

**Qualitätsbericht 2022**  
Onkologisches Zentrum am Evangelischen Waldkrankenhaus Spandau

VERANTWORTLICH

QM

FREIGEBER

QM/Zentrumskoordinator

FREIGABEDATUM

02.08.2023

DOKUMENTEN-CODE

SEITE

1/13

**Inhaltsverzeichnis**

- 1. **Über uns** ..... 3
- 2. **Ermittlung der Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken** ..... 4
- 3. **Rückblick – Status vorangegangener Managementreview** ..... 5
- 4. **Veränderungen interner/externer Themen und strategische Ausrichtung** ..... 7
- 5. **Wirksamkeitsbetrachtung des Qualitätsmanagementsystems** ..... 8
  - 5.1. Kundenzufriedenheit und Rückmeldung relevanter interessierter Parteien ..... 8
  - 5.2. Qualitätsziele des Onkologischen Zentrums am Evangelischen Waldkrankenhaus Spandau ..... 10
  - 5.3. Auditierungen ..... 11
  - 5.4. Eignung von Ressourcen ..... 12
- 6. **Chancen zur Verbesserung** ..... 12
  - 6.1. Stärken-Chancen Strategie EWK ..... 13
  - 6.2. Schwächen-Chancen Strategie EWK ..... 13

**VERANTWORTLICH**  
QM

**FREIGEBER**  
QM/Zentrumskoordinator

**FREIGABEDATUM**  
02.08.2023

**DOKUMENTEN-CODE**  
+

**SEITE**  
2/13

## 1. Über uns

Das Evangelische Waldkrankenhaus Spandau ist mit 524 ordnungsbehördlich genehmigten Betten eines der größten freigemeinnützigen Krankenhäuser Berlins. Es umfasst die Fachabteilungen Allgemeine Chirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie, Frauenheilkunde, Geburtshilfe, Geriatrie inkl. geriatrische Tagesklinik, Innere Medizin, Kardiologie sowie Kinder- und Jugendheilkunde. Gesellschafter ist zu 100% die Johannesstift Diakonie gAG.

Das Evangelische Waldkrankenhaus hat in 2022 ein positives Gesamtergebnis (EAT) in Höhe von 2.118 TEUR (Vorjahr: 2.299 TEUR) erzielt. Die Betriebsleistung hat sich gegenüber dem Vorjahr um 7.253 TEUR erhöht. Zu dieser Entwicklung tragen neben dem Anstieg des Landesbasisfallwertes insbesondere die gestiegenen Casemix-Punkte sowie die Erhöhung des Pflegebudgets bei.

Im Berichtsjahr verzeichnet das Evangelische Waldkrankenhaus Spandau einen Rückgang der Fallzahlen um 320 auf 21.134 Fälle. Die durchschnittliche Fallschwere (CMI) erhöhte sich auf 1,034.

Im Ergebnis stiegen somit die vergütungsrelevanten Bewertungsrelationen im Vorjahresvergleich um 2,2 % auf 21.841 Casemix-Punkte. Die durchschnittliche Verweildauer ist gegenüber dem Vorjahr leicht gestiegen und beträgt 6,6 Tage.

Das Onkologische Zentrum der Johannesstift Diakonie mit den Standorten Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau und Evangelische Lungenklinik Berlin-Buch beinhaltet das Darmzentrum, das Brustzentrum und Gynäkologische Krebszentrum sowie das Lungenkrebszentrum. Im Folgenden wird der Standort Evangelisches Waldkrankenhaus betrachtet.

**VERANTWORTLICH**

QM

**FREIGEBER**

QM/Zentrumskoordinator

**FREIGABEDATUM**

02.08.2023

**DOKUMENTEN-CODE**

+

**SEITE**

3/13

**2. Ermittlung der Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken bitte prüfen auf Änderungen/Ergänzungen**

| Schwächen  | Stärken  |
|--|--|
| Fehlender Hämato-Onkologe am Standort der Evangelische Lungenklinik Berlin-Buch.   | Tumorkonferenz EWK ist fest etabliert und Leuchtturm im gesamten PGD/JSD-Verbund. Eine FastTrack Tumorkonferenz wurde zusätzlich etabliert.  |
| Onkologischer Schwerpunkt in der JSD und entsprechende unternehmensinterne strategische Ausrichtung ausbaufähig, bedarf der stetigen Gremienarbeit und Kommunikation auf Unternehmensführungsebene.                        | Kooperationspartner werden über die gut funktionierende Tumorkonferenz in die Behandlung aktiv einbezogen.   |
| Schwankungen in den Fallzahlen im Darmzentrum trotz engen Austauschs mit Einweisern und Kooperationspartnern.<br>Gegebenenfalls notwendige Standortzertifizierung von Viszeral-onkologischen Schwerpunkt nicht sicher.     | Sehr gute Tumordokumentation mit einem qualitativ gut ausgebildeten und quantitativ ausreichend ausgestatteten Personalstamm.  |
| Festlegung von zuschlagsrelevanten strukturellen, personellen, leistungs- und ergebnisbezogenen Anforderungen an die Anerkennung als Onkologisches Zentrum in Berlin durch den Senat.                                      | Etablierte Strukturen im EWK/ELK könnten Anreiz für andere JSD-Häuser und externe Kooperationspartner bei der Etablierung eigener onkologischer Versorgungsstrukturen darstellen – „Modell Funktion“.  |
| Kenntnis zu standortbezogener medizinische Kompetenz und Präzisionsmedizin in der Öffentlichkeit ausbaufähig. Ausdehnung der öffentlichen Präsenz durch Marketingaktivitäten.  | Gute Ausgangslage durch Zertifizierung als Onkologisches Zentrum seit 2010 und damit vielen bereits etablierten Prozessen und Strukturen, im Rahmen einer zukünftigen Umsetzung von Senatskriterien zur Anerkennung als Onkologisches Zentrum. |
| Vernetzung der onkologischen Kompetenz innerhalb der Johannesstift Diakonie ausbaufähig. Vermehrt Aktivitäten zu einer stärkeren Zusammenarbeit der Kliniken und Nutzung vorhandener und neuer Kompetenzen und Strukturen. |  |
| Chancen  | Risiken  |
| Etablierung MVZ-Gastroenterologie und dadurch Akquise von Patienten des Darmzentrums.  | Nicht Erreichen der Anforderungen zur Rezertifizierung (besonders Rektumkarzinom) infolge Ausbau der Gastroenterologie und Onkologie in den umliegenden und somit kompetitiven Krankenhäusern.   |
| Internisierung des Austausches mit dem Wichernkrankenhaus, Etablierung der Endoskopie dort vor Ort + Hämatologie   | Wegfall der Ösophaguschirurgie (Mindestmenge), dadurch Einbußen in der viszeral-chirurgischen Kompetenz  |
| Erweiterung der Palliativeinheit auf 11 Betten in Planung (2023)   | Zerstörung der gastroenterologischen Zuweiserverstruktur infolge Schaffung von Einrichtungen (AEZ und MVZ), die gegenüber den ambulant tätigen Ärzten kompetitiv sind.   |
| Bildung eines „Ambulanten Endoskopischen Zentrums“   | Weitere Mindestmengenregelungen Pankreaschirurgie  |

VERANTWORTLICH

QM

FREIGEBER

QM/Zentrumskoordinator

FREIGABEDATUM

02.08.2023

DOKUMENTEN-CODE

SEITE

4/13

|  |
|--|
| Aufbau Analkarzinomzentrum und Weiterentwicklung Pankreaschirurgie |
|--|

**3. Rückblick – Status vorangegangener Managementreview**

| Nr. | Aktivität   | Ableitung Maßnahme 2022   | Bewertung 2022   |
|-----|---|---|--|
| 1   | <p><b>Ausbildung:</b></p> <p>Umsetzung des Pflegeberufsgesetzes mit dem Schwerpunktangebot Pädiatrie.</p> <p>Schule am Standort EWK</p> <p>Etablierung Kooperationsvertrag mit der Hebammenschule am Standort Eberswalde</p> <p>Etablierung OTA Ausbildung</p> <p>Aufbau Schule für Physiotherapie</p> <p>Etablierung Ausbildung zum Pflegeassistenten</p> <p>Etablierung Fachweiterbildung Anästhesie und Intensivmedizin in der JSD</p> <p>Einarbeitungskonzept für Mitarbeiter ohne Ausbildungsschwerpunkt Pädiatrie</p> <p>Praxisanleitersymposium</p> <p>Zukunftstag für Auszubildende</p> | <p>Das Curriculum für das neue Pflegeberufegesetz wurde erarbeitet, der Schwerpunkt Pädiatrie wird angeboten, eine Skil Lab Pädiatrie ist eingerichtet. Ein Traineeprogramm für Auszubildende ohne Schwerpunkt Pädiatrie wird erarbeitet.</p> <p>Eine Mitarbeiterin übernimmt die Funktion des zentralen Praxisanleiters und ist für diese Aufgabe freigestellt. Im Bereich Pädiatrie , ITS ,OP konnten ebenfalls Mitarbeiter für die Praxisanleitung gefunden werden</p> <p>OTA Schüler sind im EWK.</p> <p>Ab 2022 Gesamtkoordination für alle OTA Schüler und Hebammenauszubildenden zentral gesteuert über die JSD Schule.</p> <p>Die Reha Akademie ist gekauft. Prozesse werden analysiert und ggfs. optimiert.</p> <p>Ein Curriculum für die A und I Weiterbildung und für die Ausbildung zum Pflegeassistent wird erarbeitet.</p> <p>Die Mitglieder der AG Pädiatrie arbeiten an einem Traineeprogramm.</p> <p>Ein Praxisanleitersymposium für die PA in der JSD wird durch das EWK im Herbst angeboten</p> <p>Ein Zukunftstag für Auszubildende wird im EWK angeboten</p> | <p>Die Erarbeitung des Curriculum für das Pflegeberufegesetz ist abgeschlossen, der Schwerpunkt Pädiatrie wird angeboten, ein Skill Lab Pädiatrie ist etabliert. Es wurde die Notwendigkeit erkannt ein separates Programm für die Mitarbeiter anzubieten, die keinen Schwerpunkt Pädiatrie in der Ausbildung absolviert haben, aber gerne in diesem Bereich arbeiten würden.</p> <p>Die Etablierung der zentralen Praxisanleiter wird positiv bewertet, Ausweitung Praxisanleiter in 2023 in der ZNA.</p> <p>Die OTA Ausbildung wird refinanziert, alle Ausbildungsplätze sind besetzt.</p> <p>Die Maßnahme zum Kauf der Physiotherapieschule kann noch nicht bewertet werden.</p> <p>Das Weiterbildungsangebot A und I Kurs soll mit dem 1. Kurs im Herbst 2023 starten, die Ausbildung zum Pflegeassistenten wird auch in 2023 beginnen.</p> <p>Die Einarbeitung von Pflegefachkräften im Bereich Pädiatrie ohne Schwerpunkt kann noch nicht bewertet werden.</p> |
| 2   | <b>Zertifizierungen/Überwachungsaudit:</b>  | Die Zertifizierungsgesellschaft WIESOCert hat die Akkreditierung bzgl. DIN EN ISO 9001:2015   | Die Übernahme zu ClarCert hat reibungslos  |

VERANTWORTLICH

QM

FREIGEBER

QM/Zentrumskoordinator

FREIGABEDATUM

02.08.2023

DOKUMENTEN-CODE

SEITE

5/13

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
|   | <p>DIN EN ISO</p> <p>Onkologisches Zentrum mit den Organkrebszentren Brust-, Darm-, Gynäkologisches Krebszentrum</p> <p>Dysplasiesprechstunde</p> <p>Aufbau Wirbelsäulenspezialzentrum</p> <p>Zertifizierter Brustchirurg mit Spezialisierung für mikrochirurgische Brustrekonstruktion</p> | <p>abgegeben. Daher Umstieg auf neue Gesellschaft ClarCert. Externes Wiederholaudit erfolgreich abgeschlossen.</p> <p>Durchführung der Zertifizierungs- bzw. Überwachungsaudits.</p> <p>Bearbeitung der Hinweise.</p> <p>Im Bereich des Wirbelsäulenspezialzentrums erfolgte die Erstzertifizierung am 01.03.2023</p> <p>Wiederholte Zertifizierung Dysplasiesprechstunde durch Mitarbeiterwechsel</p> <p>Registerteilnahme im Bereich Brustrekonstruktion ist erfolgt, Anforderungen werden erfüllt.</p> | <p>geklappt.</p> <p>Alle externen Audits konnten positiv abgeschlossen werden, Zertifikate wurden bestätigt.</p> <p>Die Zertifizierung zum Zertifizierter Brustchirurg mit Spezialisierung für mikrochirurgische Brustrekonstruktion konnte am 24.01.2023 erfolgreich abgeschlossen werden</p> <p>Die Etablierung des Wirbelsäulenspezialzentrums ist abgeschlossen.</p>  |
| 3 | <p><b>Weiterentwicklung der elektronischen Patientenakte</b></p>  | <p>Fortlaufende Digitalisierung von Papierdokumenten</p> <p>Projekt im Bereich Kardiologie zum Dokumentenmanagement hat begonnen</p> <p>Einführung Spotmonitore</p> <p>Einbindung der EKG Geräte</p> <p>KHZG Projekte</p>   | <p>Die Digitalisierung der Papierdokumentation erfolgt mandantenübergreifend, daher ist ein längeres Zeitintervall zu planen. Das Projekt im Bereich Kardiologie kann noch nicht bewertet werden, da die Arbeit erst begonnen hat.</p> <p>Die Einführung der Spotmonitore und Übertragung der Vitalzeichen funktioniert gut und steigert die Mitarbeiterzufriedenheit.</p> <p>Die Einbindung der EKG Geräte ist noch nicht zufriedenstellend, abgeleitete Maßnahmen werden umgesetzt.</p> <p>Im Bereich KZHG werden separate Aufzeichnungen geführt. Die Projekte können noch nicht abschließend bewertet werden.</p> |
| 4 | <p><b>IT Aktionstag</b></p>   | <p>Vernetzt-Verschlüsselt-vertraulich? Unter diesem Motto fand der 1. Aktionstag IT statt. Umsetzung Maßnahmen u.a. B3S</p>   | <p>Der Aktionstag wir sehr positiv bewertet und soll in 2023 weiter angeboten werden.</p>   |

VERANTWORTLICH

QM

FREIGEBER

QM/Zentrumskoordinator

FREIGABEDATUM

02.08.2023

DOKUMENTEN-CODE

SEITE

6/13

**4. Veränderungen interner/externer Themen und strategische Ausrichtung**

| Nr. | Input/Einflussfaktoren            | Auswirkung/Resultat  | Einfluss auf QM-Struktur/Strategie und Maßnahmen  |
|-----|-----------------------------------|--|---|
| 1   | Johannesstift Diakonie gAG        | Das Leitbild wurde erarbeitet, Service Credo und die Führungsgrundsätze entwickelt.<br>Ein Marketingkonzept zur Durchdringung der neuen Marke ist erarbeitet und in Umsetzung, Im Bereich Servicecredo konnten Zielbilder entwickelt werden. JSD ist nun auch auf Instagram präsent Die Jo! 24 wurde eingeführt. | Die neue Marke wird wahrgenommen auf unterschiedlichen Ebenen, die Jo!24App wurde bereits von vielen Mitarbeitern heruntergeladen. Die Umsetzung der Zielbilder musste pandemiebedingt ausgesetzt werden.   |
| 2   | Vorgaben Holding/ G-BA            | Vorgabe der DIN ISO 9001:2015, Umsetzung Strategie 2025 mit den Schwerpunkten Identität, Kund*innenzufriedenheit, Arbeitgebermarke, Prozesse, Nachhaltigkeit und neue Ideen. Durchdringung Führungsgrundsätze, Service Credo, Zielbilder, Umsetzung Strukturprüfungen durch MD, AG Klimamanagement               | Umsetzung der Norminhalte, der Strategie 2025, Strukturprüfungen wurden durch Medizincontrolling und QM begleitet, Hinweise werden in das Maßnahmenmanagement mit aufgenommen.<br>Indikatoren der Strategie werden in den Aktionsplan integriert, Stammdatenprojekt (Controlling, QM, JSD Personal) |
| 3   | Politischen Rahmenbedingungen GBA | Prüfung der GBA Rahmenvorgabe Qualitätsmanagement und Risikomanagement auf Umsetzung im EWK, Forderungen werden bereits umgesetzt, Krankenhausreformgesetz, Ambulantisierung (OP Katalog)  | Kontinuierlicher Prozess.   |
| 4   | Zertifizierungen intern EWK       | DIN EN ISO 9001:2015, Onkologisches Zentrum, EPZ max, Organkrebszentren, Wirbelsäulenspezialzentrum , Dysplasiesprechstunde, Zertifizierter Brustchirurg mit Spezialisierung für mikrochirurgische Brustrekonstruktion   | Synergien schaffen und Abgleich der Anforderungen aus der DIN EN ISO 9001:2015.   |
| 5   | Peer Review Verfahren             | In 2022 Pilot Peer Review zur Fragestellung/Tracer . Anzahl Vertebro-/Kyphoplastie G-IQI 5.3 47.43 - Anzahl durchgeführter Vertebro-/Kyphoplastien (ohne Tumor, komplexe Rekonstruktion, Versteifung, WK-Ersatz, BS-Eingriffe)   | Grundsätzlich Organisation, Beteiligung und Umsetzung abgeleiteter Maßnahmen mit Behandlungsteam.   |
| 6   | Klinisches Risikomanagement       | Trägervorgabe, G-BA Beschluss, EPZ Max, DIN EN ISO 9001:2015, Wirbelsäulenspezialzentrum,  | Etablierung Risikomanagement in das Unternehmen, Bündelung der abgeleiteten   |

VERANTWORTLICH

QM

FREIGEBER

QM/Zentrumskoordinator

FREIGABEDATUM

02.08.2023

DOKUMENTEN-CODE

.

SEITE

7/13

|    |   |   |  |
|----|---|---|--|
|    |   |   | Maßnahmen in der Abteilung QMR, Fachgruppe Risikomanagement auf JSD ebene, Durchführung von Fallanalysen, Durchdringung der Mitarbeiter, Maßnahmenableitung und –umsetzung |
| 7  | <b>Image, Stellung in der Öffentlichkeit</b>  | Erfüllung des externen Qualitätsberichtes, regelmäßige Einweiserbefragung, Online Patientenbefragung, Mitarbeitergewinnung, Mitarbeiterbefragung, Social Media EWK, Patientenportal, Veranstaltungsmanagement | Durchdringung des QM-Systems, Umsetzung Service- und Zuwendungskultur, Darstellung der Ergebnisse in Jo24, Marketingaktivitäten, QM/KD Newsletter.                         |
| 8  | <b>Digitalisierung KHZG</b>   | Weiterentwicklung der elektronischen Patientenakte  | Anpassung dokumentierter Informationen, Mitarbeit bei der Umsetzung und Durchdringung, interne Audits  |
| 9  | <b>JSD Häuser</b>   | QM-Fachgruppe unter Leitung ZQM.<br>RM-Fachgruppe unter Leitung ZQM.<br>RM-IT Fachgruppe unter Leitung RMIT.  | Durchführung von häuserübergreifenden Audits, Abstimmung und Netzwerkarbeit. Ist mit   |
| 10 | <b>Ausgliederung Medizintechnik, Zentralsterilisation, Einkauf, Personalmanagement, Finanzmanagement, Wäsche, Labor, Reinigung, Küche</b> | Prüfung der Verträge auf Umsetzung.<br>Aufnahme in eine Vertragsdatenbank.  | Prüfung Risiken, Einbindung in das Auditwesen, Einforderung von Nachweisen z.B. Zertifikate, Prüfprotokolle und Lieferantenbewertung.                                      |

### 5. Wirksamkeitsbetrachtung des Qualitätsmanagementsystems

#### 5.1. Kundenzufriedenheit und Rückmeldung relevanter interessierter Parteien

| Nr. | Interessierte Parteien                              | Instrument zur Überprüfung der Erwartungen | Auswirkungen/Resultat  | Maßnahme  |
|-----|---|--|--|---|
| 1   | <b>Patient, Angehörige</b>                          | Patientenbefragung                         | Gut etabliert, Rücklaufquote ist mit 38,25% gut, die Weiterempfehlung ist mit 1,495 ebenfalls erfüllt, die Ergebnisse sind in der in MB Kennzahlenmatrix integriert                                    | Durchdringung der Ergebnisse in den Konferenzen.  |
| 2   | <b>Patient, Angehörige, Potentielle Mitarbeiter</b> | Online Patientenbefragung                  | Jeder Patient kann Online an der Befragung poststationär teilnehmen Die Teilnahmequoten sind weiterhin gering.   | Ausweitung der Online – Patientenbefragung, die Befragung in Papierform kann noch nicht eingestellt werden. |
| 3   | <b>Einweiser, Nichteinweiser</b>                    | Einweiserbefragung                         | Einweiserbefragung 2021 durchgeführt   | Verbesserungspotentiale wurden erfasst, eine erneute Einweiserbefragung erfolgt in 2024.                    |
| 4   | <b>Mitarbeiter</b>                                  | Mitarbeiterbefragung                       | Teilmitarbeiterbefragung in 2022 mittels Interview und Fragebogen zum Thema interdisziplinäre Zusammenarbeit. Im Bereich der interdisziplinären Zusammenarbeit wurden Verbesserungspotentiale erkannt. | Einleitung interdisziplinärer Projekte  |

VERANTWORTLICH

QM

FREIGEBER

QM/Zentrumskoordinator

FREIGABEDATUM

02.08.2023

DOKUMENTEN-CODE

-

SEITE

8/13



|    |   |   |  |   |
|----|---|---|--|---|
| 5  | <b>Träger</b>                                     | Deltamaster Personaldaten ergänzt   | Gut etabliert, monatliche Statistik der Leistungs- und Prozessdaten plus Finanzkennzahlen. Personaldaten und Qualifikationsnachweise für Zertifizierungen/Strukturprüfungen können nicht einfach aus dem System gezogen werden.  | Stammdatenprojekt unter Beteiligung JSD Personal, Personalreferentin, Qualitätsmanagement   |
| 6  | <b>G-BA</b>                                       | Strukturprüfungen   | Überprüfung der Strukturvorgaben finden statt und sind dokumentiert.   | Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Strukturprüfungen und Dokumentenprüfungen durch QM und Medizincontrolling  |
| 7  | <b>Vorstand JSD</b>                               | Quartalsgespräche Vorstand - GF   | Gute Gesprächsatmosphäre etabliert.  | Leiter Controlling ist bei den Gesprächen dabei.  |
| 8  | <b>Kooperationspartner, externe Dienstleister</b> | Lieferantenbewertung  | Durch SCEuL erfolgt, Lieferengpässe  | Systematische-Beurteilungen der Leistungen von Kooperationspartnern mittels Checkliste, Ergebnisse werden in Form eines separaten Heftes dargestellt, Gespräche zu Lieferengpässen finden regelmäßig statt.                       |
| 9  | <b>Auszubildende</b>                              | Ausbildungsgespräche, Frühstück zur Personalaquise, Praxisanleiterkonferenzen | Gespräche werden gut angenommen, Praxisanleiterkonferenzen wurden häuserübergreifend geführt (teilweise pandemiebedingt online), Praxisanleiterweiterbildungen werden durch die JSD selbst angeboten, hauptamtliche Praxisanleiter*innen sind in den unterschiedlichen Bereichen im EWK etabliert. | Einführung Willkommensgespräch zw. Schule, Hebammenstudentinnen, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeschüler und den Stationen, Präsenz auf Job-Messen, Etablierung einer Marketingkampagne zum Thema Ausbildung, Bewerbungstage. |
| 10 | <b>JSD Häuser</b>                                 | Benchmark via Deltamaster   | Best Practice, Konzerninterne Verlegung fördern, Ausbau Zusammenarbeit EWK/WKH und Elisabethkrankenhaus  | Konzerninterne Verlegung mit dem Elisabethkrankenhaus und dem Wichernkrankenhaus (WKH),   |
| 11 | <b>Führungskräfte</b>                             | Führungskräftefeedback  | Etablierung der Führungsgrundsätze. Feedback GF  | Die Durchdringungsmaßnahmen mussten aufgrund der pandemiebedingten Kontaktbeschränkungen in 2022 weiter verschoben werden, Führungskräftefeedback auf Vorstand und GF Ebene erfolgt.  |
| 12 | <b>Medizintechnik</b>                             | Audit, regelmäßige Besprechungen  | Workflow und gesetzliche Bestimmungen, Stärkere Vernetzung IT und Medizintechnik   | Kontinuierlicher Austausch und Fehlermeldungen durch Prokuristin und Leiter Vamed, Anbindung weiter Medizintechnik im KIS.  |
| 13 | <b>Patienten, Einweiser, Presse, Angehörige</b>   | Veranstaltungsmanagement  | Veranstaltungen finden regelmäßig statt, eine Veranstaltungskalender wird im Bereich Marketing geführt.  | Veranstaltungen werden in 2023 wieder komplett angeboten.   |

VERANTWORTLICH

QM

FREIGEBER

QM/Zentrumskoordinator

FREIGABEDATUM

02.08.2023

DOKUMENTEN-CODE

SEITE

9/13

5.2. Qualitätsziele des Onkologischen Zentrums am Evangelischen Waldkrankenhaus Spandau

|  | Onkologisches Zentrum | Darmzentrum | Brustzentrum | Gynäkologisches Krebszentrum |
|--|-----------------------|-------------|--------------|------------------------------|
| <b>Ziel</b>  |                       |             |              |                              |
| <b>Patientenzufriedenheit</b>  |                       |             |              |                              |
| <b>Patienten, die sich kompetent, individuell und sicher beraten und behandelt fühlen</b>  |                       |             |              |                              |
| Die Patientenzufriedenheit wird kontinuierlich am Ende des Aufenthaltes ermittelt. Die geforderte Rücklaufquote ist mit 36% erfüllt.   |                       |             |              |                              |
| <b>Ziel</b>  |                       |             |              |                              |
| <b>Medizinische Kompetenz</b>  |                       |             |              |                              |
| <b>Behandlung auf dem neuesten Stand des medizinischen Wissens</b>   |                       |             |              |                              |
| Wird durch regelmäßige Teilnahme an internen und externen Fortbildungsveranstaltungen sichergestellt. Die Inhalte werden im Rahmen interner Schulungen (breakfast lecture, Qualitätszirkel, Stationsbesprechungen etc) durchdrungen. |                       |             |              |                              |

VERANTWORTLICH

QM

FREIGEBER

QM/Zentrumskoordinator

FREIGABEDATUM

02.08.2023

DOKUMENTEN-CODE

SEITE

10/13

|  |     |
|--|-----|
| <b>Ziel</b>  |     |
| <b>Standortbestimmung</b>  |     |
| <b>Akzeptanz als Kompetenzzentrum für Krebserkrankungen</b>  |     |
| In 2021 fand eine weitere Einweiserbefragung statt. Die Befragten haben uns folgende Rückmeldung gegeben:                |     |
| ➤ Der fachliche Ruf:   | 1,4 |
| ➤ Das Leistungsangebot:  | 1,2 |
| ➤ Die vorhandenen Diagnose- und Therapiemöglichkeiten:   | 1,2 |
| ➤ Das Mitteilungsverhalten über unvorhergesehene Ereignisse (notfallmäßige Aufnahme, Komplikationen, Tod des Patienten): | 1,4 |
| ➤ Die Terminabsprache:   | 1,1 |
| ➤ Persönliche Kontakte zu den Chef- und Oberärzten:  | 1,2 |
| ➤ Die Erreichbarkeit der Ärzt*innen:   | 1,4 |
| ➤ Der fachliche Austausch bei abweichenden Therapieentscheidungen:   | 1,2 |
| Für 2024 ist eine weitere Befragung geplant.   |     |

### 5.3. Auditierungen

Das Instrument der internen Auditierung wurde konsequent in Form von Vor Ort Audits, Round-Table Audits und Aktenaudits umgesetzt. Ein Systemaudit wurde durchgeführt. Maßnahmen wurden abgeleitet und im Aktionsplan dokumentiert. Der risikobasierten Ansatz wurde mit aufgenommen. Grundlage ist hier ebenfalls das Risikoassessment. Eine Maßnahmenliste wurde abgeleitet und befindet sich derzeit in der Umsetzung.

VERANTWORTLICH

QM

FREIGEBER

QM/Zentrumskoordinator

FREIGABEDATUM

02.08.2023

DOKUMENTEN-CODE

SEITE

11/13

#### 5.4. Eignung von Ressourcen

Die Eignung von Ressourcen wird u.a. im Rahmen des Managementreview betrachtet. Potenzielle Risiken finden Beachtung und werden in die Risikomatrix mit aufgenommen.

| Nr. | Art der Ressourcen | Einfluss/Messung   | Ergebnis  |
|-----|--------------------|--|---|
| 1   | Personal           | Vorgaben OnkoZert  | Berichtswesen Personal, regelmäßige Vorlage und Prüfung der Qualifikationsmatrix und Abgleich mit den Anforderungen |
| 2   | Raum               | Begehungen, Arbeitssicherheit, Gefährdungsbeurteilungen, interne Audits.   | Vorlage Gefährdungsbeurteilungen in den entsprechenden Kommissionen, Amtsarztbegehungen                             |
| 3   | Material           | Vorgaben Anforderungen OnkoZert, Gefährdungsbeurteilungen, interne Audits. | Vorlage Gefährdungsbeurteilungen in den entsprechenden Kommissionen, BfArM, Chargendokumentation.                   |

#### 6. Chancen zur Verbesserung

Zur Ableitung der strategischen Ausrichtung wurde eine Stärken, Schwächen, Chancen, Risiken Analyse durchgeführt. Die Bewertung wird kontinuierlich fortgeführt.

Die Analyse potenzieller Chancen wird im Ev. Waldkrankenhaus zur fortlaufenden Verbesserung der Prozesse und Kundenleistungen sowie zur Unternehmensentwicklung genutzt. Im Rahmen dieser Analyse wurden Strategien abgeleitet, die auf der einen Seite

- zur optimalen Nutzung bestehender Chancen bei gleichzeitiger Berücksichtigung der internen Stärken verhelfen,
- und zum anderen dazu beitragen interne Schwächen abzubauen, um neue Chancen effizienter zu nutzen.

Folgende Faktoren werden dabei betrachtet: Gesetzgebung, Wettbewerb, Medizinisch-technischer Fortschritt, die politische Entwicklung im Gesundheitswesen, Trends. Daraus abgeleitet werden strategische Erfolgsfaktoren, die regelmäßig geprüft werden.

VERANTWORTLICH

QM

FREIGEBER

QM/Zentrumskoordinator

FREIGABEDATUM

02.08.2023

DOKUMENTEN-CODE

SEITE

12/13

6.1. Stärken-Chancen Strategie EWK

| Nr. | Nutzung von Stärken                  | Chancen  | Strategischer Erfolgsfaktor                                     | Maßnahmen zur Umsetzung   |
|-----|--------------------------------------|--|---|---|
| 1   | Interdisziplinarität                 | Flexibilität Patientenzufriedenheit, Synergieeffekte schaffen. | Wissensmanagement, Expertise, Fachpersonal, Prozessorientierung | Zertifizierungen, Onkologisches Zentrum   |
| 2   | Guter Ruf bei Patienten              | Weiterempfehlung   | Patientenzufriedenheit, Service- und Zuwendungskultur           | Kontinuierliche Patientenbefragung, Onlinebefragung, Lob und Beschwerdemanagement, Veranstaltungsmanagement, Servicebotschafter, Schulung aller Mitarbeiter zum Thema Service und Zuwendung, Patienteninformationsveranstaltungen |
| 3   | Zertifiziertes onkologisches Zentrum | Hohe ausgewiesene Versorgungsqualität durch Zertifizierungen.  | Kontinuierlicher Verbesserungsprozess, Tumorkonferenzen         | Umsetzung der Anforderungen OnkoZert  |
| 7   | Eigene Krankenpflegeschule           | Fachkräftegewinnung, Ausbildungsausbau.                        | Attraktivität des Arbeitgebers.                                 | Fort- und Weiterbildung, leistungsgerechte Vergütung, Angebote für Mitarbeiter (Job Ticket, Einkauf von Sachbedarf, Benefits etc.), Ausbau der Ausbildungsplätze, Planung Schule am Campus EWK                                    |

6.2. Schwächen-Chancen Strategie EWK

| Nr. | Abbau von Schwächen               | Chancen  | Strategischer Erfolgsfaktor | Maßnahmen zur Umsetzung  |
|-----|-----------------------------------|--|-----------------------------|--|
| 1   | IT-Struktur/Medierversorgung/WLAN | Integration der EDV-Gesellschaft in den Konzern.         | Störungsfreier Prozess      | Vertragsgestaltung, IT-Projekte, Etablierung WLAN abgeschlossen, Bearbeitung von OPL-Übersicht |
| 2   | Keine Strahlentherapie            | Kooperation mit einem win win - Verhältnis.              | Vernetzung und Kooperation. | Kooperationsverträge mit externen Partnern.  |
| 5   | Sozialer Brennpunkt               | Wahrnehmung sozialer Auftrag, diak. Auftrag, Imagegewinn | Vernetzung und Kooperation. | Psychosoziale Betreuung, Zusammenarbeit Selbsthilfegruppen                                     |

VERANTWORTLICH

QM

FREIGEBER

QM/Zentrumskoordinator

FREIGABEDATUM

02.08.2023

DOKUMENTEN-CODE

SEITE

13/13