem ggf. weitere diagnostische Maßnahmen veranlasst werden.
Die Patienten werden am Aufnahmetag auf der zuvor festgelegten Station aufgenommen. Präoperativ sieht der Operateur den Patienten und nimmt eine Seitenmarkierung vor. Der aufnehmende Arzt schließt die Patientenaufklärung ab, indem er noch einmal die Möglichkeit gibt, eingriffsspezifische Fragen zu stellen.
Nach der Operation wird der Patient in den Aufwachraum verlegt bis er nach der Aufwachphase auf die Station zurückverlegt werden kann. Dort wird der Patient entsprechend der postop. Anordnungen weiter versorgt.

1.4.4 Visite

Visiten dienen als zentrales Instrument der Überprüfung, Steuerung und Anpassung der notwendigen Diagnostik, der ärztlichen und pflegerischen Betreuung und Therapie. Zu diesem Zweck ist eine interdisziplinäre Beteiligung an der Visite vorgesehen. Für alle Kliniken sind individuelle Regelungen zur Visite vereinbart. Darin sind Verantwortlichkeiten, interdisziplinäre Beteiligung, die Besonderheiten auf der Intensivstation und die zeitliche Festlegung der Chef- und Oberarztvisiten festgelegt.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Prä- und poststationäre Leistungen werden schwerpunktmäßig im Ambulanten Behandlungszentrum erbracht. Je nach Indikation werden die diagnostischen Maßnahmen entsprechend der im Hause etablierten Behandlungspfade eingeleitet. Durch die interdisziplinäre Nutzung des Ambulanten Behandlungszentrums und der Rettungsstelle sind ein stetiger Austausch und eine Abstimmung zwischen den Fachbereichen gewährleistet.
Die Terminierung der Patienten erfolgt nach telefonischer Anmeldung oder durch Vermittlung der Sekretariate der Kliniken.
Grundsätzlich wird im Rahmen der vorstationären Leistung die Indikation für eine stationäre Kranken-

hausbehandlung durch den Arzt bestätigt. Danach erfolgt die weitere Konkretisierung der Behandlungsplanung.

1.5.1 Entlassung

Ziel ist es, den Entlassungsprozess gezielt und strukturiert durchzuführen, damit die Bedürfnisse des Patienten rechtzeitig und vollständig erfasst und berücksichtigt werden können.
Grundsätzlich erfolgt bei Patienten mit geplanten Eingriffen und, sofern möglich, auch bei Notfallaufnahmen eine orientierende Zeitplanung der Entlassung bereits bei der Aufnahme. Bei Bedarf werden Kontakte zu Selbsthilfeeinrichtungen vermittelt. Die Dokumentation der für die Entlassung wichtigen Aspekte erfolgt auf der berufsgruppenübergreifend genutzten Checkliste.
Am Vortag der Entlassung, spätestens am Entlassungstag, werden ärztliche und pflegerischere Entlassungsgespräche geführt.
Grundsätzlich erhalten alle Patienten zur Entlassung einen Arztbrief, weitere Dokumente wie z. B. einen Medikamentenplan und die ausreichende Menge an Medikamenten und ggf. notwendige Hilfsmittel. Medikamentenpläne sind mehrsprachig vorhanden.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Ziel unserer Planungen zur adäquaten Überleitung ist es, den Patienten wohl vorbereitet, zeitgerecht und mit allen notwendigen Informationen und Materialien in die nachfolgende Versorgungseinrichtung zu verlegen bzw. überzuleiten.
Hierzu existieren umfassende Konzepte und Regelungen, die den Anforderungen des Berliner Landeskrankenhausgesetzes und z. B. auch dem Expertenstandard Entlassungsmanagement entsprechen. Es erfolgt eine werktägliche Entlassungsbesprechung gemeinsam mit den beteiligten Berufsgruppen wie Sozialarbeiter, Ärzte und Pflegepersonal, einem externen Pflegeberater und ggf. weiterer Berufsgruppen (z.B. Physiotherapie).
Spätestens einen Tag vor Entlassung informiert die Pflegekraft die nachbetreuende Einrichtung und die Angehörigen telefonisch über den Entlassungszeitpunkt des Patienten.es finden reglmäßige Evaluationsanrufe statt, mit denen die Güte der Überleitung überprüft wird.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Ziel ist es, bei Schwerstkranken und Sterbenden eine Umgebung und Atmosphäre zu schaffen, die ein würdevolles Sterben und einen angemessenen Umgang mit Betroffenen und Angehörigen garantiert.
In Absprache mit Patienten und Angehörigen wird die Sterbebegleitung (Zimmerauswahl 1- oder 2-Bettzimmer) individuell durch die zuständige Pflegekraft abgestimmt. Zur Unterstützung wird ggf. der Kontakt zu ambulanten Hospizdiensten hergestellt.
Es liegt eine Regelung zum Umgang mit Patientenverfügungen vor. Hinsichtlich der ärztlichen Entscheidungen zum Umgang mit Patientenverfügungen steht das klinische Ethikkomitee beratend zur Verfügung. Derartige Entscheidungen werden immer im therapeutischen Team unter Einbindung verantwortlicher Ober- oder Chefärzte und in Abstimmung mit dem Patienten und/oder seinen Angehörigen getroffen.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Für die Versorgung von Verstorbenen existieren umfassende Regelungen. Ziel ist es, einen angemessenen, pietätvollen Umgang über den Tod hinaus zu gewährleisten und die Angehörigen entsprechend mit einzubeziehen.
Die kulturellen/ religiösen Wünsche und Anforderungen werden umfänglich berücksichtigt. Der Aufbahrungsraum ist neutral gestaltet. Es existieren Absprachen mit Bestattern, die z. B. Jüdische Bestattungsriten berücksichtigen. Ansprechpartner aller Religionsgemeinschaften sind im Haus bekannt. Auf Wunsch wird durch den Pflegedienst ein Kontakt hergestellt.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs
Ziel der Personalbedarfsplanung ist es, Leistungen auf einem hohen Qualitätsniveau unter Berücksichtigung der ökonomischen und gesetzlichen Voraussetzungen zu erbringen und hierbei eine flexible Personaleinsatzplanung zu gewährleisten.
Durch z. B. flexible Arbeitszeitmodelle, Teilzeitarbeit und Zeitverträge kann kurzfristig auf Belegungsschwankungen reagiert werden.
Die Berechnung des Personalbedarfs erfolgt im Rahmen der Wirtschaftsplanung. Es finden engmaschige Abstimmungen zwischen der Personalleitung und der Pflegedirektorin sowie mit den Chefärzten zur Steuerung unter Berücksichtigung der Leistungskennzahlen statt.
Alle personalrelevanten Entscheidungen werden in den monatlichen Gesprächen mit dem Betriebsrat erörtert. Der Betriebsrat hat uneingeschränkte Einsicht in die Dienstpläne aller Bereiche.
2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung
Für eine angemessene Personalentwicklung existieren grundlegende Festlegungen, die sich aus dem strategischen Konzept, den gesetzlichen Anforderungen, den Ergebnissen von Mitarbeitergesprächen und dem Leitbild ergeben.
Strukturierte Mitarbeitergespräche sind in allen Berufsgruppen und Bereichen etabliert. Inhalt dieser Gespräche ist u. a. die berufliche Zielplanung des Mitarbeiters und die abgeleitete individuelle Fort- und Weiterbildungsplanung. Im ärztlichen Bereich beteiligen sich die Mitarbeiter an externen Qualifikationserhebungsverfahren wie z. B. Erhaltung des Facharztstandards. Im pflegerischen Bereich besteht die Möglichkeit der freiwilligen Registrierung, die seitens der Pflegedirektion gefördert wird.
2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern
Es existiert ein umfassendes Einarbeitungskonzept für alle neuen Mitarbeiter. Das Einarbeitungskonzept ist strukturiert und wird durch Leitfäden, Checklisten und Protokolle unterstützt und dokumentiert. Während der Einarbeitung wird jedem neuen Mitarbeiter ein Mentor zugeordnet. Als Mentoren werden langjährige Mitarbeiter, im ärztlichen Dienst mit Facharztstandard, eingesetzt.
Neue Mitarbeiter werden in einer gemeinsamen Veranstaltung vom Vorstand persönlich begrüßt und über die Struktur und Geschichte des Hauses und das Leitbild informiert.
2.2.3 Ausbildung
Das Jüdische Krankenhaus Berlin bildet in Zusammenarbeit mit der Akademie für Gesundheit Berlin/Brandenburg e.V. Gesundheits- und Krankenpflegeschüler aus.
Der Ausbildung liegen ein Rahmenlehrplan und ein Curriculum nach dem Krankenpflegegesetz von 2003 zugrunde. Die praktische Ausbildung wird im Jüdischen Krankenhaus und mit anderen Kooperationspartnern im Gesundheitswesen sichergestellt.
Auf jeder Station und in der Zentralen OP-Einheit und der Rettungsstelle stehen den Auszubildenden zwei Praxisanleiter zur Verfügung, die über die vorgeschrieben Qualifikation verfügen.
Im 3. Ausbildungsjahr wird eine Station als „Schulstation" geführt. Hierbei werden, neben den klassischen pflegerischen Aufgaben, auch organisatorische und koordinierende Aufgaben durch die Auszubildenden übernommen und gelernt.
2.2.4 Fort- und Weiterbildung
Die regelmäßige Fort- und Weiterbildung jedes Mitarbeiters ist ausdrücklich gewünscht und dient neben dem Erhalt und der Aktualisierung des erworbenen Wissens auch der Möglichkeit, sich kontinuierlich weiterzuentwickeln und zu qualifizieren. Fort- und Weiterbildungsplanungen orientieren sich am aktuellen Bedarf, den Unternehmenszielen, den gesetzlichen Anforderungen sowie den individuellen Wünschen der Mitarbeiter. Die Fort- und Weiterbildung ist in einem verbindlichen Konzept geregelt.
Als hausinterne Angebote existieren berufsgruppenübergreifende Regelfortbildungen für alle Mitarbeiter. Diese beinhalten die Pflichtfortbildungen zum Arbeitsschutz, zur Hygiene, zum Brandschutz, zum internen Notfallmanagement. Darüber hinaus werden weitere Themen als regelmäßige Fortbildungen angeboten (z.B. arbeitsrechtliche Grundlagen, CIRS, fachspezifische Pflegethemen, etc.).
In den medizinischen Bereichen erfolgt die Fortbildungsplanung klinikspezifisch. Diese werden, orientiert am Fort- und Weiterbildungsbedarf, auch im Rahmen der Facharztausbildung angeboten. Alle Veranstaltungen werden der Ärztekammer zur Zertifizierung gemeldet.
Für die externe Weiterbildung wird Mitarbeitern eine bezahlte individuelle Freistellung von bis zu 5 Tagen (bei Ärzten: 7 Tagen) pro Jahr gewährt
Jeder Chefarzt organisiert für seine Disziplin in regelmäßigen Abständen Fachveranstaltungen für niedergelassene Ärzte, die intern als ärztliche Fortbildungen angeboten werden.
2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil
Im Leitbild der Stiftung wird der kooperative Führungsstil beschrieben.Es werden Seminare mit aktuellen Themen zur Mitarbeiterführung angeboten, jährlich werden von der Pflegedirektion zweitägige Führungskräftetrainings durchgeführt.

Neben den Führungskräften nehmen auch Mitarbeiter der Stabsstellen an Strategiekonferenzen, die gemeinsam mit dem Kuratorium durchgeführt werden, teil. Der Betriebsrat ist in die strategische Entwicklung des Unternehmens eingebunden und vertritt dort die Interessen der Mitarbeiterschaft. Eine Bewertung der Führungskräfte erfolgt im Rahmen der Mitarbeiterbefragungen.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Es existieren verbindliche Arbeitszeitregelungen für alle Bereiche, die durch die Personalabteilung sowie den Betriebsrat erarbeitet und schriftlich niedergelegt worden sind. Diese entsprechen den tariflichen und gesetzlichen Regelungen. Es existiert ein elektronisches Dienstplanprogramm für alle Bereiche.

Die erstellten Dienstpläne werden vom Betriebsrat gesehen und nach Genehmigung freigeben. In der Personalabteilung werden die erfassten Arbeitszeiten im Dienstplanprogramm zentral verwaltet, kontrolliert und nach den jeweiligen Tarifverträgen abgerechnet.

Im Rahmen der betrieblichen und organisatorischen Möglichkeiten werden Wünsche der Mitarbeiter zur Dienstplanung berücksichtigt. Es besteht die Möglichkeit der flexiblen oder festen Teilzeittätigkeit. Es gibt Möglichkeiten zur Führung von Arbeitszeitkonten. Hier ist neben einem Ausgleichzeitraum von 1 Jahr auch ein Ampelkonto vereinbart. Die Mitarbeiter können ihr Zeitguthaben individuell durch Freizeit ausgleichen.

2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Es besteht eine Betriebsvereinbarung zum Ideenmanagement (betrieblichen Vorschlagswesen). Diese schließt eine monetäre Beteiligung der Arbeitnehmer am Erfolg ihrer Ideen und Verbesserungsvorschläge ein. Die Mitarbeiter haben die Möglichkeit, aktiv ihre Ideen und Anregungen ins Unternehmen einzubringen und z. B. in interdisziplinären Projektgruppen an der Umsetzung mitzuarbeiten.

3 Sicherheit

3.1.1 Arbeitsschutz
Der Arbeitgeber nimmt seine Pflichten zum Schutz der Arbeitnehmer entsprechend den gesetzlichen Vorgaben und eigener Zielsetzungen wahr. Dies erfolgt in enger Abstimmung und Zusammenarbeit mit dem Betriebsrat. Ein Arbeitsschutzausschuss überwacht die Einhaltung gesetzlicher Bestimmungen, stellt Probleme fest und leitet Maßnahmen ein.
3.1.2 Brandschutz
Der Brandschutz ist in einer Brandschutzordnung umfassend geregelt. Durch regelmäßige Unterweisungen werden die Mitarbeiter für den Brandschutz sensibilisiert. Feuerlösch- und Räumungsübungen werden regelmäßig durchgeführt.
3.1.3 Umweltschutz
Der Umweltgedanke ist im Leitbild, in den Umweltleitlinien und im Umwelthandbuch fest verankert. Die Ziele des Umweltmanagements sind es, Abfälle zu minimieren bzw. dem Recycling zuzuführen, Strom, Wasser und Wärme zu sparen sowie durch den minimalen Einsatz von Gefahrstoffen umweltschonend zu arbeiten.
3.1.4 Katastrophenschutz
Der Vorstand hat einen Katastrophenschutzbeauftragten benannt, der für die Erstellung und Aktualisierung der Katastrophenpläne und die Unterweisung der Mitarbeiter zuständig ist und als Ansprechpartner des Krankenhauses für alle Katastrophenfragen fungiert. Es finden gemeinsame Übungen mit der Senatsverwaltung und der Feuerwehr statt.
3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen
Nichtmedizinische Notfallsituationen sind im internen Notfallplan der verschiedene Gefahrensituationen beinhaltet (z. B. Brand, technische Havarien, Explosion, Bombendrohung). Grundsätzlich trifft der Vorstand die erforderlichen Entscheidungen zur Bekämpfung und Überwindung von Notfallsituationen.
3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung
Es sind Regelungen zur Betreuung und Beaufsichtigung besonderer Patientengruppen, Maßnahmen bei vermissten Patienten, Vorgehen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen und Festlegungen für den Patientenbegleitdienst getroffen.
Bei der stationären Aufnahme erhält jeder Patient eine kriteriengesteuerte Risikoeinschätzung für Dekubitus- und Sturzgefahren entsprechend der Pflegerichtlinien.
Die sichere Patientenidentifizierung ist durch zahlreiche Maßnahmen, beginnend mit der stationären Aufnahme, bis hin zum „Team-time-out" im OP gewährleistet. Es kommen Patientenarmbänder für alle OP und bewusstseinseingeschränkten Patienten zum Einsatz.Ein CIRS-system ist etabliert. Aus den CIRS-Meldungen folgen umfassende Maßnahmen wie z. B. die hausweit einheitliche Standardisierung der Kennzeichnungsetiketten für Infusionen und Spritzenpumpen entsprechend der ISO-Norm, die Einführung von Passbildern der Patienten auf Medikamentendispensern in der Psychiatrie (zur sicheren Identifikation), einzelne technische Maßnahmen (wie z. B. Fahrstuhlnutzung bei Notfällen), Optimierung der Meldewege bei Rufbereitschaften. Es werden aktuelle und interessante CIRS-Fälle, die auch von der Ärztekammer bekanntgegeben werden, im Hause publiziert.
3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement
Ziel des medizinischen Notfallplans ist die rasche und optimale Versorgung von Patienten in Notfällen. Um die hilfebedürftigen Personen schnellstmöglich und sicher vor Ort versorgen zu können, wird das Reanimationsteam über eine Notfallrufnummer gerufen. Die Mitarbeiter werden diesbezüglich regelmäßig geschult. Es finden seit 2013 berufsgruppenübergreifende Mega-Code-Trainings statt.
3.2.3 Hygienemanagement
Ziel des Hygienemanagements ist die konsequente Einhaltung der Hygienevorschriften. Die Einführung, Überwachung und Kontrolle von Hygienemaßnahmen obliegt den hygienebeauftragten Ärzten, der Hygienefachkraft sowie einem Krankenhaushygieniker. Die Arbeit der Hygienefachkraft wird durch bestellte Hygienebeauftragte unterstützt. Es sind für alle Kliniken hygienebeauftragte Ärzte berufen. Unter dem Vorsitz des Ärztlichen Direktors tagt die Hygienekommission regelmäßig.
Es existiert eine umfassende, als Dienstanweisung verfasste Hygieneordnung. Die Hygienepläne werden regelmäßig den neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen angepasst und von der Hygienefachkraft aktualisiert.
3.2.4 Hygienerelevante Daten
Die Erreger- und Resistenzstatistik wird vom mikrobiologischen Labor des Hauses an die Hygienefachkraft, den hygienebeauftragten Arzt und die Chefärzte der Kliniken weitergeleitet. Es erfolgt die Teilnahme an den Krankenhaus Infektions Surveillance System-Modulen des nationalen Referenzzentrums: OP-, Hand -, MRSA - und CDAD –KISS.
Der hygienebeauftragte Arzt der Chirurgie führt die nosokomiale Infektionsstatistik für den operativen Bereich. Es erfolgt die Vorstellung und Interpretation der Statistik nosokomialer Infektionen in der Hy-

gienekommission und im Rahmen der Komplikationsbesprechungen der Abteilungen.

3.2.5 Infektionsmanagement

In den Stationen und Risikobereichen werden mikrobiologische Hygieneprüfungen mehrmals jährlich von der Hygienefachkraft und dem Krankenhaus-Hygieniker durchgeführt. Bei festgestellten Mängeln wird die Beseitigung umgehend initiiert. Durch die regelmäßig durchgeführten Kontrollen auf den Stationen und Funktionsbereichen wird auf Einhaltung der Vorgaben des Robert-Koch-Instituts geachtet. Die Ergebnisse weisen konstante Werte auf. Hinsichtlich der Antibiotikaresistenzen wurden fachspezifische Überarbeitungen der Antibiotikaregime in Zusammenarbeit mit der Mikrobiologin durchgeführt. Seit 2013 finden 14-tägig mikrobiologisch-infektiologische Visiten statt.

3.2.6 Arzneimittel

Die Versorgung mit Arzneimitteln ist über eine externe Lieferapotheke organisiert. Die Medikamentenversorgung außerhalb der Apothekenöffnungszeiten ist durch ein Notfalldepot sichergestellt. Wirkungen und Nebenwirkungen von Arzneimitteln werden in Visiten mit dem Patienten umfassend besprochen. Bei besonderer Medikation erhält der Patient zusätzlich Broschüren und Infomaterial.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Das Transfusionswesen ist im Qualitätshandbuch Transfusionsmedizin geregelt. Dieses beinhaltet die Transfusionsordnung, alle themenbezogenen Verfahrensanweisungen, gesetzliche Regelungen sowie notwendige Qualitätskontrollen. Die jährlichen Selbstinspektionen erfolgen durch die Mitglieder der Transfusionskommission. Der Bericht wird regelmäßig an die Berliner Ärztekammer versandt. 2014 fand ein externes Audit durch die Ärztekammer statt.

3.2.8 Medizinprodukte

Für die Nutzung medizinischer Geräte existiert eine Dienstanweisung. In allen Kliniken und Stationsbereichen sind Gerätebeauftragte benannt, die für einen reibungslosen Informationsfluss und die korrekte Handhabung in ihren Bereichen verantwortlich sind.

Im Hause ist ein Medizintechniker beschäftigt, dem die Instandhaltung der Geräte obliegt. Er sorgt für die Wartung und die Instandhaltung der Geräte, organisiert Geräteerprobungen sowie Erstunterweisungen bei Neuinbetriebnahmen. Durch den Medizintechniker werden die Gerätebücher geführt und aufbewahrt. Die Regelung zur Meldung besonderer Vorkommnisse beinhaltet auch medizintechnikbedingte Vorkommnisse.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie
Im Jüdischen Krankenhaus Berlin wird ein vollständig vernetztes EDV-System betrieben. Die Patientenadministration und das medizinische Dokumentationsprogramm basieren auf einer rechenzentrumgestützten EDV-Lösung.
Durch zahlreiche Sicherungsmaßnahmen sind die Systeme vor Hackerangriffen und Außenzugriffen geschützt.
Das IT-System steht 24 Stunden zur Verfügung. Die Server befinden sich in einem für Unbefugte nicht zugänglichen Bereich und sind an die Notstromversorgung angeschlossen. Über die hausinterne Rufsowie 24 Stundenbereitschaft eines Dienstleisters ist eine Betreuung rund um die Uhr sichergestellt.
4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten
Das Dokumentationsverfahren hat das Ziel, die Patientendaten einheitlich, vollständig, zeitnah u. übersichtlich zu erfassen und sicher zu archivieren. Für die Erfassung, Dokumentation und Verfügbarkeit von Krankenakten liegt eine Dienstanweisung zur Dokumentation und Archivierung von Patientendaten vor. Genutzt werden hierfür das elektronische Dokumentationssystem sowie eine papiergestützte Patientendokumentation.
Jeder Mitarbeiter, wird bei Aufnahme seiner Tätigkeit im Rahmen der Einarbeitung durch die EDV und seinen Mentor in die Handhabung der Dokumente und der EDV eingewiesen und erhält eine Datenschutzunterweisung. Das Medizin-Controlling weist die ärztlichen Mitarbeiter in die Kodierung und die fachspezifischen Anforderungen sowie die geltenden Kodierregelungen ein.
4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten
Die zeitnahe Verfügbarkeit von Patientendaten ist wichtige Grundlage für die Behandlungsplanung. Im Jüdischen Krankenhaus Berlin regelt eine Dienstanweisung die Dokumentation und Archivierung von Patientendaten, die Aktenführung, die Verantwortlichkeiten für das Krankenblattarchiv und die Verfügbarkeit der Krankenakten. Arztbriefe, OP-Berichte sowie Befunde aus Labor, Röntgen und Endoskopie sind zentral im Krankenhaus-Informations-System jederzeit abrufbar.
4.3.1 Information der Krankenhausleitung
Die Information über Arbeitsergebnisse von Leitungsgremien und Kommissionen ist durch die Teilnahme des Vorstands an den Sitzungen und durch die Protokollführung sichergestellt. Weitere Informationen erhalten die Führungskräfte und der Vorstand mittels eines umfassenden schriftlichen Berichtswesens von der Abteilung Finanz- und Logistikmanagement sowie vom Medizincontrolling und Controlling. Für die Bereiche klinisches und Unternehmens- Risikomanagement sind Verantwortliche benannt, die dem Vorstand regelmäßig über eingeschätzte Risiken und Steuerungsmaßnahmen berichten.
Anhand von betriebswirtschaftlichen, Qualitäts- und Belegungs-Kennzahlen wird der Vorstand über Entwicklungen und Abweichungen informiert. Alle Abteilungsleiter berichten in den Leitungskonferenzen über die Vorgänge in ihren Abteilungen. Über Projektstände wird der Vorstand über Protokolle, schriftliche Projektabschlussberichte und Ergebnispräsentationen von den Projektleitern informiert.
4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)
Die Kommunikation in den einzelnen Abteilungen des Jüdischen Krankenhauses wird durch regelmäßige Besprechungen und Konferenzen gewährleistet.
Wichtige Informationen werden in Leitungskonferenzen erörtert und von den verantwortlichen Führungskräften an die Mitarbeiter weitergegeben. Alle wichtigen Dokumente werden im Intranet hinterlegt.
Externe Kommunikationsmaßnahmen werden durch den Verantwortlichen für die Presse und Öffentlichkeitsarbeit in enger Abstimmung mit dem Vorstand koordiniert und gestaltet.
4.4.1 Organisation und Service
Die zentralen Auskunftsstellen des Hauses sind an der Pforte, der administrativen Aufnahme, dem Infopoint im Foyer und in der Rettungsstelle im Haupthaus eingerichtet und für Patienten, Angehörige und Besucher des Hauses leicht zu erreichen.
Die Pforte und die Rettungsstelle sind 24 Stunden täglich besetzt. Der Pförtnerdienst ist mit allen wichtigen Telefonlisten für die Erreichbarkeit der leitenden Angestellten ausgestattet. Für den Katastrophenfall liegen Notfallpläne aus.
Durch das Aufbaukonzept des administrativen Patientenaufnahmebereiches sind Diskretion und Datenschutz weitgehend gewährleistet. Für die Patienten stehen zwei separate Aufnahmezimmer zur Verfügung, durch die eine diskrete und ungestörte Einzelaufnahme der Patienten gewährleistet ist.
Jeder Patient wird bei Aufnahme gefragt, ob einer Auskunftserteilung zugestimmt wird. Die ablehnende Entscheidung wird im EDV-System hinterlegt.

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Ziel der Organisation des Datenschutzes ist die Einhaltung der gesetzlichen Anforderungen. Hierzu existiert ein internes Datenschutzhandbuch. Der Datenschutzbeauftragte überprüft regelmäßig die Einhaltung und Aktualisierung der Bestimmungen.

5 Führung

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Das Jüdische Krankenhaus wurde von der Jüdischen Gemeinde Berlin 1756 gegründet und ging aus einem bereits bestehenden *Hekdesch* (hebr.: israelitisches Armen- und Krankenhaus) hervor.
Das Jüdische Krankenhaus hat als einzige jüdische Institution in Deutschland den Naziterror überstanden und ist die älteste Einrichtung, die von Menschen jüdischen Glaubens in Berlin geschaffen wurde und die noch immer in gleichbleibender Funktion besteht. 1963 wurde das Krankenhaus in eine Stiftung bürgerlichen Rechts überführt, die gemäß ihrer Satzung die öffentliche Gesundheitspflege fördert und gemeinnützige Zwecke verfolgt.
Die Zielsetzung des Krankenhausbetriebes ergibt sich aus dem öffentlichen Versorgungsauftrag und dem Ziel der Stiftung, in der Tradition jüdischer Medizin und Pflege einen Beitrag zur Gesundheitsversorgung der Menschen in Berlin zu leisten. Dieses spiegelt sich im Unternehmensleitbild wider.
Diese Schwerpunkte weiter zu betreiben und auszubauen, ist die strategische Zielsetzung der Unternehmensführung. Sich auf dem wettbewerbsstarken Berliner Krankenhausmarkt zu halten und weiter zu wachsen ist eine große Herausforderung.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Definierte Führungsgrundsätze, abgeleitet aus dem Leitbild des Unternehmens, finden im Alltag Anwendung. Alle personalrelevanten Regelungen werden unter Berücksichtigung des Betriebsverfassungsgesetzes mit dem Betriebsrat erarbeitet und umgesetzt.
Vertrauensbildende und -fördernde Maßnahmen werden durch die Vorbildfunktion der Führungskräfte gestärkt. Offensive Informationspolitik, Transparenz und Einbeziehung der Mitarbeiter in die strategische Unternehmensentwicklung erhöhen das Vertrauen und geben den Mitarbeitern das Gefühl, einbezogen zu werden.

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Die Konzepte und die Haltung der Mitarbeiter und Führungskräfte hinsichtlich ethischer, weltanschaulicher, auch kultureller und religiöser Aspekte orientieren sich an den Aussagen des Leitbildes. Sie werden durch die Traditionen und die Geschichte des Jüdischen Krankenhauses geprägt.
Neben der festen seelsorgerischen Begleitung durch Geistliche verschiedener christlicher Religionen stehen Rabbiner und Seelsorger anderer Konfessionen auf Wunsch zur Verfügung.
Medizinethische Fragestellungen werden in einem Klinschen Ethikkomitee (KEK) diskutiert und bearbeitet. Hier finden Mitarbeiter und Angehörige kompetente Ansprechpartner. Das Klinische Ethikkomitee bietet ethische Fallbesprechungen und seit 2015 ein Ethik-Café, in dem Raum für Diskussionen und Austausch zu ethischen Themen geboten wird.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Das strategische Zielkonzept sowie die daraus abgeleiteten Maßnahmen werden gemäß der aktuellen Leistungsentwicklung, dem Krankenhausplan sowie den Ergebnissen aus Umfeld-/Wettbewerbsanalysen und jährlichen Leistungsverhandlungen mit den Kostenträgern zwischen Vorstand, Chefärzten und Abteilungs- bzw. Bereichsleitern jährlich diskutiert und aktualisiert. Die Konzepte und Zielsetzungen werden in Präsentationsveranstaltungen des Vorstands für alle Mitarbeiter, in Chefärzte-/ Führungskräfte-Konferenzen sowie in Abteilungsleiter-Konferenzen den Mitarbeitern bekannt gegeben.

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Eine der strategischen Zielsetzungen ist der weitere Ausbau des Krankenhauses zu einem sektorenübergreifenden interdisziplinären Gesundheitsstandort. Bereits langjährig praktiziert und weiter im Fokus ist die enge Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und anderen Leistungserbringern zum Vorteil der am Standort behandelten Patienten.
Das Jüdische Krankenhaus Berlin versteht sich entsprechend seines Leitbildes als Bestandteil des Gesundheitswesens in der Stadt und im Kiez (Bezirk). Dies wird u. a. durch die Besetzung von Kuratoriumsmitgliedern durch Personen der Kommunalpolitik deutlich. Eine enge Zusammenarbeit mit den Einrichtungen der Umgebung und ein intensiver Austausch zwischen den Beteiligten finden auf ökonomischer, pflegerischer und ärztlicher Ebene statt. Verantwortlich hierbei ist das jeweilige Vorstandsmitglied.

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Zur eindeutigen Festlegung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten ist die aktuelle Organisationsstruktur der Stiftung, des Krankenhauses sowie einzelner Abteilungen in Organigrammen festgelegt.
Die Ansprechpartner einzelner Kliniken und Zentren sind im Internet veröffentlicht.
Verantwortlich für die Festlegung der Organisationsstruktur ist der Vorstand. Änderungen werden stets aktuell in die Organigramme eingepflegt und veröffentlicht.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Ziel ist es, den optimalen Betriebsablauf durch koordinierte, schnelle und zielorientierte Entscheidungen des Vorstands sicherzustellen. Der Vorstand besteht aus drei Mitgliedern: Kaufmännische Direktorin, Ärztlicher Direktor und Pflegedirektorin.
Die Aufgaben und Verantwortlichkeiten aller Vorstandsmitglieder sind in der Satzung der Stiftung und in der Geschäftsordnung des Vorstands geregelt. Der Vorstand informiert alle Mitarbeiter über die Arbeit der Leitungsgremien und Kommissionen.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

Der medizinisch-pflegerische Fortschritt gilt als eines der zentralen Ziele. Innovative Ideen und deren Maßnahmen zur Umsetzung werden u.a. im Rahmen von Strategiekonferenzen vorgestellt und diskutiert. Das Nutzen innovativer Möglichkeiten und die stetige Weiterentwicklung der Organisation *Krankenhaus* sowie die Bereitschaft zum Wandel, sind wesentliche Bestandteile der Unternehmensphilosophie.
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden werden angenommen, sofern sich diese für die jeweilige Klinik als geeignet, wirtschaftlich und realisierbar erweisen. Als Basis dienen u.a. wissenschaftliche Studien und Festlegungen des G-BA. Konzepte, die zu einer kontinuierlichen Verbesserung des Patientenservice beitragen, werden stets entwickelt und in die Praxis umgesetzt. Als Basis dienen hierbei u. a. Ergebnisse der Patientenbefragung oder Rückmeldungen des Beschwerdemanagements sowie Ideen der Mitarbeiter.

5.4.1 Externe Kommunikation

Für den Bereich *Öffentlichkeitsarbeit* ist im Jüdischen Krankenhaus ein Mitarbeiter verantwortlich. Die Veröffentlichung relevanter Informationen mittels verschiedener Medien, die Organisation, Bekanntmachung und Ausrichtung öffentlichkeitswirksamer Veranstaltungen *(u.a. Symposien, Sonntagsvorlesungen, Fortbildungsveranstaltungen für niedergelassene Ärzte, Tage der Offenen Tür etc.)* fallen in dessen Aufgabenbereich. Er ist Sprecher des Krankenhauses, erstellt in dieser Funktion Presseinformationen, vermittelt kompetente Gesprächspartner und plant Pressegespräche. Zu wichtigen Ereignissen werden Vertreter aller Medien eingeladen.

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Ein umfassendes Risikomanagement in einem Handbuch umfassend geregelt. Dieses beinhaltet das betriebswirtschaftliche Riskmanagement und das klinische Risikomanagement. Es sind jeweils ein RM-Beauftragter sowie eine RM-Kommission für die Bereiche benannt.
Jährlich wird ein Jahresbericht von der Abt. Finanz- und Logistikmanagement erstellt, ein kumulativer Quartalsbericht vom Controlling. Regelmäßige Berichterstattung über Arbeitssicherheit, Daten- und Brandschutz, QM, Umwelt- und Riskmanagement sowie Beschwerdemanagement erfolgen von den jeweiligen Verantwortlichen.
Zusätzliche Infos erhält der Vorstand über ein schriftliches Berichtswesen von den Abteilungs- und Bereichsleitern bzw. Medizincontrolling und Controlling.

6 Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation

Dem Leitbild und normativen Grundlagen entsprechend, ist die Leistungserbringung in hoher Qualität eines der Unternehmensziele. Der Vorstand nimmt seine Verantwortung zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements wahr und stellt angemessene personelle und sächliche Ressourcen bereit.

Der Lenkungsausschuss, als oberstes Qualitätsmanagement (QM)-Gremium, wird vom Qualitätsmanager geleitet und ist berufs- und bereichsgruppenübergreifend zusammengesetzt. Die Vorstandsmitglieder sowie weitere Abteilungs- und Bereichsleiter, Stabsstellen und der Betriebsrat gehören ihm an. Auf der operativen Ebene steht dem Qualitätsmanager das Qualitätsmanagement-Team (QM-Team) zur Seite. Das QM-Team ist ein interdisziplinäres, berufsgruppen- und hierarchieübergreifendes Team von Mitarbeitern, die langjährig erfahren sind und das Krankenhaus in seinen Strukturen und Abläufen gut kennen. Sie sind als Ansprechpartner für das QM in Ihren Bereichen und für den Informationsfluss und die Verbreitung des QM-Gedankens zuständig.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Das Qualitätsmanagement ist prozessorientiert aufgebaut und berücksichtigt alle wesentlichen Kern-, Unterstützungs- und Führungsprozesse. Dabei dient die Struktur des KTQ® -Manuals als Gliederung und gleichzeitig als Prozesslandkarte.

Das Qualitätsmanagement wird für alle Bereiche als Managementinstrument betrachtet, daher ist jeder Abteilungs-/ Bereichsleiter/Chefarzt für die angemessene Umsetzung in seinem Bereich verantwortlich.

6.2.1 Patientenbefragung

Patientenbefragungen finden regelmäßig statt. Hierbei werden zwei Systeme, die sich gegenseitig ergänzen, verwendet. Zum einen erfolgt regelmäßig alle drei Jahre eine umfassende Patientenbefragung durch ein externes Institut. Diese findet mit standardisierten Fragebögen statt, die Ergebnisberichte enthalten Vergleichswerte zu anderen Krankenhäusern (Benchmarking). Die Auswertungen sind die Grundlage für eine umfassende Maßnahmen- und Zielplanung.

Darüber hinaus findet eine permanente Befragung der Patienten durch den Fragebogen *"Ihre Meinung ist uns wichtig"* statt. Das Instrument dient auch dem innerbetrieblichen Beschwerdemanagement. Konkreten Hinweisen wird umgehend nachgegangen. Die Bewertungen werden als Parameter der Entwicklung der Patientenzufriedenheit betrachtet.

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Einweiserbefragungen werden alle drei Jahre durch ein externes Institut durchgeführt. Des Weiteren werden im Rahmen des Entlassungs- und Überleitungsmanagements Evaluationsanrufe nach Überleitung durchgeführt.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Mitarbeiterbefragungen werden im Zusammenhang mit der umfassenden Befragung der Patienten und Einweiser alle drei Jahre durch ein externes Institut durchgeführt.

Alle Mitarbeiter der Stiftung Jüdisches Krankenhaus Berlin werden hierbei mit einbezogen und mittels der unterschiedlichen Medien über die Durchführung informiert.

Durch die Nutzung standardisierter Fragebögen und die Auswertung eines externen Instituts werden der Datenschutz und die Validität der Ergebnisse gewährleistet.

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Das Beschwerdemanagement ist ein wichtiges Instrument des Qualitätsmanagements und Teil der patientenorientierten Unternehmensstrategie. Ziel ist die schnelle Abhilfe bei Beschwerden von Patienten zu schaffen und die Zufriedenheit der Patienten oder deren Angehörigen wiederherzustellen.

6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Das Krankenhaus nimmt an freiwilligen externen Maßnahmen der Qualitätssicherung teil. Insbesondeer in den Organzentren werden quakltätssichernde daten erfasst und ausgewertet. Hierzu zählen beispielsweise das Berliner Schlaganfallregister, die Qualitätssicherung bei Bauchaortenaneurysma sowie weitere freiwillige Verfahren.

Seit 2012 ist das Jüdische Krankenhaus Berlin Mitglied bei Qualitätskliniken.de. In diesem Zusammenhang wurden seitens des Qualitätsmanagements verschiedene Analysen und Bewertungen vorgenommen und eine umfassende Risikoanalyse zur Patientensicherheit sowie zur Kategorie Ethik und Werte gemäß der Kriterien des Portals Qualitätskliniken.de in Zusammenarbeit mit den verantwortlichen Abteilungsleitern, der Pflegedirektion, dem Ethikkomitee und den Qualitätsbeauftragten der Kliniken durchgeführt.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Die Datenerfassung und der Umgang mit den Ergebnissen der externen Qualitätssicherung sind in einer verbindlichen Regelung festgelegt. Dort sind Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten definiert.

Zukünftig sollen die Ergebnisse im Rahmen der Vereinbarung von Qualitätszielen differenziert betrachtet und einbezogen werden.