

Einrichtung/Abteilung/Bereich: Hämatologisches Zentrum Tauberfranken HZT Bewertetes Jahr: 2022 Datum der Bewertung: 16.01. und 13.02.2023

**Teilnehmer**

Prof. Dr. W. J. Heinz	Leiter HZT	Dr. M. Raab	OA IM2
Dr. E. Hartung	Leiter OZT	Dr. B. Muck	QMBA HZT
B. Deppisch	ZK HZT und OZT	M. Susset	QM
L. Stumpf	BL QM	U. Emig-Lange	QA

**Bewertungskriterien**

Teil	Inhalt	ja	nein	Bemerkungen
1.	QM-Bewertung vom Vorjahr mit Folgemaßnahmen		X	Erste Managementbewertung, entfällt
2.	Ergebnisse von Audits	X		Erste Auditierung extern nach DKG in 2023
3.	Strategische Ausrichtung der Organisation, Zuordnung BSC, Qualitätspolitik, -ziele	X		
4.	Ressourcenplanung	X		
5.	Kommunikation mit dem Kunden, Kundenzufriedenheit, -rückmeldungen, Berücksichtigung relevanter interessierter Parteien	X		
6.	Prozessleistung und Produktkonformität	X		
7.	Vorbeugungs- und Korrekturmaßnahmen	X		
8.	Änderungen, die sich auf das (Q)MS auswirken könnten	X		
9.	Neue oder überarbeitete gesetzliche bzw. regulatorische Anforderungen	X		
10.	Maßnahmenkatalog für Verbesserungen	X		
11.	Abschließende Beurteilung durch den Kaufmännischen Direktor (Regionalleiter)	X		

Die nächste QM-Bewertung ist für 2024 (Berichtsjahr 2023) geplant. Die Ergebnisse werden an die Mitglieder des Qualitätszirkels verteilt. Die Mitglieder des Qualitätszirkels sind für die Information der MitarbeiterInnen verantwortlich. Eine Kopie der Managementbewertung geht an den Kaufm. Direktor / Direktorium / Regionalleitung.

16. Jan. bzw. 13. Feb. 2023

Datum

*L. Stumpf*  
erstellt

Prof. Dr. W. J. Heinz

genehmigt

*[Signature]*

Autor:  
Hemmerich Sabine

Fachl. Prüfung:  
Stumpf Lena

Prozesseigner:  
Reggenin Marc

Version Nr.  
01

Erstelldatum:  
03.08.2022

Objekt ID  
35394957601

1. Folgemaßnahmen aus der QM-Bewertung des Vorjahres  
Entfällt: Aufbau HZT in 2022, Erst-Zertifizierung in 2023 geplant.

2. Ergebnisse von Audits							
Bewertungskriterium/ Thema/ Problem	Aufzeichnung	SOLL/ Ziel/ Bezug BSC, Kennzahlen/ Messgröße	Aktueller Stand/ Ergebnis (IST)	Bewertung (grau-grün-gelb-rot)	Reaktion/ Maßnahme	Wer, bis wann?	
Internes Auditprogramm	Auditprogramm	100% (3 Jahre)	Siehe OZT.				
Interne Audits/ Begehungen	Auditplan	100% (3 Jahre)	Siehe OZT.				
Externe Audits/ Begehungen	Auditplan, Übersicht Zertifizierungen, Beschluss ISO DIR, Planung 2022	Umsetzung gemäß Planung	Ab 2023.				
Risikoaudits, riskala	Auditplan	Umsetzung, Index	Siehe OZT.				
Abweichungen aus den internen Audits/ Begehungen	Auditprotokoll, -bericht, VA Umgang mit Begehungsberichten, Themenspeicher	Umsetzung der Hinweise/ Abweichungen	Siehe OZT.		Siehe Erhebungsbogen für 2022.	Frau Depisch, 31.05.2023	
Abweichungen aus den externen Audits/ Begehungen	Auditprotokoll, -bericht	Umsetzung der Hinweise/ Abweichungen	Ab 2023.				
3. Strategische Ausrichtung der Organisation, Zuordnung BSC, Qualitätspolitik, Qualitätsziele (Kontext der Organisation, Umfeldanalyse, Stärken und Schwächen, Chancen und Risiken, externe und interne Einflüsse)							
Bewertungskriterium/ Thema/ Problem	Aufzeichnung	SOLL/ Ziel/ Bezug BSC, Kennzahlen/ Messgröße	Aktueller Stand/ Ergebnis (IST)	Bewertung (grau-grün-gelb-rot)	Reaktion/ Maßnahme	Wer, bis wann?	
Qualitätsziele Vorjahr	Qualitätsziele 2022	Erfüllung	Neu ab 2023.				
Qualitätsziele aktuelles Jahr	Qualitätsziele 2023	Erfüllung	Siehe Anlage.		Veröffentlichung Qualitätsziele 2023.	Frau Depisch, 31.03.2023	
Leitbild/ Leitziel/ Vision/ Qualitätspolitik	Leitbild/Leitziel/ Vision BBT	Durchdringung	CKBM sichtbar als Zentrum für hämatologische Neoplasien (siehe auch Leitbild BBT).				
BSC	BSC, Programmübersicht, -management, Themenspeicher, Medizinisches Konzept	Beinhalten Qualitätsaspekte, strategische Ausrichtung Ziele	Übereinstimmung zur Strategie der BBT. Stabilisierung, Vernetzung Region.		Siehe Zukunftskonzept Med. Klinik 2, Herr Prof. Heinz.		

Autor: Hemmerich Sabine	Fachl. Prüfung: Stumpf Lena	Prozesseigner: Reggentin Marc	Version Nr. 01	Erstelldatum: 03.08.2022	Objekt ID 35394957601
Ausdrücke unterliegen nicht dem Änderungsdienst. Die aktuelle Version finden Sie im DMS.					

SWOT-Analyse	SWOT-Analyse	Bearbeitung Themen	Siehe OZT und Versorgungslage im Main-Tauber-Kreis.				
Stakeholderanalyse	Stakeholderanalyse, inkl. SOLL-Werte	Siehe Definition Sollwerte	In 2023: Beobachtung Herkunft Patient*innen, Einweisungen.			Wiedervorlage in MB 2023.	
Führungs- und Managementstrukturen	Organigramm, Zielvereinbarung, MA-Gespräche	Klare Zuständigkeiten	Siehe Organigramm.				
Fallzahlenentwicklung	Auswertung Fallzahlen	Erreichung Wirtschaftsplans	Für 2022: Über 75.				
Projekte	Projektplan	Siehe Programm	Zentral. B0 (DIR).				
<b>4. Ressourcenplanung</b>							
Bewertungskriterium/ Thema/ Problem	Aufzeichnung	SOLL/ Ziel/ Bezug BSC, Kennzahlen/ Messgröße	Aktueller Stand/ Ergebnis (IST)	Bewertung (grau-grün-gelb-rot)	Reaktion/ Maßnahme	Wer, bis wann?	
Generelle Ressourcenplanung	Siehe ff.	Erreichung Plan	Benennung QMBA.		Gespräch mit Frau Muck wegen QMBA.	Herr Prof. Heinz, 31.01.2023	
Organigramme, Vertreterregelung	Organigramme	Klare Zuständigkeiten	Siehe Organigramm.		Finalisierung im DMS.	QM, 31.01.2023	
Beauftragungen und Bestellungen	Beauftragtenliste, Aufgabenbeschreibungen	Klare Zuständigkeiten	Siehe oben.				
Personalfuktuation, Personalkennzahlen	Personalstand, offene Stellen, Beratungsleistungen	Keine offenen Stellen, Krankheitsquote	Erste Bewertung.				
Kooperationen	Kooperationsverträge	Aktuell	In Arbeit. Siehe auch OZT.				
Dienstplan/ Arbeitszeiten/ Zeiterfassung	Dienstplan, Clinic-Planner, QMBA-Zeiterfassung	Ressourcen für HZT zur Verfügung	Siehe QMBA.			Siehe oben.	
Räumlichkeiten	Gebäudeplan	Umsetzung	Raumplan durch DIR in Arbeit (Prüfung B0).			Über DIR in Arbeit.	
Ausstattung	Inventarlisten	Instandhaltung	Passend.				
Investitionen	Finanzplan, Wirtschaftsplan	Investitionsquote	Plan Ultraschallgerät, Anschluss an CWD.			Klärung mit Raumplan, siehe oben.	

Autor:  
Hemmerich Sabine

Fachl. Prüfung:  
Stumpf Lena

Prozesseigner:  
Reggentin Marc

Version Nr.  
01

Erstelldatum:  
03.08.2022

Objekt ID  
35394957601

<b>Fort- Weiterbildungen/ Schulungen</b>	Fort- und Weiterbildungsplan, Teilnehmerlisten	Teilnehmerquote	Passend.	Siehe Onkologische Fachpflege, Visite, Planung zentral über OZT, PD.	
<b>Pflichtschulungen</b>	Teilnehmerlisten	Erfüllungsquote	Laufend, Zyt- Schulungen, jährliche Schulung für ermächtigte Ärzte. In 2022 erfolgt.		
<b>Einarbeitung</b>	Einarbeitungs-CL	Rückmeldung an PA	Siehe IM2. Planung Unterlagen über DMS bereitstellen.	SOPs in DMS übernehmen.	Siehe unten
<b>Mitarbeitergespräche</b>	Protokolle, Doku. PA	Durchführung der Gespräche	Siehe IM2. Planung Gespräch mit Frau Deppisch.	Organisation Mitarbeitergespräch Frau Deppisch.	Herr Prof. Heinz, Frau Deppisch, Planung über Frau Hofbauer, jährlich
<b>Betriebliches Gesundheitsmanagement</b>	Siehe Maßnahmen	BEM, BGM	Zentral.		
<b>Arbeitsgruppen (BBT, QZ)</b>	Protokolle	Bearbeitung Themen	Siehe QZ HZT. Austausch mit Pa- derborn zu Orbis Hämatologie geplant. Wechsel Zuständigkeit QM.	SOP zu Besprechungen im HZT. Themenspeicher mit offenen Punkten.	Frau Dep- pisch, 15.03.2023 Frau Dep- pisch, QM, 15.03.2023
<b>5. Kommunikation mit dem Kunden, Kundenzufriedenheit, Kundenrückmeldungen, Berücksichtigung relevanter interessierter Parteien (siehe auch Stakeholderanalyse unter 3.)</b>					
<b>Bewertungskriterium/ Thema/ Problem</b>	<b>Aufzeichnung</b>	<b>SOLL/ Ziel/ Bezug BSC, Kennzahlen/ Messgröße</b>	<b>Aktueller Stand/ Ergebnis (IST)</b>	<b>Bewertung (grau-grün- gelb-rot)</b>	<b>Reaktion/ Maß- nahme</b>
<b>Rückmeldemanagement, Reklamationsbearbeitung, Wartezeitenanalyse, Dauer Befunde, Konsile</b>	Auswertungen zum Rückmel- demanagement, siehe interner Qualitätsbericht	Siehe Auswertungen 2022	Zentral organisiert, Sekt. DIR, Netgata- te. Wartezeitenana- lyse abgestimmt.		

<b>Autor:</b> Hemmerich Sabine	<b>Fachl. Prüfung:</b> Stumpf Lena	<b>Prozesseigner:</b> Regentin Marc	<b>Version Nr.:</b> 01	<b>Erstelldatum:</b> 03.08.2022	<b>Objekt ID</b> 35394957601
Ausdrücke unterliegen nicht dem Änderungsdienst. Die aktuelle Version finden Sie im DMS.					

			Keine strukturellen Themen HZT, Siehe OZT.					
<b>Öffentlichkeitsarbeit</b>	Veröff.-Quote, Homepage, Imageanalyse	Veröff.-Quote Standardmedien	Neue Homepage vorbereitet. Pressebericht zur Gründung des Zentrums zur Freigabe.			Freigabe Homepage, dann Versand Pressebericht.		Herr Prof. Heinz, Frau Emig-Lange, 28.02.2023
<b>Teilnahme an Umfragen</b>	Focus	Rangfolge	Zentral.					
<b>Patientenbefragung</b>	Ergebnisse d. Patientenbefragung (Intern + extern)	Auswertung 2022 (über OZT)	Ab 2023 umgesetzt, bis dahin siehe OZT.					
<b>Einweiserbefragung</b>	Ergebnisse d. Einweiserbefragung, Liste der Zuweiser	Siehe Ergebnisse 2017/2020/2021	Zentral 2020/2021.			Abstimmung im OZT erfolgt.		
<b>Mitarbeiterbefragung</b>	Ergebnisse d. Mitarbeiterbefragung, BVW	Siehe Ergebnisse 2017/2021	Zentral 2021.			Zentrale Bearbeitung, regionale AG.		
<b>Kooperationspartner</b>	Kooperationsverträge, Kundengespräche	Zuweisungen, KOV, Rückmeldungen	In Arbeit, Schmerztherapie, Haferlach erledigt. Zusammenarbeit und Kommunikation gut und konstruktiv.			KOV fertigstellen (OUCH, Dermatologie).		Frau Depisch, 31.05.2023
<b>6. Prozessleistung und Produktkonformität (Information über Qualitätsleistung, Ergebnisse von Überwachungen und Messungen, Entwicklung Indikatoren, Tumordokumentation, Register, QM-Bericht, Zusammenarbeit Kooperationspartner, Bewertung externer Dienstleistungen)</b>								
<b>Bewertungskriterium/ Thema/ Problem</b>	<b>Aufzeichnung</b>	<b>SOLL/Ziel/ Bezug BSC, Kennzahlen/ Messgröße</b>	<b>Aktueller Stand/ Ergebnis (IST)</b>	<b>Bewertung (grau-grün-gelb-rot)</b>	<b>Reaktion/ Maßnahme</b>	<b>Wer, bis wann?</b>		
<b>Prozessmanagement</b>	Management-, Kern-, Supportprozesse	Abbildung Praxis	Erstellung SOPs in Arbeit (siehe Leitlinien, Onkopedia).		Erstellung SOPs.	Herr Prof. Heinz, 30.09.2023		
<b>Dokumentation</b>	Standards, Behandlungspfade, Checklisten, Formblätter	Standards vorhanden und gut	Siehe oben.		Siehe oben.			
<b>QM-Handbuch</b>	QM-Handbuch	Klar und aktuell	Siehe DMS.		Übernahme SOPs ins DMS.	Frau Depisch, 31.05.2023		
<b>QM-Bericht</b>	Interner QM-Bericht	Bericht, Transparenz	Siehe Kennzahlen.		Bericht OZT.	Inkl. HZT.		

<b>Autor:</b> Hemmerich Sabine	<b>Fachl. Prüfung:</b> Stumpf Lena	<b>Prozesseigner:</b> Reggentin Marc	<b>Version Nr.</b> 01	<b>Erstelldatum:</b> 03.08.2022	<b>Objekt ID</b> 35394957601
Ausdrucke unterliegen nicht dem Änderungsdienst. Die aktuelle Version finden Sie im DMS.					

QM-Kennzahlen/ Qualitätsindikatoren	Kennzahlenbogen, Komplikationen, Infektionen	Bericht, Transparenz	Siehe Kennzahlen- und Erhebungsbo- gen. Auswertung Fallbesprechungen nun möglich.	Kennzahlen- und Erhebungs- bogen fertigstel- len, Offenes klären.	Frau Dep- pisch, 31.05.2023	
Qualitätssicherung	QI, QS-Ergebnisse, IQM, QSR, Peer Reviews	Vollständigkeit, Erreichung Ziel- und Referenzwerte	Keine spezifischen Themen HZT.			
Tumordokumentation	Auswertung Krebsregister, Kennzahlenbögen	Vollständigkeit 100%	Über Frau Oehm, Einarbeitung Frau Depisch geplant.	Klärung Res- sourcen ZK (Aufstockung Frau Oehm).	Info KD, QM, 15.03.2023	
Studienmanagement	Studienverträge	Erhalt der Studien, Studiengüte	Siehe zentral. Für 2022 erreicht.	Ausfall Study Nurse aktuell.	Siehe OZT, Ziele 2023.	
Lieferantenbewertung	Lieferantenbewertung	Ergebnis der Lief- erantenbewertung	Siehe zentral, BBT. Aktuell Test KM- Punktionsnadeln.			
<b>7. Vorbeugungs- und Korrekturmaßnahmen (Umsetzung bzw. Auswirkungen und Wirksamkeit)</b>						
Bewertungskriterium/ The- mal/Problem	Aufzeichnung	SOLL/ Ziel/ Bezug BSC, Kennzahlen/ Messgröße	Aktueller Stand/ Ergebnis (IST)	Bewertung (grau-grün- gelb-rot)	Reaktion/ Maß- nahme	Wer, bis wann?
Risikomanagement (bwl. und klinisch)	Risikoportfoliobericht, Risiko- Auditberichte, Sicherheits-CL, siehe QM-Handbuch, Risiko- managementhandbuch	Definierte Prozesse	Zentral organisiert. Keine spezifischen Themen HZT 2022. Siehe M&M.			
Pot. Haftpflichtfälle	Meldebögen	Frühzeitige Meldung	Zentral.			
Notfallmanagement	Checklisten, Pläne	Umsetzung	Zentral.			
Ausfallkonzept	Alarmpläne	Überarbeitung Pläne	Zentral.		Siehe OZT.	
CIRS	CIRS-Meldungen, Analyse	Gemäß VA	Zentral.			
Fallbesprechungen, AG- Ergebnisqualität, Peer- Reviews, M&M Konferenzen	Protokolle	Regelmäßige Um- setzung, Protokolle	Hausweit und im OZT. Siehe Punkt 4.4			
Kommunikation und Durch- dringung	Schulungen, Artikel „Unter uns“, Protokoll Konferenzen	Aufnahme Inhalte in Bildungszentrum	Passend, Fehler- kultur in IM2.			
<b>8. Änderungen, die sich auf das (Q)MS auswirken könnten (Bewertung von Chancen und Risiken, Stärken und Schwächen, Kontext der Organisation, Umfeldanalyse, externe und interne Einflüsse sowie Änderungsbedarf)</b>						

Autor: Hemmerich Sabine	Fachl. Prüfung: Stumpf Lena	Prozesseigner: Regentin Marc	Version Nr. 01	Erstelldatum: 03.08.2022	Objekt ID 35394957601
Ausdrucke unterliegen nicht dem Änderungsdienst. Die aktuelle Version finden Sie im DMS.					

Bewertungskriterium/ Thema/ Problem	Aufzeichnung	SOLL/ Ziel/ Bezug BSC, Kennzahlen/ Messgröße	Aktueller Stand/ Ergebnis (IST)	Bewertung (grau-grün-gelb-rot)	Reaktion/ Maßnahme	Wer, bis wann?
Personelle Änderungen	Personalstand, offene Stellen, Vertreterregelung	Erreichung Plan, Ausfälle	Siehe Punkt 4. Neubesetzung Transfusionsbeauftragter erforderlich.		Schulung und Benennung Transfusionsbeauftragter.	Herr Prof. Heinz, 30.06.2023
Änderungen in der „Kundenstruktur“	Verträge	Siehe Bestimmungen, Kooperation	-			
Politische Entwicklungen	Berichterstattung	Konzept Umgang	Siehe Punkt 9.		Zu Beobachten.	
Gesetzliche Änderungen/ Entwicklungen	Krankenhausstrukturgesetz, DIN EN ISO-Norm	Einhaltung Bestimmungen	Siehe Punkt 9.		Zu Beobachten.	
Zertifizierungskriterien	Erhebungsbögen	Umsetzung, Prüfung im Audit	Siehe Erhebungsbogen.		Siehe Punkt 2.1 und 6.3.	
SWOT-Analyse	SWOT-Analyse	Bearbeitung Themen	Risiken: Niederlassung Hämatologe, wenn Besetzung MVZ Wertheim nicht zeitnah erfolgt. Mögliche Umsetzung Chemotherapien in Buchen.		Zu Beobachten.	
Stakeholderanalyse	Stakeholderanalyse	Siehe Definition SOLL-Werte	In 2022 für Onkologie und Hämatologie erfolgt. Passend (siehe Punkt 3).			
Finanzierung	Finanzplan	Erreichung Wirtschaftsplans	Ambulantisierung. Zukunftskonzept.		Zu Beobachten.	
<b>9. Neue oder überarbeitete gesetzliche bzw. regulatorische Anforderungen</b>						
Bewertungskriterium/ Thema/ Problem	Aufzeichnung	SOLL/ Ziel/ Bezug BSC, Kennzahlen/ Messgröße	Aktueller Stand/ Ergebnis (IST)	Bewertung (grau-grün-gelb-rot)	Reaktion/ Maßnahme	Wer, bis wann?
Politische Entwicklungen	Berichterstattung	Konzept Umgang	Reformvorschlag.		Zu Beobachten.	
Gesetzliche Änderungen/ Entwicklungen	Krankenhausstrukturgesetz, DIN EN ISO-Norm (9001, 13854, 14971, 13485), KR1-	Sicherstellung und Einhaltung gesetzlicher Bestimmungen,	Reformvorschlag. Noch offen.		Zu Beobachten.	

Autor:  
Hemmerich Sabine

Fachl. Prüfung:  
Stumpf Lena

Prozesseigner:  
Reggentin Marc

Version Nr.  
01

Erstelldatum:  
03.08.2022

Objekt ID  
35394957601

	NO-/BfArM-Empfehlungen, IT-Sicherheitsgesetz, DSGVO, MPBetreibV, MDR, MPDG, Compliance, G-BA QM-RL, BwKG, weitere regulatorische Anforderungen	siehe auch Pflichtschulungen und Urterweisungen			
<b>Berichterstattung an Regulierungsbehörden</b>	Berichte, Meldungen, BfArM	Anzahl Meldungen, Abarbeitung Berichte	Aktuell keine Themen im HZT.		
<b>Beauftragtenwesen</b>	Beauftragtenliste, QMH	Vollständigkeit	Siehe oben, laufend. Strahlenschutzbeauftragter Herr Prof. Heinz.		

**10. Maßnahmenkatalog für Verbesserungen (→ Übernahme in Themenspeicher)**

Nr.	Aktion	Wer, bis wann?
2.1	Erhebungsbogen für 2022 (siehe auch Punkt 6.3, 8.2).	Frau Deppisch, 31.05.2023
3.1	Veröffentlichung Qualitätsziele HZT 2023.	Frau Deppisch, 31.03.2023
4.1	Gespräch mit Frau Muck wegen QMBA.	Herr Prof. Heinz, 31.01.2023 (erledigt)
4.2	Finalisierung Organigramm im DMS.	QM, 31.01.2023 (erledigt)
4.3	Organisation Mitarbeitergespräch Frau Deppisch.	Herr Prof. Heinz, Frau Deppisch, Planung über Frau Hofbauer, jährlich
4.4	SOP zu Besprechungen im HZT (QZ in Planung).	Frau Deppisch, 15.03.2023
4.5	Themenspeicher mit offenen Punkten anlegen (inkl. Übernahme Punkte aus der Managementbewertung und Qualitätsziele 2023).	Frau Deppisch, QM, 15.03.2023
5.1	Freigabe Homepage, dann Versand Pressebericht.	Herr Prof. Heinz, Frau Emtig-Lange, 28.02.2023
5.2	KOV fertigstellen (OUCH, Dermatologie).	Frau Deppisch, 31.05.2023
6.1	Erstellung SOPs HZT (Start SOP im DMS bis 21.02.2023).	Herr Prof. Heinz, 30.09.2023
6.2	Übernahme SOPs ins DMS.	Frau Deppisch, 31.05.2023
6.3	Kennzahlen- und Erhebungsbogen fertigstellen, Offenes klären.	Frau Deppisch, 31.05.2023
6.4	Klärung Ressourcen ZK für Tumordokumentation (Aufstockung Frau Oehm).	Info KD (mit MB), QM, 15.03.2023
8.1	Schulung und Benennung Transfusionsbeauftragter.	Herr Prof. Heinz, 30.06.2023

Autor: Hemmerich Sabine	Fachl. Prüfung: Stumpf Lena	Prozesseigner: Reggentin Marc	Version Nr. 01	Erstelldatum: 03.08.2022	Objekt ID 35394957601
Ausdrucke unterliegen nicht dem Änderungsdienst. Die aktuelle Version finden Sie im DMS.					

**11. Abschließende Beurteilung durch den Kaufmännischen Direktor (Regionalleiter)**

Teil	Inhalt	Ok*	nein**	Bemerkungen / Maßnahmen
1.	QM-Bewertung vom Vorjahr mit Folgemaßnahmen	X		
2.	Ergebnisse von Audits	X		
3.	Strategische Ausrichtung der Organisation, Zuordnung BSC, Qualitätspolitik, -ziele	X		
4.	Ressourcenplanung	X		
5.	Kommunikation mit dem Kunden, Kundenzufriedenheit, -rückmeldungen, Berücksichtigung relevanter interessierter Parteien	X		
6.	Prozessleistung und Produktkonformität	X		
7.	Vorbeugungs- und Korrekturmaßnahmen	X		
8.	Änderungen, die sich auf das (Q)MS auswirken könnten	X		
9.	Neue oder überarbeitete gesetzliche bzw. regulatorische Anforderungen	X		
10.	Maßnahmenkatalog für Verbesserungen	X		
11.	Abschließende Beurteilung durch den Kaufmännischen Direktor (Regionalleiter)	X		

\* In Ordnung / zufrieden

\*\* Nicht in Ordnung / teilweise oder nicht zufrieden

**Bei Management-Bewertung durch den Kaufmännischen Direktor (Regionalleiter) ersetzen durch Frage:**

Bin ich als Leitung mit dem QMS zufrieden (Eignung, Angemessenheit und Wirksamkeit)?

Zufrieden	Teilweise zufrieden	Nicht zufrieden	Bemerkungen / Maßnahmen
X			
13. Feb. 2023	M. Kaufmann Regionalleiter / KD	L. Stumpf QM	
Datum			

Bei abweichenden Bewertungen durch Direktorium / Regionalleitung Rückkoppelung an KD/QM.

Farblegende: grau= nicht relevant; grün= in Ordnung; erledigt; gelb= teilweise zufrieden; erledigt; rot= nicht in Ordnung, nicht erledigt

Autor: Hemmerich Sabine	Fachl. Prüfung: Stumpf Lena	Prozesseigner: Regentin Marc	Version Nr. 01	Erstelldatum: 03.08.2022	Objekt ID 35394957601
Ausdrücke unterliegen nicht dem Änderungsdienst. Die aktuelle Version finden Sie im DMS.					



BBT-Gruppe

BBT Region Tauberfranken Hohenlohe

Qualitätsziele  
Formular

1 von 1

Einrichtung: CKBM

Abteilung/Bereich: Hämatologisches Zentrum Tauberfranken HZT

Jahr: 2023

Qualitätsziel	Messgröße (Anforderungen)	Erforderliche Ressourcen	Ist	Soll	Verantwortlich für Bearbeitung	Abgeschlossen bis	Kommentar, Maßnahmen
Erfolgreiche Zertifizierung 2023 (Berachtungsjahr 2022)	Zertifikat	Team HZT, QM	Bestehen des Zertifikat Organzentren	Zertifikat HZT	Leiter HZT, Koordinatorin	31.12.2023	Regelhaft stattfindender Termin Zentrum für hämatologische Neoplasien, Planung Audit 2023
Öffentlichkeitsveranstaltung für niedergelassene Ärzte	Durchführung	ÖA, Leiter HZT, Koordinatorin, Sekretariat	Planung für Juni/Juli	Termin und Durchführung	Leiter HZT, Koordinatorin	31.12.2023	Im Rahmen der Initiierung des HZT, Publikum/Teilnehmer
Stabilisierung der Primärfallzahl/ Patientenfälle HZT	Fallzahlen	Team HZT	2022 >= 75 Fälle	80 Fälle im Jahr	Leiter HZT, Koordinatorin, Team HZT	31.12.2023	Fallbesprechungen notwendig

Die Bewertung der Ergebnisse bzw. der Soll-Ist-Abgleich der Qualitätsziele erfolgt bei der QM-Bewertung.

16.01.2023 B. Deppisch  
Datum/Unterschrift QMBA Zentrum/Abteilung/Bereich

Abteilung QM

Prof. Dr. W. J. Heinz

Leiter Zentrum/Abteilung/Bereich

Autor:  
Stumpf Lena

Fachl. Prüfung:  
Stumpf Lena

Prozesseigner:  
Stumpf Lena

Version Nr.  
02

Erstelldatum:  
11.02.2022

Objekt ID  
35329363686